

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования
«Полоцкий государственный университет»

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
для студентов специальности 1-24 01 02 «Правоведение»
дневной и заочной форм обучения

В двух частях

Часть 2

Автор-составитель
И.И. Лузгин

Новополоцк 2006

УДК 340.6 (075.8)
ББК 58 я 73
С 89

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Н.И. ПОРУБОВ, доктор юрид. наук, профессор
Академии МВД Республики Беларусь;
Я.А. ПОЖОГА, канд. юрид. наук,
ст. преподаватель кафедры гражданского права УО «ПГУ»

Рекомендован к изданию советом юридического факультета

С 89 Судебная медицина: Учеб.-метод. комплекс для студ. спец. 1-24 01 02 «Правоведение» дневной и заочной форм обуч. / Автор-сост. И.И. Лузгин. В 2-х ч. Ч. 2. – Новополоцк: УО «ПГУ», 2006. – 360 с.
ISBN 985-418-371-8 (Ч. 2)
ISBN 985-418-369-6

Содержит задания, задачи, тесты, вопросы к зачетам, которые могут быть использованы, как для проведения практических занятий, так и для текущего, промежуточного и итогового контроля качества знаний, а также для дальнейшего совершенствования преподавания данной дисциплины; варианты рефератов, контрольных работ и краткие методические рекомендации к ним. Включает комплекс вопросов к постановлениям о назначении основных видов судебно-медицинских экспертиз, комплекс справочно-информационных и аналитических материалов.

Адресован преподавателям и студентам, изучающим данную дисциплину в юридических вузах. Может оказать существенную помощь практическим работникам правоохранительных органов, здравоохранения, адвокатуры и судов, а также читателям, интересующимся данной областью правового регулирования.

УДК 340.6 (075.8)
ББК 58 я 73

ISBN985-418-371-8 (Ч. 2)
ISBN 985-418-369-6

©УО «ПГУ», 2006
© Лузгин И.И., автор-сост., 2006

От АВТОРА

Учебный курс дисциплины «Судебная медицина» изучается во всех высших юридических учебных заведениях Республики Беларусь. Однако до настоящего времени в Республике Беларусь (как, впрочем, и в России), не было учебника, который в полном объеме освещал бы не только медицинские, но и правовые вопросы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз, освидетельствования и медицинского освидетельствования.

Оптимальным решением, на взгляд автора, было бы создание учебника состоящего из Общей и Особенной частей, в котором в полном объеме и в наиболее доступной форме, рассматривались теоретические, практические и процессуальные вопросы назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы по уголовным, гражданским делам и делам об административных правонарушениях.

Всеобъемлюще освещался бы также процессуальный и иной правовой порядок проведения освидетельствования и медицинского освидетельствования по уголовным делам, медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, управляющих транспортными средствами, по делам об использовании наркотических средств, об административных правонарушениях и в иных предусмотренных законом случаях.

В Общей части учебника следовало бы, по нашему мнению, представить новую систему предмета «Судебная медицина», с подробным описанием ее методов, нового и более точного формулирования ряда таких понятий, как «судебная медицина», «судебно-медицинская экспертиза» и других, с рассмотрением основных вопросов по танатологии, судебной травматологии и токсикологии и т. д.

При этом с нашей точки зрения, особое внимание следовало бы уделить, прежде всего, правовой регламентации деятельности органов предварительного следствия, дознания, здравоохранения, прокуратуры, суда по вопросам судебной медицины.

Должное внимание должно быть уделено правовому положению основных субъектов судебно-медицинской экспертизы, основанию и порядку проведения осмотра места происшествия, трупа, судебно-медицинской экспертизы, освидетельствования и медицинского освидетельствования в уголовном, гражданском и административном процессах в строгом соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

При этом в учебнике, прежде всего, должен быть сделан акцент на защиту прав и законных интересов человека и гражданина, чему, в большинстве своем, и призвана служить не только правоохранительная сфера, но и вся система государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь.

В Особенной части должны быть детально изложены вопросы назначения судебно-медицинских экспертиз и все соединенные с ними проблемы обеспечения законных интересов граждан и связанные с ними вопросы профессионализма и динамики функционирования правовой сферы, а также подробно исследованы составы дисциплинарных проступков, административных правонарушений и преступлений, субъектами которых могут быть работники органов и учреждений здравоохранения.

В то же время, как видно лишь из одного перечисления подлежащих комплексному решению задач в рамках компактной системы одного учебника, это дело далеко не одного дня и ее решение – дело ближайшего будущего.

Автор не ставил перед собой столь объемной задачи как создание абсолютно нового учебного пособия по данному предмету, а лишь предложил один из вариантов комплексного учебного пособия по нему, а также изложил собственное видение, как перспектив дальнейшего совершенствования методики преподавания данного предмета в виде учебной дисциплины, так и перспективы ее развития как науки.

Обе части учебно-методического комплекса имеют электронные версии, размещенные на интегрированном сайте ПГУ и кафедры уголовного права и криминалистики и доступны для дистанционного изучения. Работа над совершенствованием которых в дальнейшем будет продолжена.

В УМК практически по всем основным видам судебно-медицинских экспертиз приведен примерный перечень вопросов, которые могут быть поставлены перед экспертом дознавателем, следователем, прокурором, должностным лицом, рассматривающим дело об административном правонарушении, судом, сведенных для удобства пользования в единую главу что, несомненно, внесет существенный вклад в повышение уровня и качества расследования и рассмотрения дел, а также в защиту прав и законных интересов человека и гражданина.

Вторая часть учебно-методического комплекса содержит ряд информационных диаграмм, таблиц, схем и фотографий, способствующих более глубокому пониманию не только рассматриваемых вопросов и иллюстрирующих наиболее значимые и сложные для восприятия обучаемых темы, но и формирующих в целом у них соответствующее мировоззрение в плане восприятия судебной медицины, прежде всего, как самостоятельной медико-правовой науки, глубокому осмыслению ее роли, места и значения в сфере функционирования правоохранительной системы и повседневной человеческой деятельности в целом.

Неотъемлемой составляющей частью учебно-методического комплекса является раздел включающий в себя ряд бланков процессуальных документов, необходимых для подготовки, назначения, проведения судебно-медицинских экспертиз и освидетельствования. Их использование окажет помощь обучающимся и обучающему, как на практических занятиях, так и при отработке соответствующих заданий, в том числе и при самостоятельном освоении соответствующих тем в процессе изучения учебной дисциплины.

Данный учебно-методический комплекс по судебной медицине адресован преподавателям и студентам, изучающим данную дисциплину в юридических вузах. Предполагается, что он окажет существенную помощь и практическим работникам правоохранительных органов, здравоохранения, адвокатуры и судов.

С достаточной степенью уверенности можно рекомендовать данное издание и в качестве настольной книги для дознавателей, следователей, и ряда иных прокурорских работников.

В то же время, он будет полезен не только для профессионалов работающих в данной сфере деятельности, но и для самого широкого круга читателей интересующихся этой областью правового регулирования.

С уважением, автор

ВВЕДЕНИЕ

Судебная медицина – наука, изучающая и разрабатывающая вопросы медицинского и биологического характера, возникающие в процессе деятельности правоохранительных органов. Такие вопросы могут возникнуть при расследовании уголовных, рассмотрении гражданских дел, дел об административных правонарушениях и касаться любого раздела медицины.

Судебная медицина – самостоятельная отрасль медицины, которая разрабатывает свои теоретические основы и специальные методики, предназначенные для решения вопросов, встречающихся в экспертной и правовой практике (идентификация личности и орудий преступления, определение степени тяжести, а также прижизненности или посмертности причинения телесных повреждений, установление причины и давности наступления смерти).

Судебная медицина – это медицина в праве, и она при помощи своих специальных знаний обязана дать судебно-медицинскую оценку происшедшего: убийства, самоубийства, членовредительства, изнасилования и так далее, что осуществляется судебными медиками со времени основания судебной медицины, которая возникла вследствие запросов права к медицине.

Судебная экспертиза – это процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, 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.

Судебно-медицинская экспертиза – научно-практическое исследование, производимое судебно-медицинским экспертом по постановлению судьи, дознавателя, прокурора, следователя или по определению суда, а также лица, рассматривающего дело об административном правонарушении, для дачи заключения по медицинским и некоторым биологическим вопросам, возникающим в процессе расследования уголовных, рассмотрения гражданских дел, дел об административных правонарушениях или в ходе судебного разбирательства.

Подтверждением того, что судебная медицина не только медицинская, но и правовая наука, являются следующие положения:

- ее предмет и объекты познания лежат в сфере правовых явлений;
- решаемые задачи и ее служебная функция относятся к правовой сфере деятельности государственных органов, к правовым процессам (расследование уголовных дел, рассмотрение гражданских дел и дел об административных правонарушениях, судебное разбирательство);

– все рекомендации, разрабатываемые для практики, носят строго выраженный правовой характер, основаны на законе и соответствуют ему. Они вызваны потребностями предупреждения правонарушений и преступлений, защиты прав и законных интересов человека и гражданина.

Методология судебной медицины – это «инструментарий» судебно-медицинского эксперта, специалиста и сотрудников, расследующих или рассматривающих дело (уголовное, гражданское, об административном правонарушении), и с помощью этого «инструментария» познается предмет науки.

Вторая часть учебно-методического комплекса содержит правовые и медицинские сведения, необходимые для изучения организации и проведения конкретных видов судебно-медицинских исследований и экспертиз. В ней рассмотрен процессуальный и организационный порядок назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз живых лиц, трупов, вещественных доказательств и по материалам дел (уголовных, гражданских и об административных правонарушениях); дается подробное описание особенностей осмотра места происшествия, трупа, предметов, объектов, порядка назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании отдельных видов преступлений; практически по всем основным видам судебно-медицинских экспертиз приводится примерный перечень вопросов и др.

Судебная медицина разрабатывает свои теоретические основы и специальные методики, предназначенные для решения задач экспертной и правовой практики.

К специальным задачам судебной медицины относятся: идентификация личности; определение степени тяжести и характера причинения телесных повреждений, а также прижизненности причинения вреда здоровью; установление причин и давности наступления смерти и др.

Заключение судебно-медицинской экспертизы является одним из источников доказательств в уголовном, гражданском и административном процессе, а судебно-медицинские исследования помогают, в большинстве случаев, правильно квалифицировать правонарушение (преступление).

Судебно-медицинские исследования, при определенных обстоятельствах, позволяют провести идентификацию преступника или орудия преступления, а также получить достаточные индивидуальные и диагностические характеристики лица, совершившего преступление. По биологическим объектам (кровь, сперма, слюна) эксперты устанавливают не только групповую, но и генетически обусловленную их индивидуальную принадлежность конкретному лицу, как и ряд других признаков.

Тем самым, можно констатировать, что система, как науки, так и практики и методика изучения судебной медицины не является статичной технологией воздействия своими специфическими силами и средствами на развитие общественных процессов, а совершенствуется и развивается вместе с тем обществом, в котором она существует.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 1

Основные понятия: судебная медицина, судебно-медицинская экспертиза, организация судебно-медицинской экспертизы, процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинский эксперт, права, обязанности, ответственность судебно-медицинского эксперта, пределы компетенции судебно-медицинского эксперта, судебно-медицинские объекты исследования, виды судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинская документация.

План занятия Вопросы для обсуждения

1. Понятия судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы:
– дайте определения судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы.
2. Роль судебной медицины в уголовном и гражданском процессе
– определите роль и значение судебной медицины в уголовном и гражданском процессе;
– значимость судебной медицины как науки и прикладное значение ее достижений.
3. Краткий исторический очерк развития судебной медицины в РФ:
– назовите современных и известных ученых заложивших основы судебной медицины;
4. Организация судебно-медицинской экспертизы в РФ:
– охарактеризуйте организацию судебно-медицинской экспертизы в РФ.
5. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы:
– процессуальное обеспечение основ судебно-медицинской экспертизы.
6. Судебно-медицинские эксперты, их права, обязанности и ответственность:
– дайте оценку характеру деятельности судебно-медицинских экспертов, их прав, обязанностей и ответственности.
7. Объекты исследования и виды судебно-медицинской экспертизы:
– перечислите объекты исследования судебной медицины и виды судебно-медицинских экспертиз.
8. Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта:
– определите значимость исходных критериев и значение понятия «пределы компетенции» судебно-медицинского эксперта.

9. Судебно-медицинская экспертиза на предварительном следствии, в судебном заседании:

– в чем заключается сущность судебно-медицинских экспертиз на предварительном следствии, в судебном заседании (примеры).

10. Судебно-медицинская документация:

– какова цель судебно-медицинской документации, ее значение в судебно-медицинских исследованиях;

– каким основным критериям должна соответствовать судебно-медицинская документация. Документация медицинского освидетельствования. Отличие освидетельствования от медицинского освидетельствования;

– структура Заключения эксперта. Отличие от Акта судебно-медицинского исследования;

– основания проведения судебно-медицинской экспертизы и исследования. Сроки и порядок исполнения;

– порядок проведения судебно-медицинских экспертиз и исследований.

**Тематические задания для управляемой самостоятельной работы.
(рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор))**

1. Судебная медицина, как наука и основа для судебно-экспертной деятельности.

2. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы.

3. Основы организации судебно-медицинской экспертизы в РБ.

4. Основная судебно-медицинская документация.

5. История развития и становления судебно-экспертной деятельности в РБ.

6. Вопросы и проблемы компетенции судебно-медицинских экспертов.

7. Актуальные проблемы организационного, правового и кадрового обеспечения деятельности ГССМЭ Республики Беларусь.

8. Дайте собственную оценку системе ГССМЭ РБ. Ваш взгляд на ее перспективы.

Задания

1. Приведите примеры нормативных актов и ведомственных документов по вопросам судебно-медицинской и экспертной деятельности в РБ.

2. Определите, в каких случаях, основанием для возбуждения уголовных дел становятся судебно-медицинские документы.

3. Изложите перечень оснований к проведению судебно-медицинских экспертиз и исследований.

Тестовый контроль

1. Деятельность судебно-медицинского эксперта в процессе исполнения им своих непосредственных обязанностей является:

- а) удостоверительной;
- б) исследовательской;
- в) информационной;
- г) аналитической;
- д) пояснительной;
- е) синтетической;
- ж) профессиональной;
- з) специальной;
- и) ознакомительной;
- к) особой.

2. Судебная медицина:

- а) это наука, изучающая и разрабатывающая вопросы медицинского и общепатологического характера применительно к правовой практике;
- б) это отрасль медицины, обеспечивающая и изучающая проблемы совершенствования правовой практики;
- в) это сфера деятельности медицинских работников в части решения возникающих правовых задач;
- г) это одно из направлений взаимодействия правовых и медицинских сфер в части решения затрагивающих их интересы общих вопросов;
- д) это вид служебных обязанностей исполняемых работниками судебно-медицинской службы в целях совершенствования медицинской помощи населению и улучшения работы правоохранительных структур государства;

3. Заключение судебно-медицинского эксперта:

- а) это вид описательного документа;
- б) это доказательство;
- в) это рабочая форма изложения материала;
- г) это свидетельство о медицинских фактах;
- д) это судебно-медицинский документ;
- е) это письменное подтверждение известных событий;
- ж) это констатация ранее неизвестных фактов.

4. Судебно-медицинская экспертиза:

- а) это исследование с использованием специальных методов, конкретных объектов по специальному поводу, на базе специальных оснований, в рамках правовых норм;
- б) это проведение запланированных совместных мероприятий в рамках общих задач;
- в) это оценка имеющих место юридических фактов;
- г) это документальное изложение медицинских фактов по медицинским критериям оценки в отношении конкретных объектов и их следовых форм.

5. Из скольких частей состоит заключение судебно-медицинского эксперта:

- а) двух;
- б) трех;
- в) семи;
- г) пятнадцати;
- д) девяти;
- е) шестнадцати;
- ж) десяти;
- з) четырех.

6. Назовите структурные части «Заключения эксперта»:

- а) ознакомительная;
- б) предварительная;
- в) оценочная;
- г) вступительная;
- д) вводная;
- е) исходная;
- ж) описательная;
- з) основная;
- и) исследовательская;
- к) начальная;
- л) выводы;
- м) исходы;
- н) итоги;
- о) доводы;
- п) заключение;
- р) аргументы.

7. Результаты судебно-медицинских экспертиз оформляются в документе под названием:

- а) акт судебно-медицинского исследования;
- б) протокол вскрытия;
- в) заключение эксперта;
- г) мнение специалиста;
- д) акт вскрытия.

8. Результаты судебно-медицинского исследования оформляются в документе под названием:

- а) заключение эксперта;
- б) протокол вскрытия;
- в) акт судебно-медицинского исследования;
- г) мнение специалиста;
- д) заключение врача-эксперта.

9. В структуре документа, составляемого судебно-медицинским экспертом на основании направления судебно-следственных органов, выделяют:

- а) описание места происшествия;
- б) вводную часть;
- в) выводы;
- г) исследовательскую часть;
- д) заключение.

10. В структуре документа, составляемого судебно-медицинским экспертом на основании постановления судебно-следственных органов, выделяют:

- а) описание места происшествия;
- б) вводную часть;
- в) заключение;

- г) исследовательскую часть;
- д) выводы.

11. Какие части выделяют в структуре документов, составляемых при судебно-медицинских экспертизах или исследованиях:

- а) вводную;
- б) паспортную;
- в) исследовательскую;
- г) описание места происшествия;
- д) заключительную.

12. Проведение судебно-медицинской экспертизы предусмотрено:

- а) ведомственными правилами;
- б) требованиями родственников;
- в) статьями кодексов;
- г) устным распоряжением главного врача лечебного учреждения;
- д) направлением лечебного учреждения.

13. Врач любой специальности может быть привлечен для проведения экспертизы:

- а) да; б) нет.

14. Врач любой специальности, который привлечен для проведения судебно-медицинской экспертизы, именуется как:

- а) эксперт;
- б) судебно-медицинский эксперт;
- в) врач-эксперт;
- г) консультант;
- д) лечащий врач.

15. Врач-эксперт несет такую же ответственность за проводимую экспертизу, как и судебно-медицинский эксперт:

- а) да; б) нет.

16. Несет ли ответственность врач-эксперт за проведение экспертизы:

- а) да; б) нет.

17. При проведении экспертизы эксперт обязан:

- а) явиться по вызову следователя, прокуратуры, суда;
- б) проконсультироваться с адвокатом;
- в) дать правильное заключение на поставленные вопросы;
- г) изучить уголовно-процессуальный кодекс;
- д) соблюдать следственную тайну.

18. При проведении экспертизы эксперт (врач-эксперт) имеет право:

- а) знать цели и задачи экспертизы;
- б) знакомиться с материалами дела;
- в) присутствовать на допросах;

г) отказаться от ответа на вопрос, выходящий за пределы его компетенции;

д) просить предоставления времени для ознакомления с необходимой литературой.

19. Имеет ли право врач-эксперт, являющийся компетентным и незаинтересованным в результатах исследования, отказаться от проведения экспертизы:

а) да; б) нет.

20. Судебно-медицинский эксперт, как и врач-эксперт, несет ответственность в соответствии с уголовным кодексом:

а) за уклонение от производства экспертизы;

б) за отказ без уважительных причин;

в) за дачу заведомо ложного заключения;

г) за разглашение следственной тайны.

21. К уважительным причинам, позволяющим врачу-эксперту отказаться от производства экспертизы, относят:

а) нежелание производства экспертизы;

б) заинтересованность в результатах дела;

в) врачебная специальность хирурга;

г) некомпетентность в данном вопросе;

д) врачебная специальность педиатра.

22. Судебно-медицинская экспертиза, в соответствии с УПК обязательно назначается:

а) для определения рода насильственной смерти;

б) для установления причины смерти;

в) для установления характера и степени тяжести телесных повреждений;

г) при половых преступлениях;

д) для установления возраста.

23. Институциональность судебно-медицинской экспертизы предусматривает ее проведение:

а) районными или межрайонными судебно-медицинскими экспертами;

б) судебно-медицинскими экспертами отделений криминалистики;

в) областными судебно-медицинскими экспертами;

г) судебно-медицинскими экспертами, работающими в судах;

д) республиканскими судебно-медицинскими экспертами.

24. Судебно-медицинская экспертиза в Республике Беларусь организована по принципу:

а) территориальности;

б) судебных списков;

- в) инстанционности;
- г) приказов министерства здравоохранения.

25. Судебно-медицинская экспертиза входит в систему органов здравоохранения:

- а) да;
- б) нет.

26. Судебно-медицинская экспертиза входит в систему МВД:

- а) да;
- б) нет.

27. Учреждением, в котором проводится судебно-медицинская экспертиза, является:

- а) лаборатория;
- б) медико-криминалистические отделы;
- в) бюро судебно-медицинской экспертизы;
- г) юридические НИИ;
- д) криминалистические отделы.

28. В Бюро судебно-медицинской медэкспертизы имеются:

- а) поликлиника;
- б) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов;
- в) отдел дежурных экспертов;
- г) отдел экспертизы живых лиц;
- д) отдел судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств.

29. Имеется ли в бюро судебно-медицинской экспертизы отдел комиссионных судебно-медицинских экспертиз и организационно-медицинский отдел:

- а) да;
- б) нет.

30. Какие из отделений имеются в отделе судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств:

- а) судебно-токсикологическое;
- б) судебно-иммунологическое;
- в) судебно-гистологическое;
- г) судебно-медико-криминалистическое;
- д) судебно-цитологическое.

31. В судебно-гистологическом отделении исследуют кусочки внутренних органов для установления причин смерти:

- а) да;
- б) нет.

32. В судебно-токсикологическом отделении исследуют кровь и внутренние органы:

- а) для установления группы крови;
- б) для установления давности наступления смерти;

- в) для определения наличия отравляющих «ядовитых» веществ;
- г) для определения прижизненности воздействия на них;
- д) для установления категории смерти.

33. В судебно-иммунологическом отделении исследуют:

- а) медицинскую документацию;
- б) результаты вскрытия;
- в) вещественные доказательства биологического происхождения;
- г) объекты преступных действий;
- д) врачебные дела.

34. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:

- а) протоколы осмотра трупа на месте происшествия;
- б) трупы;
- в) живые лица;
- г) вещественные доказательства;
- д) медицинская документация.

35. Судебно-медицинская экспертиза может быть следующих видов:

- а) первичная;
- б) дополнительная;
- в) повторная;
- г) комиссионная;
- д) комплексная;
- е) последующая.

36. При первичной судебно-медицинской экспертизе проводят первоначальное исследование любого объекта: трупа, живого лица, вещественного доказательства, материалов дела:

- а) да;
- б) нет.

37. Дополнительная судебно-медицинская экспертиза назначается:

- а) при отсутствии первичных данных;
- б) по желанию следователя;
- в) при наличии следственных данных, которые были неизвестны к началу первичной экспертизы;
- г) при недоверии следствия к результатам первичной экспертизы;
- д) когда требуются данные врачей различных специальностей.

38. Повторная судебно-медицинская экспертиза назначается:

- а) при желании следователя;
- б) когда необходимы знания лиц как врачебных, так и других специальностей;
- в) при недоверии следствия результатам первичной экспертизы;
- г) при наличии следственных данных, которые были неизвестными к началу первичной экспертизы.
- д) когда для решения следственных вопросов необходимы знания лиц различных врачебных специальностей.

39. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза назначается:

- а) при желании следователя;
- б) когда необходимы знания лиц как врачебных, так и других специальностей;
- в) когда для решения следственных вопросов необходимы знания лиц различных врачебных специальностей;
- г) при недоверии следствия результатам первичной экспертизы;
- д) после дополнительной экспертизы.

40. Комплексная судебно-медицинская экспертиза проводится:

- а) когда необходимы знания лиц различных врачебных специальностей;
- б) по желанию следователя;
- в) когда для решения следственных вопросов необходимы знания лиц как врачебных, так и других специальностей;
- г) по желанию родственников;
- д) когда результаты первичной экспертизы сомнительны.

41. Какие категории трупов подлежат судебно-медицинскому исследованию:

- а) трупы лиц умерших скоропостижной смертью;
- б) трупы лиц умерших насильственной смертью;
- в) трупы неизвестных лиц;
- г) трупы лиц, которым в лечебных учреждениях не установлен диагноз;
- д) трупы новорожденных, родившихся вне больницы;
- е) трупы лиц умерших в результате естественных причин.

42. Судебно-медицинская экспертиза в Республике Беларусь называется Государственной службой медицинских судебных экспертиз с правами юридического лица:

- а) да; б) нет.

43. Судебно-медицинская экспертиза в Республике Беларусь является государственным учреждением, подчиняющимся непосредственно Генеральному прокурору Республики Беларусь:

- а) да; б) нет.

44. Судебно-медицинская экспертиза в РБ входит в систему Министерства здравоохранения:

- а) да; б) нет.

45. Судебно-медицинская экспертиза в Республике Беларусь входит в систему МВД:

- а) да; б) нет.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 1

Формы применения специальных познаний по судебной медицине

В деятельности правоохранительных органов		В деятельности органов здравоохранения	
Участие в качестве эксперта (на предварительном и судебном следствии): 1. При экспертизе трупов: – в случаях насильственной смерти; – при подозрении на применение насилия 2. При экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц для определения характера и степени тяжести телесных повреждений, возраста, половых состояний и разрешения других вопросов требующих познаний в области судебной медицины 3. При экспертизе вещественных доказательств путём применения лабораторных методов исследования объектов 4. При экспертизе по материалам уголовных и гражданских дел	Участие в качестве специалиста (при проведении первоначальных следственных действий): 1. При осмотре трупа на месте происшествия (обнаружения). 2. При эксгумации трупа. 3. При освидетельствовании живых лиц 4. При изъятии образцов для сравнительного исследования	Контрольно-наблюдательная	Аналитическая

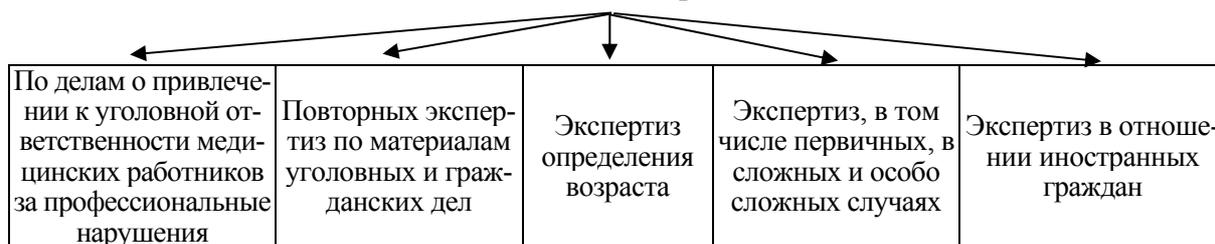
Случаи обязательного назначения судебно-медицинской экспертизы

Для установления:

Причин смерти, характера и степени тяжести телесных повреждений	Возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы о возрасте отсутствуют или вызывают сомнение	Психического или физического состояния подозреваемого, обвиняемого, когда возникают сомнения по поводу их вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе	Психического или физического состояния потерпевшего, когда возникают сомнения в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания
---	--	---	--

Статья 228 УПК Республики Беларусь

Участие нескольких экспертов обязательно



(Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь № 2035 от 31.12.1998).

Заключение эксперта должно быть направлено лицу, назначившего экспертизу, не позднее чем через три дня после окончания всех экспертных исследований и получения из лаборатории результатов экспертизы.

Срок проведения судебно-медицинской экспертизы со всеми дополнительными экспертизами, проводимыми в лаборатории, не должен превышать одного месяца со дня получения от органа или лица, назначившего экспертизу, всех необходимых материалов и объектов исследования.

Система государственной службы медицинских судебных экспертиз



Типовая структура подразделений государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь (ГСМСЭ РБ)

Республиканское управление ГСМСЭ РБ

Отдел сложных экспертиз с бригадой быстрого реагирования	Судебно-морфологическое отделение с моргом	Отдел организационно-методической работы и внедрения новых технологий	Отдел судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств			Экспертно-контрольный отдел
	Специализированные центры		Судебно-медицинская лаборатория			
	Экспертно-квалификационная комиссия (постоянно действующая)		Судебно-биологическая лаборатория	Судебно-химическая лаборатория	Медико-криминалистическая лаборатория	
	Бухгалтерия					
	Хозяйственное отделение					

**Управления ГСМСЭ РБ по г. Минску и Минской области.
Региональные управления ГСМСЭ РБ по областям**

Отдел общих экспертиз с дежурным отделением		Отдел экспертизы вещественных доказательств		
Судебно-медицинский морг	Судебно-медицинская экспертиза живых лиц: потерпевших, обвиняемых и других	Судебно-медицинская лаборатория		
Судебно-медицинский эксперт		Судебно-биологическая лаборатория	Судебно-химическая лаборатория	Судебно-гистологическая лаборатория
Районные, межрайонные и городские отделения ГССМЭ		Эксперт-биолог	Эксперт-химик	Эксперт-гистолог
Заведующий районным, межрайонным и городским отделением ГССМЭ, судебно-медицинские эксперты	Фотолаборатория			
Хозяйственное отделение				

Медико-социально-правовая классификация смерти. Виды смерти

Насильственная:	Ненасильственная:	
1. Убийство. 2. Самоубийство. 3. Несчастный случай.	1. Преждевременная: – скоропостижная; – внезапная.	2. Физиологическая.
↓	↓	↓
Механическая травма	Болезни сердца и сосудов	Старение, дряхлость
Механическая асфиксия	Болезни органов дыхания	Физиологическое или физическое недоразвитие
Отравление	Инфекционные болезни	
Действие крайних температур	Онкологические болезни	
Действие электричества	Другие заболевания	
Прочие факторы		

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 2

Основные понятия: телесные повреждения, виды механических повреждений, кровоподтеки, ссадины, раны, вывихи, переломы, повреждения внутренних органов, размятие и отделение частей тела, сотрясения тела, шок, массивная кровопотеря, эмболия, рефлекторная остановка сердца, травматический токсикоз, инфекционные осложнения, сдавления внутренних органов кровью и воздухом. Основная и непосредственная причины смерти, прижизненные и посмертные повреждения, транспортная травма, падение с высоты, острые и тупые предметы. Огнестрельное оружие, основные и дополнительные факторы огнестрельных повреждений, дистанции выстрела, входное отверстие, раневой канал, выходное отверстие, взрывная травма. Механическая асфиксия, странгуляционная борозда. Утопление.

План занятия Вопросы для обсуждения

1. Учение о травме (повреждении):
 - телесные повреждения (травмы, повреждения);
 - судебно-медицинская классификация повреждений;
 - виды механических повреждений: кровоподтеки, ссадины, раны, вывихи, переломы, повреждения внутренних органов, размятие и отделение частей тела, сотрясения тела;
 - причины смерти при повреждениях (самоповреждение и его осложнения: шок, массивная кровопотеря, эмболия, рефлекторная остановка сердца, травматический токсикоз, сдавление жизненно-важных органов кровью или воздухом, инфекционные осложнения);
 - понятие основной и непосредственной причины смерти;
 - способность к действиям у смертельно раненых;
 - прижизненные и посмертные повреждения и их морфологические признаки.
2. Повреждения тупыми предметами:
 - понятие тупого предмета. Механизм образования повреждений от них (удар, сотрясение, сдавление, растяжение и трение);
 - повреждения, причиненные невооруженным человеком;
 - повреждения при падении с высоты (с высоты роста /на плоскости/, и более значительной высоты);
 - понятие транспортной травмы (автомобильная, мотоциклетная, рельсовая, авиационная, гусеничным транспортом);

- установление особенностей предполагаемого орудия по характеристике повреждений на теле;

- вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе транспортной травмы.

3. Повреждения острыми орудиями:

- классификация острых орудий;

- особенности повреждений, причиненных колющими, колюще-режущими, режущими, рубящими и пилящими орудиями;

- судебно-медицинская идентификация острых орудий по особенностям повреждений;

- вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе повреждений острыми орудиями.

4. Огнестрельные повреждения:

- классификация ручного огнестрельного оружия;

- сопутствующие продукты выстрела;

- дистанции выстрела. Особенности огнестрельных повреждений при различной дистанции выстрела. Повреждения при выстреле с близкой дистанции: выстрел в упор; в пределах действия сопутствующих продуктов выстрела (пороховых газов, копоти выстрела, остатков пороховых зерен и других отложений);

- повреждения при выстреле с неблизкой дистанции – вне пределов действия сопутствующих продуктов выстрела;

- характерные признаки входного отверстия, раневого канала и выходного отверстия;

- определение вида оружия, которым было причинено повреждение: повреждение из охотничьего ружья; повреждение холостыми выстрелами; газовое оружие и его повреждающие факторы;

- значение осмотра одежды при экспертизе огнестрельных повреждений;

- взрывная травма;

- повреждения при взрывах гранат, мин, снарядов и их частей;

- особенности осмотра трупа на месте происшествия и изъятие вещественных доказательств;

- вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе огнестрельных повреждений.

5. Механическая асфиксия:

- физиологическая сущность процесса дыхания;

- кислородное голодание, его виды;

- общие признаки механической асфиксии при наружном и внутреннем исследовании трупа;

- классификация механической асфиксии: странгуляционная, обтупационная и компрессионная асфиксия;
- повешение в петле;
- положение трупа при повешении;
- значение осмотра петли, ее узлов;
- странгуляционная борозда, ее особенности;
- осмотр трупа на месте происшествия;
- удушение петлей;
- особенности странгуляционной борозды при удушении и ее отличия от странгуляционной борозды при повешении;
- удушение руками и другими частями тела человека;
- особенности механических повреждений при удушении руками и их происхождение;
- закрытие дыхательных отверстий;
- закрытие дыхательных путей инородными предметами;
- утопление;
- внешние и внутренние признаки утопления;
- лабораторные исследования при экспертизе случаев смерти от утопления. Определение давности пребывания трупа в воде;
- повреждения на трупе: прижизненные, в период умирания и посмертные. Происхождение утопления;
- смерть в воде;
- сдавление груди и живота;
- признаки при наружном и внутреннем исследовании трупа;
- осмотр трупа на месте происшествия и изъятие вещественных доказательств;
- вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при различных видах механической асфиксии.

Задания для контролируемой самостоятельной работы студентов.

Рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор)

1. Характеристика видов механических повреждений и их судебно-медицинское значение.
2. Причины смерти при повреждениях.
3. Понятие основной и непосредственной причины смерти.
4. Способность к действиям у смертельно раненых.

5. Повреждения, причиняемые невооруженным человеком.
6. Повреждения при падении с высоты.
7. Транспортная травма.
8. Установление особенностей предполагаемого орудия по характеристике повреждений на теле.
9. Огнестрельные повреждения.
10. Сопутствующие продукты выстрела.
11. Определение вида оружия, которым было причинено повреждение.
12. Взрывная травма. Особенности осмотра трупа на месте происшествия и изъятие вещественных доказательств.
13. Судебно-медицинская идентификация острых орудий. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе данного вида повреждений.
14. Механическая асфиксия. Признаки при наружном и внутреннем исследовании трупа.
15. Утопление.

Задания

1. Дайте характеристику телесных повреждений на основе ее судебно-медицинской классификации.
2. На основе видов механических повреждений, представьте степень их судебно-медицинской и правовой значимости.
3. Охарактеризуйте понятия основной и непосредственной причин смерти.
4. Проведите сравнительный анализ частоты встречаемости и определите закономерности степени тяжести телесных повреждений при различных видах транспортной травмы.
5. Составьте алгоритм судебно-медицинского исследования телесных повреждений при применении огнестрельного оружия и взрывной травме.
6. Покажите судебно-медицинскую сущность, правовое значение и соотношение значимости внешних и внутренних признаков при некоторых видах механической асфиксии.

Задачи

1. Иванов по договоренности с Петровым из хулиганских побуждений избили Сидорова, у которого в результате полученных травм развилась ЗЧМТ, от которой пострадавший скончался в больнице.

Что будет являться основной и что непосредственной причиной смерти?

На основании какого процессуального документа будет решаться вопрос об исследовании трупа?

Перечень основных вопросов судебно-медицинского исследования?

Какой судебно-медицинский документ будет являться основанием для принятия юридических решений по имевшему место факту?

2. Супруги Зверевы в баре познакомились с супругами Светловыми и предложили подвезти их домой на своей автомашине. На перекрестке Зверев из-за состояния опьянения не справился с управлением и совершил наезд на пешехода Ледяного. Светловы, испугавшись ответственности, покинули место происшествия, взяв со Зверевых обещание, что те никому не сообщат об их присутствии в машине во время аварии.

Зверевы доставили потерпевшего к себе на дачу, где обнаружили, что он умер. Они вывезли труп за город и бросили в реку, с целью инсценировки утопления. При обнаружении трупа, была выдвинута версия о возможном утоплении в результате несчастного случая.

Оцените ситуацию с точки зрения установления истинных причин и времени наступления смерти.

Определите перечень вопросов для судебно-медицинского исследования трупа.

Ваше видение характера осмотра места происшествия по данному факту?

3. Прокотов, затеяв ссору с Маркиным, оскорбил его, вследствие чего был избит последним. Присутствовавший при этом Будин предложил Прокотову пистолет, чтобы «разобраться» с обидчиком. После чего, Прокотов подошел к сидящему Маркину сзади и с силой ударил его по голове рукояткой пистолета, причинив тяжкие телесные повреждения, от которых тот на следующий день скончался. При ударе, произошел выстрел, в результате которого, Маркин получил сквозное огнестрельное ранение, а ricochetирующей пулей был легко ранен один из посетителей. При общении с представителями правоохранительных структур, Прокотов заявил, что Маркин, произвел в него выстрел из пистолета, который он извлек из внутреннего кармана пиджака. Гражданин, предъявивший документы на имя Будина, свою причастность к происшедшему отрицал.

При осмотре места происшествия, пистолет был обнаружен под столом, за которым сидел Маркин. Частично деформированная пуля была извлечена из стены помещения, гильза была обнаружена в 5 метрах справа от стола, где со слов одного из посетителей, сидел Прокотов.

При проверке установлено, что ранее, данный пистолет использовался при совершении серии не раскрытых разбойных нападений на квартиры граждан с использованием формы работников милиции и на АЗС в ряде районов республики, а один из фотороботов составленный по данным фактам, внешне напоминает Будина, которого участники ограблений, по словам потерпевших, называли «Николай».

Оцените ситуацию с точки зрения, способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Ваши действия при осмотре места происшествия в роли руководителя оперативно-следственной группы.

Дайте перечень вопросов для проведения соответствующих видов исследований и назовите их. Укажите учреждения, где они могут быть произведены.

Ваш вариант решения по данной фабуле, в плане полной картины имевших место событий и принятия по ним правовых и прогностических решений

4. Ледин, Стагин и Перлитов договорились напасть на Мурова и отобрать у него портмоне, в котором, по словам Ледина, должно быть много денег. Пригласив Мурова в квартиру под видом выпивки, Ледин и Стагин напали на него и начали избивать кулаками, а Перлитов пытался вырвать у него портмоне.

Муров, занимавшийся в прошлом борьбой, оказал им активное сопротивление. В результате Перлитов предложил отказаться от доведения умысла до конца, но Ледин, схватив со стола нож, нанес последнему несколько проникающих ранений, а Стагин ударил потерпевшего по голове бутылкой.

Видя, что Муров упал, нападавшие, предварительно обыскав его и забрав портмоне с деньгами, облили водкой и, влив в рот часть содержимого бутылки, сбросили его с балкона 7-го этажа и скрылись с места происшествия.

Вызванная случайными прохожими «Скорая помощь», констатировала наступление смерти в результате несчастного случая в результате травм несовместимых с жизнью от падения с высоты. Через сутки, при судебно-медицинском исследовании трупа, на теле были обнаружены колото-резаные повреждения в области жизненно-важных органов и ЗЧМТ, что и явилось непосредственной причиной наступления смерти.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Назовите отличия признаков повреждений и наступления смерти от воздействия острых орудий от повреждений полученных в результате падения с высоты.

Дайте перечень различий прижизненных и посмертных повреждений на трупе и способы определения позы, в которой находился потерпевший в момент их причинения.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований в целях установления всей истины по делу и назовите их. Укажите учреждения, где они могут быть произведены.

Ваш вариант решения по данной фабуле, в плане полной картины имевших место событий и принятия по ним правового решения.

5. В доме Воркина во время ссоры в процессе выпивки Лахтин задушил петлей Хамрюкова. Своим собутыльникам он пригрозил, что если они кому-нибудь скажут об убийстве, то он с ними расправится. После чего, участниками выпивки вынесли труп из дома и повесили в сарае на витом ремне от брюк Хамрюкова, инсценировав самоубийство последнего.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Назовите отличия признаков повреждений и наступления смерти при удушении петлей от повешения в петле и варианты повреждений и наступления смерти в результате повешения.

Дайте перечень различий прижизненных и посмертных повреждений на трупе. Способов определения позы повешенного, а так же позы, в которой он находился в момент причинения ему повреждений. Методов выявления следов борьбы, значение подногтевого содержимого, одорологических следов и взаимопереноса микрочастиц.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований в целях установления фактологической и событийной картины по фабуле и назовите их. Укажите учреждения, где они могут быть произведены.

Алгоритм Ваших действий в целях принятия решения по данной фабуле, в плане установления полной картины имевших место событий, на основе сочетания данных осмотра и результатов экспертных исследований. Вариант принятия правового решения.

Тестовый контроль

1. *Виды телесных повреждений и смерть механического происхождения определяются:*

- а) научными основами судебной медицины;
- б) разъяснениями Пленума Верховного Суда РФ;
- в) теорией уголовного права;
- г) в законодательном порядке;
- д) судебной практикой по конкретным уголовным делам.

2. *Транспортная травма это:*

- а) один из видов травматизма имеющий характерные признаки и формы своего проявления;
- б) совершение умышленного или неосторожного преступления;
- в) совершение преступления двумя и более лицами, обладающими признаками специальных субъектов конкретных преступлений;
- г) разговорный термин в сфере судебно-медицинской деятельности.

3. *Тупой предмет это:*

- а) предмет с характерной ограниченной поверхностью, взаимосвязанный с механизмом повреждений от него;
- б) предмет исследования;
- в) наименование объекта имеющего определенный статус в рамках правовых и судебно-медицинских положений;
- г) определение терминологического ряда.

4. *Острый предмет это:*

- а) физический объект, обладающий комплексом характерных черт, способов и форм действия, взаимосвязанных с механизмом его воздействий;
- б) образное выражение;
- в) узкопрофильный термин;
- г) собирательное выражение в отношении ряда объектов;
- д) определение исследуемого объекта в разных сочетаниях.

5. *Падение с высоты это:*

- а) судебно-медицинское понятие, термин;
- б) признак воздействия на объект;
- в) судебно-медицинское определение способа травмирования и причины смерти;
- г) выражение формы обстоятельств;
- д) образное словосочетание, не носящее конкретной смысловой и терминологической нагрузки.

6. *Дистанция выстрела это:*

- а) расстояние, с которого произведен выстрел;
- б) направление выстрела;
- в) критерий взаимозависимости сочетания основных и дополнительных факторов;
- г) один из критериев оценки дистанционного воздействия на объект.

7. *Факторы входного огнестрельного отверстия это:*

- а) поясок вхождения;
- б) поясок воздействия;
- в) поясок осаднения;
- г) поясок обтирания;
- д) поясок углубления;
- е) поясок прободения;
- ж) «минус-ткани»;
- з) «плюс-ткани»;
- и) «ноль-ткани».

8. *Дополнительные факторы выстрела это:*

- а) следы смазки;
- б) следы окраски;
- в) следы оплавления;
- г) несгоревшие порошинки;
- д) частицы угля;
- е) нитраты;
- ж) опаления;
- з) разрывы;
- и) частицы металла;
- к) частицы нагара;
- л) микрочастицы;
- м) биочастицы;
- н) запах;
- о) продукты разложения.

9. *Асфиксия это:*

- а) состояние организма;
- б) способ воздействия;
- в) форма проявления;
- г) характер отражения воздействия.

10. *Утопление это:*

- а) вид механической асфиксии;
- б) форма;
- в) разновидность;
- г) фактологическое проявление;
- д) результат внешнего воздействия.

11. *Резаная рана отличается от ушибленной:*

- а) формой;
- б) размерами;
- в) отсутствием соединительно-тканых перемычек;
- г) кровотечением;
- д) глубиной проникновения.

12. *Форма резаной раны чаще всего:*

- а) звездчатая;
- б) неправильная;
- в) прямолинейная;
- г) мелкоточечная;
- д) углообразная.

13. Длина резаной раны измеряется:

- а) от одного конца до другого;
- б) от одного края до противоположного;
- в) после сведения краев измеряют от одного конца до другого;
- г) по специальной формуле с учетом размеров зияния;
- д) с помощью лупы.

14. Для резаных ран, причиненных собственной рукой, характерны:

- а) доступность нанесения;
- б) множественность;
- в) поверхностность;
- г) параллельность направления;
- д) наличие насечек в конце ран.

15. Колотые раны причиняются:

- а) предметом, имеющим острый край;
- б) предметом, имеющим обоюдоострое лезвие;
- в) предметом, имеющим острый конец;
- г) предметом, имеющим закругленный конец и тупые края;
- д) граненым предметом.

16. Преобладание глубины раневого канала над размерами кожной раны характерно:

- а) для резаной раны;
- б) для рубленой раны;
- в) для колотой раны;
- г) для колото-резаной раны;
- д) для ушибленной раны.

17. В колото-резанной ране выделяют:

- а) входное отверстие;
- б) тупые концы;
- в) раневой канал;
- г) выходное отверстие;
- д) периферические насечки.

18. Входное отверстие колото-резаной раны, причиненной обоюдо-острым предметом, имеет:

- а) линейную форму;
- б) гладкие края;
- в) острые концы;
- г) один острый, а второй закругленный концы;
- д) слабоосажденные края.

19. В колото-резаной ране в области входного отверстия на коже выделяют:

- а) основной разрез;
- б) второстепенный разрез;
- в) дополнительный разрез;
- г) точечный укол;
- д) тканевые перемишки.

20. Рубленые раны наносятся:

- а) острым предметом;
- б) массивным предметом;
- в) тупым твердым предметом;
- г) граненым предметом;
- д) обухом топора.

21. Основным признаком рубленых ран, отличающих их от других, являются:

- а) острые концы;
- б) неровные осадненные края;
- в) повреждение костей;
- г) неравномерная глубина;
- д) сильное кровотечение.

22. Рубленая рана, причиненная лезвием топора на коже, имеет:

- а) линейную форму;
- б) П-образные концы;
- в) острые концы;
- г) ровные края;
- д) один П-образный конец.

23. Исследование раневого канала при ранении острым предметом позволяет:

- а) установить последовательность травмы;
- б) установить обстоятельства дела;
- в) определить форму ранящего предмета;
- г) определить давность травмы;
- д) определить размеры ранящего предмета.

24. По следам на костях и хрящах, возникших от острых предметов, можно установить:

- а) последовательность травмы;
- б) причину смерти;
- в) конкретный экземпляр острого предмета;
- г) вид травмы;
- д) обстоятельства случая.

25. Обильное кровотечение из поврежденных кожных покровов характерно для ран, причиненных:

- а) тупыми твердыми предметами;
- б) гранеными предметами;
- в) острыми предметами;
- г) плоскими предметами;
- д) при касательном действии предмета.

26. Входное отверстие колото-резаной раны, причиненное предметом с обушком и лезвием имеет:

- а) линейную форму;
- б) гладкие края;
- в) один острый, а другой – закругленный конец;
- г) острые концы;
- д) слабо осадненные края.

27. Воздействие лезвия рубящего предмета на кость приводит к образованию на ней:

- а) врубов;
- б) дырчатых переломов;
- в) разрубов;
- г) отрубов;
- д) террасовидных переломов.

28. Ушибленные раны возникают на теле человека при следующих воздействиях тупого предмета:

- а) давлении;
- б) трении;
- в) смещении;
- г) перерастяжении.

29. Ушибленные раны характеризуются такими признаками как:

- а) неровные края;
- б) наличие тканевых перемычек;
- в) ссаждение и кровоподтечность краев;
- г) наличие волосяных мостиков;
- д) небольшим кровотечением.

30. Сущность судебно-медицинского значения ушибленных ран состоит:

- а) в определении вида травматизма;
- б) в показателе действия твердого предмета;
- в) в определении силы действия предмета;
- г) в определении формы травмирующей поверхности предмета;
- д) в определении степени тяжести телесно повреждения.

31. Кости повреждаются в соответствии с закономерностью: кость более устойчива на сжатие, чем на растяжение:

- а) да;
- б) нет.

32. Особенности трещин, возникающих при переломах плоских костей от действия тупых твердых предметов, является то, что они:

- а) позволяют определить последовательность ударов;
- б) позволяют определить силу удара;
- в) идут в направлении, противоположном направлению силы;
- г) позволяют определить вид предмета;
- д) определяют направление действия силы.

33. Травматизм как явление характеризуется:

- а) повторением повреждений;
- б) несоблюдение правил техники безопасности;
- в) однотипность повреждений;
- г) тяжелые повреждения тела;
- д) сходные условия деятельности людей.

34. С судебно-медицинской точки зрения падение может быть:

- а) падение с высоты прямое;
- б) падение с высоты до 2 м

- в) падение с высоты последовательное;
- г) падение с высоты свыше 5 м;
- д) падение на плоскость.

35. Для падения на плоскость характерны такие повреждения:

- а) преобладание внутренних повреждений над наружными;
- б) контактные травмы;
- в) признаки целесообразных действий при падении;
- г) черепно-мозговая травма ускорения;
- д) признаки общего сотрясения тела.

36. Для прямого падения с высоты характерен следующий комплекс повреждений:

- а) преобладание внутренних повреждений над наружными;
- б) наличие контактных повреждений;
- в) признаки общего сотрясения тела;
- г) преимущественно односторонняя локализация прямых повреждений;
- д) признаки целесообразных действий.

37. Для черепно-мозговой травмы, при ударе головы о неподвижные предметы, характерны:

- а) повреждение мозга на стороне удара;
- б) слабо выраженные повреждения мозга на стороне удара;
- в) отсутствие каких-либо повреждений мозга;
- г) наличие повреждений мозга в области противоудара;
- д) отсутствие повреждений мозга в области противоудара.

38. Для тупых твердых предметов с плоской неограниченной поверхностью характерно:

- а) небольших размеров ударяющая поверхность;
- б) ударяющая поверхность меньше поверхности тела;
- в) ударяющая поверхность больше контактирующей поверхности тела;
- г) поверхность с угловатым краем;
- д) поверхность закругленная.

39. При черепно-мозговой травме противоударные повреждения возникают:

- а) при ударе тупым твердым предметом, например, молотком;
- б) при падении с высоты;
- в) при падении на плоскость;
- г) при последовательном падении с высоты;
- д) при огнестрельной травме.

40. При столкновении движущегося автомобиля с человеком характерными повреждениями являются:

- а) отслоение кожи;
- б) контактные повреждения в месте первичного удара;

- в) признаки общего сотрясения тела;
- г) бампер-перелом костей нижней конечности;
- д) следы скольжения на теле и одежде.

41. При переезде колесом автомобиля на теле возникают:

- а) хлыстообразный перелом в шейном отделе позвоночника;
- б) отслоение кожи от подкожной клетчатки в месте въезда колеса на тело;
- в) признаки общего сотрясения тела;
- г) след протектора на одежде;
- д) множественные повреждения внутренних органов в месте переезда.

42. Особенности железнодорожной травмы являются:

- а) возможность сокрытия следов совершенного преступления;
- б) наличие признаков волочения тела;
- в) расчленение тела;
- г) множественность повреждений;
- д) наличие следов загрязнений.

43. Правда ли, что при действии тупого твердого предмета на трубчатую кость на ее вогнутой стороне происходит сжатие кости, а на выпуклой – растяжение:

- а) да; б) нет.

44. Плоские кости повреждаются тупым твердым предметом вследствие механизмов:

- а) сгибания; г) растяжения;
- б) сжатия; д) ударов.
- в) кручения;

45. По длине ствола огнестрельное оружие может быть:

- а) гладкоствольное; г) короткоствольное;
- б) длинноствольное; д) гладкоствольное.
- в) нарезное;

46. По устройству канала отбора огнестрельное оружие может быть:

- а) нарезное; г) крупнокалиберное;
- б) малокалиберное; д) гладкоствольное.
- в) длинноствольное;

47. Длинноствольным считается такое оружие, которое имеет длину:

- а) свыше 40 см; г) свыше 10 см;
- б) свыше 50 см; д) свыше 70 см.
- в) свыше 25 – 30 см;

48. Гидродинамическое действие пули может проявиться при ранении таких органов:

- а) кишечник; г) печень;
- б) головной мозг; д) сердце в момент диастолы.
- в) сердце в момент систолы;

49. *Какие дистанции выстрела из пулевого оружия различают в судебной медицине:*

- а) в упор;
- б) 5 – 10 см;
- в) близкая;
- г) 1,5 – 2 м;
- д) неблизкая.

50. *При выстреле в упор дульный срез оружия:*

- а) соприкасается с телом под углом;
- б) не соприкасается с телом;
- в) соприкасается плотно с телом;
- г) ствол имеет дульный тормоз;
- д) отстает от тела менее чем на 0,5 см.

51. *Достоверным признаком выстрела в упор является:*

- а) наличие копоти на коже;
- б) большая энергия пули;
- в) штанц-марка;
- г) наличие ободка осаднения;
- д) наличие порошинок в коже.

52. *Гидродинамическое действие пули возникает:*

- а) при наличии дефекта «минус-ткань»;
- б) при наличии жидкости в полости;
- в) при ушибающем поясе действия пули;
- г) при наличии замкнутой полости;
- д) при наличии головной баллистической волны.

53. *Закрытым входным пулевым отверстием называется:*

- а) образовавшееся от пули с минимальной энергией;
- б) образовавшееся от пули с максимальной энергией;
- в) закрытое подсохшей кровью;
- г) на которое наложена повязка;
- д) имеющие слепой раневой канал.

54. *При выстреле с близкой дистанции входное пулевое отверстие характеризуется наличием:*

- а) пояска осаднения;
- б) дополнительных факторов;
- в) пояска обтирания;
- г) пергаментации кожных покровов;
- д) округлой /овальной/ формы.

55. *К дополнительным факторам выстрела относят:*

- а) гидродинамическое действие пули;
- б) металлические частички;
- в) несгоревшие порошинки;
- г) смазочные вещества.

56. При наличии итаци-марки на коже трупа возможно определить:

- а) положение оружия в момент выстрела;
- б) последовательность выстрелов;
- в) установить дистанцию выстрела;
- г) обнаружить дополнительные факторы выстрела;
- д) установить систему оружия.

57. Дополнительные факторы выстрела с близкой дистанции при визуальном осмотре:

- а) отсутствуют вообще;
- б) локализуются у выходного пулевого отверстия;
- в) локализуются вокруг входного пулевого отверстия;
- г) выявляются только при лабораторном исследовании;
- д) локализуются преимущественно в раневом канале.

58. В прижизненном течении асфиксии последовательно выделяют стадии:

- а) децеребрационная ригидность;
- б) терминальное дыхание;
- в) кратковременный покой;
- г) остановка дыхания и сердца;
- д) одышка с судорогами.

59. Что характерно для первой стадии прижизненного течения асфиксии?

- а) одышка /инспираторная и экспираторная/;
- б) клонические судороги;
- в) преасфиктический период;
- г) падение артериального давления;
- д) повышение артериального давления.

60. Что характерно для второй стадии прижизненного течения асфиксии:

- а) остановка дыхания;
- б) одышка с судорогами;
- в) исчезновение рефлексов;
- г) полная остановка сердца;
- д) непроизвольное выделение кала, мочи, спермы.

61. Что характерно для третьей стадии прижизненного течения асфиксии:

- а) расслабление сфинктеров;
- б) накопление CO₂;
- в) остановка сердца;
- г) раздражение дыхательного центра спинного мозга;
- д) прихлебывающие вдохи с пассивными выдохами.

62. Что характерно для 4 стадии прижизненного течения асфиксии:

- а) остановка дыхания;
- б) возбуждение вазомоторного центра;
- в) прогрессирующее ослабление сердечной деятельности;
- г) судороги;
- д) полная остановка сердца.

63. Через какой период времени наступает потеря сознания в прижизненном течении механической асфиксии:

- а) к концу 3 минуты;
- б) к концу 4 минуты;
- в) к концу 1 минуты;
- г) к концу 5 минуты;
- д) к концу 8 минуты.

64. При наружном исследовании трупа обнаруживают такие общеасфиктические признаки как:

- а) пятна Тардье;
- б) интенсивные трупные пятна;
- в) цианоз лица;
- г) мелкие кровоизлияния на фоне трупных пятен;
- д) следы самопроизвольного мочеиспускания и дефекации.

65. При внутреннем исследовании трупа обнаруживают такие общеасфиктические признаки как:

- а) цианоз лица;
- б) пятна Тардье;
- в) жидкая темная кровь;
- г) перенаполнение кровью правой половины сердца;
- д) полнокровие внутренних органов.

66. Общеасфиктические признаки являются специфическими только для механической асфиксии:

- а) да;
- б) нет.

67. Общеасфиктические признаки встречаются не только при механической асфиксии, но и при любой быстро наступившей смерти:

- а) да;
- б) нет.

68. У лиц, перенесших асфиксию, процесс восстановления жизненных функций протекает с такими стадиями как:

- а) децеребрационной ригидности;
- б) возвращение сознания;
- в) араспираторно-коматозная;
- г) аффективных последствий и вегетативной симптоматики;
- д) амнистическая.

69. Длительность восстановления жизненных функций у лиц, перенесших асфиктическое состояние, зависит от продолжительности пребывания в состоянии асфиксии:

- а) да;
- б) нет.

70. Повешение представляет собой такой вид механической асфиксии, при котором:

- а) петля затягивается под тяжестью части тела;
- б) петля затягивается посторонней силой;
- в) петля затягивается под тяжестью тела;
- г) петля затягивается каким-либо работающим механизмом;
- д) петля затягивается закруткой.

71. При повешении странгуляционная борозда имеет следующую характеристику:

- а) скользящая петля;
- б) косовосходящее направление;
- в) высокое расположение;
- г) незамкнутость;
- д) неравномерность выраженности.

72. При повешении, наряду со странгуляционной бороздой, можно выявить такие видовые признаки:

- а) признак Амюса;
- б) пятна Тардье;
- в) ущемление кончика языка между зубами;
- г) кровоизлияния в конъюнктиву;
- д) трупные пятна на нижних конечностях.

73. При повешении смерть может наступить в результате:

- а) отека легких;
- б) рефлекторной остановки сердца;
- в) асфиксии;
- г) нарушения мозгового кровообращения;
- д) вклинения зубовидного отростка в продолговатый мозг.

74. Процесс прекращения доступа воздуха в дыхательные пути объясняется:

- а) поднятием подъязычной кости вверх и назад;
- б) передавливанием петель трахеи;
- в) одновременном смещении корня языка;
- г) сдавливанием яремных вен шеи;
- д) закрытием входа в гортань.

75. При удавлении петлей странгуляционная борозда имеет следующие особенности:

- а) косовосходящий ход;
- б) горизонтальное направление;
- в) низкое расположение;
- г) равномерность выраженности;
- д) замкнутость.

76. Наиболее частым родом смерти при удавлении петлей является:

- а) самоубийство;
- б) насильственная смерть;
- в) убийство;
- г) несчастный случай;
- д) ненасильственная смерть.

77. Самоубийство путем удавления мягкой петлей невозможно, т. к. в результате потери сознания наступает расслабление петли:

- а) да;
- б) нет.

78. Видовыми признаками при удавлении руками являются:

- а) прижатие гортани к позвоночнику;
- б) на шее кругловатые кровоподтеки;
- в) на шее полулунной формы ссадины;
- г) перелом подъязычной кости;
- д) перелом щитовидного хряща.

79. Удавление руками как род смерти представляет собой:

- а) насильственную смерть;
- б) самоубийство;
- в) убийство;
- г) механическую асфиксию;
- д) ненасильственную смерть.

80. При исследовании трупа лица, смерть которого наступила от удавления руками, выявляют:

- а) общеасфиктические признаки;
- б) признаки затягивания петли приспособлением;
- в) видовые признаки;
- г) признаки потери сознания;
- д) признаки борьбы и самообороны.

81. При закрытии отверстий рта и носа на трупе выявляют такие видовые признаки:

- а) синюшность лица с мелкими кровоизлияниями;
- б) наличие кровоподтеков вокруг рта и носа;
- в) наличие полулунные ссадин вокруг рта и носа;
- г) повреждения слизистой оболочки губ и щек;
- д) в полости рта и носа могут быть мелкие инородные частички.

82. При закрытии дыхательных путей инородными телами и рвотными массами видовыми признаками являются:

- а) наличие кровоизлияния в области его локализации;
- б) пятна Тардье;
- в) наличие инородных тел в дыхательных путях;
- г) синюшность лица;
- д) глубокое проникновение.

83. На прижизненное попадание инородного тела в дыхательные пути указывает:

- а) отек с кровоизлиянием в слизистой оболочке в области его локализации;
- б) пятна Тардье;
- в) наличие инородного тела;
- г) на фоне трупных пятен мелкие кровоизлияния;
- д) глубокое проникновение инородного тела.

84. При утоплении выделяют такие группы признаков:

- а) общеасфиктические;
- б) потери сознания;
- в) видовые утопления;
- г) ненасильственной смерти;
- д) пребывание трупа в воде.

85. При сдавливании груди и живота видовыми признаками являются:

- а) повреждение внутренних органов и костей грудной клетки;
- б) признак Амюсса;
- в) экхимотическая маска;
- г) пятна Тардье;
- д) карминовый отек легких.

86. Экхимотическая маска, которая выявляется при сдавливании груди и живота локализуется:

- а) только на груди;
- б) на лице;
- в) на верхней половине туловища;
- г) на лице и шее;
- д) на нижней половине туловища.

87. Видовыми признаками утопления являются:

- а) мацерация кожи;
- б) диатомеи в паренхиматозных органах;
- в) признак Крушевского;
- г) пятна Рассказова – Лукомского;
- д) эмфизема легких.

88. *Признак Крушевского, который выявляют при утоплении, состоит:*

- а) в мацерации кожи;
- б) в наличии крупных кровоизлияний на легких;
- в) в наличии стойкой пены в дыхательных путях;
- г) в наличии мелких кровоизлияний на легких;
- д) в наличии диатомеи.

89. *При механической асфиксии выявляют пятна Тардье, которые:*

- а) мелкоточечных размеров;
- б) расплывчато характера;
- в) расположены субплеврально на легких;
- г) крупных размеров;
- д) расположены субэпикардially.

90. *При утоплении пятна Рассказова – Луковского имеют такие характеристики:*

- а) крупные размеры;
- б) мелкие размеры;
- в) субплевральное расположение на легких;
- г) расположены субэпикардially;
- д) расплывчатые очертания.

91. *Признаками пребывания трупа в воде являются:*

- а) пена у отверстий рта и носа;
- б) мокрая одежда и кожные покровы;
- в) мацерация кожи;
- г) наложения ила, песка, водорослей;
- д) диатомеи в печени, костном мозге.

92. *Крайняя /максимальная/ степень мацерации при пребывании трупа в воде проявляется в виде:*

- а) побеления и складчатости кожи;
- б) жировоска;
- в) перчатки смерти;
- г) гнилостной венозной сети;
- д) крупной складчатости кожи.

93. *Прижизненное происхождение странгуляционной борозды может быть установлено по таким признакам:*

- а) пятна Тардье;
- б) изменение стволов блуждающих нервов;
- в) явление раздражения и распада нервных элементов кожи;
- г) увеличение уровня биогенных аминов в коже;
- д) наличие кровоизлияний в коже.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 2

Механические повреждения

Основные причины повреждений и смерти при механической травме

Виды травматизма

Транспортный			Бытовой	Производственный	Спортивный	Военный
водный	воздуш- ный	наземный		<ul style="list-style-type: none"> – промышленный – сельскохозяйственный 	<ul style="list-style-type: none"> – при неорганизованных занятиях – при организованных занятиях 	<ul style="list-style-type: none"> – мирного времени – военного времени
Рельсовый				Безрельсовый		
Железнодорожный (трамвайный)				Автомобильный, мотоциклетный и др.		

Причины смерти при механической травме

Смерть от непосредственного действия повреждения:	Смерть от осложнений:	
<ul style="list-style-type: none"> – несовместимое с жизнью повреждение; – шок (первичный и вторичный); – жировая и воздушная эмболия; – ушиб и сдавление головного мозга; – аспирация крови; – кровопотеря (острая, хроническая); – рефлекторная остановка сердца. 	Неинфекционного характера:	Инфекционного характера:
	тромбоэмболия	<ul style="list-style-type: none"> – столбняк – анаэробная инфекция – гноеродная инфекция

Виды механических факторов, причиняющих повреждения:

А) в зависимости от орудия:

Повреждения от тупых и острых предметов	Повреждения от падения с высоты	Повреждения транспортными средствами	Повреждения от огнестрельного оружия при выстреле и взрыве
---	---------------------------------	--------------------------------------	--

Б) в зависимости от механизма образования:

В месте контакта				Вне пределов контакта			
удар	сдавление	растяжение	трение	кровоизлияния	надрывы и отрывы органов		

Классификация орудий по форме слеобразующей поверхности:

Тупые		Острые				
С неограниченной поверхностью	С ограниченной поверхностью	С режущей поверхностью	С колющей поверхностью	С колюще-режущей поверхностью	С пилящей поверхностью	С рубящей поверхностью
Дорожное покрытие и др.	Инструменты, части тела человека и животного, части и механизмы машин и др.					

	Прямоугольной, Круглой (сферической), цилиндрической, треугольной, многоугольной, многогранной и прочих форм					
--	--	--	--	--	--	--

Характеристика поверхностных повреждений по механизму их происхождения

Вид повреждения	Ссадины			Кровоподтеки	
Общая характеристика	Нарушение целостности эпидермиса или эпителия слизистых оболочек			Скопление крови в коже и подкожной клетчатке	
Причины возникновения	Действие тупого предмета		Действие острого предмета	Вследствие ушиба при ударах по телу, падениях и др.	
Механизм возникновения	Движение предмета по телу	Движение тела по предмету	Движение острого конца	Разрыв сосудов в месте удара	Натек крови в мягкие ткани вдали от места воздействия

Характеристика ран по механизму их происхождения

Общая характеристика	Глубокие нарушения кожи и мягких тканей			
Причины возникновения	Действие тупого предмета	Действие острого предмета	Действие огнестрельного оружия	Действие взрывов
Характер раны	Ушибленная	Колотая, резаная, рубленая, колото-резаная, пилящая	Пулевая, дробовая, прочие	Осколочная, ушибленная, прочие

Характеристика особенностей ран, причиненных тупыми и острыми предметами

Форма предмета	Характер раны	Особенности ран
Тупая	ушибленная	Форма разнообразная (чаще продолговатая); концы закруглены (тупые); на дне в области концов – поперечные перемычки; глубина меньше (равна) большей протяженности; края неровные, осаднены, кровоподтечны; кровоизлияние в подлежащие мягкие ткани; кровотечение наружное или
	колотая	Небольшая величина; щелевидный характер; осаднение вокруг раны; большая глубина; небольшое наружное кровотечение
Острая	резаная	Линейное направление; ровные края; острые концы; веретенообразная форма; глубина меньше протяженности; наружное кровотечение
	колото-резаная	Щелевидная или веретенообразная форма; два острых конца (один конец острый, другой тупой); глубина большей протяженности (раневой канал); ровные края; внутреннее кровотечение
	рубленая	Линейное направление; веретенообразная форма; острые или П-образные концы с дополнительными надрывами; глубина меньше (равна) большей протяженности; ровные края (иногда с осаднением); зияние; повреждение (возможное) костей с трасами на разрубе; наружное кровотечение

Характеристика переломов костей

Общая характеристика	Повреждение кости с нарушением ее целости	
Причина возникновения	В месте приложения воздействующей силы	На удалении от места приложения повреждающей силы
Некоторые виды переломов	– открытый – имеется сообщение с внешней средой через повреждение кожных покровов, слизистой и др.; – закрытый – без нарушения целости кожи над областью повреждения; – одиночный – (простой) – перелом одной кости; – множественный – одновременный перелом двух и более костей; – полный – кость полностью разделена на два и более обломка; – неполный – поверхность излома не проходит через весь поперечник кости	
Виды деформаций костной ткани, приводящие к образованию переломов	– сгибание – поперечно-оскольчатые переломы с треугольным обломком. прямые и не прямые переломы; – сдвиг – поперечный перелом. прямой перелом; – сдавление – раздробленные оскольчатые переломы. Непрямые переломы; – скручивание – винтообразная форма перелома; – отрыв – при резком мышечном сокращении отрываются костные выступы к которым прикреплены сухожилия.	
Виды переломов черепа	– трещина – сквозные и несквозные; – расхождения швов; – вдавленные переломы – углубления в костях черепа, в которых костные обломки сохраняют связь друг с другом и неповрежденной костью; – террасовидный перелом – обломки располагаются в виде ступенек; – дырчатые переломы – при сильных ударах предметами с площадью поперечного сечения 9 – 16 см ² ; – оскольчатые переломы – при ударах массивными тупыми предметами.	

Вопросы, разрешаемые при исследовании механических повреждений

Вид повреждения	Разрешаемые вопросы:
Ссадины	Предмет, которым нанесено повреждение
Кровоподтеки	Давность нанесения
Раны	Характер насилия
Переломы кости	Механизм перелома Давность нанесения Особенность (возможность самостоятельного действия)
Повреждения внутренних органов	Механизм возникновения Опасность для жизни Особенность (возможность самостоятельного действия)
Размятие и отделение частей тела	Происхождение повреждения Орудие и механизм травмы

Автомобильная травма
Отдельные виды автомобильной травмы и ее фазы

Травма от столкновения движущегося автомобиля с человеком	Травма от переезда колесом автомобиля	Травма при выпадении из движущегося автомобиля	Травма в салоне (кузове) автомобиля	Комбинированные виды травмы
---	---------------------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------------

Травма от столкновения движущегося автомобиля с человеком		Травма от переезда колесом автомобиля	Травма при выпадении из движущегося автомобиля
Первичный контакт (удар) частей автомобиля по телу		Соприкосновение тела с колесом.	Контакт (удар) частей автомобиля по телу человека
Падение		Волочение, перекатывание, протаскивание тела по грунту	Падение на грунт
На транспорт (вторично)	На грунт	Въезд колеса на тело	
Скольжение по грунту		Переезд тела колесом	Скольжение по грунту

Травма в салоне (кабине, кузове) автомобиля		
Соприкосновение тела с частями кабины (салона, кузова)		
Прижатие тела сместившимися частями		

Прочие случаи		
Между частями автомобиля и другими предметами	Придавливание сместившимся грузом.	Комбинированные и другие случаи

Железнодорожная травма

Типичные повреждения и загрязнения						Нетипичные повреждения				
Переезд колесами										
Отрывы конечностей	Полоса давления	Полоса обтирания	Расчленение	Загрязнение специфическими веществами	Волочение	Следы ударов выступающим и частями	Следы сдавления тела между вагонами	Различные повреждения внутри вагона	Прочие случаи	Падение с движущегося транспорта
Рваные раны, разрывы мягких тканей, отрывы вне суставов, косые переломы	Осаднение шириной 8 – 14 см	Загрязнение масляным веществом бурого-черного цвета, смещение кожи и надкожицы	Раздробление костей. Концы: прямой и косой. Размятие тканей и органов	Загрязнение ран балластом и маслянистым веществом. Загрязнение балластом и маслянистым веществом одежды и др.	Параллельные ссадины, лоскутные раны, дефицит тканей и костей			Огнестрельные	Повреждения от других видов травмы (убийства) Колотые, резаные, рубленые	Другие повреждения

Падение с высоты

А) падение с небольшой высоты («собственного роста» человека)

Место соударения	Механизм повреждения	Характер и вид повреждения
Голова	Контакт	– раны головы и ссадины; – ушибы головного мозга в месте удара и противоудара; – трещины костей черепа.
	Сотрясение	– сотрясение головного мозга.

Б) падение с большей высоты (больше, чем рост человека)

Место соударения	Механизм повреждения	Характер и вид повреждения
Голова	Контакт	– ссадины, кровоподтеки на голове и лице; – многооскольчатые переломы костей свода черепа, шейной и грудной части позвоночника; – поперечные, косо-поперечные переломы верхних конечностей
	Сотрясение	– ушибы и разможжения вещества головного мозга. Разрывы органов; – кровоизлияния и разрывы в области подвешивающего аппарата внутренних органов
Туловище (падение плашмя)	Контакт	– кровоизлияния; – ссадины; – рвано-ушибленные раны головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей; – поперечные скрытые или закрытые переломы черепа, лицевого скелета, позвоночника, ребер, верхних и нижних конечностей
	Сотрясение	– разрывы внутренних органов на стороне падения; – кровоизлияния, надрывы в области подвешивающего аппарата внутренних органов
Конечности (ноги)	Контакт	– кровоподтеки, ссадины и раны конечностей; – переломы (закрытые и открытые), вколочение костей голени и бедер, переломы пяточных костей; – многооскольчатые переломы костей таза; – компрессионные переломы позвоночника, круговой перелом основания черепа и др.
	Сотрясение	– кровоизлияния, надрывы в области подвешивающего аппарата внутренних органов; – разрывы и отрывы внутренних органов

Повреждающие факторы выстрела

Огнестрельный снаряд	Факторы близкого выстрела	Части оружия	Вторичные снаряды
↓	↓	↓	↓
Пуля обыкновенная или специальная	Пороховые газы и воздух из канала ствола	Дульный конец оружия	Осколки и частицы преграды
Осколки разорвавшейся пули	Копоть близкого выстрела	Подвижные части	Обрывки одежды
Дробь, картечь и другие детали охотничьего патрона	Частицы пороховых зерен	Приклад	Осколки костей
Атипичный снаряд	Ружейная смазка	Осколки ствола и других частей (при разрыве)	Обрывки мягких тканей

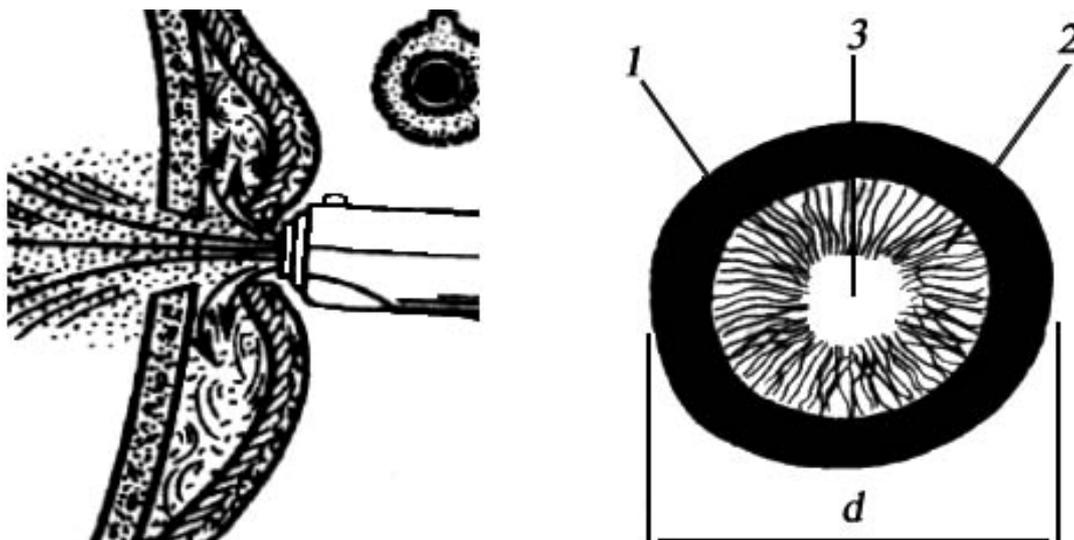
Характеристика огнестрельных (пулевых) ран на теле

Признак	Входная рана	Выходная рана
Форма и наличие дефекта	Округлая, вследствие наличия дефекта (минус-ткани)	Неправильно звездчатая или щелевидная, дугообразная, в виде угла
Размер	Размер дефекта всегда меньше диаметра пули	Часто больше размера входного отверстия, иногда равно ему или даже меньше
Края	Часто мелкофестончатые, иногда ровные и покатые	Обычно неровные, часто выведены наружу
Поясок осаднения	Обычно хорошо выражен, шириной 1 – 3 мм.	Отсутствует
Поясок обтирания (загрязнения)	Имеется либо на коже, либо на одежде	Отсутствует

Максимальные дистанции (в см) следов близкого выстрела для некоторых моделей оружия

Оружие (калибр)	Разрывы		Копоть на светлых тканях	Порошинки, частицы металлов	
	одежды	кожи		много	единичные
АК-47, АКМ (7, 62 мм)	7 – 10	5	30 – 35	50 – 70	150 – 200
АК 74 (5,45 мм)	0 – 2	Нет	30	–	75 – 100
ПМ (9мм)	1 – 3	1	25 – 30	30 – 40	100 – 150
Охотничье ружье (16 и 12 калибр)	0 – 7	0 – 5	50 – 100	50 – 100	200 – 300

Образование входного отверстия огнестрельной раны и «штанц-марки» при выстреле в упор и основные элементы входного пулевого отверстия



На ткани одежды: 1. Дефект минус-ткань; 2. Разволоknение краев дефекта; 3. Поясок осаднения (загрязнения); 4. Наружный диаметр пояска обтирания

На коже: 1. Дефект в коже (минус-ткань); 2. Радиальные надрывы; 3. Поясок осаднения; d. Наружный диаметр пояска осаднения

Повреждающие факторы взрыва

Продукты взрыва	Ударная волна окружающей среды	Осколки оболочки снаряда	Вторичные снаряды
↓	↓	↓	↓
Взрывные газы	Воздушная	Металлические	Кусочки грунта
Кусочки взрывчатого вещества	Водная	Пластмассовые	Обломки зданий и других объектов
		Деревянные	
Копоть	Другой среды (грунта и др.)	Шарики, стрелки и другие убойные элементы	Оторванные части тела

Расстройство здоровья и смерть от кислородной недостаточности (механическая асфиксия)

Виды механической асфиксии

Асфиксия от сдавления	Асфиксия от закрытия	Асфиксия в ограниченном пространстве	Утопление
-----------------------	----------------------	--------------------------------------	-----------

Странгуляционная	Компрессионная	Обтурационная	Аспирационная	Аспирационное	Асфиктическое
Повешение	Сдавление груди	Закрытие отверстий рта и носа	Сыпучих веществ	Рефлекторное	Комбинированное
Удавление петель	Сдавление груди и живота	Закрытие дыхательных путей инородными телами	Вязких веществ		
Удавление руками			Крови Желудочно-кишечного содержимого		

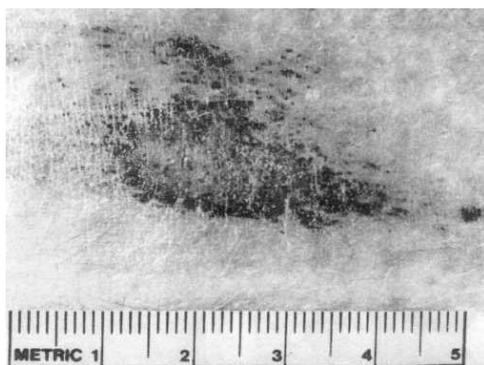


Рис. 2.1. Ссадина на коже предплечья от неоднократного возвратно-поступательного действия травмирующего предмета, имеющего выпуклую шероховатую поверхность. Ссадина покрыта корочкой, слегка выступающей над поверхностью кожи. Давность причинения ссадины около 24 ч

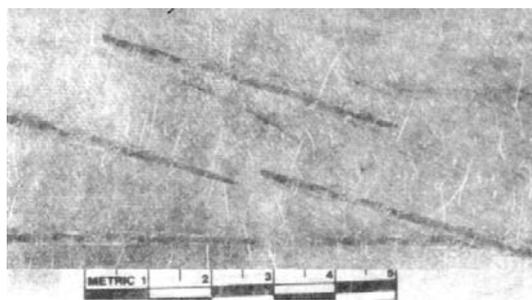


Рис. 2.2. Линейные ссадины – царапины, образованы при касательном действии точечных выступающих участков твердого тупого предмета. Давность образования ссадин около 24 ч



Рис. 2.3. Судебно-медицинская экспертная схема, отражающая механизм причинения множественных колото-резаных повреждений (одна из жертв маньяка А.Р. Чикатило). Такие схемы, наряду с фотографиями и словесным описанием повреждений, дают возможность составить полное представление о механизме причинения множественных повреждений. Схема является не просто иллюстрирующим материалом, она отражает экспертную оценку результатов исследования повреждений



Рис. 2.4. Труп одной из жертв маньяка А. Р. Чикатило: а) на месте происшествия; б) в морге. В области молочных желез и половых органов повреждения от режущего действия колюще-режущего орудия (ножа). В области грудной клетки множественные колото-резаные раны. Нос и верхняя губа отсечены режущим действием ножа

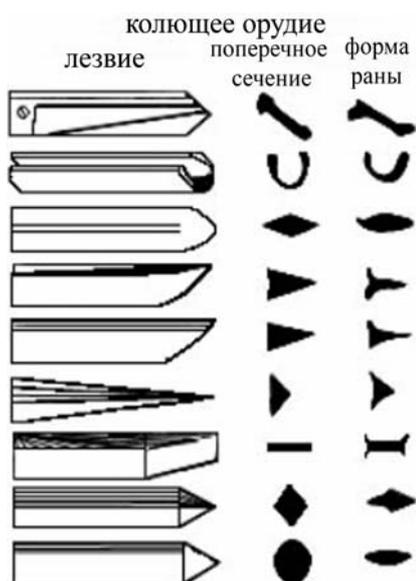


Рис. 2.5. Зависимость формы раны от вида поперечного сечения колющего орудия

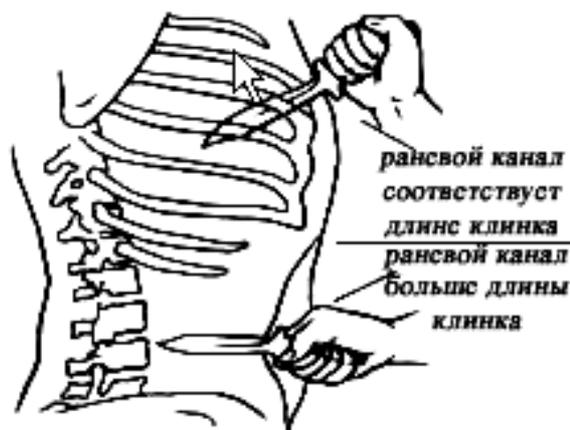


Рис.2.6. Глубина раневого канала в зависимости от области повреждения

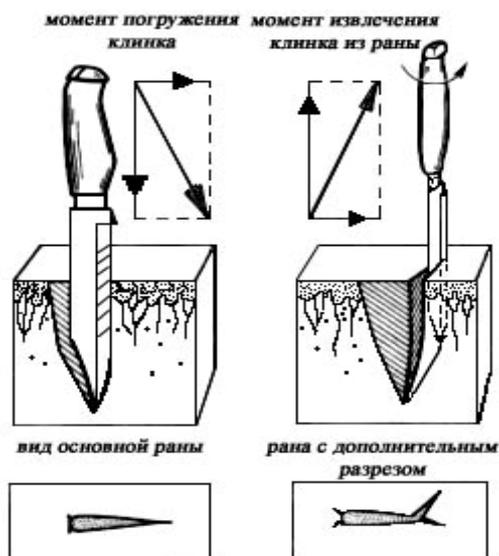


Рис. 2.7. Механизм образования колото-резаной раны

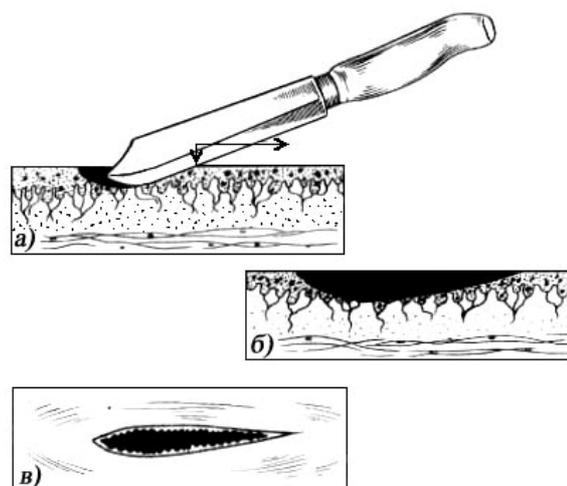


Рис. 2.8. Образование резаной раны: а) механизм действия; б) продольное сечение; в) вид раны



Рис. 2.9. Вертикальные (вдоль оси тела) потеки крови на лице трупа, возникшие при излиянии крови из повреждений. Свидетельствуют о том, что человек после получения повреждений некоторое время находился в вертикальном положении



Рис. 2.10. Рубленые раны на голове, возникшие от рубящего действия большого ножа

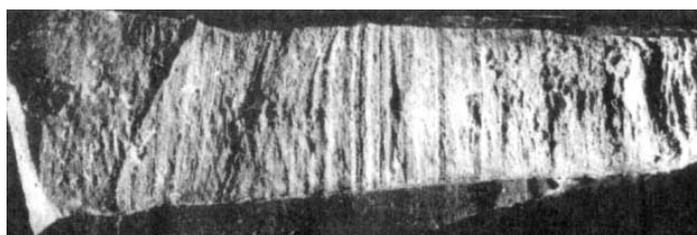


Рис. 2.11. Трассы на реберном хряще, рассеченном ножом (увеличено в 6 раз), такие следы пригодны для идентификационного исследования

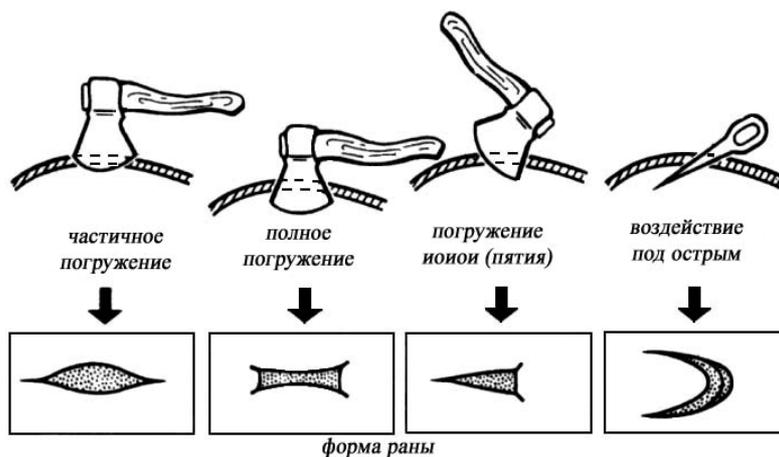


Рис. 2.12. Схема образования рубленых ран различной формы при некоторых характерных механизмах воздействия топора

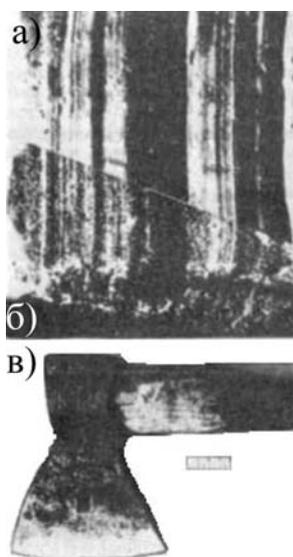


Рис. 2.13. Идентификация орудия: а) трассы на костной ткани; б) экспериментальный динамический след от предполагаемого орудия; в) предполагаемое орудие



Рис. 2.14. Трассы на плоскости разрыва бедренной кости, оставленного топором. Такие следы пригодны для идентификационного исследования



Рис. 2.15. Множественные рубленые раны головы, нанесенные собственной рукой (самоубийство)



Рис. 2.16. Рвано-ушибленная рана в области лба

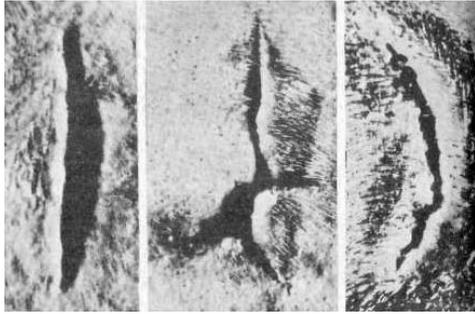


Рис. 2.17. Виды ушибленных ран

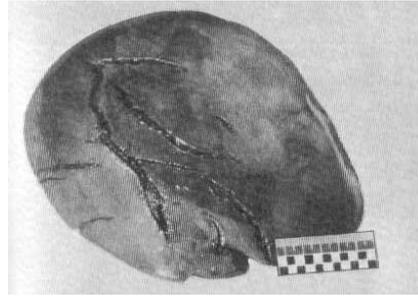


Рис. 2.18. Повреждение печени при воздействии тупого предмета

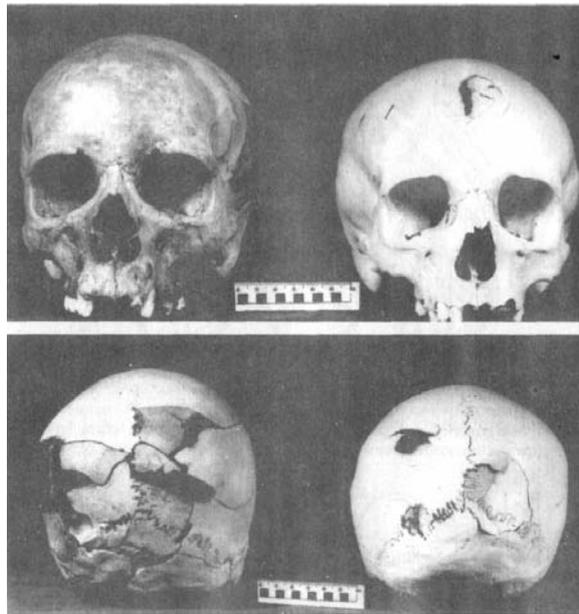


Рис. 2.19. Переломы костей черепа от многократных воздействий тупого твердого предмета с ограниченной по размерам травмирующей поверхностью. На фотоснимках представлены черепа (без нижних челюстей) матери и дочери П., жертв маньяка А.Р. Чикатило, повреждения этим своим жертвам он вначале причинял молотком в область головы, затем еще и ножом в область грудной клетки и живота

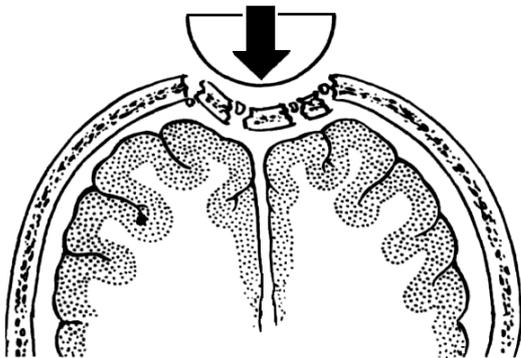


Рис. 2.20. Схема механизма образования вдавленного перелома костей свода черепа от воздействия твердого тупого предмета со сферической травмирующей поверхностью

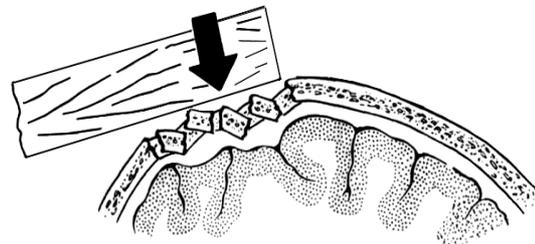


Рис. 2.21. Схема механизма образования террасовидного перелома костей свода черепа от удара предметом с большой (относительно размеров черепа) травмирующей поверхностью

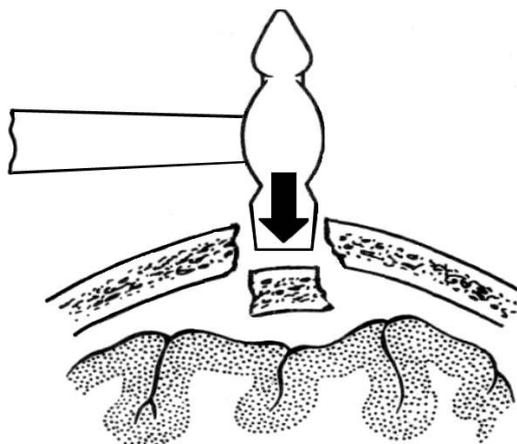


Рис. 2.22. Схема механизма образования дырчатого перелома костей свода черепа от воздействия твердым тупым предметом с небольшой травмирующей поверхностью (типа рабочей поверхности молотка). Для таких переломов характерно образование фрагмента кости, который вбивается в полость черепа

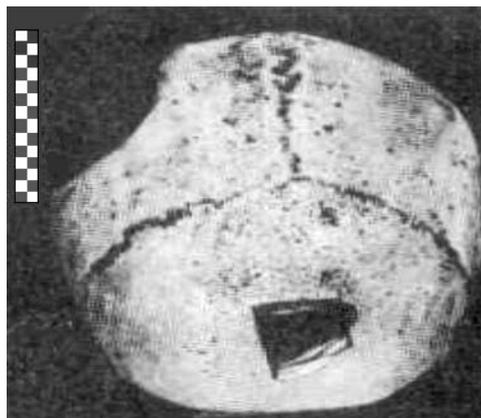


Рис. 2.23. Дырчатый перелом костей свода черепа



Рис. 2.24. Перелом костей свода черепа от удара продолговатым предметом



Рис. 2.25. Вдавленный перелом костей свода черепа



Рис. 2.26. Террасовидный перелом костей свода черепа

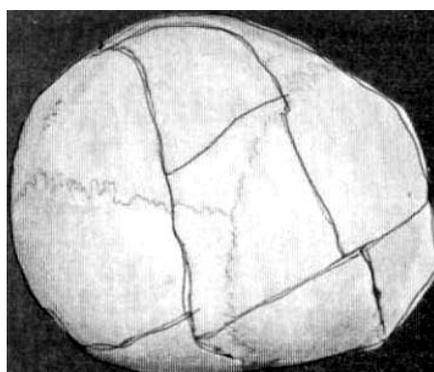


Рис. 2.27. Многооскольчатый («паутинообразный») перелом костей свода черепа от удара предметом с широкой ударяющей поверхностью

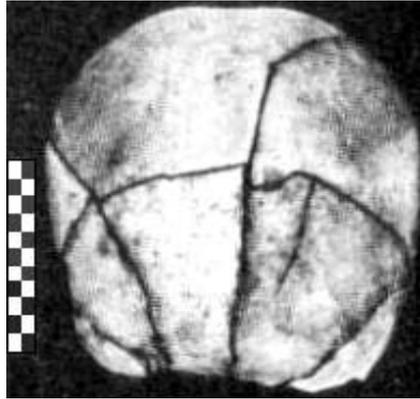


Рис. 2.28. Перелом костей свода черепа при поперечно-диагональной компрессии между тупыми предметами

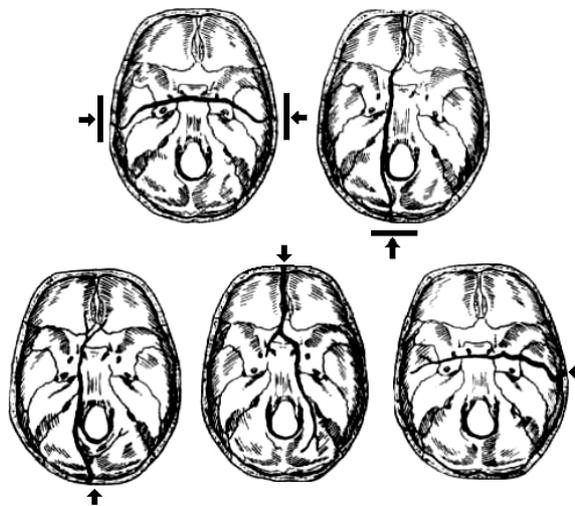


Рис. 2.29. Схема образования наиболее характерных переломов костей основания черепа при воздействии травмирующей силы на различные места черепа (направления воздействия травмирующей силы указаны стрелками)

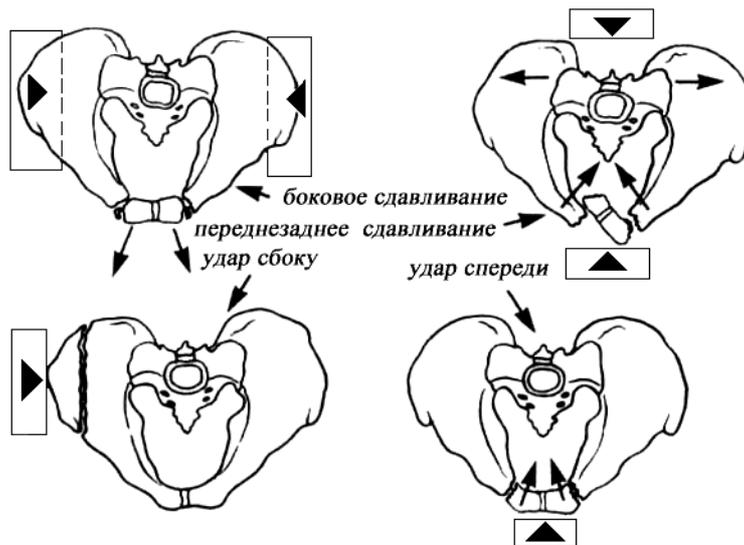


Рис. 2.30. Место расположения наиболее характерных переломов костей таза при различных механизмах воздействия повреждающих факторов на тазовую область тела человека (направления действия травмирующей силы указаны стрелками)

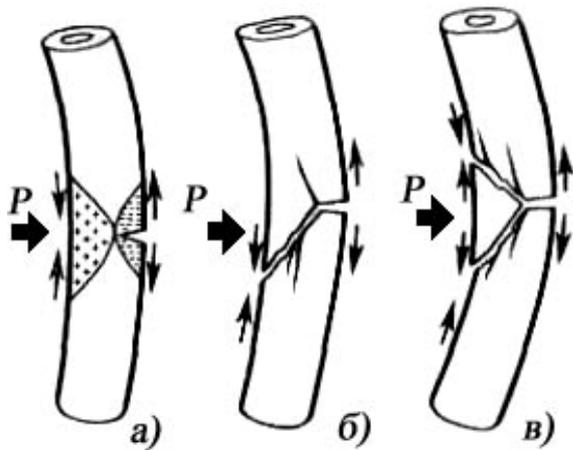


Рис. 2.31. Механизмы перелома длинных трубчатых костей

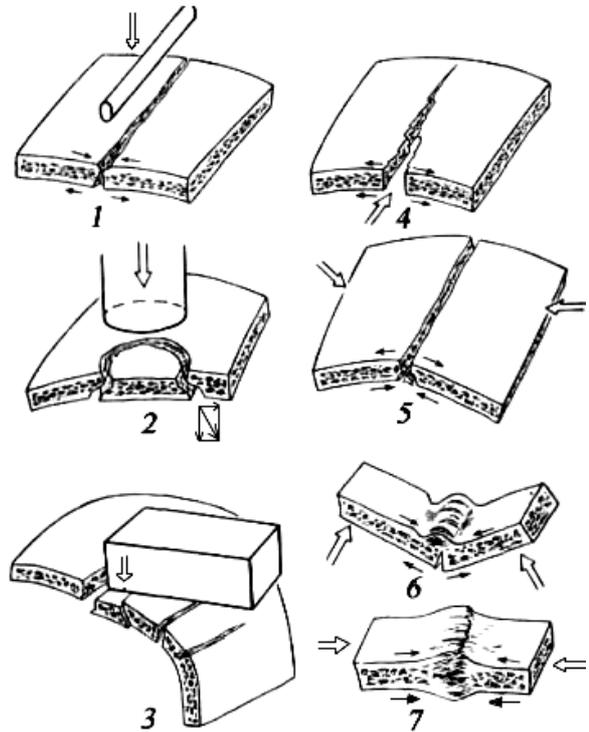


Рис. 2.32. Механизм переломов плоских костей: 1) перелом от изгиба при ударе продолговатым предметом; 2) формирование дырчатого перелома; 3) формирование террасовидного перелома; 4) перелом вследствие разрыва; 5) перелом от изгиба при сжатии; 6) формирование валикообразного вытягивания; 7) формирование валикообразного смятия

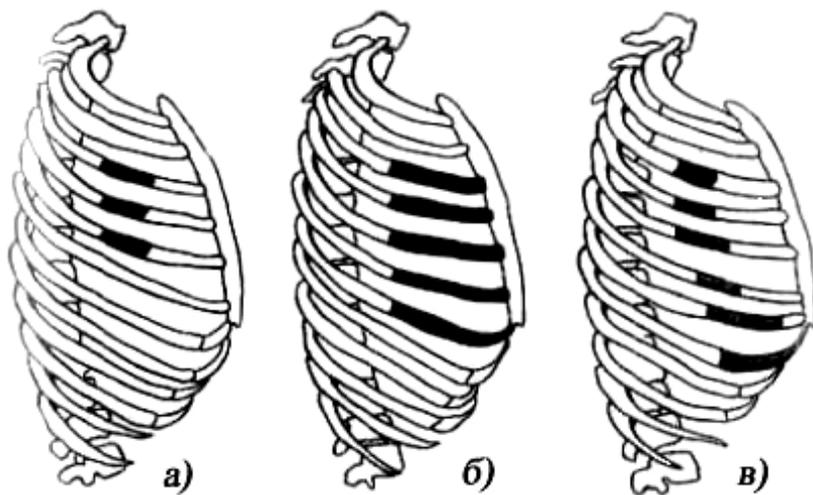


Рис. 2.33. Локализация переломов ребер (заштриховано) при компрессии в сагитальном направлении в зависимости от формы грудной клетки: а) плоская; б) цилиндрическая; в) коническая

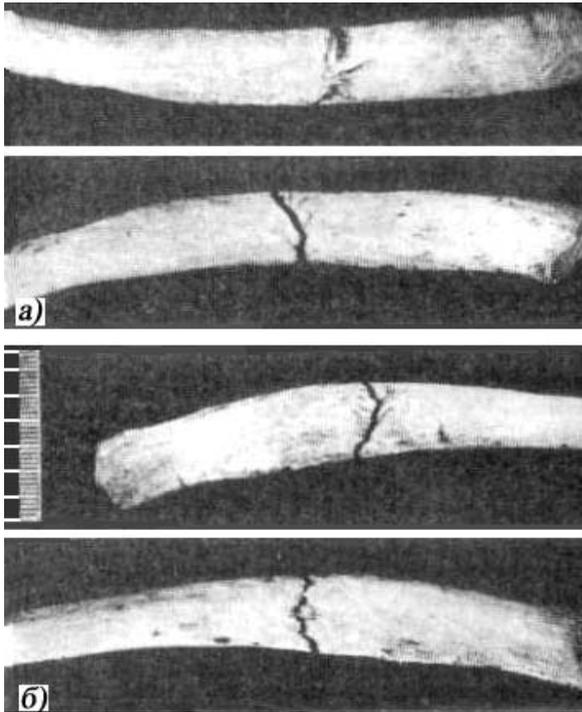


Рис. 2.34. Переломы ребер:
 а) локальный; б) конструкционный;
 1, 3 – повреждения со стороны наружной
 пластинки; 2, 4 – повреждения со стороны
 внутренней пластинки

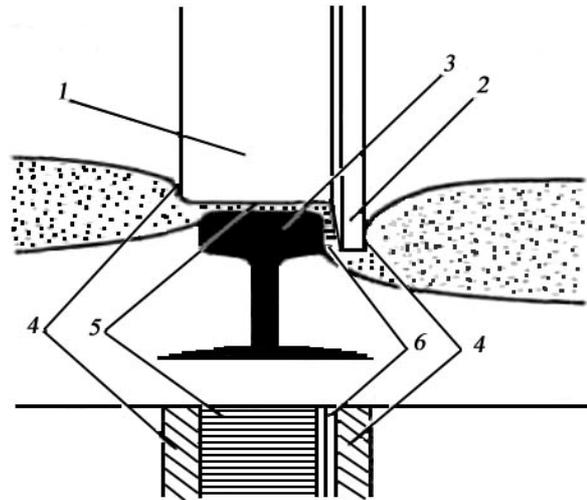


Рис. 2.35. Перекатывание колеса
 железнодорожного транспорта через
 тело: 1) бандаж колеса; 2) реборда;
 3) головка рельса; 4) локализация полос
 обтирания, 5) место формирования поло-
 сы давления; 6) локализация места
 расчленения

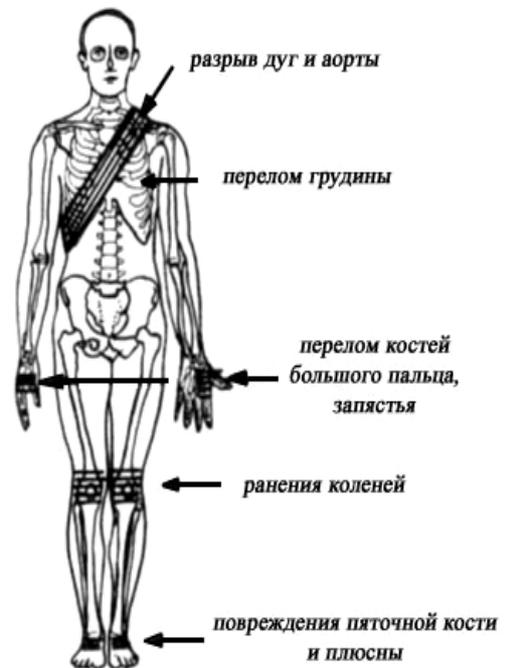
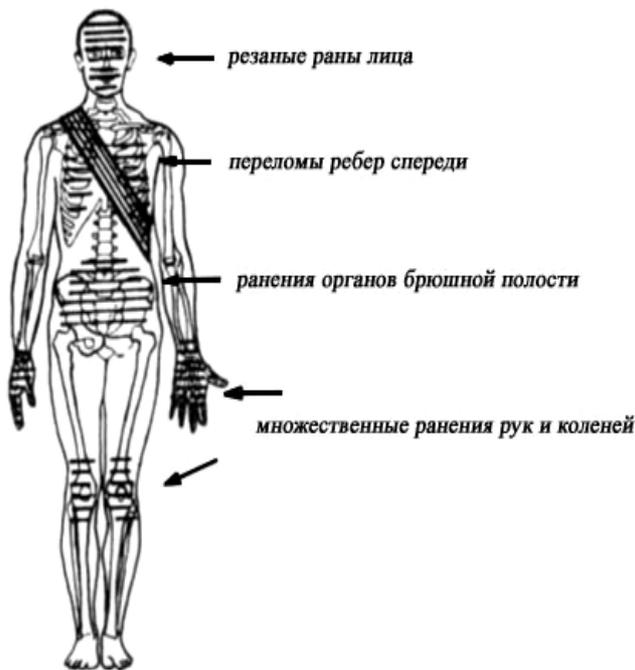


Рис. 2.36. Схема возможных ранений водителя (справа) и пассажира (слева)
 легкового автомобиля

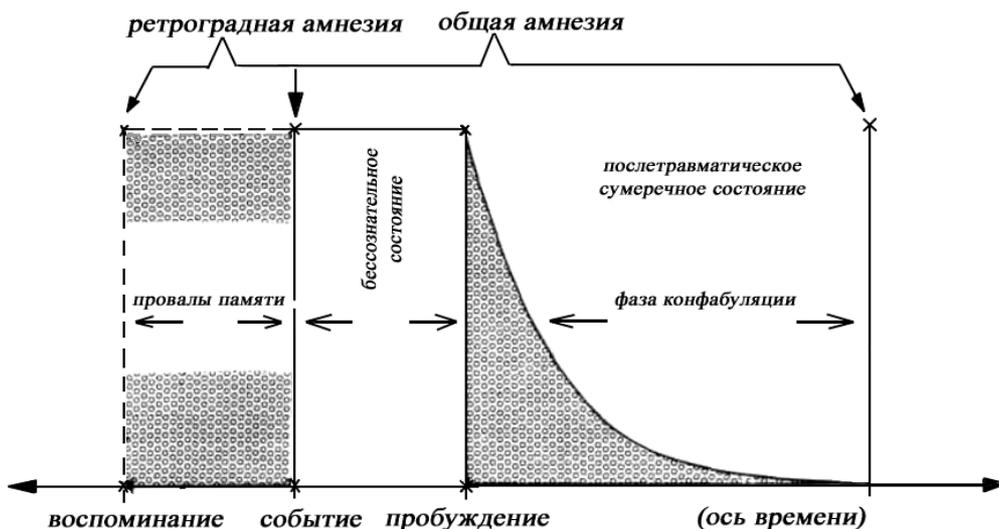


Рис. 2.37. Схема развития во времени общей и ретроградной амнезии

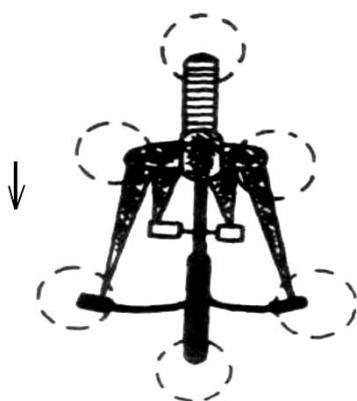


Рис. 2.38. Наиболее вероятные места первичного удара, характерные для двухколесных транспортных средств и их водителей

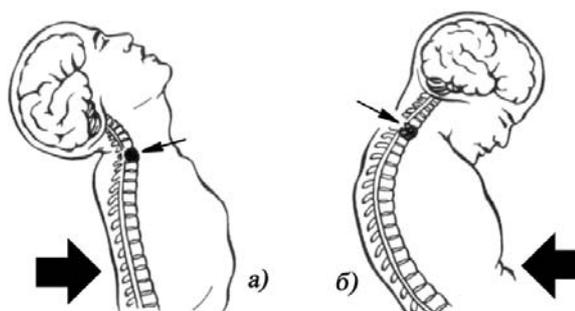


Рис. 2.39. Схема места расположения наиболее выраженных повреждений позвоночника от запрокидывания головы человека при резком заднем (а) и переднем (б) воздействии на человека, находящегося в салоне автомобиля. Стрелками указано направление действия травмирующей силы

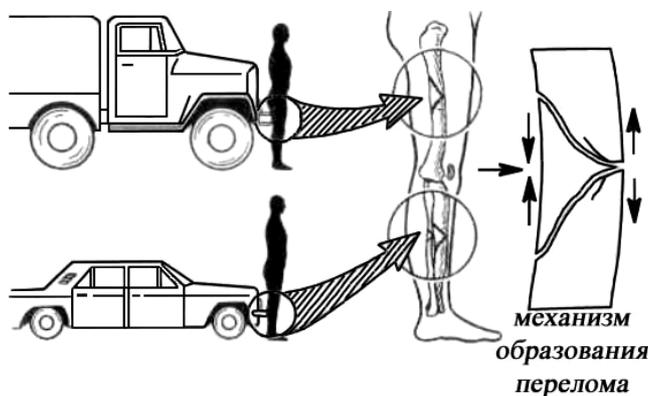


Рис. 2.40. Механизм образования перелома длинной трубчатой кости при ударе выступающей частью автомобиля

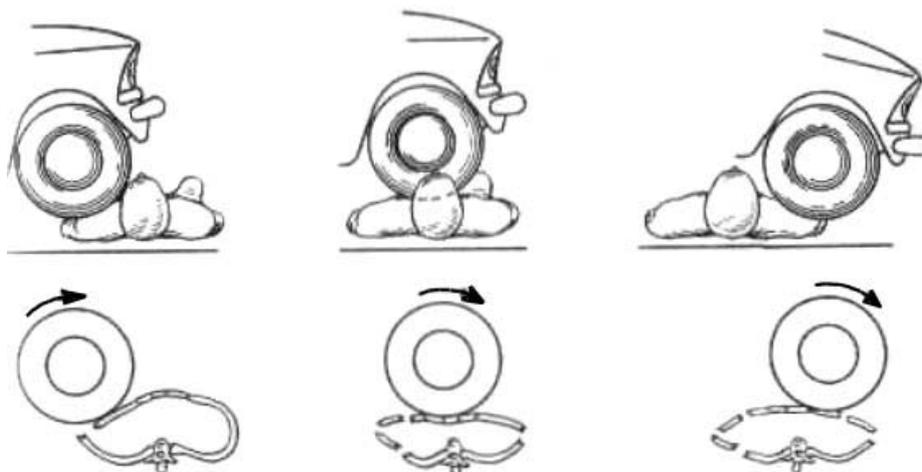


Рис. 2.41. Последовательность образования переломов ребер при переезде колесом автомобиля

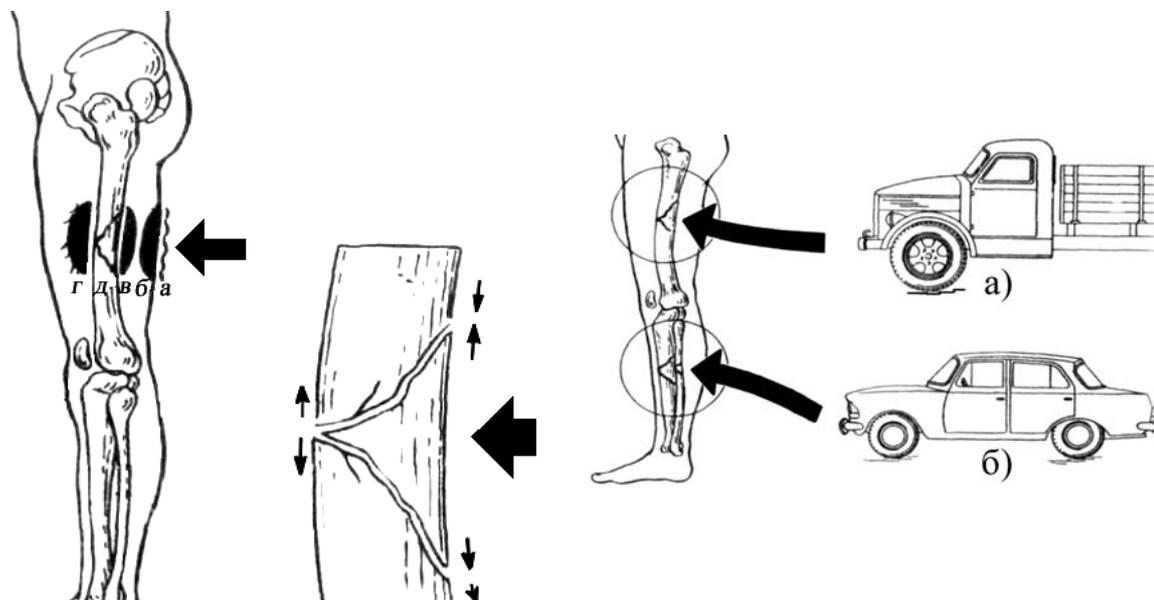


Рис. 2.42. Схема механизма образования перелома длинной трубчатой кости от воздействия мощной силы, ограниченной по площади воздействия – удар выступающей частью (например, бампером) автомобиля. (Большими стрелками указано направление действия травмирующей силы, маленькими – направление сил, деформирующих костные пластинки). Обозначения на рисунке: а) место расположения ссадины кожи; б), в) кровоизлияния в мышцы на стороне удара; г) кровоизлияние в мышцы в области перелома на стороне, противоположной от места удара; д) перелом бедренной кости

Рис. 2.43. Соотношение расположения повреждений длинных трубчатых костей нижних конечностей человека и уровня травмирующего воздействия бампера грузового (а) и легкового (б) автомобилей

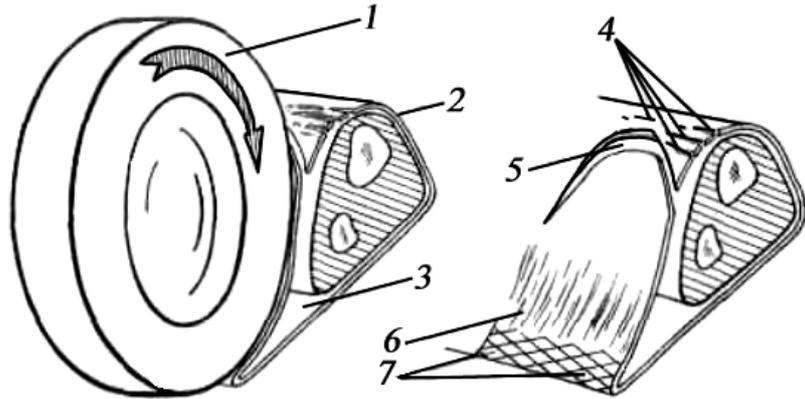


Рис. 2.44. Механизм образования «первичного щипка»: 1) колесо; 2) часть тела; 3) отслоение кожи с «карманом», заполненным кровью; 4) надрывы кожи; 5) разрыв кожи; 6) зона осаднения на коже; 7) зона «первичного щипка»



Рис. 2.45. Направление падения тела человека в зависимости от удара различными частями движущегося автомобиля



Рис. 2.46. Направление падения тела человека из движущегося автомобиля

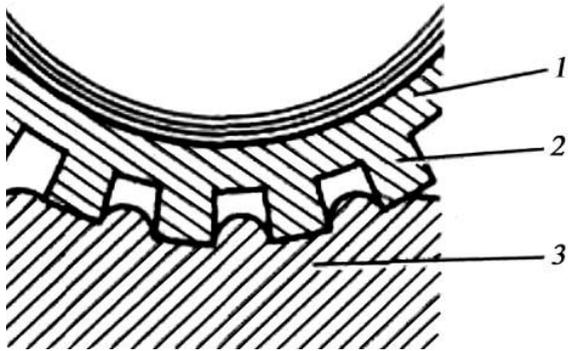


Рис. 2.47. Образование отпечатка протектора колеса на коже: 1) колесо; 2) выступы протектора; 3) тело



Рис. 2.48. Следы скольжения на подошве



Рис. 2.49. Поза трупа человека, погибшего в результате падения с высоты



Рис. 2.50. Повреждения тела при падении с большой высоты на частокол



Рис. 2.51. Травма, полученная в результате падения с высоты на деревянный забор (видны фрагменты шпалетника, внедрившиеся в тело жертвы)

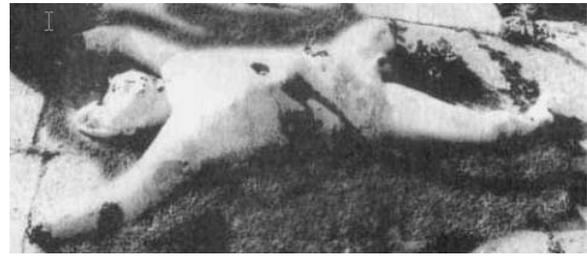
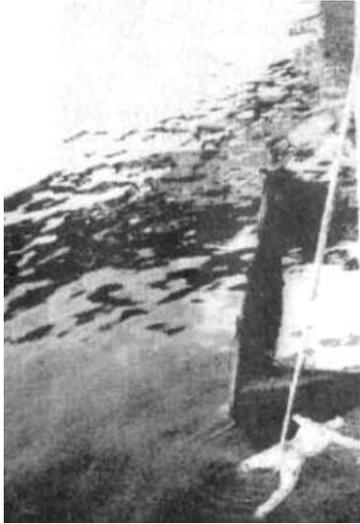


Рис. 2.52. Фотоснимки трупа, подвергнутого прижизненному воздействию острых орудий травмы. После сбрасывания трупа в реку, тело было повреждено частями движущегося водного транспорта. На фото: а) положение трупа в воде у берега реки; б) общий вид трупа, вытасенного на берег

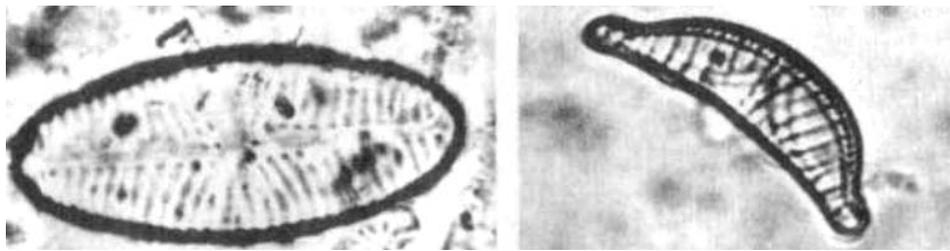


Рис. 2.53. Микрофотоснимки панциря планктона (увеличение около 500 раз)

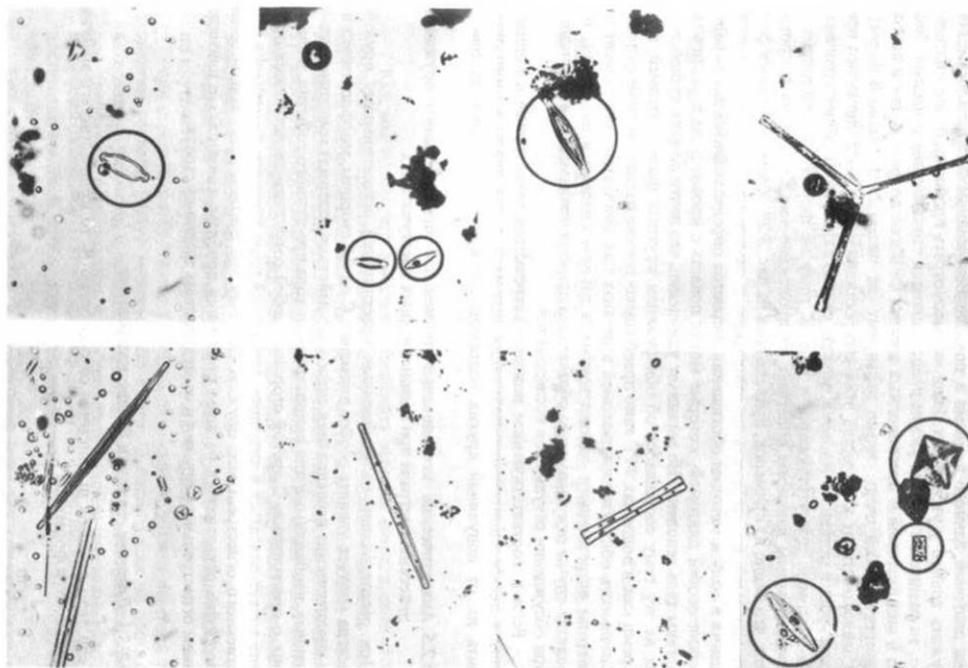


Рис. 2.54. Формы диатомового планктона, встречающегося в различных водоемах, как господствующие популяции

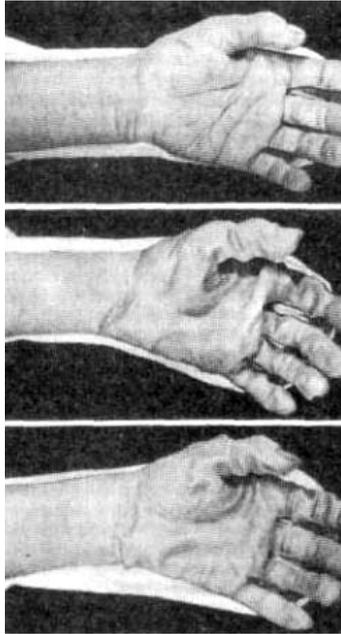


Рис. 2.55. Мацерация кожи кистей в зависимости от времени пребывания трупа в воде

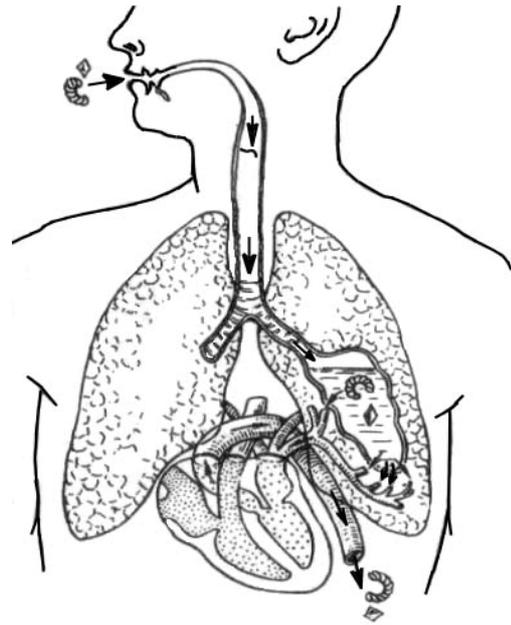


Рис. 2.56. Схема проникновения воды с планктоном в кровеносные сосуды при утоплении



Рис. 2.57. Пена вокруг рта и отверстий носа при утоплении



Рис. 2.58. Обтурация полости рта (кляп)



Рис. 2.59. Повреждения на шее при давлении руками



Рис. 2.60. Повешение в положении стоя

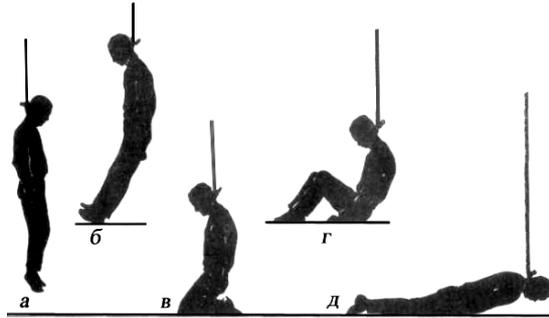


Рис. 2.61. Положение тела при повешении (схема): а) висячее; б) висячее с частичным упором ног; в) на коленях; г) сидячее; д) лежащее

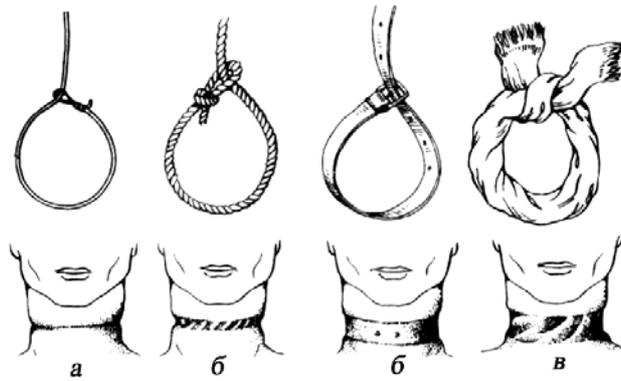


Рис. 2.62. Особенности строения странгуляционной борозды в зависимости от материала петли (схема): а) от жесткой петли (проволочной); б) от полужестких петель (веревочной и ременной); в) от мягкой петли (изготовленной из шарфа)

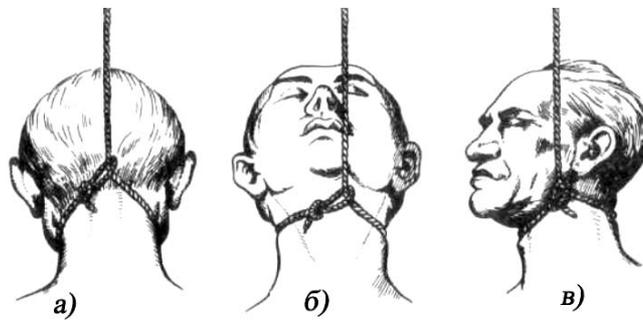


Рис. 2.63. Расположение петли: а) типичное; б), в) атипичное



Рис. 2.64. Методика снятия петли

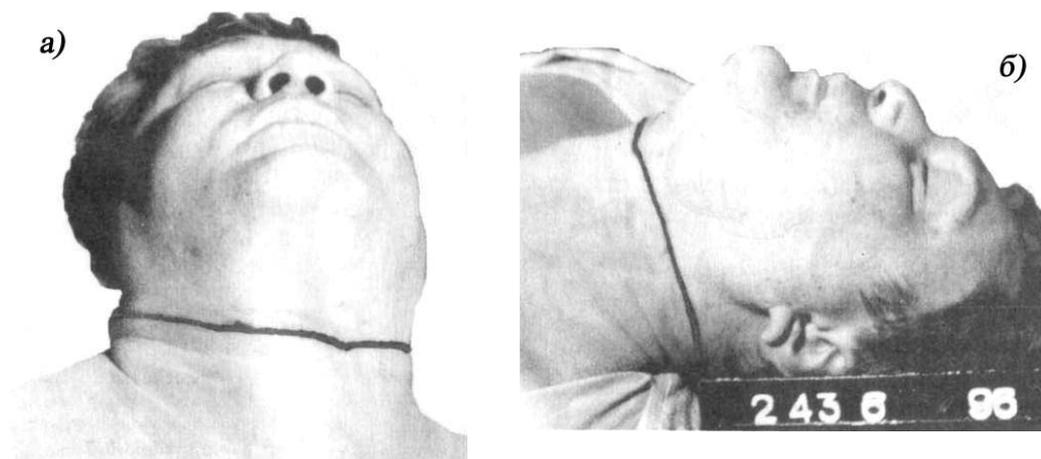


Рис. 2.65. Странгуляционная борозда на шее трупа (удавление петлей): а) на передней поверхности шеи; б) на левой боковой поверхности шеи

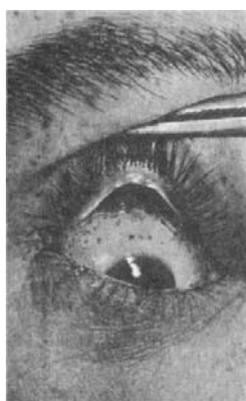


Рис. 2.66. Субконъюнктивальные экхимозы

Баллистика

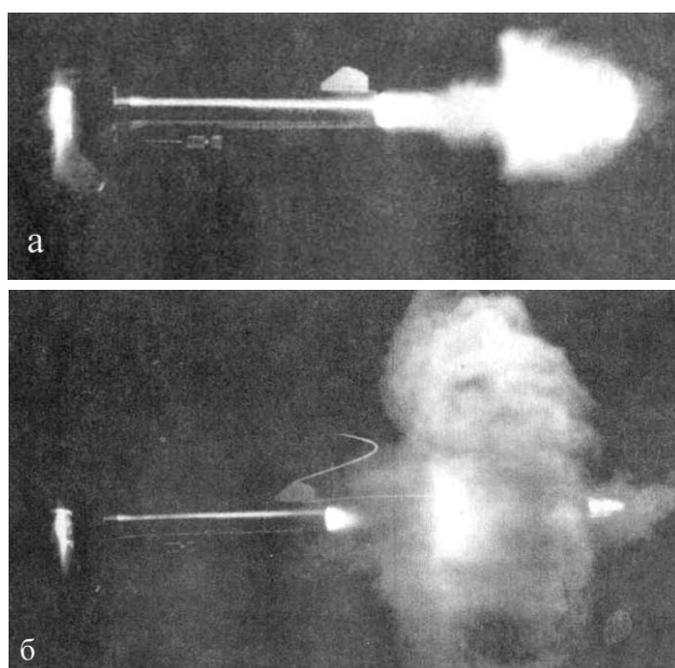


Рис. 2.67. Выстрел из револьвера: а) видны газы вылетающие из ствола, пуля скрыта газами; б) пуля вышла за облако дополнительных факторов выстрела

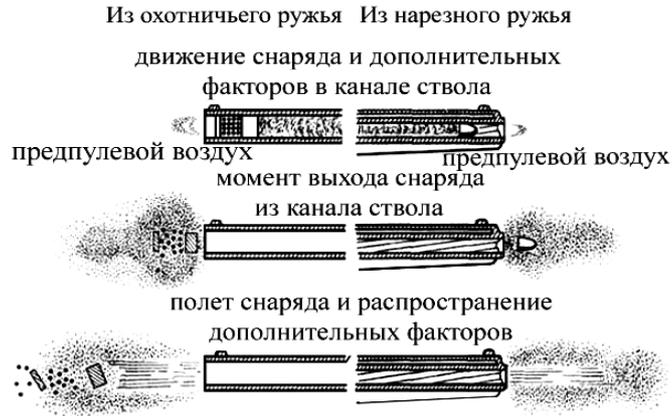


Рис. 2.68. Механизм выстрела

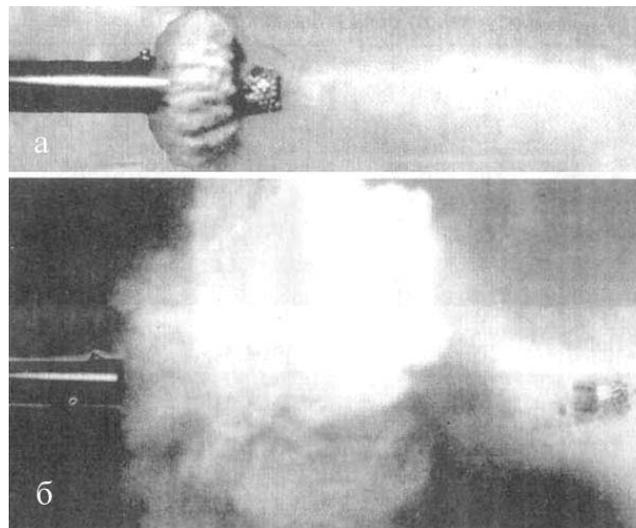


Рис. 2.69. Выстрел из гладкоствольного охотничьего ружья: а) контейнер с дробью на расстоянии нескольких сантиметров от дульного среза, непосредственно за ним пороховые газы; б) хорошо видно большое облако дополнительных факторов выстрела, контейнер с дробью на расстоянии двух-трех десятков сантиметров от дульного среза

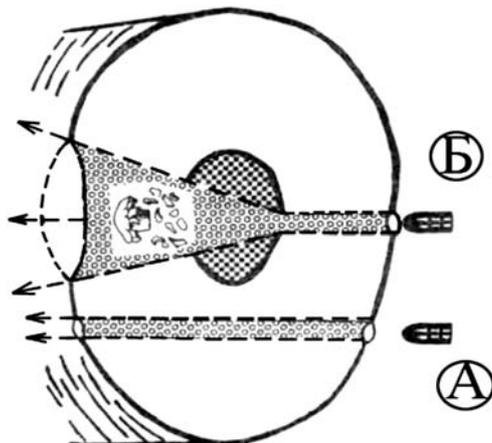


Рис. 2.74. Гладкий огнестрельный канал от недеформированной пули (А) и воронковидное расширение при расплющивании пули и образовании осколков (Б)

	пуля	мягкий материал	твердый материал
частная оболочка			
Н-оболочка свинцовая головная часть			
оболочка типа "Д"			

Рис. 2.75. Схематическое изображение возникновения осколков при столкновении оболочечных пуль с твердым (справа) и мягким (слева) материалом

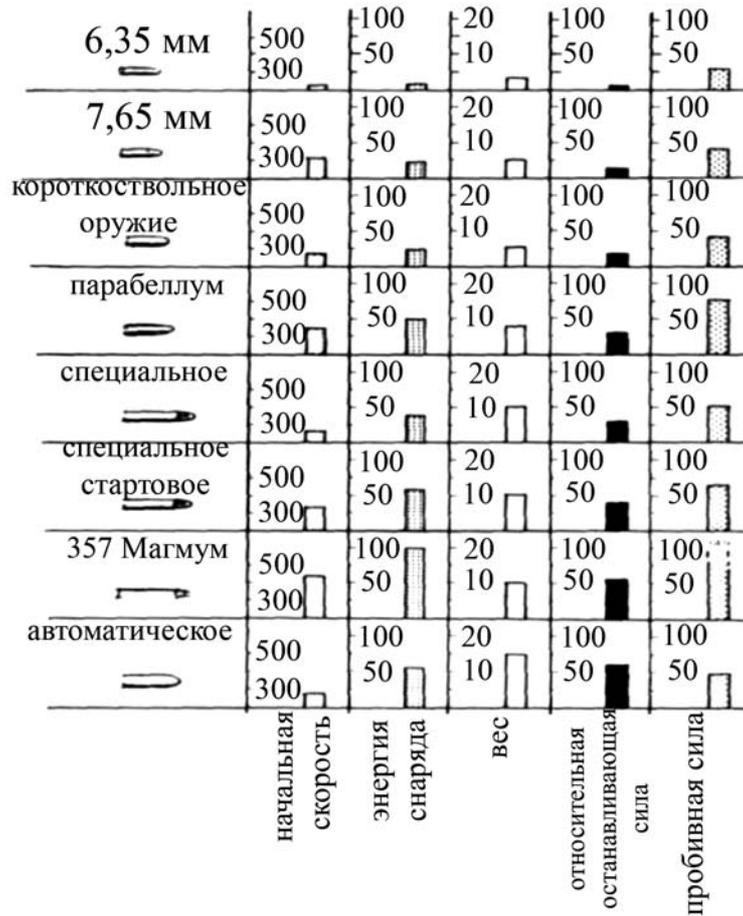


Рис. 2.76. Некоторые баллистические данные, относительная останавливающая сила и пробивная сила pistolетных и револьверных снарядов

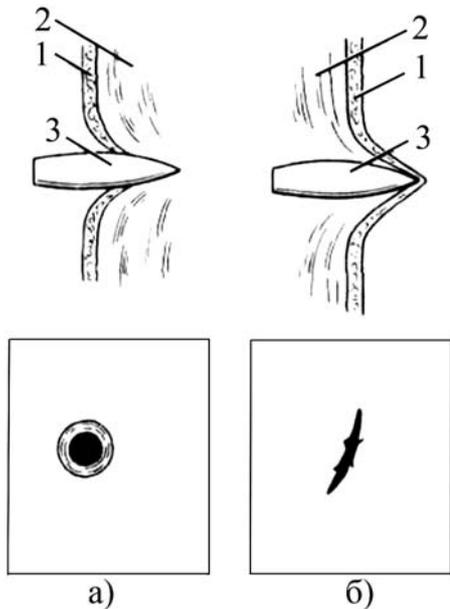


Рис. 2.77. Образование входной и выходной огнестрельных ран. а) входная рана; б) выходная рана; 1) кожа; 2) мягкие ткани; 3) пуля

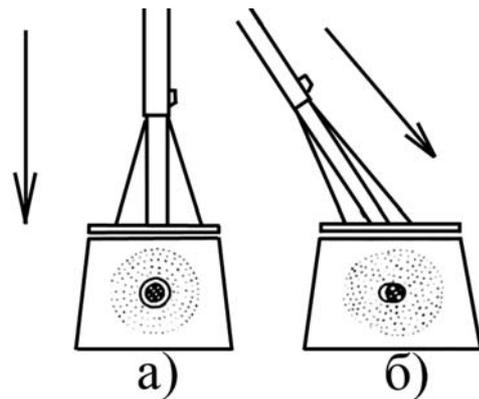


Рис. 2.78. Закапчивание при выстреле: а) под прямым углом; б) под острым углом

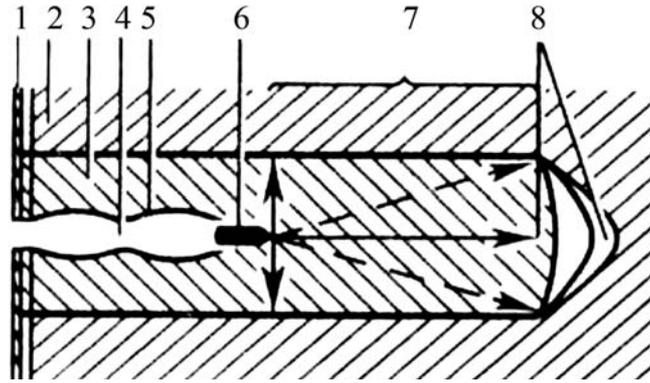


Рис. 2.79. Формирование раневого канала: 1) кожа; 2) мягкие ткани; 3) зона молекулярного сотрясения; 4) раневой канал; 5) колебательные движения стенки раневого канала; 6) пуля; 7) схема разложения сил и формирования ударной головной волны; 8) ударная головная волна



Рис. 2.80. Крестообразный разрыв ткани и характер отложения копоти при выстреле в упор из пистолета калибра 7,65 мм



Рис. 2.81. Осаднение на коже вокруг входной раны от воздействия предпулевого воздуха (кольцо воздушного осаднения)

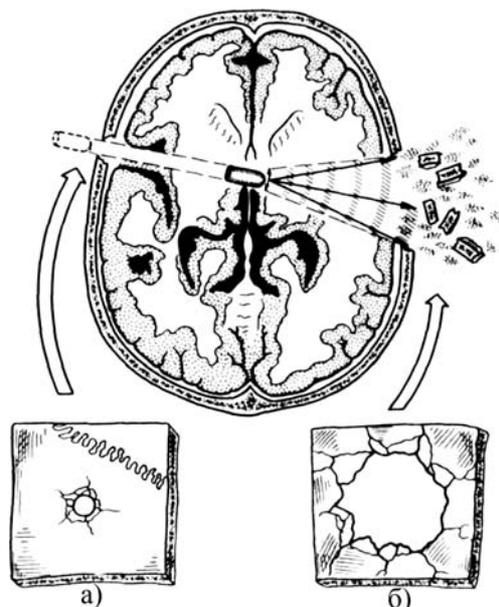


Рис. 2.82. Действие ударной головной волны при огнестрельной черепно-мозговой травме. Виды раневых отверстий: а) входного; б) выходного

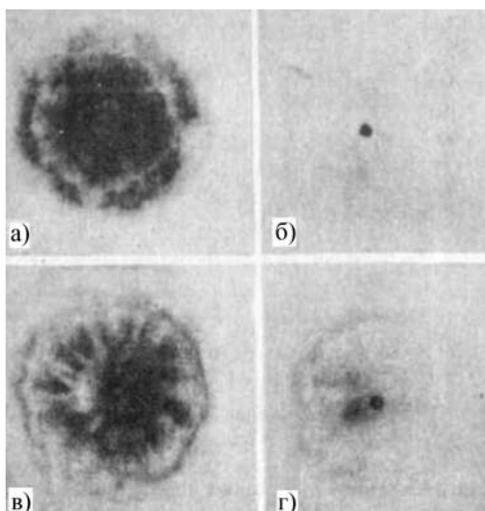


Рис. 2.83. Отложения сопутствующих компонентов выстрела в зависимости от дистанции (ПСМ-5,45): а) 2 см; б) 20 см; в) 10 см; г) 5 см



Рис. 2.84. Входная огнестрельная рана (ружье 12-го калибра, дробь № 3, дистанция 0,5 м). Стрелками указаны места воздействия пыжей

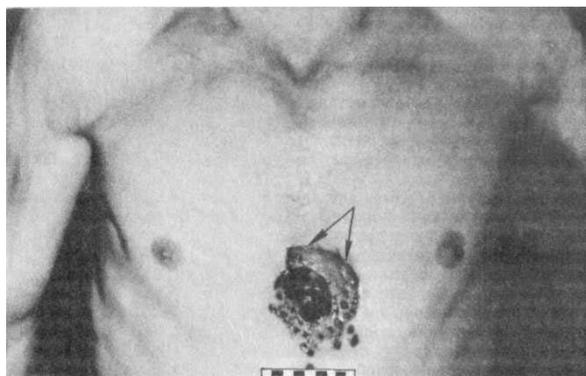


Рис. 2.85. Входные огнестрельные раны (ружье 12-го калибра, дробь № 2, дистанция 2 м). Стрелками отмечено повреждение пыжом

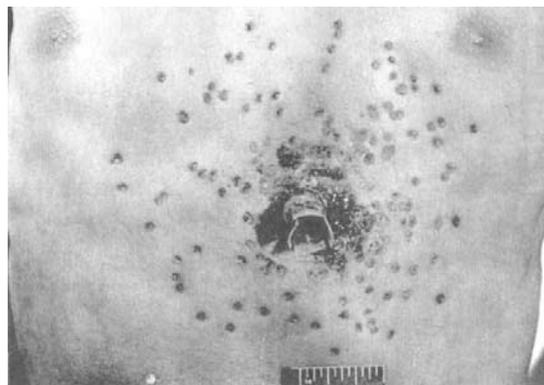


Рис. 2.86. Входные раны при дробовом ранении грудной клетки, в центре виден контейнер, в котором находилась дробь в патроне. Контейнер внедрился в стенку грудной клетки и вызвал массивное ее повреждение. Дистанция выстрела около 4,6 м

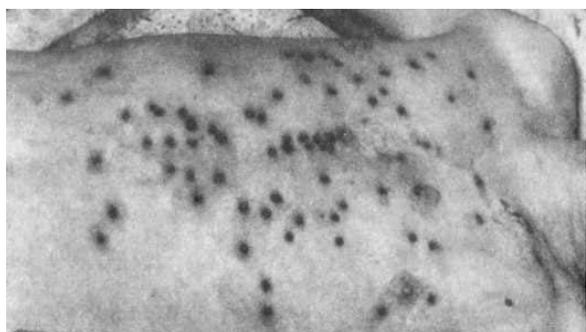


Рис. 2.87. Множественные водные огнестрельные раны (ружье 12-го калибра, дробь № 2, дистанция 20 м)



Рис. 2.88. «Штанц-марка» (штамп-отпечаток)

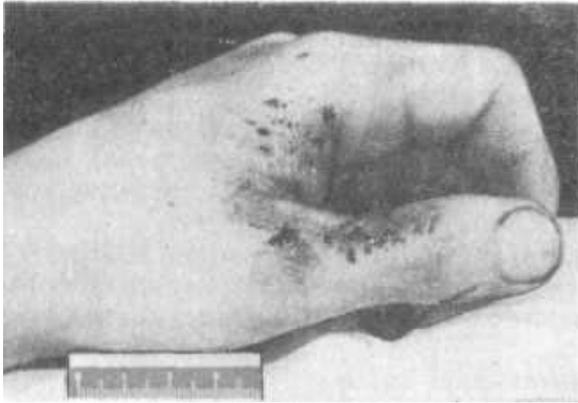


Рис. 2.89. Закапчивание на кисти после разрыва самодельного пистолета – «поджига», в момент выстрела

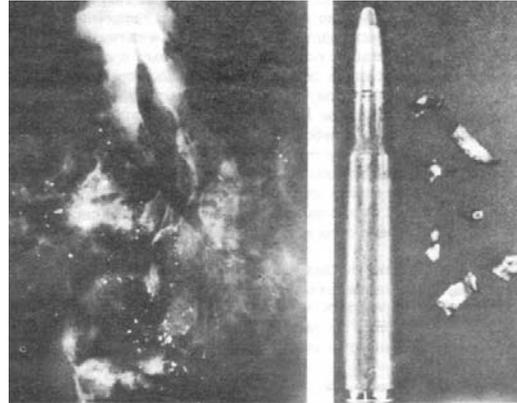


Рис. 2.90. Разрыв полубололочной пули (справа) в теле; светлые участки на рентгеновском снимке (слева) соответствуют осколкам пули

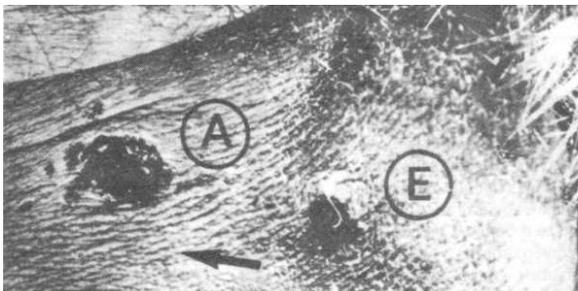


Рис. 2.91. Входное отверстие (справа) и выходное отверстие (слева) при сквозном огнестрельном ранении плеча с гладким раневым каналом

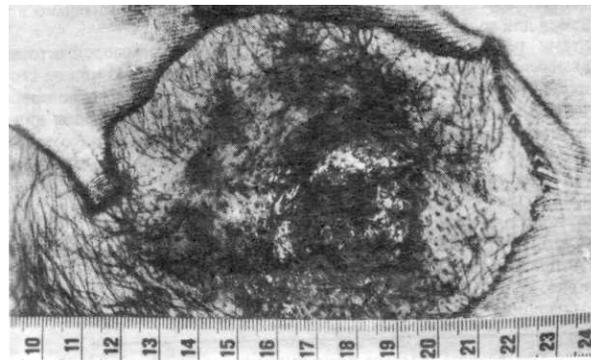


Рис. 2.92. Тепловое воздействие выстрела с близкого расстояния: отверстие, выжженное в одежде

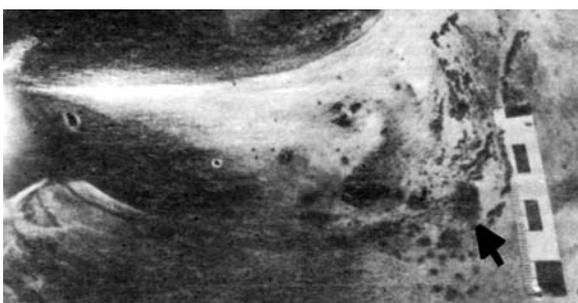


Рис. 2.93. Возникшие при выстреле, произведенном с близкого расстояния (входное отверстие указано стрелкой), дефекты кожи и вкрапления частиц пороха на шее



Рис. 2.94. Повреждение при взрыве самодельного взрывного устройства

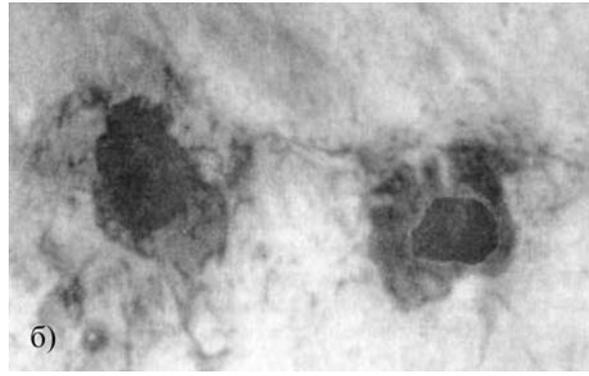


Рис. 2.95. Огнестрельные пулевые входные раны (отверстия) в плоских костях свода черепа: а) на наружной кости (увеличение примерно в 1,25 раза); б) на внутренней поверхности кости (практически без изменения натуральных размеров) (более темным тоном вокруг отверстий выделяется скол внутренней костной пластинки)

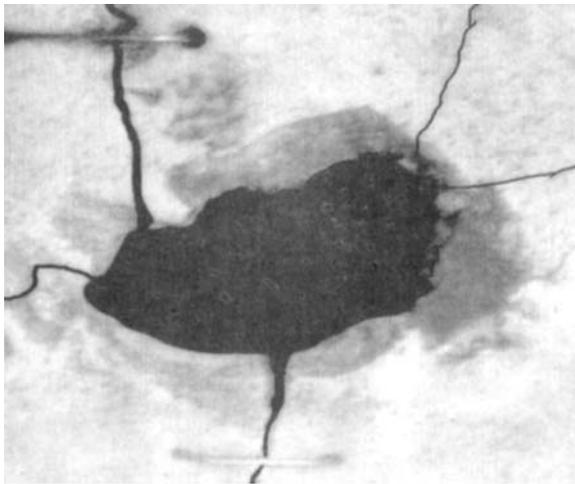


Рис. 2.96. Выходное огнестрельное ранение плоских костей черепа, хорошо виден скол наружной пластинки (увеличение примерно в 1,5 раза)

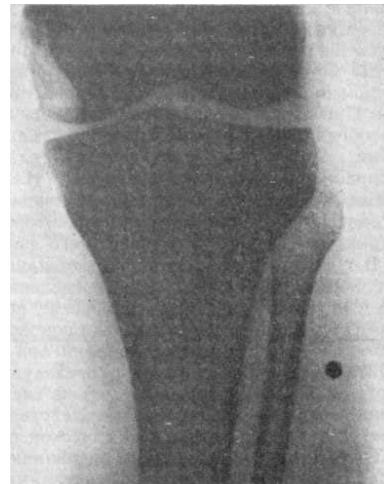


Рис. 2.97. Рентгенограмма голени. Иностранное тело – картечь

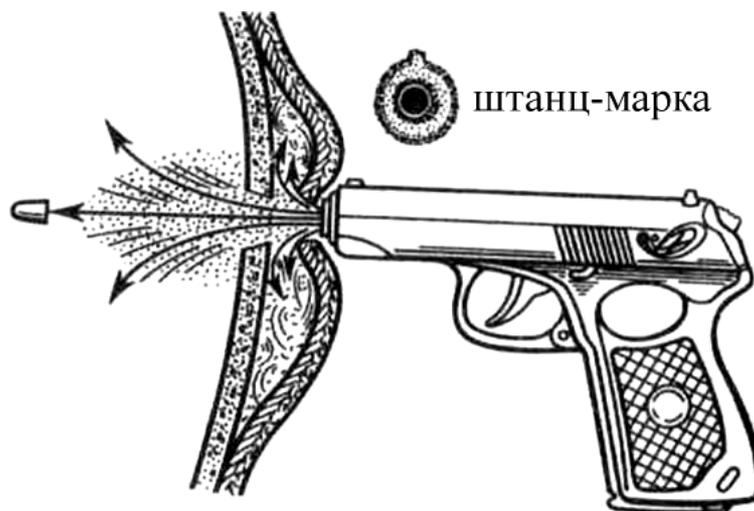


Рис. 2.70. Образование входной огнестрельной раны и отпечатка дульного среза («штанц-марки») при выстреле в упор

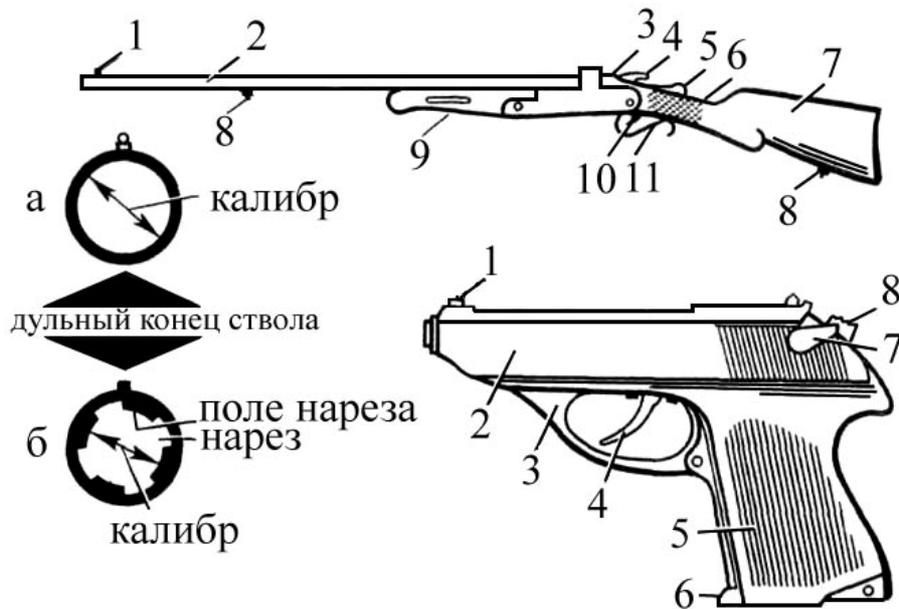


Рис. 2.71. Огнестрельное оружие: а) гладкоствольное охотничье ружье: 1) мушка; 2) ствол; 3) колодка с прорезью прицела; 4) курок; 5) рычаг затвора; 6) шейка приклада; 7) приклад; 8) антабки (ствольная и ложевая); 9) цевье; 10) спусковой крючок; 11) предохранительная скоба; б) нарезное оружие (пистолет ПСМ 5,45 мм): 1) мушка; 2) кожух затвора; 3) предохранительная скоба; 4) спусковой крючок; 5) рукоятка; 6) магазин; 7) предохранитель; 8) курок

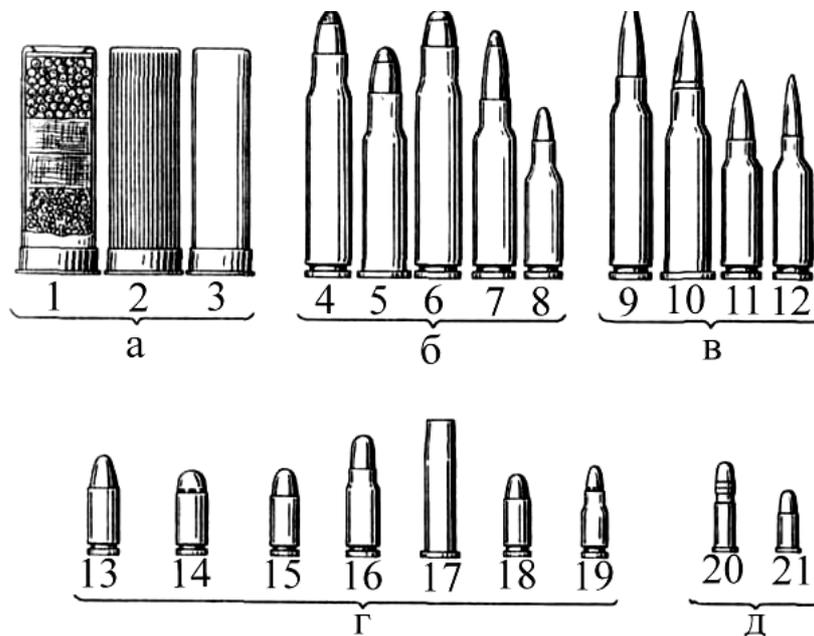
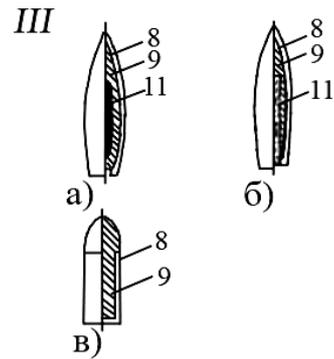
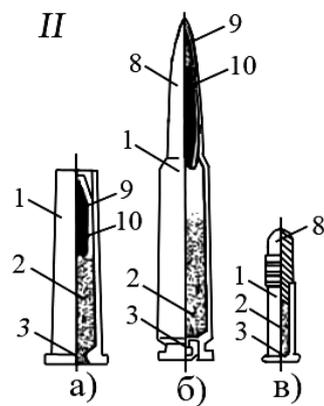


Рис. 2.72. Патроны к огнестрельному оружию: а) гладкоствольному дробовому: 1) снаряженный патрон в разрезе; 2) патрон для ружья 12-го калибра, гильза полиэтиленовая; 3) патрон для ружья 20-го калибра, гильза папковая; б) для охотничьих карабинов калибров: 4, 5 – 9 мм; 6 – 8,2 мм; 7 – 7,62 мм; 8 – 5,6 мм; в) для боевого нарезного длинноствольного и среднествольного калибров: 9 – 7,65 мм; 10, 11 – 7,62 мм; 12 – 5,45 мм; г) для пистолетов и револьверов калибров: 13, 14 – 9 мм; 15 – 7,65 мм; 16, 17 – 7,62; 18 – 6,35 мм; 19 – 5,45 мм; д) для спортивных винтовок (20) и пистолетов (21) калибра 5,6 мм



Дробь	
Диаметр	№ дробин
● 5,50	6/0
● 5,25	5/0
● 5,0	4/0
● 4,75	3/0
● 4,5	2/0
● 4,25	0
● 4,00	1
● 3,75	2
● 3,50	3
● 3,25	4
● 3,00	5
● 2,75	6
● 2,50	7
● 2,25	8
● 2,00	9
● 1,75	10

Калибры современных дробовых ружей	
Калибр	Диаметр ствола, мм
10	19,7
12	18,5
16	16,8
20	15,6
24	14,7
28	14,0
32	12,7

Рис. 2.73. Строение патронов и пуль для спортивного и боевого оружия. I) патрон (в разрезе) и пули для гладкоствольного оружия; II) патроны (в разрезе) для нарезного оружия: а) револьвер «Наган»; б) автомат АК-74; в) винтовка ТОЗ; III) строение пуль: а) бронебойная; б) трассирующая; в) полуоболочечная; 1) гильза; 2) порох; 3) капсюль; 4) картонный пыж; 5) дробовой заряд; 6) войлочные пыжи; 7) картонная прокладка-пыж; 8) оболочка пули; 9) свинцовая масса; 10) стальной сердечник; 11) светящийся состав

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 3

Основные понятия: действие крайних температур, термические ожоги, тепловой удар, смерть от ожогов, сожжение трупа, обморожение, смерть от охлаждения, электротравма, поражение атмосферным и техническим электричеством, электрометки, лучистая энергия, лучевая болезнь, расстройство здоровья, смерть от высокого, низкого барометрического давления, расстройство здоровья и смерть от высокого, низкого барометрического давления.

План занятия Вопросы для обсуждения

Действие физических факторов на организм

1. Действие крайних температур:

- общее и местное действие высокой температуры на организм. Тепловой удар. Солнечный удар;
 - местное действие высокой температуры – термические ожоги от действия пламени, раскаленных газов, горячих жидкостей (обваривание) и раскаленных предметов;
 - причины смерти от ожогов. Признаки прижизненного происхождения ожогов;
 - исследование трупов, обнаруженных на пожарище;
 - сожжение трупа для сокрытия преступления. Осмотр трупа на месте происшествия;
 - общее и местное действие низких температур на организм;
 - условия, способствующие наступлению смерти от действия низкой температуры;
 - признаки смерти от охлаждения;
 - изменения, возникающие при замерзании и оттаивании трупов.
- Осмотр трупа на месте происшествия;
- вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при смерти от действия крайних температур.

2. Электротравма.

- поражение техническим электричеством. Условия, благоприятствующие его возникновению;
- действие электрического тока на организм. Признаки его действия при наружном и внутреннем исследовании трупа;
- электрометка;

- повреждения от действия атмосферного электричества (молния).
- Осмотр трупа на месте происшествия;
- вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при расстройстве и смерти от электрического тока.
3. Расстройство здоровья и смерть от действия лучистой энергии.
- виды лучистой энергии. Понятие о лучевой болезни и ее определение на трупе;
 - осмотр трупа на месте происшествия;
 - вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при лучевой травме.
4. Расстройство здоровья и смерть от изменений барометрического давления.
- расстройство здоровья и смерть от высокого, низкого барометрического давления;
 - причина смерти и признаки при наружном и внутреннем исследовании трупа;
 - осмотр трупа на месте происшествия;
 - вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при действии повышенного и пониженного атмосферного давления.

Задания для контролируемой самостоятельной работы студентов.
Рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор)

1. Действие крайних температур.
2. Причины смерти от ожогов.
3. Признаки прижизненного и посмертного происхождения ожогов.
4. Причины и условия, способствующие наступлению смерти от действия низкой температуры.
5. Поражение техническим и атмосферным электричеством.
6. Расстройство здоровья и смерть от действия лучистой энергии.
7. Расстройство здоровья и смерть от высокого и низкого барометрического давления.

Задания

1. Приведите примеры действия крайних температур на организм человека. Дайте описание внешних и внутренних признаков такого рода воздействия.
2. Опишите признаки, по которым возможно определить процесс динамики течения процесса воздействия на организм человека пламени, раскаленных газов, жидкостей, предметов.

3. Определите признаки электротравмы и ее характер при поражении техническим или бытовым электричеством. Приведите отличия от действия при поражении атмосферным электричеством.

4. Дифференцируйте отличия при поражении лучистой энергией и ее видами от иных видов внешних воздействий.

5. Ознакомьтесь с признаками повреждений и смерти от повышенного и пониженного атмосферного давления и дайте краткий перечень основных отличий.

Задачи

1. 17.07.200_ г. в 14.21 Сатаров, со своим приятелями Муаровым, и Сауровым, были доставлены в больницу из ГСК «Полет», с тяжелыми ожогами верхней части тела, рук и верхних дыхательных путей. Двое из доставленных, не приходя в сознание скончались. Третий без сознания был помещен в отделение реанимации.

Со слов, одного из соседей по гаражу Путимова, утром он видел, как Сатаров выгружал из автомашины в свой гараж полиэтиленовые канистры.

По поступившему из местного отделения МЧС сообщению, вероятно, очаг пожара находился возле гаража одного из потерпевших. Дальнейшим распространением огня были повреждены 3 других гаража и имущество, находившееся в них. Свидетели происшедшего отсутствуют. По сообщению из больницы, причину происшедшего, в силу обстоятельств, точно установить не представилось возможным.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований в целях установления фактологической и событийной картины по фабуле и назовите их. Укажите учреждения, где они могут быть произведены.

Алгоритм Ваших действий в целях принятия решения по данной фабуле, в плане установления полной картины имевших место событий, на основе сочетания данных осмотра и результатов экспертных исследований. Вариант принятия правового решения.

2. 17.01.200_ г. возвратившийся поздно ночью (в 1.37) после работы Сатифов, по причине неприязненных отношений не был пущен в квартиру женой. Уснул на ступеньках лестницы в неотапливаемом подъезде и был обнаружен утром без признаков жизни.

Со слов жены потерпевшего причиной его смерти является падение с лестницы, либо причинение ему неизвестными лицами на улице телесных повреждений, повлекших смерть или же алкогольное отравление.

Оцените ситуацию с точки зрения объективных способов установления истинного характера имевшего место события с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований в целях установления фактологической и событийной картины по фабуле и назовите их.

Алгоритм Ваших действий в целях принятия решения по данной фабуле в плане установления полной картины имевшего место события на основе сочетания данных осмотра и результатов экспертных исследований. Дайте вариант принятия правового решения.

3. Рувимов с Миклиным и Миросовым, с целью хищения цветного металла, вскрыли находившуюся под напряжением электроподстанцию. Но в процессе извлечения медных предохранителей с одного из электрощитов Рувимов, находившийся в состоянии алкогольного опьянения, не рассчитал характера движений и получил удар током высокого напряжения, от которого скончался на месте. Миклин и Миросов с целью сокрытия своих действий положили тело погибшего на рельсы проходившей невдалеке железнодорожной линии с целью инсценировки несчастного случая и скрылись с места происшествия.

Проходившим поездом тело Рувимова было в значительной степени повреждено.

При первичном осмотре места происшествия, была выдвинута версия о несчастном случае.

Оцените ситуацию с точки зрения объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований с целью установления фактологической и событийной картины и назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для принятия решения по данному факту и установления полной картины имевших место событий, на основе сочетания данных первичного осмотра и результатов экспертных исследований. Дайте вариант принятия правового решения.

4. Науров, имевший доступ к производственным дефектоскопам с радиоактивными источниками излучения, решил «разобраться» со своим начальником, который, по его мнению, был недостаточно к нему внимателен.

С данной целью, он разместил три извлеченных из контейнеров хранения радиоактивных источника и поместил их в стол начальника.

Через 1,5 недели последний был госпитализирован в больницу в тяжелом состоянии с заболеванием неясной этиологии.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для принятия решения по данному факту и установления полной картины имевшего место события на основе результатов экспертных исследований. Дайте первоначальные действия на их основе и вариант принятия правового решения.

5. Самолет одной из авиакомпаний потерпел катастрофу над морем. Все пассажиры и экипаж погибли. Извлеченные из воды останки свидетельствовали о высотной разгерметизации. Но из некоторых найденных тел были извлечены стержни характерной формы, со слов технических специалистов, не входившие в состав конструкции данного летательного аппарата. В записях «черных ящиков» данных о причине катастрофы не сохранилось.

Страховые компании перевозчика обратились в суд с целью установления причин наступления страхового случая.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий в части использования судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов, прежде всего, судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований в целях установления фактологической и событийной картины и назовите их.

Предложите ваши действия для принятия решения и установления полной картины имевших место событий на основе сочетания первичных технико-технологических данных и результатов экспертных исследований. Дайте вариант принятия правового решения.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 3

Расстройство здоровья и смерть от действия физических факторов Повреждения от действия ионизирующих излучений

Виды ионизирующих излучений	Результаты ионизирующих воздействий на человека	Дозы облучения	Виды лучевых повреждений
1. Рентгеновские лучи 2. Гамма-лучи 3. Нейтроны 4. Электроны 5. Протоны 6. Альфа-частицы 8. Тяжелые ионы	1. Изменения в клетках, приводящие к онкологическим заболеваниям	1. Летальная доза – доза, от которой в течение 30 суток после воздействия погибают 100 % облученных индивидуумов	1. Местное лучевое воздействие – лучевые ожоги
	2. Генетические изменения, способные отразиться на будущих поколениях	2. Полулетальная доза – доза от которой в течение 30 суток погибают половина облученных	2. Лучевая болезнь: а) острая лучевая болезнь: – легкая (100 – 200 РАД) – средняя (200 – 400 РАД) – тяжелая (400 – 600 РАД) – крайне тяжелая (более 600 РАД) б) хроническая лучевая болезнь
	3. Негативное влияние на развитие зародыша, находящегося в организме матери		
	4. Общее и местное поражение организма человека (лучевая болезнь и местное лучевое поражение)		

Виды водолазного травматизма

Травмы от резких перепадов общего давления:	Травмы от изменений парциальных давлений газов:	Травмы от действия других факторов подводного спуска	Утопление
Декомпрессионная болезнь	Кислородное голодание	Переохлаждение	
Баротравма легких	Отравление углекислым газом	Перегревание	
Баротравма уха, придаточных полостей носа	Отравление кислородом	Отравление выхлопными газами	
Обжим водолаза	Наркотическое действие индифферентных газов	Ожоги и отравления щелочами	



Рис. 3.1. Самоубийство путем поражения электрическим током, поза трупа на месте происшествия. Самоубийца подключил свои руки к электросети, заземление – к системе отопления. (На столе он оставил предсмертную записку «Осторожно, под напряжением»)

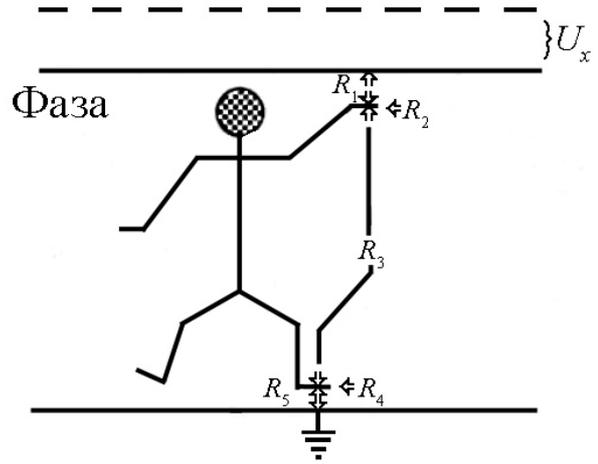


Рис. 3.2. Схема переходных сопротивлений контакта при прохождении электрического тока через тело. Человек одновременно касается фазового провода и заземления

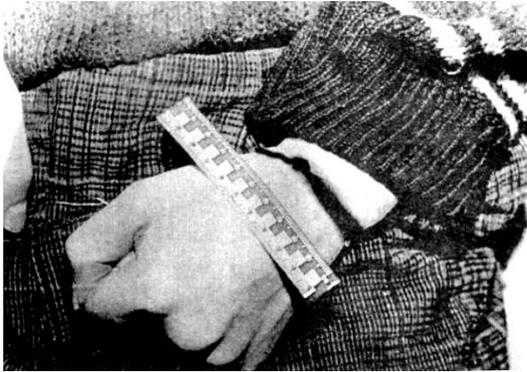


Рис. 3.3. Руки трупа самоубийцы: а) левая, входная электрометка; б) правая, выходная электрометка

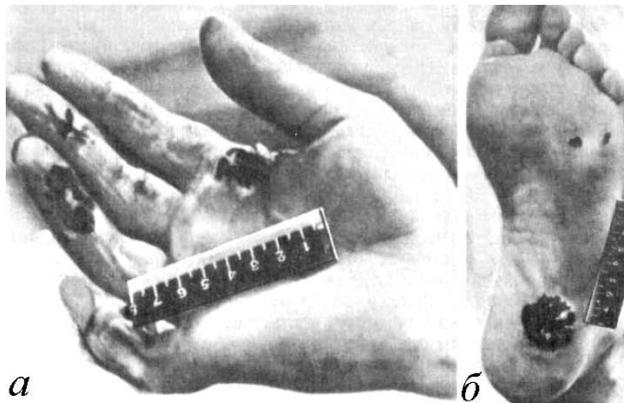


Рис. 3.4. Электрометки: а) у входа; б) у выхода тока

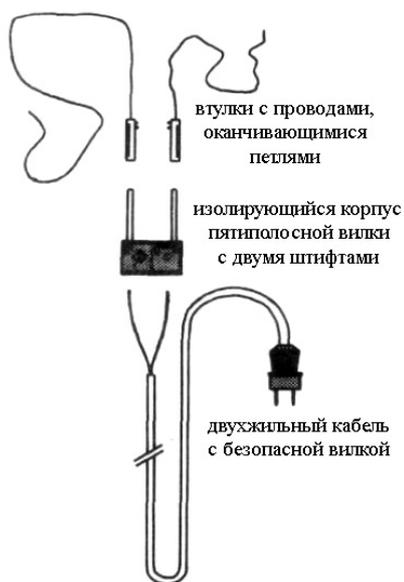


Рис. 3.5. Орудие убийства

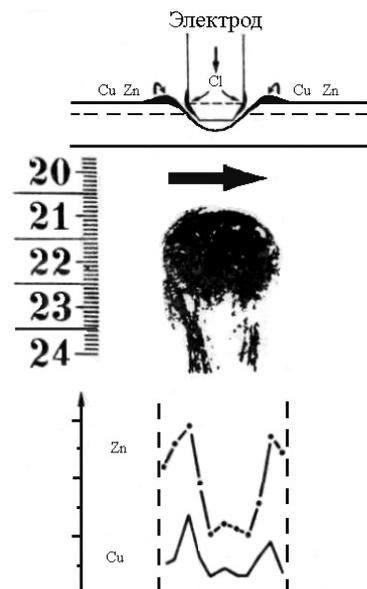


Рис. 3.6. Растровое микрофотографирование и энергодисперсный анализ гантелевидной электрометки. Обнаружены частицы металлов электродов – цинка и меди

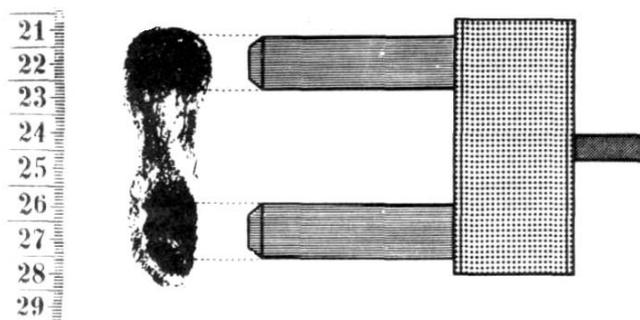


Рис. 3.7. Совпадение расстояний между латунными штифтами изолирующего корпуса вилки и центрами гантелевидной электрометки

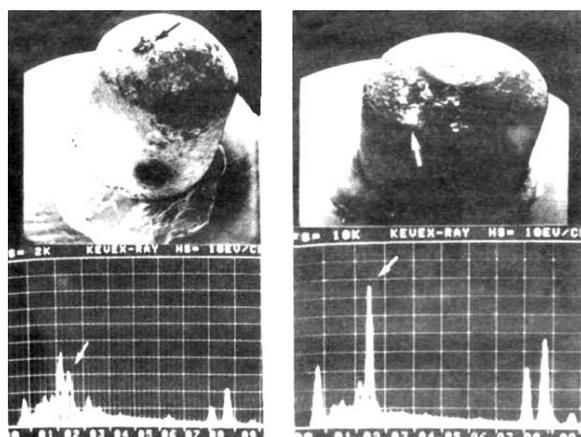


Рис. 3.8. Исследование с помощью растрового электронного микроскопа поверхности штифтов вилки в местах контакта на присутствие хлорида, выпаренного из экссудата раны (слева – негативный результат при нормальном соотношении; справа – положительный результат со значительным избытком хлорида)

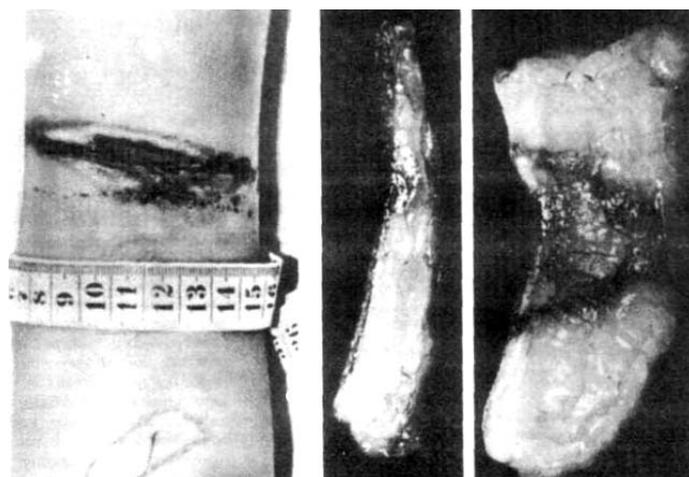


Рис. 3.9. Четко выраженные термические повреждения эпидермиса в результате воздействия электрического тока (электрометки): а) от проволочных электродов, обмотанных вокруг плеча и закрученных спереди (повреждения локально ограничены); б) от двух штепсельных штифтов (разрез в вертикальной плоскости)



Рис. 3.10. Так называемые «фигуры молнии» на теле жертвы – поражения атмосферным электричеством (молнией)

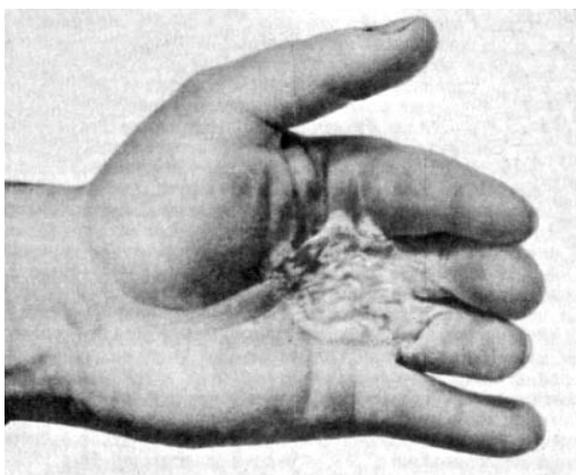


Рис. 3.11. Повреждение при местном действии лучистой энергии



Рис. 3.12. Посмертное действие пламени (поза боксера)



Рис. 3.13. Остатки ткани одежды, сохранившиеся на обгоревшем трупе

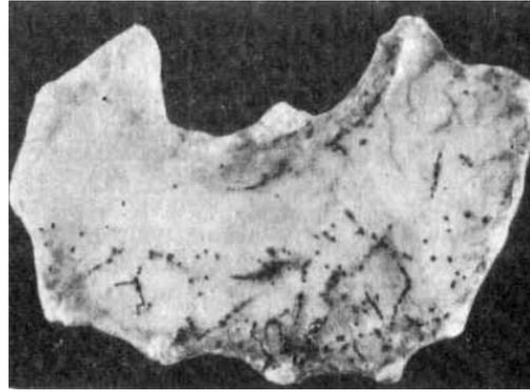


Рис. 3.14. Пятна Вишневого

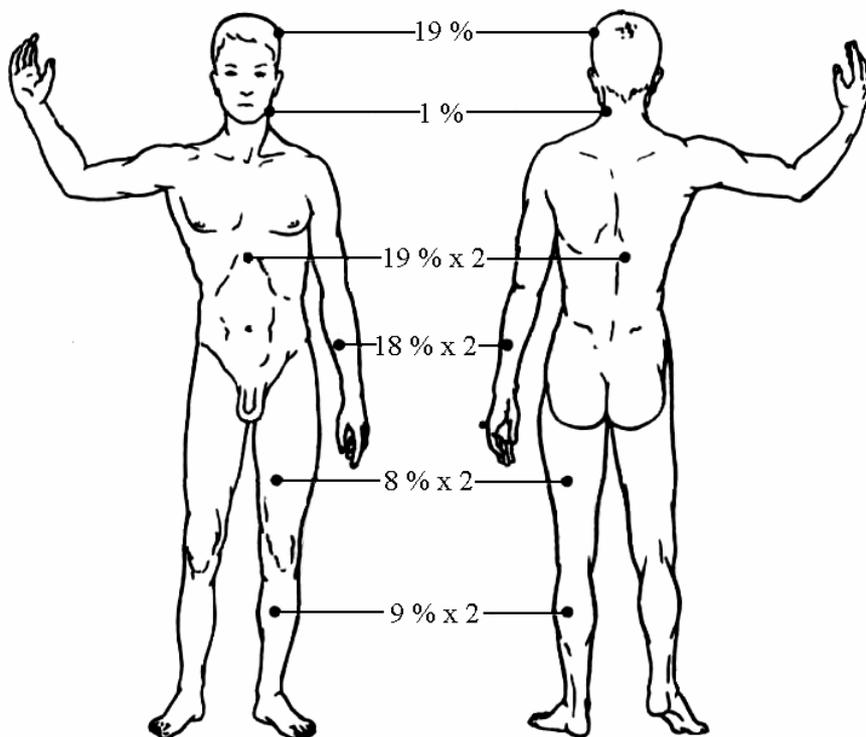


Рис. 3.15. Схема для определения площади ожогов тела человека в процентах (вся площадь поверхности тела человека принимается за 100 %)

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №4

Основные понятия: яд, отравления, пути поступления и выведения яда, действие яда, классификация ядов, судебно-медицинская экспертиза отравлений, методы судебно-химического исследования, едкие, деструктивные яды, яды крови, нервные яды, общефункциональные яды, отравления ядохимикатами, пищевые отравления.

План занятия Вопросы для обсуждения

1. Понятия яда и отравления.
 - пути поступления яда в организм;
 - превращение яда в организме и пути его выведения;
 - условия, определяющие действие яда на организм.
2. Судебно-медицинская классификация ядов:
 - особенности судебно-медицинской экспертизы трупа при отравлениях;
 - порядок изъятия и направления вещественных доказательств биологического происхождения на судебно-химическое исследование;
 - лабораторные методы судебно-химических исследований;
 - вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе отравлений;
 - отравления едкими ядами (кислотами, щелочами);
 - отравления деструктивными ядами (ртутью, мышьяком);
 - отравления ядами крови (окисью углерода);
 - отравления нервными ядами (алкоголем и его суррогатами, снотворными);
 - отравления общефункциональными ядами (синильной кислотой и ее солями);
 - отравления ядохимикатами: фосфорорганическими (ФОС) и хлорорганическими (ДДТ) соединениями;
 - пищевые отравления. Отравления ядовитыми грибами и ядовитыми растениями;
 - отравления ядовитыми продуктами животного происхождения.

Задания для контролируемой самостоятельной работы студентов.
Рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор)

1. Пути поступления яда в организм.
2. Превращение ядов в организме и пути их выведения.

3. Условия, исключаяющие действие яда на организм.
4. Порядок изъятия, хранения и направления вещественных доказательств на исследование, в случаях подозрения на отравления различными видами ядов.
5. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе отравлений.
6. Проблемы борьбы с использованием ядов в современных условиях (судебно-медицинский аспект).
7. Отравления ядами крови в быту и на производстве (окись углерода).
8. Отравления нервными ядами (алкоголем и его суррогатами, снотворными).
9. Отравления ядохимикатами.
10. Пищевые отравления. Отравления ядовитыми грибами и ядовитыми растениями.
11. Отравления ядовитыми продуктами животного происхождения.

Задания

1. Приведите примеры действия ядов на организм человека. Дайте описание внешних и внутренних признаков такого рода воздействия.
2. Опишите признаки, по которым возможно определить процесс динамики течения процесса воздействия на организм человека различных ядов и пути их введения в организм.
3. Определите признаки действия ядов крови и характер их действия. Приведите отличия от действия при отравлении нервными ядами.
4. Дайте перечень основных вопросов решаемых судебно-химической экспертизой при подозрении на отравления.

Задачи

1. Группа рабочих промывочно-пропарочной станции (ППС) при очистке цистерны обнаружил на дне остатки жидкости. При бесконтрольности со стороны непосредственного руководителя, отвечавшего за проведение работ, и, не ознакомившись с документацией на содержимое объекта, они выпили различное ее количество, а некоторые захватили образцы содержимого цистерны для подарков родственникам и знакомым.

Через некоторое время некоторые из них были доставлены с различной степенью тяжести больницу. Основными симптомами были шум в ушах, тошнота, заторможенность сознания, частичная потеря слуха и зрения.

При опросе пострадавших, последние отрицали факт употребления содержимого и ссылались на некачественные продукты местной торговой точки, как на первопричину имевшего место факта.

Администрация объекта, с целью «не выносить сор из избы», провела беседы с рядом пострадавших, с целью дачи ими более «правильных» показаний, а так же, дала указание рабочим слить жидкость из цистерны, а другую с остатками аналогичного вещества переместить на пути за территорией станции в парк отстоя.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и судебно-химических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских, судебно-химических, судебно-биологических исследований в целях установления фактологической и событийной картины и назовите их. Укажите учреждения, где они могут быть произведены.

Предложите первоначальные действия, с целью принятия решения по данному факту, в плане минимизации возможных более тяжелых последствий и установления полной картины имевших место событий.

Дайте оценку результатов экспертных исследований и решение о необходимости осмотров и выемки соответствующих документов и назначении соответствующих исследований. Ваши варианты принятия правовых решений.

2. Сурев (скончавшийся впоследствии в больнице) был обнаружен на рабочем месте, где он работал охранником, в бессознательном состоянии с признаками химического ожога пищевода и желудка.

При осмотре, рядом с ним была обнаружена стеклянная бутылка с нечитаемой этикеткой и незначительным количеством маслянистой полупрозрачной жидкости на дне.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления характера происшедшего факта и возможной его взаимосвязи с другими имевшими – место событиями с использованием судебно-медицинских и судебно-химических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских, судебно-химических, судебно-биологических исследований в целях установления фактологической и событийной картины и назовите их. Укажите учреждения, где они могут быть произведены.

Предложите первоначальные действия, с целью принятия решения по данному факту, в плане минимизации возможных более тяжелых последствий и установления полной картины имевших место событий.

Дайте оценку результатов экспертных исследований и решение о целесообразности назначения дальнейших соответствующих исследований. Ваши варианты принятия правовых решений.

3. Для получения наследства Вардалов решил избавиться от родственника. Для достижения своей цели он вылил под диван в зале и под кухонный стол на кухне большое количество ртути.

В один из дней, в больницу в тяжелом состоянии был доставлен «протеже» Вардалова и двое граждан из соседних квартир этого же дома.

Ряд жильцов подъезда, где жил потерпевший и доставленные с ним граждане, стали жаловаться на головокружение, ухудшение зрения, галлюцинации, боли в височной области, нарушение координации движений.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления характера происшедшего факта с использованием судебно-медицинских и судебно-химических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских, судебно-химических, судебно-биологических исследований в целях установления фактологической и событийной картины и назовите их. Укажите учреждения, где они могут быть произведены.

Предложите первоначальные действия, с целью принятия решения по данному факту, в плане минимизации возможных более тяжелых последствий и установления полной картины имевших место событий.

Дайте оценку результатов экспертных исследований и решение о вариантах принятия правовых решений.

4. 4.02. 20 __ г. в 9.47 гр-н Сумахов, был обнаружен лежащим в полуодетом виде без видимых признаков насильственной смерти в автомашине внутри полуприкрытого гаража. Ключ зажигания а\м находится в замке в положении «включено». Бак автомашины, на момент осмотра, пуст.

На переднем сиденье автомашины находятся: полупустая бутылка водки с этикеткой «За удачу», два пустых стакана с остатками прозрачной жидкости на дне. На верхнем краю одного из них имеются следы вещества бледно-розового цвета с легким цветочным ароматом, кружка с остатками жидкости оранжевого цвета и наполовину пустая 1,5 – литровая емкость с такой же по виду жидкостью, с надписью на этикетке «Фанта».

Рядом с ними – открытая банка консервов «Шпроты в масле», нарезанный черный хлеб, складной нож, одна пластмассовая, белого цвета вилка и одна аналогичная ложка со следами жира на них, а так же, полужавящийся букет крупных роз темно-красного цвета и полупустая коробочка конфет «Ананасы в шоколаде».

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских исследований с целью установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите первоначальные действия для установления полной картины, имевшего место события на основе результатов экспертных исследований и принятия правового решения.

5. Митапов, вместе с двумя своими друзьями, собирая в лесу ранние грибы, нарвал букет из низкорослого кустарника с цветами и запахом, похожими на сирень. В результате употребления грибов все трое попали в больницу, а букет был взят гражданкой Сопаловой для гербария. Оставшуюся из-под «букета» воду, использовали для запивания двое сотрудников организации, в результате чего, так же попали в больницу.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления характера происшедшего, с использованием судебно-медицинских и судебно-химических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских, судебно-химических, судебно-биологических исследований в целях установления фактологической и событийной картины и назовите их. Укажите учреждения, где они могут быть произведены. Ваши действия, в плане установления полной картины имевших место событий на основе результатов экспертных исследований и принятие правового решения.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 4

Расстройство здоровья и смерть от действия химических факторов (отравления)

Классификация ядов

По способу попадания	По виду действия:			По течению отравлений:	
1. перорально (через рот); 2. ректально (через прямую кишку); 3. ингаляционно; 4. чрезкожно; 5. через раны, ожоговые поверхности, влагалище и др.	Местные	Резорбтивные:		– острые; – подострые; – хронические	
	– кислоты – щелочи	Деструктивные	Функциональные:		Яды крови:
		1. Ртуть и ее соединения (сулема, грауазан, меркузан); 2. Мышьяк (ангидрид мышьяковистой кислоты)	1. Действующие на периферическую ЦНС (миорелаксанты, пахикарпин); 2. Парализующие ЦНС (ФОС, синильная кислота); 3. Угнетающие ЦНС (этиловый и метиловый спирт, морфин, снотворные); 4. Возбуждающего и судорожного действия (атропин, стрихнин)		1. окись углерода; 2. хлорат калия; 3. анилин; 4. нитробензол

Пищевые отравления

Бактериального происхождения	Небактериального происхождения
– ботулизм; – сальмонеллёз	Ядовитые грибы: – мухомор; – бледная поганка; – строчки
	Ядовитые растения: – болиголов пятнистый; – цикута (водяной болиголов); – аконит (иссык-кульский корешок)
	Ядовитые продукты животного происхождения – рыбы (маринка, усач, храмуль и др.)
	Ядовитые примеси и продукты

Содержание спирта в различных напитках (по Б. Форстеру – Г. Иохиму, с незначительными изменениями)

Низкопроцентные напитки	объемный %	массовый %
Лагерное пиво светлое	4,39 – 5,63	3,50 – 4,50
Лагерное пиво темное	3,97 – 5,25	3,17 – 4,20
Экспортное пиво светлое	4,76 – 6,01	3,80 – 4,80
Экспортное пиво темное	4,50 – 5,45	3,60 – 4,35

Крепкое пиво:		
светлое	6,01 – 7,70	4,80 – 6,20
темное, двойное	5,76 – 9,30	4,60 – 6,70
мартовское	5,14 – 6,13	4,10 – 4,90
Плазеньское пиво	4,15 – 5,50	3,30 – 4,40
Диетическое пиво	5,37 – 6,38	4,70 – 5,10
Белое пиво (пшеничное)	4,76 – 5,76	3,80 – 4,60
Кельш, пиво верхнего брожения	3,0 – 4,0	2,39 – 3,20
Питательное пиво	0,50 – 1,88	0,40 – 1,50
Молодое вино («зюсер», «зусер» и т. д.)	0,0 – 8,0	0,0 – 6,60
Среднепроцентные напитки		
Белое вино (среднее содержание)	10,5 – 11,8	8,50 – 9,50
Красное вино	11,5 – 13,0	9,50 – 10,50
Высококачественные вина	16,1	13,0
Белое вино (минимальное содержание)	9,7	7,3
Сладкие вина (портвейн, мадера)	19,7	16,0
Малага, токай	14,8 – 16,1	12,0 – 13,0
Шерри	21,4	17,4
Фруктовые вина	8,0 – 11,0	6,4 – 8,8
Игристое вино белое	9,40 – 12,40	7,55 – 9,99
Игристое вино красное	12,0 – 14,0	9,67 – 11,31
Высокопроцентные напитки		
Яичные, шоколадные, сливочные, молочные, содержащие яичный желток кофейные и шоколадные ликеры	20,0	16,26
Какао-ликеры, кофейные ликеры, ликеры к чаю, сливочные	25,0	20,4
Шведский пунш	25,0	20,4
Плодово-ягодные ликеры	25,0	20,4
Прочие ликеры	30,0 – 38,0	24,7 – 31,58
Водки	38,0 – 40,0	31,58 – 33,35
Коньяки	до 50,0 – 55,0	42,47 – 47,23
Плодовые водки (малиновые, грушевые, абрикосовые настоек и т.д.)	40,0 – 50,0	33,35 – 42,47

**Ориентировочная схема
для определения степени выраженности алкогольной интоксикации**

Концентрация этилового спирта в крови, ‰	Степень интоксикации
Менее 0,3	Отсутствие влияния алкоголя
От 0,3 до 0,5	Незначительное влияние алкоголя
От 0,5, до 1,5	Легкое опьянение
От 1,5 до 2,5	Опьянение средней степени
От 2,5 до 3,0	Сильное опьянение
От 3,0 до 5,0	Тяжелое отравление алкоголем, может наступить смерть
От 5,0 до 6,0	Смертельное отравление

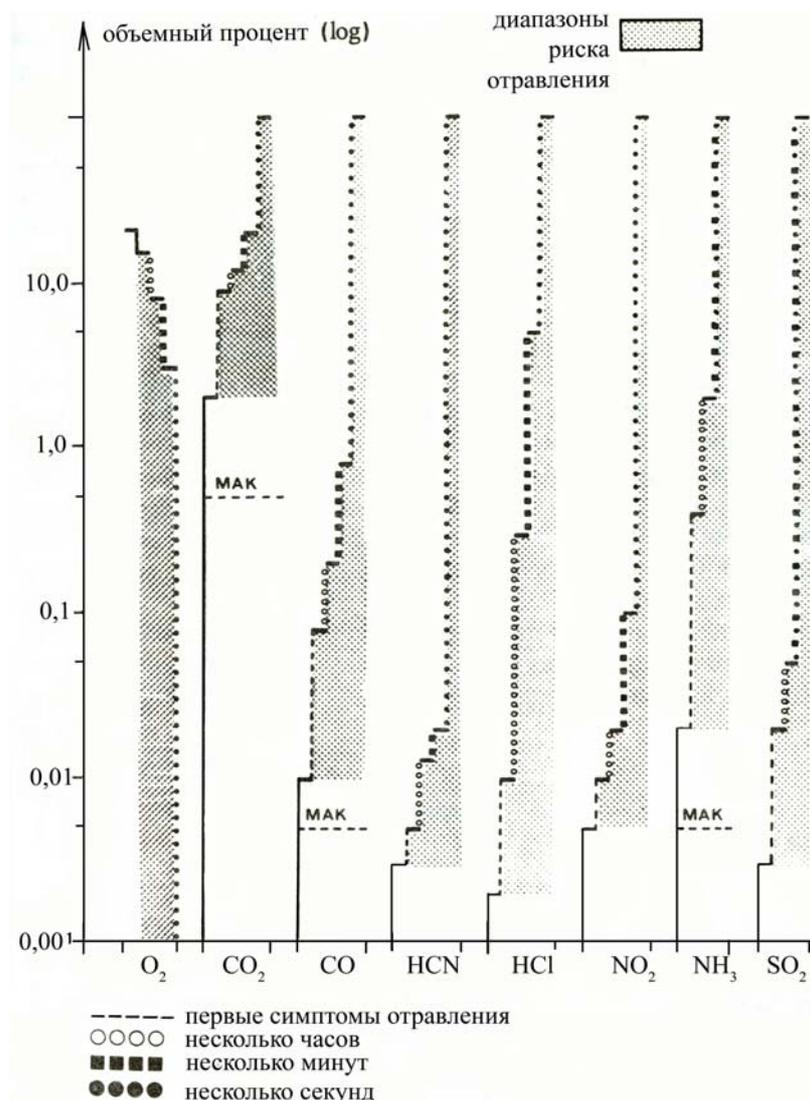


Рис 4.1. Диапазоны опасной концентрации различных газообразных продуктов, образующихся при тлении и горении. Наступление летального исхода в зависимости от времени их вдыхания. МАК – максимально допустимое содержание газов или летучих растворителей в воздухе помещения



Рис. 4.2. Избирательное действие раздражающих веществ и ядов, образующихся при пиролизе, на органы дыхания

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 5

Основные понятия: смерть, этапы умирания, вероятные и достоверные признаки смерти, классификация смерти, насильственная и ненасильственная смерть, переживаемость тканей, ранние и поздние трупные явления, охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение, трупное высыхание, трупный аутолиз, скелетирование, мумификация, жировоск, торфяное дубление, наружный осмотр трупа.

План занятия Вопросы для обсуждения

1. Учение о смерти и трупных явлениях:
 - понятие смерти;
 - этапы умирания;
 - вероятные и достоверные признаки смерти.
2. Классификация смерти (род, вид, категория). Насильственная и ненасильственная смерть.
3. Феномен переживаемости тканей (суправительные реакции), его судебно-медицинское значение.
4. Ранние трупные явления:
 - охлаждение трупа;
 - трупные пятна;
 - трупное окоченение;
 - трупное высыхание;
 - трупный аутолиз (самопереваривание).
5. Поздние трупные явления:
 - гниение;
 - скелетирование;
 - мумификация;
 - жировоск;
 - торфяное дубление.
6. Условия, влияющие на развитие трупных явлений.
7. Судебно-медицинское значение трупных явлений и явлений переживаемости тканей.
8. Разрушение трупов животными и насекомыми.
9. Судебно-медицинское исследование трупа:
 - наружный осмотр трупа на месте его обнаружения.

Задания для контролируемой самостоятельной работы студентов. Рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор)

1. Смерть. Этапы умирания. Вероятные и достоверные признаки смерти.
2. Классификация смерти. Насильственная и ненасильственная смерть.
3. Судебно-медицинское значение явления переживаемости тканей.
4. Ранние трупные явления.
5. Поздние трупные явления.
6. Условия, влияющие на развитие трупных явлений.
7. Судебно-медицинское значение трупных явлений.
8. Разрушение трупов животными и насекомыми.
9. Судебно-медицинское исследование трупа
10. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения.

Задания

1. Приведите примеры вероятных и достоверных признаков смерти.
2. Дайте классификацию смерти.
3. Определите признаки ранних и поздних видов трупных явлений, их судебно-медицинское значение.
4. Укажите биологическую сущность и судебно-медицинское значение явления переживаемости тканей.

Задачи

1. Обнаруженный на месте происшествия в спальне квартиры труп гр-на Закатова лежит в одежде лицом вниз на мягком одеяле. Трупное окоченение выражено везде, кроме одной из рук и ноги. Температура трупа соответствует комнатной температуре. Трупные пятна находятся в стадии имбибиции. Они расположены на спине и частично отражают рисунок похожий на элементы коврового покрытия. На шее имеются следы ссадин, кровоподтеков. На спине слева наблюдается след, похожий на воздействие острого предмета, без следов крови по его периферии. Порядок вещей в квартире не нарушен.

Со слов хозяев квартиры, которые ушли вечером на работу, труп был ими обнаружен утром, по возвращении. Дверь, с их слов, была закрыта изнутри на ключ. По данным соседей, гр-н Закатов злоупотреблял спиртными напитками. Ночью какого-либо шума никто из них не слышал. Накануне, он был у знакомых в соседнем подъезде дома. В ванной комнате в раковине лежит станок для бритья.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий в части использования судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских исследований с целью установления фактологической и событийной картины и назовите их.

Предложите действия для принятия решения, в плане установления полной картины имевших место событий на основе сочетания данных осмотра места происшествия и результатов экспертных исследований. Дайте вариант принятия правового решения.

2. 27.07. в лесном массиве, недалеко от проходящей магистральной автодороги был обнаружен труп мужчины в стадии глубоких гнилостных изменений. На отдельных участках трупа наблюдаются скопления личинок и прорастание травы сквозь распавшиеся ткани рук и ног.

В карманах одежды, кроме двух бумажек с нечитаемым текстом и связки ключей, ничего не содержится. При внешнем осмотре, установить причину смерти не представляется возможным.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления причин и времени наступления смерти и на основе этого характер имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских исследований в целях установления фактологической и событийной картины и назовите их.

Предложите Ваши действия в целях принятия решения, в плане установления полной картины имевших место событий, на основе сочетания данных осмотра места происшествия и результатов экспертных исследований. Дайте вариант принятия правового решения.

Тестовый контроль

1. Трупные пятна образуются в результате:

- а) посмертного свертывания крови;
- б) посмертной гиперкоагуляции;
- в) посмертного стекания крови в нижележащие отделы;
- г) падения температуры тела;
- д) посмертного высыхания.

2. В развитии трупных пятен последовательно выделяют стадии:

- а) парадоксальная;
- б) гипостаза;
- в) каталептическая;
- г) стаз;
- д) имбибиция.

3. Стадия гипостаза в развитии трупных пятен характеризуется следующими признаками:

- а) длится 1 – 12 ч;
- б) фиолетовый цвет;
- в) наличие крови в сосудах;
- г) длится 1 – 16 ч;
- д) возможностью перемещения трупных пятен.

4. При надавливании на трупное пятно в стадии гипостаза оно:

- а) исчезает;
- б) окрашивается в красный цвет;
- в) восстанавливается через 1 – 2 мин;
- г) бледнеет по периферии;
- д) восстанавливается через 3 – 5 мин.

5. Вторая стадия в развитии трупных пятен называется:

- а) жировоск;
- б) гипостаза;
- в) стаз;
- г) парадоксальной;
- д) имбибиция.

6. Первая стадия в развитии трупных пятен называется:

- а) дубление;
- б) стаз;
- в) гипостаза;
- г) каталептическая;
- д) имбибиция.

7. Третья стадия в развитии трупных пятен называется:

- а) гипостаза;
- б) стаз;
- в) имбибиция;
- г) гниение;
- д) фибринолитическая.

8. Вторая стадия в развитии трупных пятен характеризуется:

- а) наступает через 10 – 12 ч после смерти;
- б) имеется диффузия плазмы;
- в) кровь сгущается;
- г) при надавливании бледнеет;
- д) длиться 36 – 48 ч.

9. Какими признаками будет характеризоваться надавливание на трупное пятно в стадии стаза:

- а) окраска восстанавливается через 10 – 15 мин;
- б) исчезает;
- в) бледнеет;
- г) не исчезает;
- д) окраска восстанавливается через 30 – 60 мин.

10. При изменении положения тела трупа в стадии стаза трупные пятна:

- а) остаются на прежних местах;
- б) окрашиваются в красный цвет;
- в) перемещаются на новые нижележащие участки;
- г) не изменяют своей окраски;
- д) бледнеют.

11. При изменении положения тела трупа в стадии гипостаза трупные пятна:

- а) перемещаются на новые нижележащие участки;
- б) не изменяют своей окраски;
- в) исчезают с прежних мест;
- г) бледнеют;
- д) окрашиваются в ярко-красный цвет.

12. При изменении положения трупа в стадии имбибиции трупные пятна:

- а) остаются на прежних местах;
- б) исчезают;
- в) не перемещаются на новые места;
- г) бледнеют;
- д) ярко-красного цвета.

13. Третья стадия развития трупных пятен характеризуется следующими признаками:

- а) наступает через 48 часов после смерти;
- б) наступает через 16 – 24 часа после смерти;
- в) жидкая часть крови пропитывает ткани;
- г) при надавливании окраска бледнеет;
- д) при надавливании окраска не изменяется.

14. Сроки появления и развития трупных пятен зависят:

- а) от характера смерти;
- б) от времени суток;
- в) от длительности умирания;
- г) от нарушения целостности эпидермиса;
- д) от температуры окружающей среды.

15. Значение трупных пятен состоит в том, что они являются:

- а) ранним абсолютным признаком смерти;
- б) показателем времени наступления смерти;
- в) указывает на факт наступления смерти;
- г) указывает на первоначальное положение трупа;
- д) позволяют предположить возможную причину смерти.

16. Если кожу в области трупного пятна разрезать, то можно обнаружить:

- а) жидкую кровь;
- б) свертки крови;

- в) пропитывание кровью тканей;
- г) отсутствие крови;
- д) плотно спаянный с тканями сгусток крови.

17. Трупное окоченение развивается в следующем порядке:

- а) мышцы конечностей левой половины туловища;
- б) жевательная мускулатура;
- в) мышцы конечностей правой половины туловища;
- г) мышцы верхней конечности;
- д) мышцы нижней конечности.

18. Наиболее часто трупное окоченение в среднем начинается после наступления смерти:

- а) через 12 – 24 часа;
- б) через 6 – 16 часа;
- в) через 1 – 2 часа;
- г) через 3 – 5 дней;
- д) через 2 – 3 дня.

19. Трупное окоченение развивается в порядке сверху вниз и исчезает в порядке снизу вверх:

- а) да;
- б) нет.

20. Развитие трупного окоченения зависит от таких факторов как:

- а) причина смерти;
- б) телосложения;
- в) температуры окружающей среды;
- г) питания;
- д) возраста.

21. Молекулярной основой трупного окоченения является:

- а) отсутствие регулирующего влияния нервной системы;
- б) резкое понижение температуры тела, которое ведет к блокаде обменных процессов;
- в) отсутствие АТФ, что приводит к сохранению невозможности разрыва поперечных связей между филаментами актина и миозина;
- г) накопление углекислоты;
- д) накопление недоокисленных продуктов обмена, в основном, аммиака.

22. Парадоксальное трупное окоченение характеризуется следующими признаками:

- а) развивается в порядке снизу вверх;
- б) возникает при травме продолговатого мозга;
- в) возникает при действии высокой температуры;
- г) фиксирует положение тела в момент смерти;
- д) возникает при травме шейной части спинного мозга.

23. На сколько градусов падает температуры тела трупа за 1 час при обычной комнатной температуре:

- а) на 5 градусов;
- б) на 3 градуса;
- в) на 1 градус;
- г) на 4 градуса;
- д) на 5 градусов.

24. При быстро наступившей смерти гниение трупа начинается:
- а) по всей поверхности трупа;
 - б) с головы;
 - в) с области живота;
 - г) с области трупных пятен;
 - д) с кровеносных сосудов с формированием гнилостной венозной сети.
25. При медленном наступлении смерти, когда она сопровождается длительной агонией, гниение трупа начинается:
- а) с формированием гнилостной венозной сети;
 - б) с поверхности живота;
 - в) равномерно во всех частях трупа;
 - г) с области трупных пятен;
 - д) с образования пузырей гниения.
26. Видами естественной консервации трупов являются:
- а) мумификация;
 - б) гниение;
 - в) торфяное дубление;
 - г) каталептическое трупное окоченение;
 - д) жировоск.
27. Ранними абсолютными признаками смерти являются:
- а) трупное окоченение;
 - б) трупное высыхание;
 - в) трупные пятна;
 - г) трупное гниение;
 - д) наружное охлаждение.
28. Условиями, способствующими развитию мумификации, являются:
- а) хорошая проветриваемость;
 - б) наличие влаги;
 - в) высокая температура окружающей среды;
 - г) отсутствие кислорода;
 - д) сухая почва.
29. Условиями, способствующими развитию жировоска, являются:
- а) отсутствие воздуха;
 - б) наличие гумусных кислот;
 - в) нахождение трупа в щелочном торфянике;
 - г) сухая почва;
 - д) достаточное количество влаги.
30. По химической природе жировоск представляет собой:
- а) процесс образования жиров;
 - б) процесс потери влаги тканями;
 - в) омыление жиров;
 - г) процесс охлаждения трупа;
 - д) процесс образования восков.

31. Условиями, при которых развивается торфяное дубление, являются:
- нахождение трупа в среде без кислорода;
 - нахождение трупа в щелочном торфянике;
 - нахождение трупа в кислых торфяниках;
 - нахождение трупа в щелочной почве;
 - нахождение трупа во влажной среде.
32. Поздними абсолютными признаками смерти являются:
- мумификация;
 - трупное гниение;
 - жировоск;
 - трупная эмфизема;
 - торфяное дубление.
33. Наиболее часто трупное окоченение достигает своего полного развития после наступления смерти:
- через 1 – 2 часа;
 - через 6 – 10 часов;
 - через 12 – 24 часа;
 - через 3 – 5 дней;
 - через 2 – 3 дня.
34. Чаще всего трупное окоченение сохраняется после наступления смерти в течение:
- 1 – 2 часов;
 - 6 – 12 часов;
 - 2 – 3 дней;
 - 12 – 24 часов;
 - 4 – 5 дней.
35. Чаще всего трупное окоченение начинается, достигает полного развития и сохраняется после наступления смерти в периоды:
- от 1 – 6 часов;
 - от 1 – 2 часов;
 - от 4 – 5 дней;
 - от 12 – 24 часов;
 - от 2 – 3 дня.
36. Давность наступления смерти характеризуется тем временным промежутком, который прошел от момента смерти до исследования трупа:
- да;
 - нет.
37. Давность наступления смерти характеризуется тем временным промежутком, который прошел от момента получения травмы до момента наступления смерти:
- да;
 - нет.
38. Определение давности наступления смерти может быть проведено по трупным изменениям, к которым относят:
- охлаждение трупа;
 - трупное высыхание;
 - трупные пятна;
 - гниение трупа;
 - трупное окоченение.
39. Определение давности наступления смерти может быть проведено:
- по суправитальным реакциям;
 - по содержимому ЖКТ;
 - по наружным явлениям (изменениям);
 - по степени наполнения мочевого пузыря;
 - энтомофауне трупа.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 5

Осмотр трупа на месте его обнаружения. Судебно-медицинская экспертиза трупа Основные сведения о повреждениях, отмечаемые в протоколе осмотра трупа

Общие данные о повреждении	Объективная характеристика повреждения
<ul style="list-style-type: none"> – наличие механических повреждений; – их особенности; – каким предметом они могли быть причинены; – механизм их образования; – в каком направлении и с какой силой причинены повреждения; – последовательность их нанесения; – прижизненность и давность происхождения; – влияние повреждения на состояние здоровья, жизнь пострадавшего; – степень тяжести; – другие 	<ul style="list-style-type: none"> – характер повреждения; – локализация (по анатомическим областям и частям костей); – расстояние до подошвенной поверхности стопы; – форма (геометрическая фигура: круг, треугольник и др.); – размеры (в двух измерениях); – расположение (по отношению к продольной оси тела); – глубина повреждения; – свойства краев, концов и дна раны; – степень кровотечения; – внедрение посторонних веществ и частиц (микрообъектов) в области повреждения и вокруг него; – признаки заживления

При осмотре трупа на месте его обнаружения врач, судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) обязан установить и сообщить следователю для внесения в протокол наружного осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия):

1.	Положение трупа, его позу, расположение конечностей, предметы, находящиеся на трупе или под ним, состояние поверхности ложа трупа
2.	Состояние и положение одежды и обуви на трупе (ее целость, загрязнения, наложения, помарки, состояние застежек и петель, наличие следов, похожих на кровь, или же выделения)
3.	Не снимая одежду (только расстегивая и приподнимая ее), определить пол, примерный возраст, телосложение, цвет кожных покровов, видимых слизистых оболочек, состояние зрачков, роговиц, состояние естественных отверстий, при наличии в естественных отверстиях инородных тел и выделений, указать их характер, цвет и особенности
4.	Особые приметы (рубцы, татуировки, родимые пятна, физические недостатки и пр.)
5.	Характер ранних трупных изменений с указанием времени их исследования
6.	При наличии поздних трупных изменений указать степень их выраженности и локализацию
7.	Имеются ли от трупа, в том числе и изо рта, какой-либо запах (алкоголя, эфира и пр.)
8.	Наличие на трупе и одежде насекомых и их личинок (места наибольшего скопления, и их характер)
9.	Состояние кистей рук, содержимое ладоней, зажатое в кулак и между пальцами, содержимое в подногтевых пространствах
10.	Состояние кожных покровов по молочными железами у женщин
11.	Наличие повреждений на теле трупа, их локализация, характер, размеры, форма, особенности краев, характер наложений, включения, потеки, похожие на кровь

**Характерные данные, используемые при осмотре трупа на месте происшествия
для определения времени наступления смерти**

1.	Сохранение в трупе тепла на ощупь	2 – 4 часа
2.	Сохранение тепла в подмышечных областях	6 – 8 часов
3.	Полное охлаждение трупа	24 – 30 часов
4.	Проявление трупных пятен	2 – 4 часа
5.	Исчезновение трупных пятен при надавливании пальцем	12 – 16 часов
6.	Трупные пятна не исчезают и не бледнеют при надавливании пальцем	после 24 часов: 2 – 4 часа
7.	Появление трупного окоченения	2 – 4 часа
8.	Разрешение трупного окоченения	с начала 3 суток
9.	Механическая возбудимость мышц	4 – 8 часов
10.	Ответная реакция мимических мышц лица на электрические раздражители: – трехкратная	до 2,5 часов
	– двукратная	до 5 часов
	– однократная	до 8 часов
11.	Реакция зрачков на атропин и пилокарпин	до 24 часов
12.	Исчезновение температуры тела: а) в подмышечных впадинах: – 31 °С	6 часов
	– 26 °С	12 часов
	– 20 °С	18 часов
	б) ректальная температура: – 33 °С	6 часов
	– 29 °С	12 часов
	– 25 °С	18 часов
– 22 °С	24 часа	
13.	Цикл развития комнатных мух: – наличие яиц	около 24 часов
	– наличие яиц и личинок	около 24 часов
	– преимущественное наличие личинок	около 1 недели
	– появление куколок	более одной недели
14.	Появление трупной зелени в подвздошных областях (летом)	около 1 – 1,5 суток
15.	Начало гнилостной эмфиземы (скопления газов в мягких тканях)	в летнее время 3 суток и более
16.	Выражение гнилостной эмфиземы (летом)	более 5 суток
17.	Появление гнилостных пузырей	около 2 недель
18.	Гнилостное разложение трупа	3 – 4 месяца
19.	Скелетированный труп с сохранившимся соединением костей	не менее 1 года
20.	Скелетированный труп, распавшийся на части	свыше 5 лет
21.	Начальное появление мумификации на трупах взрослых субъектов	2 – 3 месяца
22.	Полная мумификация трупа взрослого человека	6 – 12 месяцев
23.	Мумификация трупа новорожденного	3 – 4 месяца
24.	Начало образования жировоска трупа взрослого человека	2 – 3 месяца
25.	Полное превращение трупа в жировоск	1 год и более
26.	Превращение в жировоск трупа новорожденного	4 – 5 месяцев

Примерный перечень вопросов, разрешаемых судебно-медицинской экспертизой

1. Какова причина смерти?
2. В каком положении находился потерпевший в момент нанесения ему повреждений?
3. Имеются ли на трупе признаки, указывающие на возможность борьбы или самообороны?
4. Когда наступила смерть?
5. Не изменялась ли поза трупа?
6. Каковы групповая принадлежность и тип крови потерпевшего?
7. Какие повреждения имеются на трупе, их характер, расположение и механизм образования; каким по типу орудием причинены повреждения, каковы последовательность и время их нанесения?
8. Наступила ли смерть сразу после причинения повреждений; способен ли был потерпевший совершать какие-либо действия после причинения ему повреждений?
9. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

Поводы к эксгумации трупа

Официально разрешенные (правомерные)	Случайные	Преступные
1) эксгумация с судебно-медицинскими целями; 2) с научно-историческими целями; 3) с целью опознания личности (в связи с уголовно-следственным розыском); 4) в связи с перезахоронением или переносом кладбища	случайное обнаружение захороненного трупа	1) с целью мародерства; 2) с целью надругательства над трупом; 3) из хулиганских побуждений; 4) эксгумация и похищение трупа с целью выкупа; 5) из мести

Поводы к судебно-медицинской экспертизе трупа

1. Насильственная смерть и ненасильственная.
2. Скоропостижная смерть.
3. Смерть в лечебных учреждениях при неустановленном диагнозе.
4. Смерть неизвестных лиц, обнаруженных при случайных обстоятельствах или доставленных в лечебные учреждения (независимо от срока пребывания в них) уже мертвыми.
5. Смерть от неизвестных причин.
6. Смерть в лечебном учреждении или после пребывания там:
 - при установленном диагнозе;
 - при наличии жалобы родственников или близких покойного, принятой органами следствия или дознания;
 - на отсутствие лечения;
 - неправильное, незаконченное или несвоевременное лечение.
7. Трупы новорожденных детей рожденных вне лечебного учреждения, для установления причин смерти или в лечебном учреждении при подозрении на насильственную смерть.

Определение давности наступления смерти по времени восстановления окраски трупных пятен после дозированного надавливания

Время восстановления окраски трупных пятен			
Характер изменения окраски	При быстро наступившей смерти	При смерти с длительной агонией	Давность смерти в часах
Полностью исчезают (гипостаз)	3 – 5 сек	5 – 10 сек	2
	5 – 10 сек	10 – 30 сек	4
	10 – 20 сек	30 – 40 сек	6
	20 – 40 сек	40 – 60 сек	12
Частично исчезают (диффузия)	1 – 2 мин	3 – 5 мин	18
	5 – 10 мин	15 – 30 мин	24
	30 – 40 мин	40 – 60 мин	до 30
Не изменяют окраски (имбибиция)	не изменяют окраски		свыше 36 – 48

Трупное окоченение оценивается судебными медиками на месте обнаружения трупа и в морге, при наружном исследовании. Оценка производится по трехбалльной системе (слабое, умеренное, хорошее) последовательно в каждой группе мышц. Принцип неравномерного проявления трупного окоченения в крупных, средних и мелких мышцах положен в основу определения давности наступления смерти по трупному окоченению. В таблице приводятся сроки возникновения и разрешения трупного окоченения

Сроки развития и разрешения (исчезновения) трупного окоченения в отдельных группах мышц

№ п/п	Группы мышц	Время появления трупного окоченения (в часах)		Время разрешения трупного окоченения (в часах)	
		минимум	максимум	минимум	максимум
1.	Нижняя челюсть	2	6	24	40
2.	Шея, пальцы рук, ног	3	7	28	41
3.	Предплечье	4	8	30	44
4.	Плечи	6	10	31	46
5.	Бедра	7	11	31	46
6.	Стенки живота	8	12	35	50

Трупное окоченение может быть разрешено (разрушено) искусственно, путем приложения физических усилий (например, сгибая и разгибая окоченевшую конечность). Если таким образом воздействовать на трупное окоченение в сроки до 8 – 10 часов от момента наступления смерти, то трупное окоченение частично восстановиться в дальнейшем в потревоженных мышцах. В случаях, когда трупное окоченение подверглось воздействию после этого периода времени, оно не восстанавливается. Эта закономерность используется для решения вопроса о возможном перемещении трупа. Трупное окоченение развивается не только в скелетной мускулатуре, но и в гладких мышцах внутренних органов. Вследствие этого во внутренних органах происходят некоторые посмертные процессы, которые необходимо учитывать при исследовании трупов.



Рис. 5.1. Момент исследования трупа в морге. Выделение органо-комплекса из грудной и брюшной полостей

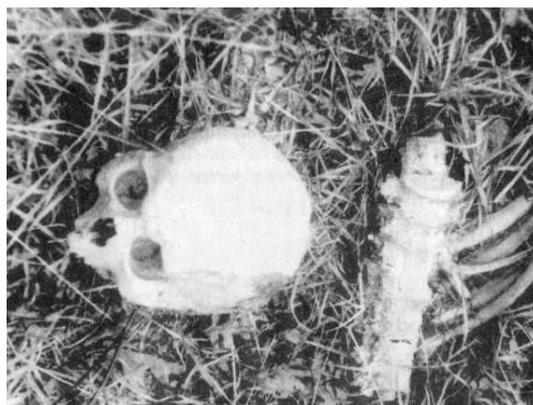


Рис. 5.2. Части скелетированного трупа на месте обнаружения. Череп без нижней челюсти и часть позвоночного столба с фрагментами ребер



Рис. 5.3. Труп в состоянии значительного гнилостного разложения

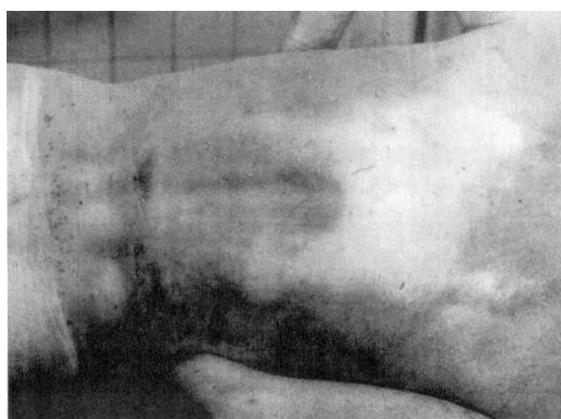


Рис. 5.4. Трупные пятна на спине трупа (темные участки кожи). Светлые участки поверхности кожи – это участки, которые были прижаты к поверхности расположения трупа и не пропитались кровью

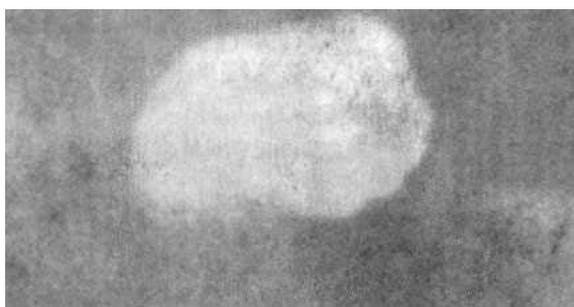


Рис. 5.5. Участок трупного пятна после надавливания на него пальцем (более светлый, овальный). В месте надавливания трупное пятно побледнело, но не исчезло совсем, это свидетельствует о том, что трупные пятна находятся в стадии диффузии

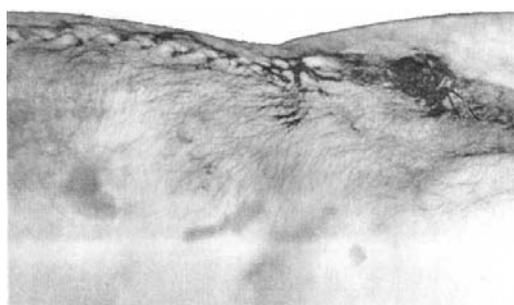


Рис. 5.6. Начальные проявления процессов гниения на трупе. Показана правая половина области живота. Темные расплывчатые пятна и древовидный нечеткий рисунок – это признаки начавшегося гниения трупа



Рис. 5.7. Кровоподтек, находящийся в верхней части спины трупа, возник от прижизненного удара резиновой палкой. Пропитывание тканей кровью наблюдается по контуру зоны приложения травмирующего предмета. Руки жертвы связаны за спиной



Рис. 5.8. Труп неизвестного мужчины, обнаруженный в лесном массиве в ручье. Убийство посредством колюще-режущего орудия (ножа) было совершено в другом месте. Труп вывезен в лесную зону в целях сокрытия преступления. Местом происшествия (обнаружения трупа) является участок лесного массива

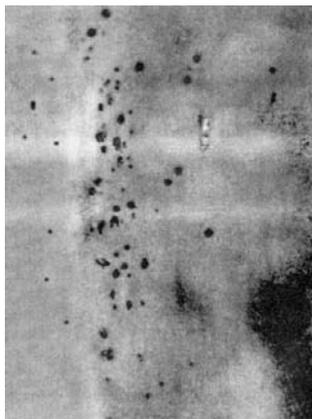


Рис. 5.9. Множественные экхимозы – посмертные кровоизлияния в кожу в области трупных пятен (с уменьшением примерно в 4 раза)



Рис. 5.10. Отделение головы колесами железнодорожного транспорта (самоубийство)

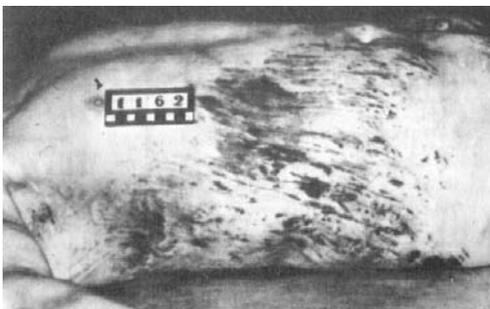


Рис. 5.11. Осаднения при волочении тела (автодорожная травма)

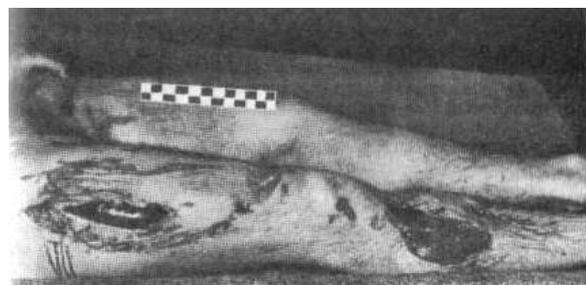


Рис. 5.12. Раны и ссадины на бедре и верхней поверхности голени. Мотоциклетная травма



Рис. 5.13. Трупы новорожденных детей на местах их обнаружения (а, б). Предметы, которые использовались для заворачивания трупов имеют важное значение для раскрытия и расследования данного вида преступления



Рис. 5.14. Труп в состоянии естественной мумификации

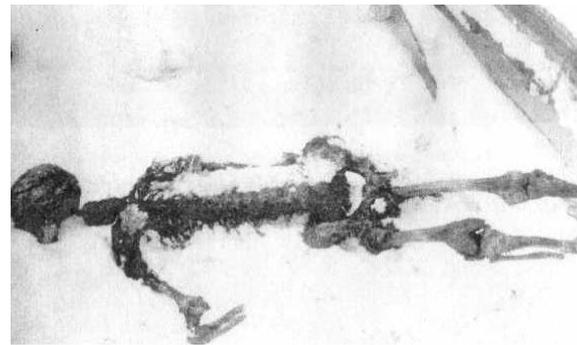


Рис. 5.15. Почти полностью скелетированный труп на месте его обнаружения

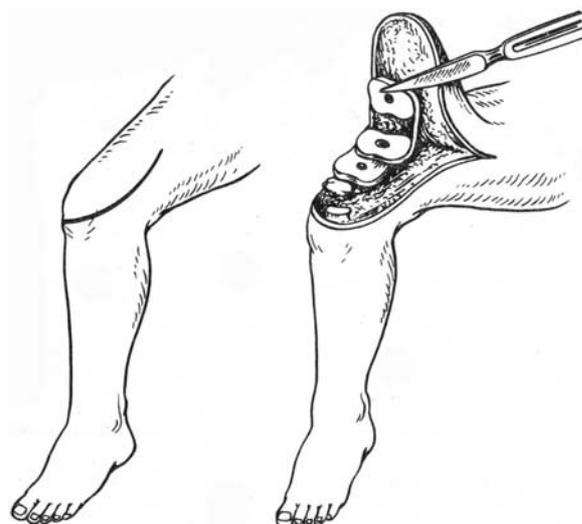


Рис. 5.16. Исследование ядер Бекляра

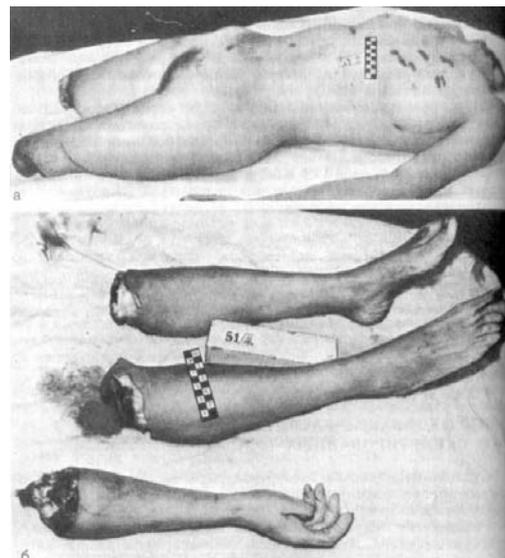


Рис. 5.17. Криминальное расчленение трупа

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 6

Основные понятия: судебно-медицинская экспертиза живых лиц, повреждения различного происхождения, заболевания. Притворные и искусственные болезни, спорные половые состояния, половые преступления, определение возраста, идентификация личности, заражение венерическим заболеванием, экспертиза тяжести телесных повреждений, медико-правовая классификация тяжести телесных повреждений, размер утраты трудоспособности, истязания, мучения, побои, состояние здоровья, симуляция, аггравация, диссимуляция, дисаггравация, самоповреждения, членовредительство. Изнасилование, понуждение к действиям сексуального характера, половое сношение, иные действия сексуального характера с н/л. Беременность, роды, аборт. Криминальный аборт.

План занятия Вопросы для обсуждения

1. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц (потерпевших, обвиняемых, подозреваемых и др.):
 - 1) поводы и порядок судебно-медицинской экспертизы живых лиц:
 - при повреждениях различного происхождения;
 - при заболеваниях;
 - при подозрении на притворные и искусственные болезни;
 - при спорных половых состояниях и при половых преступлениях;
 - по иным поводам – при определении возраста, тождества личности, заражении венерической болезнью и др.
 - 2) судебно-медицинская экспертиза тяжести телесных повреждений;
 - 3) медико-правовая классификация тяжести телесных повреждений:
 - медицинские ориентирующие признаки определения тяжести телесных повреждений;
 - тяжкие телесные повреждения;
 - менее тяжкие телесные повреждения;
 - легкие телесные повреждения;
 - экспертиза определения размера утраты общей трудоспособности.
 - истязания, мучения, побои.
 - 4) экспертиза состояния здоровья, симуляции, самоповреждения и членовредительства;
 - 5) понятия симуляции, диссимуляции, аггравации;

б) вопросы, разрешаемые экспертизой живых лиц по поводу причиненной степени тяжести телесных повреждений.

2. Судебно-медицинская экспертиза при преступлениях против половой неприкосновенности.

3. Судебно-медицинская экспертиза полового состояния, беременности, родов, аборта. Криминальный аборт.

4. Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях:
– при изнасиловании, понуждении к действиям сексуального характера, половом сношении и иных действиях сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста;

– при заражении венерической болезнью, ВИЧ-инфекцией.

5. Поводы для судебно-медицинской экспертизы половых состояний при половых преступлениях.

Задания для контролируемой самостоятельной работы студентов.

Рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор)

1. Притворные и искусственные болезни.
2. Спорные половые состояния.
3. Половые преступления.
4. Проблемы определения возраста, идентификации личности.
5. Судебно-медицинская экспертиза тяжести телесных повреждений.
6. Медико-правовая классификация тяжести телесных повреждений. Медицинские ориентирующие признаки определения тяжести телесных повреждений.
7. Тяжкие телесные повреждения.
8. Менее тяжкие телесные повреждения.
9. Легкие телесные повреждения.
10. Экспертиза определения размера утраты общей трудоспособности. Истязания, мучения, побои.
11. Экспертиза состояния здоровья, симуляции, самоповреждения и членовредительства.
12. Симуляции, диссимуляции, аггравации.
13. Изнасилование.
14. Понуждение к действиям сексуального характера.
15. Заражение венерической болезнью, ВИЧ-инфекцией.
16. Поводы для судебно-медицинской экспертизы половых состояний при половых преступлениях.
17. Судебно-медицинская экспертиза беременности, родов, аборта. Криминальный аборт.

Задания

1. Приведите примеры искусственных и притворных болезней.
2. Дайте классификацию степени тяжести телесных повреждений и медицинские ориентирующие признаки определения их тяжести.
3. Определите поводы для судебно-медицинской экспертизы половых состояний при половых преступлениях.
4. Укажите сущность и значение судебно-медицинской экспертизы беременности, родов, аборта, криминального аборта.

Задачи

1. Буталов, с целью уклонения от службы в армии, причинил себе телесные повреждения, заявив, что происшедшее – результат развившегося у него на почве злоупотребления наркотическими средствами психического расстройства.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите Ваши действия, для принятия решения по данному факту, в плане установления полной картины имевшего место события на основе результатов экспертных исследований. Дайте вариант принятия правового решения.

2. Гражданка Ютова, была задержана по подозрению в убийстве накануне своего новорожденного ребенка. Подозреваемая полностью отрицала свою причастность к данному факту.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите Ваши действия для принятия решения по данному факту, в плане установления полной картины имевшего место события на основе осмотра места происшествия, предварительных результатов экспертных исследований. Дайте вариант принятия правового решения.

3. Сапарова заявила, что ее изнасиловал гражданин Крадов. Задержанный, не скрывая своего знакомства с Сапаровой, полностью отрицал заявленный факт, утверждая, что она оговаривает его, с целью получения материальной компенсации.

Ранее она уже сообщала ему, что в случае отказа жениться на ней с ним «разберутся».

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и иных исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для принятия решения по данному факту, в плане установления полной картины имевшего место события и его истинного характера на основе предварительных результатов судебно-медицинских исследований. Ваши первоначальные действия и действия на основе судебно-медицинских исследований. Дайте варианты принятия правовых решений.

Тестовый контроль

1. Судебно-медицинская экспертиза (освидетельствование) живых лиц может проводиться:

- а) при наличии имеющегося психического заболевания;
- б) в случае нанесения телесных повреждений;
- в) при совершении половых преступлений;
- г) для определения половых состояний;
- д) для определения состояния здоровья.

2. Судебно-медицинская экспертиза (освидетельствование) живых лиц может проводиться для определения спорных половых состояний, к которым относят:

- а) изнасилование;
- б) установление бывших родов;
- в) определение пола;
- г) определение беременности;
- д) установление бывшего аборта.

3. Основанием для проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц является:

- а) постановление суда;
- б) направление следственных органов;
- в) постановление следственных органов;
- г) направление лечебного учреждения;
- д) самостоятельное обращение.

4. Основанием для проведения судебно-медицинского освидетельствования живых лиц является:

- а) самостоятельное обращение; в) направление следственных органов;
- б) постановление следственных органов; г) направление лечебного учреждения;
- д) постановление суда.

5. Судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) может проводить освидетельствование потерпевших, обвиняемых и других лиц при наличии у следующих документов:

- а) медицинской документации;
- б) результатов осмотра места происшествия;
- в) документов, удостоверяющих личность;
- г) письменного объяснения;
- д) направления следственных органов.

6. В каком структурном подразделении бюро судебно-медицинской экспертизы проводится прием потерпевших, обвиняемых и других лиц:

- а) в судебном отделении бюро судебно-медицинской экспертизы;
- б) в отделении живых лиц;
- в) в отделе по экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц;
- г) в поликлинике;
- д) в приемном отделении бюро экспертизы.

7. В каких учреждениях может проводиться судебно-медицинское освидетельствование живых лиц:

- а) место лишения свободы; г) бюро судебно-медицинской экспертизы;
- б) судебное заседание; д) отделение милиции.
- в) лечебное учреждение;

8. Все телесные повреждения согласно УК Республики Беларусь делят:

- а) на тяжкие телесные; д) на лёгкие телесные;
- б) на тяжелые телесные; е) менее тяжкие;
- в) на менее тяжкие; ж) менее тяжкий вред.
- г) на средней тяжести;

9. Признаками тяжкого телесного повреждения являются:

- а) термические ожоги;
- б) опасность для жизни пострадавшего;
- в) повреждение позвоночника в шейном отделе;
- г) неопасные для жизни повреждения, но тяжкие по исходу и последствиям травмы;
- д) механическая асфиксия.

10. Признаками повреждений средней степени тяжести являются:

- а) предотвращение смертельного исхода операции;
- б) отсутствие опасности для жизни;
- в) отсутствие тяжкого исхода или последствия;
- г) длительное расстройство здоровья;
- д) значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на 1/3.

11. Признаками легких телесных повреждений, повлекших кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности, являются:

- а) стойкая утрата общей трудоспособности до 10 %;
- б) потеря трудоспособности от 10 до 33 %;
- в) неопасность для жизни и здоровья;
- г) расстройства здоровья на срок до 6 дней;
- д) расстройства здоровья на срок от 6 до 21 дня.

12. Признаками легких телесных повреждений, не повлекших за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной утраты трудоспособности, являются:

- а) утрата трудоспособности до 10 дней;
- б) утрата трудоспособности от 10 до 33 %;
- в) повреждение, длившееся не более 6 дней;
- г) неопасность для здоровья;
- д) отсутствие расстройств здоровья.

13. Признаками тяжелых телесных повреждений являются:

- а) механическая асфиксия;
- б) опасность для жизни;
- в) черепно-мозговая травма;
- г) тяжкий исход или последствия травмы;
- д) шок.

14. К опасным для жизни повреждениям относятся те, которые:

- а) вызывают незначительные повреждения головного мозга;
- б) угрожают жизни в момент нанесения;
- в) нанесены в рефлексогенные зоны;
- г) при обычном течении заканчиваются смертью;
- д) для устранения которых необходима экстренная операция.

15. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, при оценке опасности таких повреждений для жизни не учитываются:

- а) да;
- б) нет.

16. К повреждениям, опасным для жизни, относят:

- а) открытые переломы костей свода и основания черепа;
- б) переломы костей лицевого черепа;
- в) проникающие ранения черепа;
- г) закрытые переломы костей голени;
- д) закрытые переломы костей свода и основания черепа.

17. К повреждениям, опасным для жизни, относятся:

- а) шок легкой степени;
- б) проникающие ранения глотки, гортани;
- в) потеря зрения, слуха;
- г) проникающие ранения трахеи, пищевода;
- д) повреждения позвонков в шейном отделе.

18. К повреждениям, опасным для жизни, относят:

- а) проникающие повреждения грудной и брюшной полости;
- б) неизгладимое обезображивание лица;
- в) проникающие повреждения брюшной и грудной полости с повреждениями внутренних органов;
- г) прерывание беременности;
- д) закрытые травмы органов грудной и брюшной полости при наличии угрожающих для жизни состояний.

19. К повреждениям, опасным для жизни, относят:

- а) развившееся психическое заболевание;
- б) повреждения крупного кровеносного сосуда;
- в) расстройство здоровья более 21 дня;
- г) угрожающее для жизни состояние (шок, коллапс, эмболия), развившиеся вследствие травмы;

д) 5. потеря язычка и способности членораздельно выражать мысли.

20. К повреждениям опасным для жизни, относят:

- а) термические ожоги 2 степени, затрагивающие 20 % поверхности тела;
- б) шок тяжелой степени;
- в) кровопотерю, вызвавшую коллапс;
- г) жировую и воздушную эмболии;
- д) травматический токсикоз с развитием ОПН.

21. К повреждениям, опасным для жизни, относят:

- а) потерю производительной способности;
- б) химические ожоги, сопровождающиеся токсическим действием;
- в) химические ожоги, вызывающие местную травму;
- г) сдавление органов шеи при наличии угрожающих жизни явлений, подтвержденных объективными данными;
- д) термические ожоги.

22. К неопасным для жизни повреждениям, относящимся к тяжким по исходу и последствиям, относят:

- а) потеря органа или утрата его функции;
- б) душевная болезнь вследствие травмы;
- в) стойкая утрата трудоспособности более чем на 1/3;
- г) прерывание беременности вследствие травмы;
- д) неизгладимое обезображивание лица.

23. Под потерей производительной способности понимают:

- а) потерю способности к трудовой деятельности;
- б) потерю способности к совокуплению;
- в) потерю способности к оплодотворению;
- г) потерю способности к зачатию;
- д) потерю способности к деторождению.

24. Под полной потерей зрения, как тяжком телесном повреждении, понимают:

- а) состояние, при котором острота зрения 0,10 – 0,03;
- б) полную слепоту на оба глаза;
- в) состояние, при котором острота зрения 0,25;
- г) состояние, при котором острота зрения ниже 0,04;
- д) резкое уменьшение зрения на 1 глаз.

25. Особенностью проведения экспертизы в случае развития психического заболевания вследствие травмы является:

- а) установление степени тяжести травмы в суде;
- б) определение особенностей протекания психического заболевания;
- в) судебно-медицинское исследование повреждения;
- г) установление связи повреждения и душевной болезни;
- д) назначение комиссионной экспертизы.

26. Особенности проведения экспертизы в случае прерывания беременности вследствие травмы являются:

- а) определение срока беременности;
- б) судебно-медицинское исследование повреждения;
- в) установление патологии течения беременности;
- г) установление связи повреждения;
- д) назначение комиссионной экспертизы.

27. Особенностью проведения экспертизы в случае неизгладимого обезображивания лица является:

- а) консультация с косметологами;
- б) судебно-медицинское исследование повреждения;
- в) косметологическое определение обезображивания лица;
- г) определение изгладимости повреждения;
- д) установление факта обезображивания лица в суде.

28. Изгладимым называется такое телесное повреждение лица, которое:

- а) определено косметологом;
- б) исчезает или уменьшается с течением времени;
- в) устраняется хирургическим путем;
- г) устраняется нехирургическим путем;
- д) согласно заключению терапевтов.

29. Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья проводится в случае:

- а) агграваций;
- б) диссимуляций;
- в) симуляций;
- г) искусственных болезней;
- д) членовредительства.

30. Установление половой зрелости /женщин/ производится на основании:

- а) правильного формирования и развития половых органов;
- б) определения возраста;
- в) антропометрических данных;
- г) определения состояния здоровья;
- д) функционального состояния яичников.

31. *Симуляция – преувеличение проявлений действительно имеющегося заболевания:*

- а) да;
- б) нет.

32. *Диссимуляция – воспроизведение симптомов несуществующего заболевания:*

- а) да;
- б) нет.

33. *Аггравация – сокрытие имеющегося заболевания:*

- а) да;
- б) нет.

34. *При судебно-медицинской экспертизе по поводу изнасилования судебно-медицинский эксперт устанавливает:*

- а) факт полового сношения;
- б) степень нарушения функции органа;
- в) признаки изнасилования;
- г) степень утраты трудоспособности;
- д) наличие телесных повреждений.

35. *Признаками, которые указывают на факт полового сношения в случае изнасилования, являются:*

- а) повреждения на шее;
- б) повреждения девственной плевы;
- в) повреждения в области половых органов;
- г) наличие спермы во влагалище;
- д) наличие эпителиальных клеток влагалища на головке полового члена.

36. *К половым преступлениям относят:*

- а) заражение венерическим заболеванием;
- б) попытку к изнасилованию;
- в) изнасилование;
- г) половые извращения;
- д) развратные действия.

37. *Признаками тяжкого телесного повреждения наряду с опасностью для жизни являются:*

- а) потеря органа либо утрата его функции;
- б) развитие психического заболевания после травмы;
- в) расстройство здоровья, сочетающееся со стойкой утратой;
- г) трудоспособности не менее чем на 1/3;
- д) прерывание беременности после травмы;
- е) неизгладимое обезображивание лица.

38. *Признаками легких телесных повреждений являются:*

- а) длительное расстройство здоровья;
- б) кратковременное расстройство здоровья;
- в) стойкая утрата трудоспособности;
- г) незначительная стойкая утрата трудоспособности;
- д) длительная утрата общей трудоспособности.

39. При судебно-медицинской экспертизе повреждений в результате мучений и истязаний определяют:

- а) наличие и характер повреждений;
- б) квалификацию повреждений как мучения;
- в) различие в давности нанесения повреждений;
- г) квалификацию повреждений как истязаний;
- д) орудие и признаки способа причинения повреждений.

40. Действия, приводящие к многократному или длительному причинению боли называют мучениями

- а) да;
- б) нет.

41. Действия, приводящие к многократному или длительному причинению боли, называют истязаниями

- а) да;
- б) нет.

42. Действия, причиняющие страдания путем длительного лишения питья, тепла, пищи и т. д. называют истязаниями:

- а) да;
- б) нет.

43. Действия, причиняющие страдания путем длительного лишения питья, тепла, пищи и т. д. называют мучениями:

- а) да;
- б) нет.

44. Под стойкой утратой общей трудоспособности понимают неспособность вследствие болезни или травмы выполнять работу, не требующую специальной подготовки

- а) да;
- б) нет.

45. Под стойкой утратой общей трудоспособности понимают неспособность вследствие болезни или травмы выполнять работу, требующую специальной подготовки:

- а) да;
- б) нет.

46. Под стойкой утратой профессиональной трудоспособности понимают неспособность вследствие болезни или травмы выполнять работу, требующую специальной подготовки:

- а) да;
- б) нет.

47. Под стойкой утратой профессиональной трудоспособности понимают состояние, обусловленное болезнью или травмой, при котором человек не может работать по своей профессии:

- а) да;
- б) нет.

48. Под стойкой утратой профессиональной трудоспособности понимают состояние, обусловленное болезнью или травмой, при котором человек не может выполнять работу, не требующую специальной подготовки:

- а) да;
- б) нет.

49. Основными и обязательными вопросами, требующими разрешения при экспертизе живых лиц по поводу не смертельных повреждений, являются:

- а) локализация повреждений;
- б) характер повреждения;
- в) степень тяжести повреждения с указанием квалифицирующего признака;
- г) давность травмы;
- д) вид предмета, которым повреждение может быть причинено.

50. Утрата трудоспособности может быть:

- а) недостаточной;
- б) частичной;
- в) временной;
- г) полной;
- д) стойкой.

51. К спорным половым состояниям, которые могут определяться при экспертизе живых лиц, относят:

- а) установление изнасилования;
- б) установление половой зрелости;
- в) установление пола;
- г) установление девственности;
- д) установление признаков полового сношения.

52. Под длительным расстройством здоровья, непосредственно связанного с повреждениями, понимают последствия, которые имеют продолжительность:

- а) более 5 дней;
- б) более 6 дней;
- в) более 21 дня;
- г) менее 21 дня;
- д) около 30 дней;

53. Под потерей какого-либо органа, либо утратой его функции понимают:

- а) потерю указательного пальца;
- б) потерю речи;
- в) потерю почки;
- г) потерю руки, ноги на уровне не ниже локтевого или коленного сустава;
- д) потерю производительной способности.

54. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи после травмы необходимо принимать во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений:

- а) да;
- б) нет.

55. Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на 1/3 понимают утрату:

- а) общей трудоспособности;
- б) более 33 %;
- в) профессиональной трудоспособности;
- г) менее 10 %;
- д) от 10 до 33 %.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 6

ЭКСПЕРТИЗА ЖИВЫХ ЛИЦ

Телесные повреждения. Понятие телесного повреждения

Уголовно-правовое			Судебно-медицинское		
Противоправное, без намерения совершить убийство, нанесение вреда здоровью			Нарушение анатомической целостности или физиологической функции тканей в результате воздействия различных факторов внешней среды на организм человека		
			ст. 147 УК РБ (тяжкие)	ст. 149 УК РБ (менее тяжкие)	ст. 153 УК РБ (легкие)
			Первичные	Вторичные	Пергаментные пятна
←	←	←	←		→
Ссадины	Кровоподтеки	Раны	Другие повреждения (размятие тела и т. п.)		Переломы костей

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при расследовании причинения телесных повреждений

1. Степень тяжести телесных повреждений
2. Характер орудия, которым причинено повреждение, его отличительные признаки
3. Давность нанесения повреждений
4. Механизм образования повреждений
5. Степень утраты потерпевшим трудоспособности

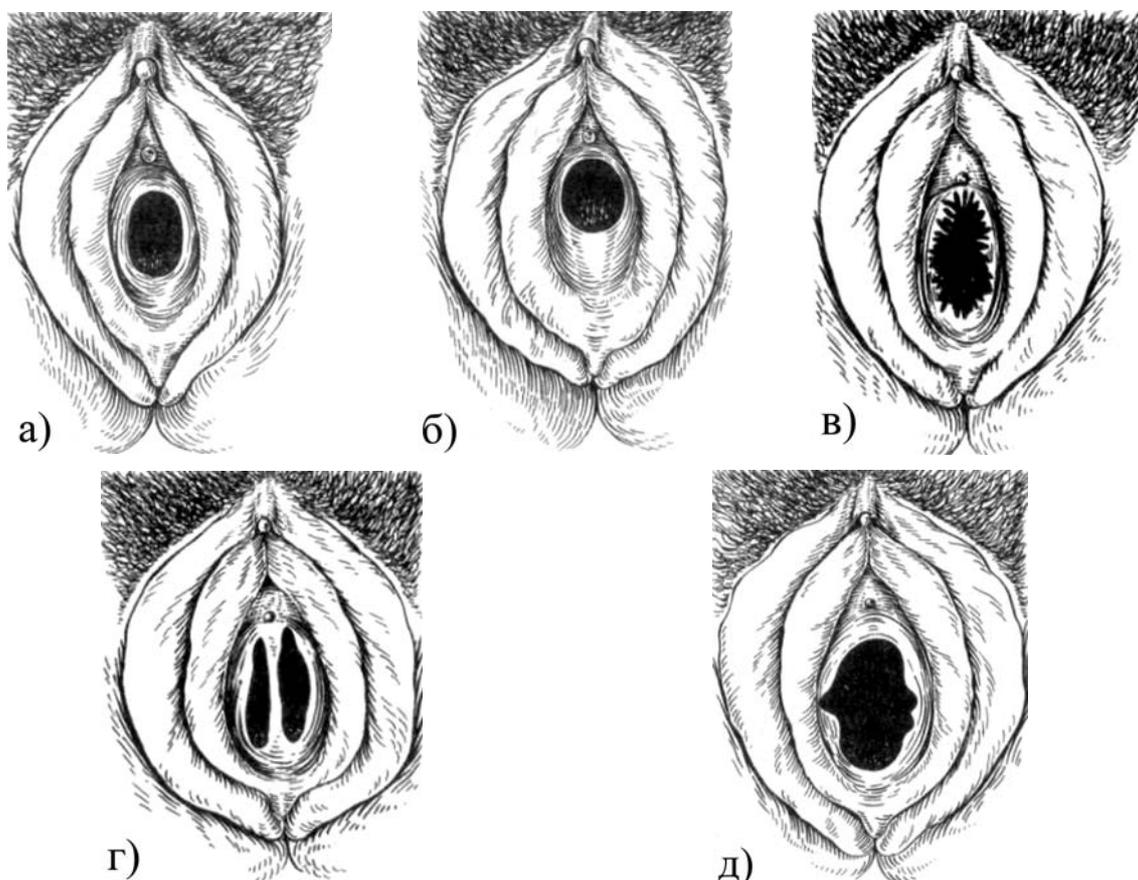


Рис. 6.1. Девственная плева (а – д)



Рис. 6.2. Дефлорированная девственная плева



Рис. 6.3. Кровоподтеки от ударов ремнем



Рис. 6.4. Царапины, причиненные иглой (самоповреждение)



Рис. 6.5. Кровоподтеки от ударов ладонью



Рис. 6.6. Следы от укуса зубами человека



Рис. 6.7. Резаные раны при самообороне

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 7

Основные понятия: объекты биологического происхождения, порядок исследования, вещественные доказательства, группы крови, резус-фактор, свойства крови, следы крови, видовая, групповая, половая принадлежность крови, ее региональное происхождение, установление принадлежности крови определенному лицу, спорное отцовство, замена детей, генотипоскопия (геномная идентификация), сперма, волосы, слюна, моча, пот, меконий.

План занятия Вопросы для обсуждения

1. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения.

2. Объекты биологического происхождения и порядок их исследования как вещественных доказательств:

1) понятия группы крови, резус-фактора; свойства крови; ее следы на месте происшествия. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе подозрительных пятен, (наличие крови, видовая, групповая, половая принадлежность крови, ее региональное происхождение и др.). Установление принадлежности крови определенному лицу. Исследование жидкой крови по делам о спорном отцовстве и замене детей;

2) понятие генотипоскопии (геномной идентификации).

3) исследование спермы. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе пятен, похожих на сперму;

4) исследование волос. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе волос.

5) исследование других вещественных доказательств биологического происхождения (слюны, мочи, пота, мекония и др.).

6) обнаружение, изъятие, упаковка и направление вещественных доказательств в судебно-медицинскую лабораторию.

Задания для контролируемой самостоятельной работы студентов.

Рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор)

1. Объекты биологического происхождения, как вещественные доказательства.

2. Общие свойства крови и значение ее исследования.

3. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе пятен крови. Понятие геномной идентификации.

4. Исследование спермы.
5. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе пятен, похожих на сперму.
6. Исследование волос.
7. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе волос.
8. Исследование других вещественных доказательств биологического происхождения (слюны, мочи, пота, мекония и др.).
9. Проблемные вопросы обнаружения, изъятия, упаковки и направления вещественных доказательств на исследование в судебно-медицинские лаборатории.

Задания

1. Приведите примеры объектов – вещественных доказательств биологического происхождения и порядок их исследования.
2. Дайте судебно-медицинское определение крови, ее свойств и судебно-медицинское значение исследования ее факторов.
3. Изложите сущность метода генотипоскопического исследования и его значение для судебно-медицинских исследований.
4. Оцените степень значимости исследования следов спермы, волос, пота, отдельных клеток и наложения частиц биологических веществ на исследуемых вещественных доказательствах в рамках судебно-медицинских исследований.

Задачи

1. Шуратова заявила об умышленной подмене медперсоналом ее ребенка в родильном отделении больницы.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления истинного характера имевшего место события с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для принятия решения по данному факту в плане установления полной картины имевшего место события на основе результатов экспертных исследований. Дайте варианты принятия правовых решений.

2. При осмотре места происшествия на туловище трупа было обнаружено множество проникающих ранений. Кроме того, изъято подногтевое содержимое и единичный волос, зажатый в руке. В мусоропроводе найдено орудие, оцениваемое внешне как возможно использовавшееся при совершении преступления.

Оцените ситуацию с точки зрения, объективных способов установления характера имевшего место события с использованием судебно-медицинских и медико-криминалистических исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для установления полной картины имевшего место события, организации поисковых мероприятий и формирования доказательственной базы для принятия правового решения.

Тестовый контроль

1. Любая вещь, предмет или вещество, которые в соответствии с процессуальным законом являются доказательством по делу, называют:

- а) объектом исследования;
- б) криминалистическим показателем;
- в) вещественным доказательством;
- г) уликой;
- д) следственные данные.

2. Наиболее часто вещественные доказательства биологического происхождения исследуются:

- а) на месте происшествия;
- б) в помещении морга;
- в) в судебно-биологическом отделении бюро судмедэкспертизы;
- г) в криминалистической лаборатории;
- д) в суде.

3. Задачей врача как специалиста на месте происшествия является:

- а) установление группы крови;
- б) доставка вещественных доказательств;
- в) участие в обнаружении вещественных доказательств биологического происхождения;
- г) фотографирование вещественного доказательства;
- д) составление протокола изъятия вещественного доказательства.

4. Вещественные доказательства биологического происхождения направляют в биологическую лабораторию:

- а) в опечатанном виде;
- б) в сухом виде;
- в) вместе с постановлением о назначении экспертизы;
- г) вместе с копией протокола осмотра места происшествия;
- д) вместе с копией протокола изъятия вещественного доказательства.

5. При описании следов крови отмечают:

- а) время суток;
- б) местоположение;
- в) размеры;
- г) цвет;
- д) форму.

6. Влажные вещественные доказательства с наличием следов биологического происхождения необходимо просушить, так как они подвержены гниению:

- а) да;
- б) нет.

7. Высушивание вещественных доказательств биологического происхождения необходимо производить:

- а) вдали от прямого действия солнечных лучей;
- б) под инфракрасной лампой;
- в) на солнце;
- г) на обогревательном приборе;
- д) вдали от источников тепла.

8. Следы крови на месте происшествия могут иметь форму:

- а) пятна от капель;
- б) пятна от брызг;
- в) потеки;
- г) помарки;
- д) лужи.

9. Потеки крови образуются в случае:

- а) отпечатков окровавленных предметов;
- б) отекаания по наклонной плоскости;
- в) отвесного падения капель крови;
- г) стекания по отвесной поверхности;
- д) при падении крови под углом.

10. Пятна от капель крови:

- а) округлой формы;
- б) образуются при падении крови под углом;
- в) образуются при отвесном падении крови на горизонтальную поверхность;
- г) грушевидной формы;
- д) края зависят от высоты падения.

11. Пятна крови на снегу, льду необходимо:

- а) транспортировать в термосе;
- б) собрать снег в колбу или чашку Петри;
- в) исследовать на групповую принадлежность на месте обнаружения;
- г) растопить снег на марли с последующим ее высушиванием;
- д) доставить растаявший в сосуде снег, лед с пятнами крови в лабораторию.

12. Для выявления скрытых следов крови на месте происшествия используют:

- а) вертикальное освещение;
- б) осмотр в ультрафиолетовых лучах;
- в) пробу с перекисью водорода;
- г) пробу с бензидиновым реактивом;
- д) пробу с люминолом.

13. При исследовании пятен, подозрительных на кровь в лаборатории используют:

- а) предварительные пробы;
- б) реакцию Видаля;
- в) сравнительный анализ;
- г) показания свидетелей;
- д) доказательные пробы.

14. Предварительными реакциями на кровь являются:

- а) проба с перекисью водорода;
- б) микрокристаллические реакции;
- в) проба с бензидиновым реактивом;
- г) спектральный анализ;
- д) проба с люминолом.

15. Предварительные реакции на кровь являются не специфичными, потому что фермент каталаза широко распространен в природе:

- а) да;
- б) нет.

16. Доказательными методами обнаружения крови являются:

- а) микрокристаллические реакции;
- б) проба с бензидиновым реактивом;
- в) микроспектральное исследование;
- г) проба с люминолом;
- д) тонкослойная хроматография.

17. Доказательные методы обнаружения крови основаны:

- а) на выявлении каталазы крови;
- б) на гемоглобине крови;
- в) на пероксидазы крови;
- г) на производных гемоглобина;
- д) на виде свечения в ультрафиолетовых лучах.

18. Кристаллы Тейхмана, являющиеся разновидностью микрокристаллической реакции на кровь, характеризуются:

- а) как параллелограммы;
- б) как гемохромоген;
- в) как коричневый цвет;
- г) как красный цвет;
- д) как солянокислый гемин.

19. Кристаллы, полученные при обработке пятен подозрительных на кровь реактивом Такаяма, характеризуются:

- а) как солянокислый гемин;
- б) как красный цвет;
- в) как параллелограммы;
- г) как игольчатая форма;
- д) как гемохромоген.

20. На основе чего выявляют гемоглобин крови при микроспектральном исследовании:

- а) на основе желто-зеленой части спектра;
- б) на основе инфракрасной части спектра;
- в) на основе полос поглощения;
- г) на основе яркого свечения.

21. Исследование крови, подвергшейся неблагоприятному воздействию, наиболее целесообразно определять методом:

- а) микрокристаллической реакции;
- б) спектрального исследования;
- в) определения пероксидазной активности;
- г) флуоресцентной микроскопии;
- д) Чистовича – Уленгутаю.

22. Видовая принадлежность крови определяется на основании реакции:

- а) седиментации;
- б) реакции Видаля;
- в) преципитации Чистовича – Уленгута;
- г) химического выявления антигена;
- д) хроматографии.

23. При определении видовой принадлежности крови необходимо взаимодействие соответствующих антигенов-преципитиногенов и антител-преципитинов, которое может проводиться:

- а) на хроматографических пластинах;
- б) в жидкой среде;
- в) с использованием спектральной насадки;
- г) в иле;
- д) в геле с использованием электрофореза.

24. Вытяжка из пятна крови для проведения реакции преципитации Чистовича – Уленгута должна быть:

- а) стерильной;
- б) прозрачной;
- в) содержать белок 1:10000;
- г) содержать белок 1:1000;
- д) приготовленной в изотоническом растворе.

25. Установление видовой принадлежности крови может быть проведено с использованием:

- а) исследования с получением кристаллов Тейхмана;
- б) реакции Чистовича – Уленгута;
- в) реакции преципитации в геле;
- г) метода электропреципитации;
- д) метода ризоресцирующих антител.

26. Групповую принадлежность крови в пятне по системе АВ0 /Н/ определяют реакцией:

- а) абсорбции-элюции;
- б) прецип
- в) итации;
- г) абсорбции-элюции в количественной модификации;
- д) преципитации в геле;
- е) методом покровного стекла.

27. Групповая принадлежность жидкой крови может быть дифференцирована по системам:

- а) иммуноглобулинам;
- б) эритроцитарным;
- в) лейкоцитарным;
- г) сывороточным;
- д) ферментным.

28. Определение групповой принадлежности крови методом покровного стекла по Латтесу основано на обнаружении:

- а) антигенов стандартными эритроцитами;
- б) антител стандартными сыворотками;
- в) антител стандартными эритроцитами;
- г) антигенов стандартными сыворотками;
- д) иммуноглобулинов.

29. При определении групповой принадлежности крови в пятне методом Латтеса необходимо последовательно:

- а) нагреть до температуры 56 °С;
- б) внести взвесь стандартных эритроцитов;
- в) покрыть покрывным стеклом;
- г) поместить во влажную камеру;
- д) исследуемый материал разместить на предметных стеклах.

30. В основе определения группы крови в пятне с использованием реакций абсорбции-элюции и абсорбции антител в количественной модификации лежит:

- а) способность антител абсорбировать антигены;
- б) выявление иммуноглобулинов;

- в) способность антигенов абсорбировать антитела;
- г) преципитации антител;
- д) преципитации антигенов.

31. При проведении реакции абсорбции антител в количественной модификации при определении группы высохшей крови учитывают:

- а) любую навеску исследуемого объекта и объект;
- б) соотношение веса исследуемого объекта и объема сыворотки;
- в) любое количество сыворотки;
- г) падение титра антител после абсорбции не менее чем на 3 ступени поглощения;
- д) падение титра антител после абсорбции на I ступень поглощения.

32. Определение группы крови в пятне по методу абсорбции-элюции предусматривает последовательное проведение:

- а) абсорбции антител;
- б) отмывания неабсорбированных антител;
- в) фиксации;
- г) внесения стандартных эритроцитов;
- д) прогревания до элюции.

33. Оценку результатов исследования при определении группы крови в пятне проводят на основании:

- а) агглютинации;
- б) увеличение титра антител;
- в) падение титра антител;
- г) количества иммуноглобулинов;
- д) преципитации.

34. Определение генетического пола пятен крови основано

- а) на выявлении телец Беккета;
- б) на морфологическом выявлении в лейкоцитах «барабанных палочек»;
- в) на световой микроскопии полового хроматина;
- г) на люминесцентном выявлении полового хроматина;
- д) на морфологическом выявлении в эритроцитах «барабанных палочек».

35. Если кровь принадлежит мужчине, то ее принадлежность устанавливается на основании:

- а) морфологического исследования лейкоцитов;
- б) морфологического исследования эритроцитов;
- в) выделения антигенов;
- г) более 5 клеток с «барабанными палочками»;
- д) не более 5 клеток с «барабанными палочками».

36. Установление принадлежности крови плода базируется:

- а) на различиях в количестве хромосом;
- б) на различных сроках формирования генетических систем;
- в) на наличии фетального гемоглобина;
- г) на наличии белка фенопротеина;
- д) на различиях в скорости миграции гемоглобина.

37. Установление принадлежности крови взрослого человека базируется:

- а) на определении половых хромосом;
- б) на содержании фетального гемоглобина 70 – 80 %;
- в) на содержании фетального гемоглобина 1 – 4 %;
- г) на наличии белка фепопротсина;
- д) на наличии телец Барра и Бертрама.

38. Для установления регионального происхождения крови в пятне необходимо:

- а) определить наличие инородных включений, присущих органу;
- б) определить наличие гормонов;
- в) определить наличие клеток из источника кровотечения;
- г) определить наличие вида гемоглобина;
- д) определить наличие некоторых ферментов.

39. Установить давность образования пятен крови можно на основании:

- а) скорости растворения в различных растворителях;
- б) различной влажности;
- в) изменения цвета;
- г) различного веса;
- д) соотношения оксиметгемоглобина.

40. Преципитирующей сыворотке для проведения реакции преципитации

Чистовича – Уленгута предъявляются требования:

- а) наличие легкой взвеси;
- б) титр 1:20000;
- в) прозрачность;
- г) строгая специфичность;
- д) срок годности.

41. К эритроцитарным системам, по которым дифференцируют кровь, относятся:

- а) гаптоглобин;
- б) АВО /Н/;
- в) MN₃;
- г) Резус;
- д) Льюис.

42. Метод геномной дактилоскопии пятен крови позволяет:

- а) установить давность пятен;
- б) установить принадлежность взрослому;
- в) установить принадлежность конкретному лицу;

г) установить принадлежность плоду;

д) установить группу крови.

43. *Экспертиза волос является экспертизой:*

а) комплексной;

г) сходства;

б) исключения;

д) комиссионной.

в) тождества;

44. *Волос человека отличается от волоса животного:*

а) по виду их концов;

б) строением кутикулы;

в) толщиной коркового слоя;

г) структурой сердцевины;

д) соотношением коркового и мозгового слоя.

45. *В структуре волос различают:*

а) кутикулу;

г) стержень;

б) кору;

д) луковицу.

в) сердцевину;

46. *Выпавший волос характеризуется следующими признаками:*

а) в толще волоса пузыри воздуха;

б) луковица сухая;

в) луковица сморщенная;

г) луковица в виде колбы;

д) отсутствуют влагалищные оболочки луковицы.

47. *Вырванный волос характеризуется следующими признаками:*

а) волос скрученный;

б) луковица сочная;

в) волос с растянутым стержнем;

г) обрыв влагалищных оболочек;

д) луковица деформирована.

48. *Температурное воздействие на волосы проявляется в следующих изменениях:*

а) в рыжеватом оттенке;

г) в обугливании;

б) в колбообразном вздутии;

д) в наличии полос в мозговом слое.

в) в потускнении;

49. *Вещественные доказательства биологического происхождения в виде пятен желтовато-серого цвета, с извилистыми очертаниями, жестковатые на ощупь и имеющие корочки, по своему внешнему виду напоминают:*

а) замытую кровь;

г) высохшую кровь;

б) слизь;

д) давнюю кровь.

в) сперму;

50. Ориентировочно о сперме можно говорить при исследовании:

- а) кислой фосфатазы;
- б) в ультрафиолетовых лучах;
- в) холина;
- г) реакцией Флоранса;
- д) реакцией с соком картофеля.

51. Доказательными методами установления наличия спермы являются:

- а) флуоресцентная микроскопия;
- б) определение кислой фосфатазы более /свыше/ 400 ЕД;
- в) морфологическое исследование;
- г) определение спермина;
- д) определение холина.

52. Доказательными методами обнаружения спермы являются:

- а) фракции лактатдигидрогеназы;
- б) наличие цинка свыше 31 усл. ед.;
- в) наличие кислой фосфатазы свыше 400 ЕД;
- г) наличие семенопротеина;
- д) морфологическое выявление сперматозоидов.

53. При определении групповой принадлежности спермы необходимо:

- а) провести реакцию абсорбции в количественной модификации;
- б) определить структуру сперматозоида;
- в) реакция абсорбции-элюции;
- г) провести реакцию Флоранса;
- д) провести реакцию с соком картофеля.

54. При определении группы спермы устанавливают категорию выделительства, под которым понимают:

- а) степень выделительства агглютининов;
- б) степень выделения спермы;
- в) степень выделительства антигенов АВ0;
- г) количество выделения спермы;
- д) объем спермы.

55. Судебно-медицинское определение в пятне наличия слюны основано на выявлении:

- а) клеток слизистой оболочки ротовой полости;
- б) диастазы;
- в) амилазы;
- г) крахмала;
- д) аминокислот.

56. Судебно-медицинское определение в пятне наличия пота основано на выявлении:

- а) кристаллов Тейхмана;
- б) амилазы;
- в) серина;
- г) креатинина;
- д) антигенов АВ0 /Н/.

57. При старении пятен крови гемоглобин, оксигемоглобин последовательно превращается:

- а) в гематин;
- б) в карбоксигемоглобин;
- в) в метгемоглобин;
- г) в гематопорфирин;
- д) в гемомхромоген.

58. При исследовании пятен крови установить беременность и факт бывших родов можно на основании определения:

- а) гормона, возбуждающего деятельность яичников;
- б) фибринолитической системы;
- в) окситоциназы;
- г) гормонального зеркала;
- д) лейцин аминопептидазы.

59. Судебно-медицинское установление происхождения ребенка от конкретных родителей, основанное на определении групповых факторов крови /эритроцитарных, лейкоцитарных, сывороточных и ферментных/ позволяет только исключить ответчика

- а) да;
- б) нет.

60. Количество излившейся крови определяют:

- а) размерами пятна крови;
- б) исходя из расчета: 1 л жидкости крови дает 211 г сухого остатка;
- в) по степени пропитывания кровью почвы;
- г) по массе сухого остатка крови;
- д) по степени пропитывания кровью одежды на трупе.

61. По пятнам от капель и брызг крови можно определить:

- а) характер повреждения;
- б) как быстро передвигался человек /шел, бежал/;
- в) с какой высоты было кровотечение;
- г) калибр поврежденного сосуда;
- д) направление движения человека.

62. Первая или нулевая группа крови /по системе АВ0 /Н/ называется так потому что:

- а) не содержит агглютиногенов;
- б) содержит агглютиноген О;
- в) содержит агглютиноген А;
- г) содержит агглютинины и /альфа и бета/;
- д) не содержит агглютинины и /альфа и бета/.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 7

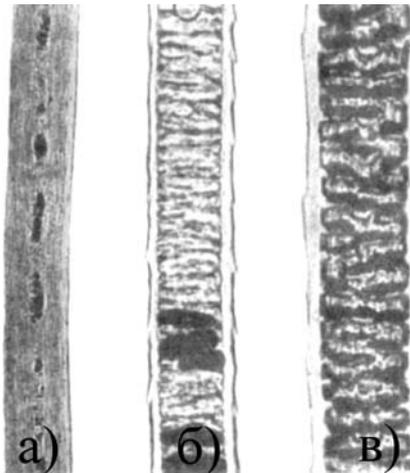


Рис. 7.1. Волосы: а) человека; б) козы; в) крысы

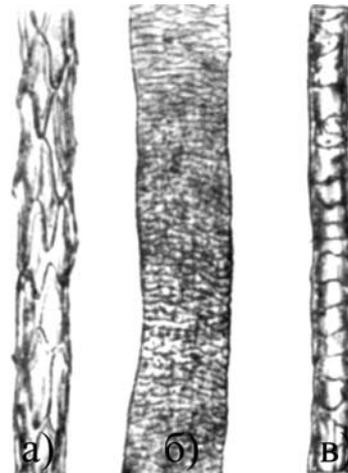


Рис. 7.2. Кутикулы волос: а) черно-бурой лисы; б) овцы меринос; в) северо-американского оленя



Рис. 7.3. Части расчлененного после убийства трупа, упакованные для транспортировки к месту сокрытия трупа. В чемодане упакована нижняя часть трупа мужчины, отсеченная на уровне поясицы. Голени с коленными суставами отделены от бедер. а) чемодан с частями тела на месте его обнаружения; б) чемодан с частями тела в морге



Рис. 7.4. Отпечаток протектора на одежде и ее разрыв вследствие наезда колеса

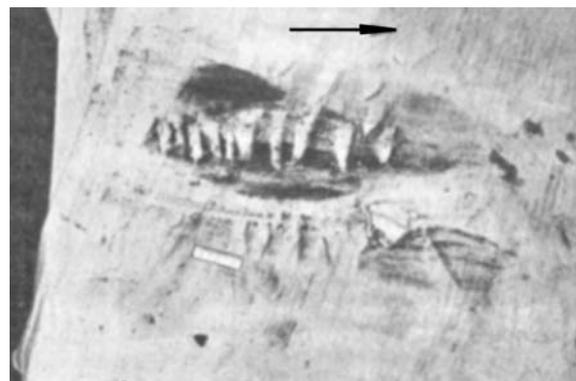


Рис. 7.5. «Заглаживание» складок одежды колесом автомобиля при переезде (стрелкой указано направление движения колеса)

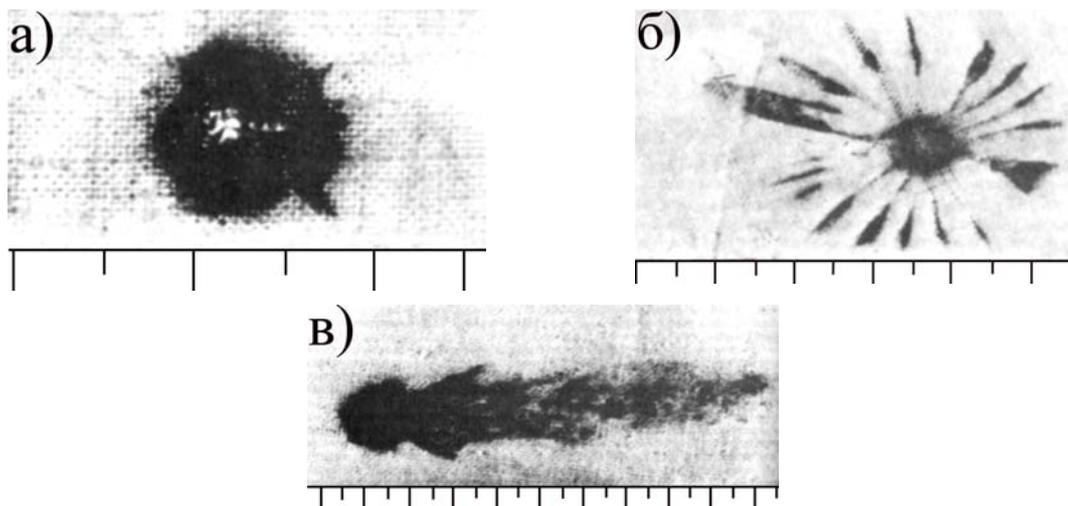


Рис. 7.6. Колотые повреждения одежды. Характер отложений металла вокруг повреждения одежды: а) при скорости погружения 3 м/с; б) 0,5 м/с; в) под острым углом

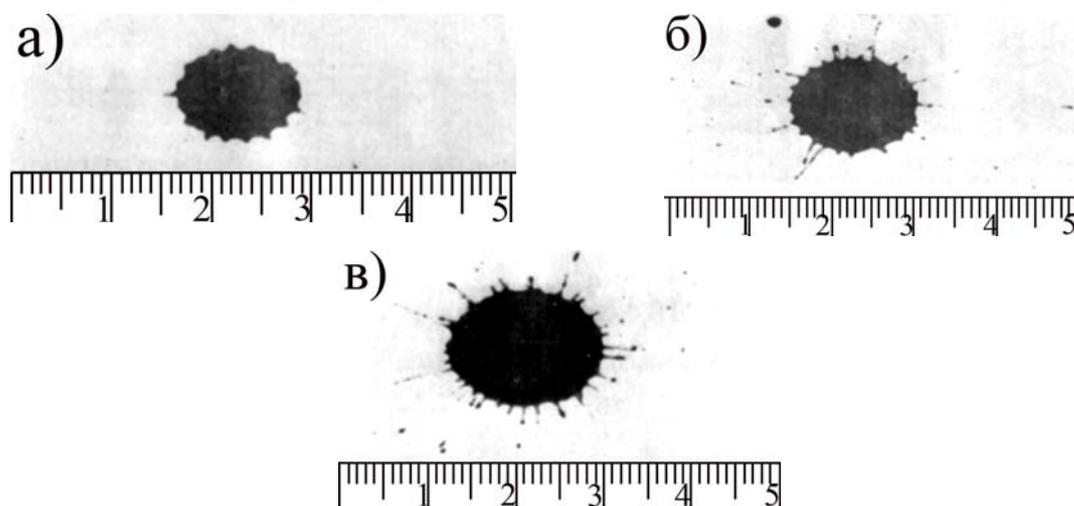


Рис. 7.7. Пятна крови, образовавшиеся от падения капель на горизонтальную твердую поверхность: а) при падении капли с высоты около 30 сантиметров; б) при падении капли с высоты около 1 метра; в) при падении капли с высоты около 1 метра 75 сантиметров. На фотоснимках «б», «в» хорошо видны мелкие брызги крови от повторного разбрызгивания после падения основной капли



Рис. 7.8. Слепки зубов человека (слева) и следа укуса того же человека на яблоке (справа)

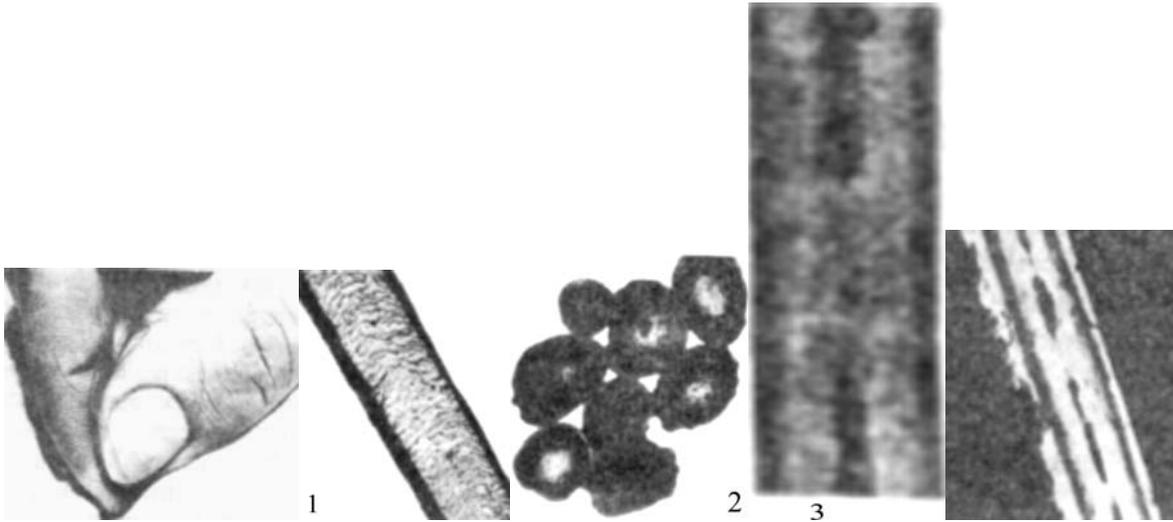


Рис. 7.9. Способы фотографирования: через микроскоп на примере исследования волоса: сверху – волос в рук труп; далее – кутикула в отраженном свете (1); поперечное сечение в проходящем свете (2); продольное сечение в проходящем свете с конденсором светлого поля (3); волос в поляризованном свете (4)

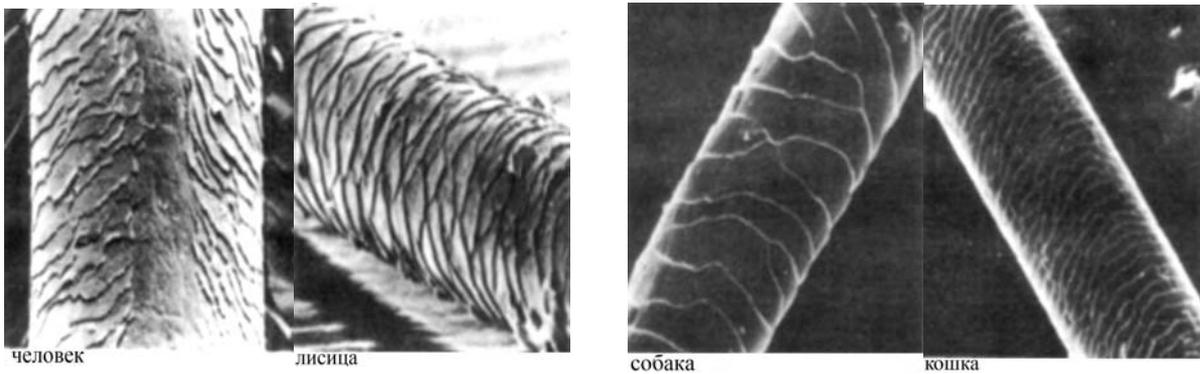


Рис. 7.10. Снимки кутикул волос, сделанные с помощью растрового электронного микроскопа

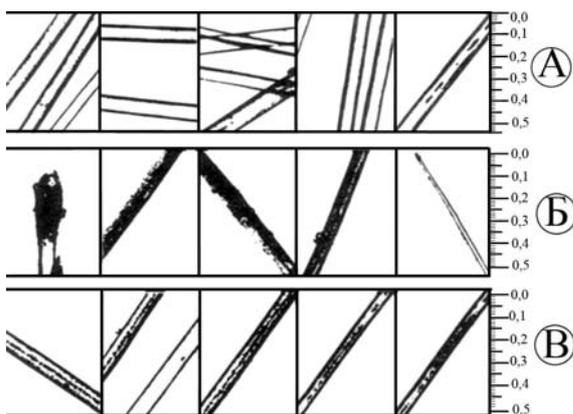


Рис. 7.11. Возможности установления принадлежности спорного волоса определенному лицу при сравнении волос явно различных видов: а) волос блондинки; б) исследуемый волос; в) волос брюнета

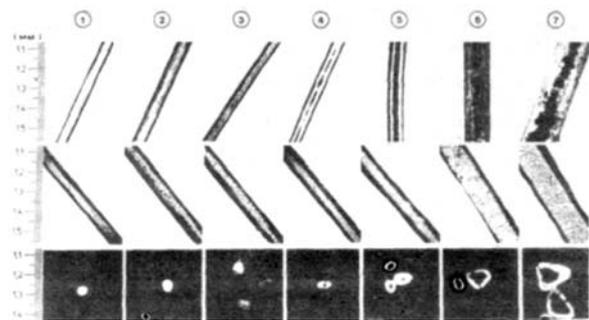


Рис. 7.12. Пример диапазона вариаций волос на голове человека: сверху – продольные сечения (снимок сделан в проходящем свете); в середине – отпечатки кутикул; внизу – поперечные сечения



Рис. 7.13. Слева – волос с головы человека с сохранившейся стекловидной оболочкой (частицами корневого влагалища) после прижизненной экстракции; справа – выпавший мертвый волос



Рис. 7.14. Снимок под микроскопом мазка, взятого из влагалища. Видны сперматозоиды (S) и одна плоская эпителиальная клетка слизистой оболочки влагалища (E)



Рис. 7.15. Выкрашивание эмали по краю резцов нижней челюсти вследствие удара тупым предметом



Рис. 7.16. Отпечаток ладони руки. Хорошо видны особенности строения папиллярных узоров на различных участках ладони и пальцев, четко просматриваются межфаланговые и ладонные складки. На концевых фалангах указательного и безымянного пальцев видны рубцовые изменения кожи, сформировавшиеся в результате травм

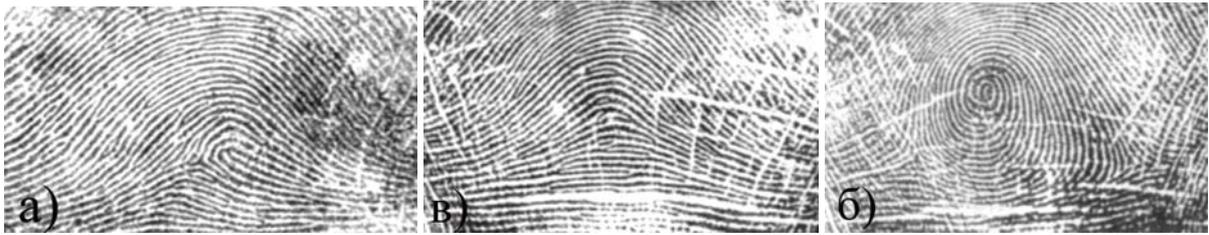


Рис. 7.17. Основные типы папиллярных узоров: а) петлевой; б) завитковый; в) дуговой

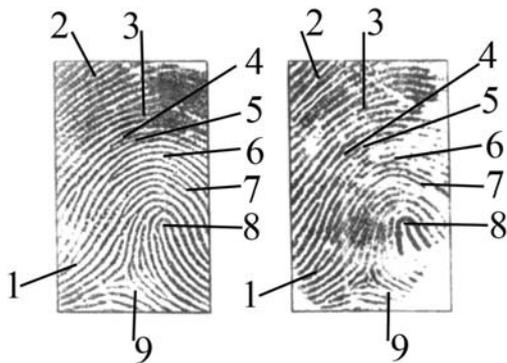


Рис. 7.18. Два сравниваемых папиллярных узора: а) отпечаток пальца известного лица; б) след пальца руки, изъятый с места происшествия. Аналогичными цифрами обозначены совпадающие признаки (указаны не все, а только некоторые)

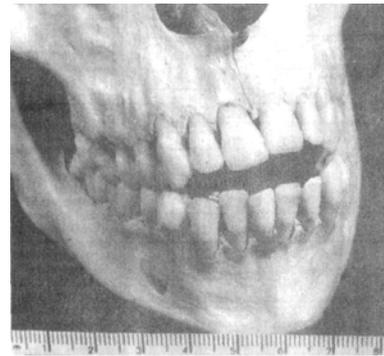


Рис. 7.19. На фотоснимке показана особенность строения зубов, обнаруженная при исследовании черепа – не смыкание шести передних зубов верхней и нижней челюсти. Наличие этой особенности позволило: во-первых – оперативно-розыскным путем выявить пропавшую без вести молодую женщину (конечно с использованием и другой информации); во-вторых – провести судебно-медицинскую идентификацию личности погибшей женщины (естественно в совокупности с другими идентификационными данными)

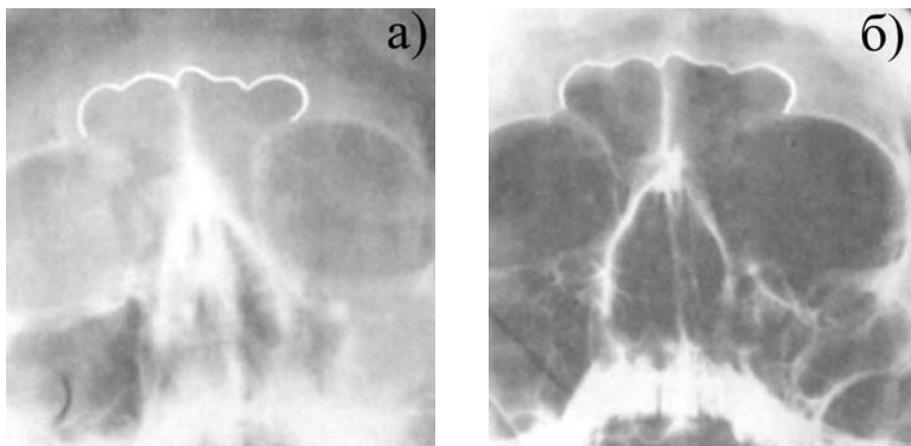


Рис. 7.20. Показаны дне рентгенограммы костей черепа: а) выполненная прижизненно конкретному человеку «А»; б) выполненная посмертно, на черепе неизвестного человека «Х». На фотоснимках обведены контуры лобных пазух (полости в лобных костях черепа человека). Наличие совпадения контуров этих пазух, в совокупности с другими данными, позволило сделать положительный идентификационный вывод



Рис. 7.21. Фотосовмещение, как метод идентификации личности по черепу: а) прижизненная фотография; б) череп; в) фотосовмещение



Рис. 7.22. а) реконструкция лица, выполненная по черепу неизвестной женщины комбинированным графическим методом; б) прижизненный фотоснимок Людмилы К., выявленной на основе указанной реконструкции; в) фотосовмещение черепа неизвестной женщины и головы Людмилы К. на прижизненном фотоснимке – один из методов идентификации личности человека

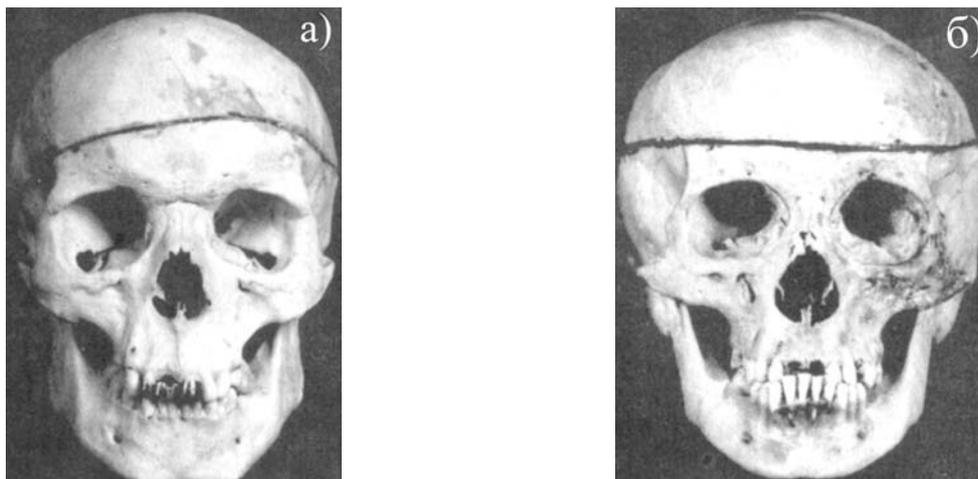


Рис. 7.23. Мужской (а) и женский (б) черепа без мягких тканей. Достаточно хорошо видна разница между черепами, обусловленная полом. Мужской череп несколько больших размеров, рельеф поверхности костей в местах прикрепления мышц выражен сильнее, чем на женском черепе. В процессе исследования эксперты выделяют и другие половые различия в строении черепов

словесный портрет

		профиль		фас			
ЛОБ		НАКЛОН СКОШЕННЫЙ НАКЛОННЫЙ ВЕРТИКАЛЬНЫЙ		ВЫСОТА М - Б		ШИРИНА М - Б	
	НОС	КОНТУР СПИНЫ ВОГНУТЫЙ ПРЯМОЙ ВЫПУКЛЫЙ ВОЛНИСТЫЙ		НАКЛОН ОСНОВАНИЯ ПРИПОДНЯТЫЙ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ ОПУЩЕННЫЙ		ШИР М - Б	
ГУБЫ		ВЫСТУПАНИЕ ВЕРХНЕЕ ОБЩЕЕ НИЖНЕЕ		ВЫСОТА (верхней губы) М - Б		ШИР М - Б	
	ПОДБО РОДОК	НАКЛОН СК ВЕРТ ВЫСТУПАЮЩИЙ		ВЫСОТА М - Б		ШИР М - Б	
УХО		СЕРЕЖКА	КОНТУР СК ПРЯМОУГОЛЬНЫЙ ПР-СК ЗАКРУГЛЕННЫЙ		ПРИКРЕПЛЕНИЕ СЛИВНОЕ ОТДЕЛЕННОЕ БОРОЗДАТОЕ		ОТТОПЫРЕННОСТЬ ВЕРХ ЗАД НИЗ ОБЩ
	ПРОТИВО КОЗЕЛОК	КОНТУР ВОГ ПР ВЫП		НАКЛОН СК ГОР		ЦВЕТ ГЛАЗ Голубые - 1 Серые - 1 Желтые - 2 Оранжевые - 3 Светло-карие - 4 Карие - 5 Темно-карие - 6 Черные - 7	
	КОНТУР	 Треугольный ПР Овальный Круглый		ЦВЕТ ВОЛОС Белокурые - 1 Светло-русые - 2 Русые - 3 Темно-русые - 4 Черные - 5 Седые - 7 Лысый Рыжие - 6 Темя Макушка Вся голова		РОСТ Очень мал - М Мал - М Ниже ср. (М) Средний -- Выше среднего - (Б) Большой - Б Очень большой - Б	
						ОСОБЫЕ ПРИМЕТЫ !	

Рис. 7.24. Памятка по составлению словесного портрета

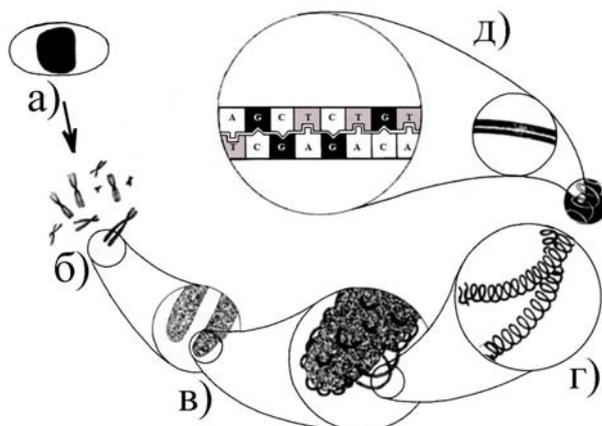


Рис. 7.25. Схема демонстрирующая строение и расположение молекулы ДНК в биологическом материале: а) клетка с ядром; б) хромосомы (23 пары), находящиеся в ядре клетки; в) молекулы ДНК, находящиеся в хромосомах; г – строение молекулы в виде двойной спирали, характерное для ДНК; д) молекула ДНК состоит из аминокислот, соединенных между собой определенным образом

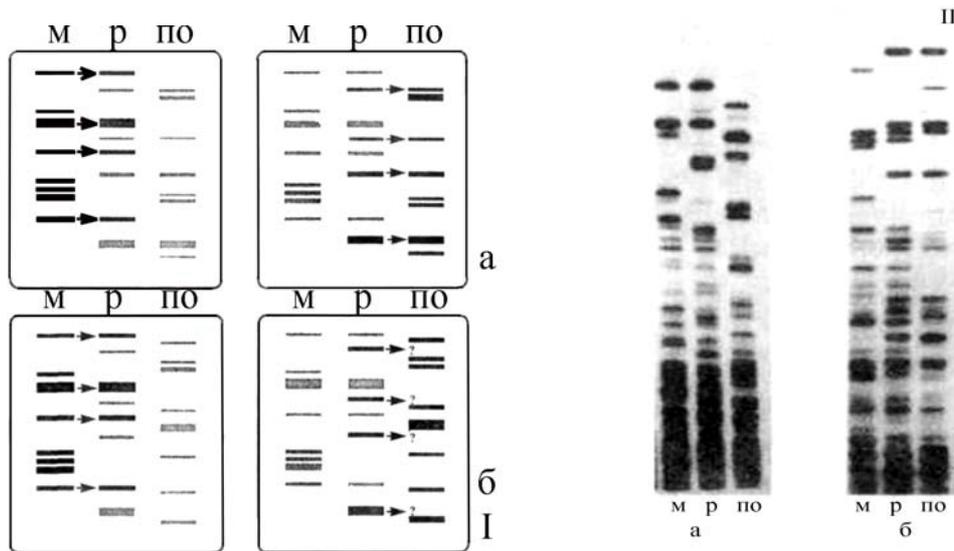


Рис. 7.26. I – схема сравнительного генотипоскопического анализа на предмет установления отцовства. Обозначения: м) мать; р) ребенок; по) предполагаемый отец. В каждом из квадратов даны по три ДНК-схемы – матери, ребенка и предполагаемого отца, стрелками указано происхождение «полос» у ребенка от матери или от отца. Под буквой «а» показан вариант, при котором отцовство считается установленным, под «б» – мужчина отцом не является. На части рисунка под римской цифрой II – показано то, как выглядят натуральные объекты в случае исследования описанного под цифрой I, «а» – мужчина установлен как отец ребенка, «б» – мужчина не является отцом ребенка

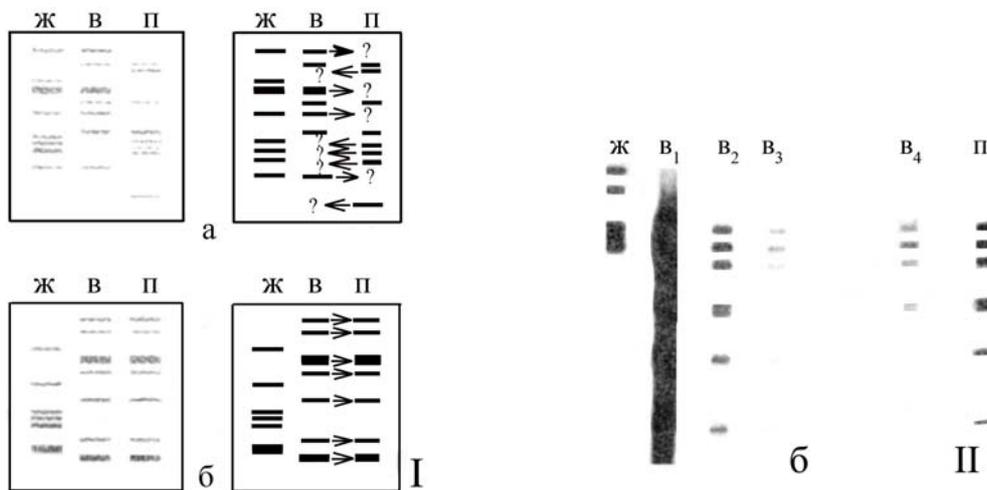


Рис. 7.27. I – схема сравнительного генотипоскопического анализа на предмет установления происхождения крови, обнаруженной на месте происшествя от жертвы или предполагаемого преступника. Обозначения: ж) кровь жертвы; в) кровь неизвестного происхождения, обнаруженная на месте происшествя; п) кровь предполагаемого преступника. В каждом из квадратов даны три ДНК-схемы, сравниваемые между собой. В варианте «а» – установлено, что неизвестная кровь с места происшествя происходит от жертвы преступления, в варианте «б» – установлено, что неизвестная кровь происходит от предполагаемого преступника. На части рисунка под римской цифрой II – показано то, как выглядят «натуральные» объекты при такого рода исследованиях. В частности, показан случай, в котором установлено, что практически все следы крови неизвестного происхождения, изъятые с места преступления, происходят от одного человека и, что этим человеком является лицо, подозреваемое в совершении преступления

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 8

Основные понятия: судебно-медицинское исследование трупов, правила и порядок судебно-медицинского исследования трупа, наружное, внутреннее исследование; дополнительные и лабораторные методы исследования; документация судебно-медицинской экспертизы трупа; неопознанные, скелетированные, расчлененные, оледеневшие, сожженные, находящиеся в стадии глубоких изменений трупы. Эксгумация, поводы, порядок проведения, эксгумация при подозрении на отравление. Трупы новорожденных, особенности развития плода и новорожденного, анатомо-физиологические особенности плодов и новорожденных, новорожденность, зрелость, доношенность, жизнеспособность, живорожденность, продолжительность внутри- и внеутробной жизни младенца. Причины смерти плодов и новорожденных, судебно-медицинская экспертиза трупов новорожденных.

План занятия Вопросы для обсуждения

1. Судебно-медицинское исследование трупов:
 - 1) правила и порядок судебно-медицинского исследования трупа (наружное и внутреннее исследование, дополнительные и лабораторные методы исследования);
 - 2) документация судебно-медицинской экспертизы трупа;
 - 3) исследование неопознанных, скелетированных, расчлененных и оледеневших трупов;
 - 4) эксгумация, поводы и порядок ее проведения;
 - 5) особенности эксгумации при подозрении на отравление.
2. Исследование трупов новорожденных:
 - 1) краткие сведения об анатомо-физиологических особенностях развития плода и новорожденного;
 - 2) понятия новорожденности зрелости, доношенности, жизнеспособности, живорожденности;
 - 3) определение продолжительности внутри- и внеутробной жизни младенца;
 - 4) причины смерти плодов и новорожденных;
 - 5) вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупов новорожденных.

**Задания для контролируемой самостоятельной работы студентов.
Рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор)**

1. Основные правила и порядок судебно-медицинского исследования трупа (наружное и внутреннее исследование, дополнительные и лабораторные методы исследования).
2. Документация судебно-медицинской экспертизы трупа.
3. Исследование неопознанных, скелетированных, расчлененных и оледеневших трупов.
4. Эксгумация, поводы и порядок ее проведения.
5. Особенности эксгумации при подозрении на различные причины наступления смерти.
6. Анатомо-физиологические особенности развития плода и новорожденного.
7. Характеристики понятий новорожденности, зрелости, доношенности, жизнеспособности, живорожденности.
8. Определение продолжительности внутри- и внеутробной жизни младенца.
9. Причины смерти плодов и новорожденных.
10. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупов новорожденных.

Задания

1. Приведите примеры основных правил и порядка судебно-медицинского исследования трупов при различных видах смерти.
2. Дайте понятие и значение дополнительных и лабораторных методов исследования трупов и изъятых из них вещественных доказательств.
3. Изложите правила и порядок исследования неопознанных, скелетированных, расчлененных, обезображенных, сожженных и оледеневших и находящихся в стадии глубоких изменений трупов.
4. Оцените степень важности и значение проведения эксгумации, укажите поводы и порядок ее проведения. Особенности эксгумации при подозрении на различные причины наступления смерти.
5. Обоснуйте сущность понятий новорожденности, зрелости, доношенности, жизнеспособности, живорожденности и их судебно-медицинское значение для практической деятельности.

6. Укажите основные факторы и признаки, по которым возможно определение продолжительности внутри- и внеутробной жизни младенца. Каковы пределы точности установления времени их установления.

7. Раскройте основные причины смерти плодов и новорожденных.

8. Приведите перечень вопросов, разрешаемых при судебно-медицинской экспертизе плодов и трупов новорожденных.

Задачи

1. Родственники ранее скончавшегося Юрминова обратились с заявлением о том, что он умер не естественной смертью, а был отравлен женой.

Оцените ситуацию с точки зрения объективных способов установления истинного характера имевшего место события с использованием судебно-медицинских и иных видов исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для принятия решения по данному факту, в плане установления полной картины имевшего место события на основе результатов экспертных исследований и варианты принятия правовых решений.

2. Овтанова заявила о том, что рожденный ею ребенок родился нежизнеспособным и умер до оказания ему медпомощи, за которой она обратилась на третьи сутки после его рождения.

Решение данной задачи предполагает варианты:

- 1) рождение ребенка в лечебном учреждении;
- 2) рождение ребенка вне его.

Оцените ситуацию с точки зрения объективных способов установления истинного характера имевшего место события с использованием судебно-медицинских и иных видов исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для принятия решения по данному факту, в плане установления полной картины имевшего место события на основе результатов экспертных исследований и варианты принятия правовых решений.

Тестовый контроль

1. Организация доставки трупа, одежды и вещественных доказательств в морг и лабораторию является обязанностью:

- а) родственников;
- б) участкового врача;
- в) следователя;
- г) эксперта-криминалиста;
- д) врача-эксперта.

2. Обязанностью врача-специалиста в области судебной медицины при выявлении на месте происшествия вещественных доказательств является:

- а) детальное лабораторное исследование вещественных доказательств;
- б) изъятие и упаковка вещественных доказательств;
- в) выявление вещественных доказательств биологического происхождения;
- г) формулирование вопросов, которые должны быть решены в лаборатории;
- д) описание вещественных доказательств биологического происхождения.

3. Основными этапами наружного осмотра трупа являются:

- а) осмотр общего вида трупа;
- б) исследование трупных явлений;
- в) осмотр одежды трупа;
- г) осмотр и исследование повреждений;
- д) осмотр отдельных частей трупа, начиная с головы.

4. Основными последовательными этапами внутреннего исследования трупа являются:

- а) вскрытие грудной клетки;
- б) извлечение органокомплекса со вскрытием внутренних органов;
- в) вскрытие брюшной полости;
- г) осмотр и вскрытие костного скелета;
- д) вскрытие полости черепа и исследование головного мозга.

5. Перед началом вскрытия судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) производит:

- а) опрос свидетелей;
- б) изучение данных протокола осмотра трупа на месте его обнаружения;
- в) изучение вопросов, которые ставят перед экспертизой следственные органы;
- г) изучение обстоятельств дела;
- д) изучение медицинской документации.

6. Во время вскрытия трупа производят забор материала для таких лабораторных исследований как:

- а) ботаническое;
- б) гистологическое;
- в) химическое;
- г) биологическое;
- д) биохимическое.

7. При судебно-медицинском исследовании трупов неизвестных лиц судебно-медицинский эксперт производит:

- а) фотографирование лица трупа;
- б) определение рода смерти;
- в) дактилоскопирование трупа;
- г) описание зубной формулы;
- д) составление опознавательной карты трупа.

8. При описании каждого органа не указывается:

- а) размер органа;
- б) характер поверхности, состояние капсулы или серозной оболочки;
- в) наличие и концентрация алкоголя в каждом органе;
- г) цвет на разрезе, рисунок строения;
- д) вес органа.

9. При составлении судебно-медицинского диагноза последовательно отмечают:

- а. перечисление объектов, направленных на лабораторные исследования;
- б) осложнения основного заболевания или повреждения – непосредственные причины смерти;
- в) основные морфологические проявления основного заболевания или повреждения, которые позволяют установить данный диагноз;
- г) повреждения (заболевания), не входящие в комплекс смертельной травмы;
- д) основное заболевание или повреждение.

10. При составлении врачебного свидетельства о смерти врачом последовательно должны быть определены и записаны:

- а) количество алкоголя в крови;
- б) основные заболевания (повреждения);
- в) состояние, которое привело к непосредственной причине смерти;
- г) важные патологические состояния, которые способствовали наступлению смерти, но не связанные с болезнью, травмой;
- д) какая болезнь или патологическое состояние, в том числе обусловленное действием факторов внешней среды, непосредственно привело к смерти.

11. *Врачебное свидетельство о смерти может быть выдано врачом на основании:*

- а) рассказов родственников;
- б) записей в документации;
- в) осмотра трупа;
- г) предшествующего наблюдения;
- д) вскрытия трупа.

12. *При быстро наступившей смерти гниение трупа начинается:*

- а) по всей поверхности трупа;
- б) с головы;
- в) с области живота;
- г) с области трупных пятен;
- д) с кровеносных сосудов с формированием гнилостной венозной сети.

13. *При медленном наступлении смерти, когда она сопровождается длительной атонией, гниение трупа начинается:*

- а) с формированием гнилостной венозной сети;
- б) с поверхности живота;
- в) равномерно во всех частях трупа;
- г) с области трупных пятен;
- д) с образования пузырей гниения.

14. *Гниение трупа мертворожденного ребенка начинается:*

- а) по всей поверхности трупа;
- б) с головы;
- в) с наиболее влажных частей трупа;
- г) с нижних конечностей;
- д) на брюшных покровах.

15. *Гниение трупа новорожденного, который родился живым, начинается:*

- а) с наиболее влажных частей трупа;
- б) с головы;
- в) с брюшных покровов;
- г) с нижних конечностей;
- д) по всей поверхности трупа.

16. *Морфологическими признаками ишемической болезни сердца являются:*

- а) увеличение массы сердца;
- б) дряблость консистенции;
- в) увеличение толщины стенки желудочков;
- г) наличие ишемизированных участков в миокарде;
- д) склеротические изменения мышцы сердца и сосудов.

17. *При скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца обязательно проводят гистологическое исследование сердца, из каких областей сердца обязательно изымают кусочки:*

- а) только из предсердий;
- б) только из желудочков;
- в) из 7 областей;
- г) только из межжелудочковой перегородки;
- д) только из верхушки.

18. При смерти от ишемической болезни сердца обязательно исследуют венечные артерии сердца, для чего их изучают на вскрытии:

- а) на поперечных срезах;
- б) под микроскопом;
- в) при продольном вскрытии;
- г) путем исследования слепков;
- д) с интервалом исследований 2 – 3 мм.

19. Острую коронарную недостаточность можно установить путем пламенно-фотометрического определения в мышце сердца концентрации:

- а) кальция;
- б) натрия;
- в) калия;
- г) железа;
- д) меди.

20. Диагностическим признаком смерти от острой коронарной недостаточности является:

- а) наличие калия более 200 мг/%;
- б) уменьшение натрия менее 100 мг/%;
- в) уменьшение калия менее 8 200 мг/%;
- г) увеличение натрия более 400 мг/%;
- д) увеличение натрия более 300 мг/.

21. В какой период и срок развивается рецидивирующий инфаркт миокарда:

- а) после завершения формирования рубца;
- б) во время формирования рубца;
- в) в срок свыше 8 недель;
- г) в течение 4 – 8 недель;
- д) возникает параллельно первичному инфаркту.

22. В какой период и срок развивается повторный инфаркт миокарда:

- а) во время формирования рубца;
- б) после завершения процесса формирования рубца;
- в) в течение 4 – 8 недель;
- г) свыше 4 – 8 недель;
- д) возникает параллельно первичному инфаркту.

23. При гипертонической болезни имеется гипертрофия сердца, при которой:

- а) вес сердца превышает 400 г;
- б) толщина стенки левого желудочка свыше 2 см;
- в) толщина стенки левого желудочка свыше 1,5 см;
- г) вес превышает 200 г;
- д) вес превышает 500 г.

24. Кардиомиопатия макроскопически характеризуется:

- а) симметричной гипертрофией левого желудочка и предсердия;
- б) увеличение размеров сердца;

- в) ассиметричной гипертрофией левого желудочка и предсердия;
- г) обструкция выносящего тракта;
- д) сужение полосы желудочков.

25. У скоропостижно умерших детей обнаруживают фоновые состояния в виде:

- а) кишечной инфекции;
- б) лимфатико-гастропатологической аномалии конституции;
- в) опухоли;
- г) иммунодефицитного синдрома;
- д) врожденных пороков развития.

26. При смерти от пневмонии легкие:

- а) уплотненные на ощупь;
- б) тонут в воде;
- в) в мелких бронхах слизисто-гнойные пробки;
- г) имеют участки ателектаза и краевой эмфиземы;
- д) имеют серо-красные очаги.

27. При смерти от гриппа причину смерти устанавливают на основании:

- а) резкой интоксикации;
- б) геморрагической пневмонии;
- в) отека легких;
- г) иммунофлуоресцентного анализа мазков-отпечатков;
- д) микроциркуляторного нарушения во внутренних органах.

28. При смерти от острой кровопотери при исследовании сердца выявляют пятна Минакова, расположенные:

- а) под эпикардом;
- б) на сосочковых мышцах левого желудочка;
- в) под эндокардом левого желудочка;
- г) под эндокардом левого предсердия;
- д) на задней поверхности сердца.

29. Пятна Минакова могут встречаться при смерти:

- а) от острой кровопотери;
- б) от черепно-мозговой травмы;
- в) от шока;
- г) при падении артериального давления в момент смерти;
- д) при рефлекторной остановке сердца.

30. Смерть от воздушной эмболии может наступить:

- а) при повреждении аорты;
- б) при шоке;
- в) при повреждении вен шеи;
- г) при закрытой черепно-мозговой травме;
- д) при сдавливании груди и живота.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 9

Основные понятия: судебно-медицинская экспертиза по материалам дела; судебно-медицинская экспертиза по делам о нарушении медицинским персоналом профессиональных обязанностей; оценка заключения судебно-медицинского эксперта; объекты экспертизы; экспертиза лечебной деятельности; заключение судебно-медицинского эксперта; доказательство в уголовном процессе; экспертные ошибки; принципы оценки заключения судебно-медицинского эксперта; анализ выводов судебно-медицинского эксперта; умышленные врачебные преступления; неосторожные действия, врачебные ошибки; несчастные случаи в медицинской практике; судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел по обвинению медперсонала в связи с их профессиональной деятельностью; комиссия судебно-медицинская экспертиза.

План занятия Вопросы для обсуждения

1. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела. Оценка заключения судебно-медицинского эксперта:

1) судебно-медицинская экспертиза по материалам дела. Ее организация, порядок назначения и проведения;

2) объекты экспертизы (отбор, проверка их полноты и достаточности);

3) особенности проведения экспертизы лечебной деятельности;

4) вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе лечебной деятельности;

5) заключение судебно-медицинского эксперта, как доказательство в уголовном процессе;

6) экспертные ошибки, их происхождение;

7) классификация экспертных ошибок;

8) ошибки исследования (технические, тактические, восприятия);

9) ошибки рассуждения (субъективные, объективные);

10) основные принципы оценки следователем и судом заключения судебно-медицинского эксперта;

11) анализ выводов судебно-медицинского эксперта с точки зрения их понятности, полноты, логической завершенности, наличия и убедительности аргументации, соответствия обнаруженным данным, непротиворечивости и т. д.

2. Судебно-медицинская экспертиза по делам о нарушении медицинским персоналом профессиональных обязанностей:

- 1) умышленные преступления;
- 2) неосторожные действия;
- 3) врачебные ошибки;
- 4) несчастные случаи в медицинской практике;
- 5) особенности судебно-медицинской экспертизы при расследовании дел по обвинению медицинского персонала в связи с их профессиональной деятельностью;
- 6) комиссия судебно-медицинская экспертиза, ее документация.

**Задания для контролируемой самостоятельной работы студентов.
Рефераты, сообщения, темы дискуссий, обсуждений (на выбор)**

1. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дел.
2. Проблемы и задачи экспертизы лечебной деятельности.
3. Заключение судебно-медицинского эксперта, как одно из доказательств в уголовном процессе.
4. Причины экспертных ошибок.
5. Принципы оценки следователем и судом заключения судебно-медицинского эксперта.
6. Судебно-медицинская экспертиза по делам о нарушении медицинским персоналом профессиональных обязанностей
7. Умышленные преступления медперсонала.
8. Неосторожные действия врачей.
9. Врачебные ошибки.
10. Несчастные случаи в медицинской практике.
11. Судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел по обвинению медицинского персонала в связи с их профессиональной деятельностью.
12. Особенности комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Задания

1. Приведите ряд примеров необходимости назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз по материалам дел. Обоснуйте их значение и важность для установления истины по делу.
2. Укажите основные проблемы организации проведения, порядка назначения и проведения экспертиз по материалам дел.

3. Изложите сущность и значение проведения судебно-медицинской экспертизы лечебной деятельности.

4. Дайте обоснование причин и возможных следствий, экспертных ошибок. Укажите на основные способы и методы их предупреждения и устранения.

5. Ответьте на вопрос о том, в чем заключается большая часть причин преступлений в сфере профессиональной деятельности медперсонала.

6. Определите значение и предложите Вашу оценку необходимости проведения комиссионных экспертиз по материалам дел и по обвинению медицинских работников в связи с их профессиональной деятельностью.

Задачи

1. У следователя Дитарова при анализе судебно-медицинского заключения судебно-медицинского эксперта по конкретному делу сложилось впечатление о необъективности приведенных в заключение выводов по отношению к остальной части исследования.

Оцените ситуацию с точки зрения объективных способов установления истинного характера имевшего место события с использованием судебно-медицинских и иных видов исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований в целях установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для принятия решения по данному факту, в плане установления полной картины имевшего место события на основе результатов экспертных исследований и варианты принятия правовых решений.

2. В результате проверки лечебной деятельности медицинского учреждения на основе ранее поступивших заявлений со стороны граждан, были выявлены значительные нарушения со стороны работников медицинского персонала. Нарушения выражались в неквалифицированном и небрежном ведении персоналом своей деятельности, что явилось причиной гибели ряда пациентов, на вероятные причины смерти которых, указывали некоторые сохранившиеся в первоначальном виде медицинские документы.

Оцените ситуацию с точки зрения объективных способов установления истинного характера имевших место событий с использованием судебно-медицинских и иных видов исследований.

Предложите перечень вопросов для проведения соответствующих видов судебно-медицинских и иных исследований для установления фактологической и событийной картины, назовите их.

Предложите варианты Ваших действий для принятия решения по данным фактам, в плане установления полной картины имевших место событий на основе результатов экспертных исследований и варианты принятия правовых решений.

Тестовый контроль

1. Проведение судмедэкспертизы предусмотрено:

- а) ведомственными правилами;
- б) требованиями родственников;
- в) статьями кодексов;
- г) устным распоряжением главного врача лечащего учреждения;
- д) направлением лечебного учреждения.

2. Врач любой специальности может быть привлечен для проведения экспертизы:

- а) да;
- б) нет.

3. Врач любой специальности, привлеченный к проведению судебно-медицинской экспертизы, именуется как:

- а) эксперт;
- б) судебно-медицинский эксперт;
- в) врач-эксперт;
- г) консультант;
- д) лечащий врач.

4. Врач-эксперт за проводимую экспертизу несет такую же ответственность, как и судебно-медицинский эксперт:

- а) да;
- б) нет.

5. За проводимую экспертизу врач-эксперт ответственности не несет:

- а) да;
- б) нет.

6. При проведении экспертизы эксперт обязан:

- а) явиться по вызову следователя, прокуратуры, суда;
- б) проконсультироваться с адвокатом;
- в) дать правильное заключение на поставленные вопросы;
- г) изучить уголовно-процессуальный кодекс;
- д) соблюдать следственную тайну.

7. При проведении экспертизы эксперт (врач-эксперт) имеет право:

- а) знать цели и задачи экспертизы;
- б) ознакомиться с материалами дела;
- в) присутствовать на допросах;
- г) отказаться от ответа на вопрос, выходящий за пределы его компетенции;
- д) просить предоставления времени для ознакомления с необходимой литературой.

8. *Врач-эксперт являющийся компетентным и незаинтересованным в результатах исследования, имеет право отказаться от проведения экспертизы:*

- а) да;
- б) нет.

9. *Судебно-медицинский эксперт, как и врач-эксперт, несут ответственность в соответствии с уголовным кодексом:*

- а) за уклонение от производства экспертизы;
- б) за отказ без уважительных причин;
- в) за дачу заведомо ложного заключения;
- г) за разглашение следственной тайны.

10. *К уважительным причинам, позволяющим врачу-эксперту отказаться от производства экспертизы, относят:*

- а) нежелание производства экспертизы;
- б) заинтересованность в результатах дела;
- в) врачебная специальность хирурга;
- г) некомпетентность в данном вопросе;
- д) врачебная специальность педиатра.

11. *Судебно-медицинская экспертиза, в соответствии с УПК обязательно назначается:*

- а) для определения рода насильственной смерти;
- б) для установления причины смерти;
- в) для установления характера и степени тяжести телесных повреждений;
- г) при половых преступлениях;
- д) для установления возраста.

12. *Инстанционность судмедэкспертизы предусматривает ее проведение:*

- а) районными, межрайонными судебно-медицинскими экспертами;
- б) судебно-медицинскими экспертами отделений криминалистики;
- в) областными судебно-медицинскими экспертами;
- г) судебно-медицинскими экспертами, работающими в судах;
- д) республиканскими судебно-медицинскими экспертами.

13. *Судебно-медицинская экспертиза в Республике Беларусь организована по принципу:*

- а) территориальности;
- б) судебных списков;
- в) инстанционности;
- г) приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

14. Учреждением, в котором проводится судебно-медицинская экспертиза, является:

- а) лаборатория;
- б) медико-криминалистические отделы;
- в) бюро судебно-медицинской экспертизы;
- г) юридические НИИ;
- д) криминалистические отделы.

15. В бюро судебно-медицинской экспертизы имеются:

- а) поликлиника;
- б) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов;
- в) отдел дежурных экспертов;
- г) отдел экспертизы живых лиц;
- д) отдел судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств.

16. В бюро судебно-медицинской экспертизы имеются отдел комиссионных судебно-медицинских экспертиз и организационно-медицинский отдел:

- а) да; б) нет.

17. В отделе судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств имеются такие отделения:

- а) судебно-токсикологическое;
- б) судебно-иммунологическое;
- в) судебно-гистологическое;
- г) судебно-медико-криминалистическое;
- д) судебно-цитологическое.

18. В судебно-гистологическом отделении исследуют кусочки внутренних органов для установления причин смерти:

- а) да; б) нет.

19. В судебно-токсикологическом отделении исследуют кровь и внутренние органы:

- а) для установления группы крови;
- б) для установления давности наступления смерти;
- в) для определения отравляющих «ядовитых» веществ;
- г) для определения прижизненности;
- д) для установления категории смерти.

20. В судебно-иммунологическом отделении исследуют:

- а) медицинскую документацию;
- б) результаты вскрытия;
- в) вещественные доказательства биологического происхождения;
- г) объекты преступных действий;
- д) врачебные дела.

21. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:

- а) протоколы осмотра трупа на месте происшествия;
- б) трупы;
- в) живые лица;
- г) вещественные доказательства;
- д) медицинская документация.

22. Судебно-медицинские экспертизы могут быть следующих видов:

- а) первичная;
- б) дополнительная;
- в) повторная;
- г) комиссионная;
- д) комплексная.

23. При первичной судебно-медицинской экспертизе производят первоначальное исследование любого объекта-трупа, живого лица, вещественного доказательства, материалов дела:

- а) да;
- б) нет.

24. Дополнительная судебно-медицинская экспертиза назначается:

- а) при отсутствии первичных данных;
- б) по желанию следователя;
- в) при наличии следственных данных, которые были неизвестны к началу первичной экспертизы;
- г) при недоверии следствия к результатам первичной экспертизы;
- д) когда требуются данные врачей различных специальностей.

25. Повторная судебно-медицинская экспертиза назначается:

- а) при наличии желания следователя;
- б) когда необходимы знания лиц как врачебных, так и других специальностей;
- в) в случае недоверия следствия результатам первичной экспертизы;
- г) при наличии следственных данных, которые были неизвестными к началу первичной экспертизы;
- д) когда для решения следственных вопросов необходимы знания лиц различных врачебных специальностей.

26. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза назначается в случаях:

- а) желания следователя;
- б) когда необходимы знания лиц как врачебных, так и других специальностей;
- в) когда для решения следственных вопросов необходимы знания лиц различных врачебных специальностей;
- г) недоверия следствия результатам первичной экспертизы;
- д) после дополнительной экспертизы.

27. *Комплексная судебно-медицинская экспертиза проводится:*
- а) когда необходимы знания лиц различных врачебных специальностей;
 - б) по желанию следователя;
 - в) когда для решения следственных вопросов необходимы знания лиц как врачебных, так и других специальностей;
 - г) по желанию родственников;
 - д) когда результаты первичной экспертизы сомнительны.

28. *Судебно-медицинскому исследованию подлежат такие категории трупов:*

- а) при скоропостижной смерти;
- б) при насильственной смерти;
- в) трупы неизвестных лиц;
- г) лиц, которым в лечебных учреждениях не установлен диагноз;
- д) новорожденных, родившихся вне больницы.

29. *Если родственники умершего не согласны с проводимым в стационаре лечением, то возможно проведение судебно-медицинской экспертизы:*

- а) да;
- б) нет.

30. *Исследование трупов, извлеченных из могилы (эксгумированных), а также расчлененных и скелетированных может быть произведено:*

- а) судебно-медицинским экспертом;
- б) патологоанатомом и судебно-медицинским экспертом;
- в) врачом-экспертом;
- г) патологоанатомом;
- д) судебно-медицинским экспертом и лечащим врачом.

31. *Судебно-медицинская экспертиза (исследование) трупа может проводиться при отсутствии документов (направления или постановления), исходящих от правоохранительных органов:*

- а) да;
- б) нет.

32. *Судебно-медицинская экспертиза любого объекта проводится на основании:*

- а) решения следователя;
- б) направления следственных органов;
- в) постановления следственных органов;
- г) заявления родственников;
- д) распоряжения главного врача больницы.

33. *Судебно-медицинская экспертиза любого объекта проводится на основании:*

- а) решения следователя;
- б) постановления следственных органов;
- в) направления следственных органов;
- г) заявления родственников.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

Контрольная работа студента-заочника – эффективная форма самостоятельного изучения судебной медицины, овладения судебно-медицинскими знаниями, навыками и умениями. Ее выполнение предусмотрено учебным планом, предшествует зачету и отражает судебно-медицинскую и юридическую культуру автора.

Оценивая контрольную работу, преподаватель-рецензент учитывает следующие критерии:

- соответствие темы, структуры и содержания сочинения требованиям учебной программы;
- глубину усвоения студентом судебно-медицинской науки, ее теоретических, прикладных аспектов, категорий (понятий), закономерностей взаимосвязи юридических и общественных сфер общества;
- способность автора обобщать и логически излагать юридические и взаимосвязанные с ними судебно-медицинские факты, анализировать явления и события, грамотно формулировать научные выводы и собственные суждения;
- обоснованность (доказательность) оценок юридических и судебно-медицинских фактов в процессе развития юридической и судебно-медицинской науки в Республике Беларусь, России и других странах;
- творческий подход к изучению рекомендуемой судебно-медицинской литературы и нормативных актов по данной тематике;
- точность и обоснованная аккуратность студента в реализации методических рекомендаций и критических замечаний преподавателя-рецензента.

Работы, получившие неудовлетворительную оценку, выполняются повторно. Их авторы к зачету не допускаются. Если преподавателем сделаны замечания по структуре, содержанию и оформлению работы, то их надлежит устранить и отчитаться перед рецензентом до экзаменационной сессии.

Контрольная работа представляется в учреждение образования лично автором или по почте не позднее, чем за две недели до начала очередной учебной сессии. Объем сочинения 15 – 20 страниц компьютерного текста, формата А4 пт. 14. Страницы нумеруются в автоматическом режиме в верхнем правом углу, оставляются поля для замечаний и пожеланий преподавателя.

Заимствования из нормативных актов, юридической и судебно-медицинской литературы, документов, как в отношении фактов, идей, так и ключевых положений, необходимо подтверждать ссылками на конкретные страницы (работы, раздела, статьи).

План, содержание и структурная композиция контрольных работ по предлагаемой тематике, литература и документы для изучения носят традиционный характер. При выборе тематики работы, возможна ее корректировка по согласованию с преподавателем. Внешнее оформление титульных листов вариантов работ см. в разделе УМК «Образцы документов».

Приступая к выполнению контрольного задания, необходимо обстоятельно осмыслить тезисы лекций, вопросы учебно-методических рекомендаций и практикума, тесты, наглядно-графические, информационно-аналитические и методические материалы, относящиеся к теме работы и опубликованные в настоящем учебном издании.

Рекомендуемые преподавателем документы и литература обязательны для изучения и использования. Чем шире, содержательнее и разнообразнее база использованных источников при написании контрольной работы, тем обширнее и глубже возможности студента для решения творческих задач, в выполняемой им самостоятельной работе.

Формулирование самостоятельных выводов, научное объяснение и оценка изучаемых явлений и процессов предполагает изначальный сбор, анализ и творческое использование исходных для работы данных в диапазоне от историко-теоретических основ до актуализации положений рассматриваемого вопроса, как в настоящем, так и в прогностическом плане.

Не допускается прямое списывание выводов и аргументации из учебников и специальной литературы без их творческого осмысления и вдумчивого самостоятельного анализа.

При выполнении контрольной работы студенту рекомендуется консультироваться с преподавателем, который назначен ее рецензентом.

Темы контрольных работ (внеаудиторных)

Задание 1

Написать контрольную по выбранной теме, используя любую доступную судебно-медицинскую литературу (учебную и дополнительную):

1. Травма тупыми предметами.
2. Огнестрельные повреждения (пулевые).
3. Отравления ядами крови.
4. Действие высокой температуры.

5. Определение давности наступления смерти.
6. Повреждения при падении с высоты.
7. Действие низкой температуры
8. Повреждения, причиняемые рубящими и пилящими предметами.
9. Механическая асфиксия (обтурационная).
10. Автомобильная травма (травма в салоне автомобиля).
11. Взрывная травма.
12. Отравление наркотическими веществами.
13. Поражение техническим электричеством.
14. Механическая асфиксия (странгуляционная).
15. Рельсовая (железнодорожная) травма.
16. Падение с высоты роста (падение на плоскости).
17. Огнестрельные повреждения (дробовые).
18. Утопление в воде.
19. Повреждения острыми предметами.
20. Отравление алкоголем и его суррогатами.
21. Пищевые отравления.
22. Автомобильная травма (столкновение автомобиля с пешеходом).
23. Экспертиза трупов новорожденных.
24. Экспертиза крови.
25. Генотипоскопическая экспертиза (идентификация личности).
26. Экспертиза расчлененных трупов.
27. Экспертиза живых лиц.
28. Экспертиза скелетированных останков человека.
29. Ранние трупные явления
30. Действие атмосферного электричества.
31. Повреждения от биологического воздействия.
32. Скоропостижная смерть.
33. Экспертиза лечебной деятельности.
34. Повреждения в результате изменения барометрического давления.

Задание 2

Вынести постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы по выбранной теме контрольной работы (форму постановления см. раздел УМК «Образцы документов»). Раздел «Установил» (обстоятельства дела) излагается по усмотрению студента. Необходимо поставить все вопросы, требующие разрешения при конкретном виде судебно-медицинской экспертизы (с учетом пределов компетенции судебно-медицинского эксперта).

Вопросы к контрольной работе (аудиторной) по дисциплине «Судебная медицина»

1. Предмет судебной медицины и ее задачи. Объекты судебно-медицинской деятельности. Организационные и процессуальные основы Государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь.
2. Умирание и смерть. Этапы умирания. Признаки констатации смерти.
3. Ранние трупные изменения.
4. Поздние трупные изменения.
5. Классификация и характеристика механических повреждений.
Причины смерти при травмах.
6. Повреждения, причиненные тупыми предметами, находящимися в руках человека. Механизм действия тупого предмета.
7. Повреждения, причиненные частями тела человека. Повреждения, причиняемые животными.
8. Автомобильная травма.
9. Мотоциклетная и тракторная травмы.
10. Железнодорожная травма.
11. Авиационные и воднотранспортные травмы.
12. Повреждения от падения с высоты.
13. Огнестрельные повреждения, наносимые газовым и охотничьим оружием.
14. Повреждения от острых орудий (колющих, режущих, колюще-режущих, рубящих, пилящих).
15. Огнестрельные повреждения, наносимые нарезным оружием (классификация, дистанции выстрела, последовательность выстрелов).
16. Механическая асфиксия, повешение, удушение петлей, удушение руками. Асфиксия в ограниченном пространстве.
17. Механическая асфиксия: закрытие отверстий рта и носа, закрытие дыхательных путей инородными телами, от сдавления груди и живота.
18. Механическая асфиксия: утопление, виды, признаки.
19. Расстройство здоровья и смерть от действия крайних температур.
20. Расстройство здоровья и смерть от электрического тока.
21. Расстройство здоровья и смерть от лишения воды и пищи.
22. Расстройство здоровья и смерть от изменения барометрического давления.
23. Осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия).

24. Судебно-медицинская экспертиза трупа. Документация судебно-медицинской экспертизы.
25. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц (определение характера и степени тяжести телесных повреждений).
26. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц (определение состояния здоровья, половых состояний, искусственных и притворных болезней).
27. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела.
28. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств: (крови, мочи, спермы, пота, мекония, волос).
29. Особенности поражений при взрывах.
30. Медико-криминалистическая экспертиза, объекты.
31. Медико-социально-правовая классификация смерти.
32. Генная дактилоскопия, основные понятия.
33. Примерный перечень вопросов при назначении судебно-медицинских экспертиз при различных травмах и состояниях.

Темы рефератов

1. Проблемы идентификации в судебной медицине.
2. Медико-криминалистическое исследование одежды.
3. Генотипоскопическое исследование вещественных доказательств.
4. Медико-криминалистическое исследование объектов изъятых из трупа.
5. Травма в результате воздействия твердых тупых предметов.
6. Падение с высоты.
7. Железнодорожная травма.
8. Автомобильная травма. Значение исследования одежды и обуви.
9. Травма в результате воздействия острых предметов. Колотые, резаные, колото-резаные, рубленые, пиленые повреждения.
10. Огнестрельные повреждения.
11. Взрывная травма.
12. Механическая асфиксия. Повешение, удушение петлей, руками, утопление в воде и иных средах.
13. Повреждения от воздействия высокой температуры.
14. Повреждения от действия низкой температуры.
15. Электротравма. Повреждения от воздействия бытового, промышленного и атмосферного электричества.
16. Баротравма. Повреждения от воздействия высокого и низкого атмосферного давления. Кессонная болезнь.

17. Повреждения от воздействия лучистой энергии. Радиационная травма.
 18. Смерть от воздействия химических факторов.
 19. Смерть от воздействия биологических факторов.
 20. Посмертные воздействия на труп.
 21. Исследование трупов плодов и новорожденных младенцев.
 22. Судебно-медицинские исследования при половых преступлениях.
- Изнасилование, развратные действия, криминальный аборт.
23. Определение половых состояний.
 24. Искусственные болезни, симуляция, диссимуляция, аггравация, дисаггравация.
 25. Самоповреждения, членовредительство.
 26. Определение возраста.
 27. Определение тождества личности.
 28. Судебно-медицинская экспертиза по материалам о нарушениях в профессиональной лечебной деятельности.
 29. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств.
 30. Судебно-химические экспертизы.
 31. Медико-криминалистическая экспертиза.
 32. Судебно-гистологические экспертизы.
 33. Характер повреждений и смерть от воздействия стихийных внешних причин на организм человека.
 34. Особенности повреждений и наступления смерти в результате воздействия стихийных атмосферных явлений.

Вопросы к зачету (для студентов дневной формы обучения)

1. Организация судебно-медицинской службы в РБ.
2. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза, определение понятий.
3. Объекты исследования и виды судебно-медицинской экспертизы.
4. Общие признаки смерти от механической асфиксии.
5. Падение с высоты. Виды. Особенности повреждений при падении с высоты роста (на плоскости) и с более значительной высоты.
6. Общие и частные признаки смерти при повешении.
7. Рельсовая травма. Особенности повреждений при железнодорожной травме.
8. Условия действия яда на организм. Пути введения и выведения ядов.

9. Структура заключения судебно-медицинской экспертизы.
10. Повреждения, возникающие при переезде колесом автомобиля.
11. Общие и частные признаки смерти при давлении петлей.
12. Права и обязанности судебно-медицинского эксперта.
13. Признаки входного и выходного огнестрельных отверстий при пулевом ранении с неблизкой дистанции.
14. Отравление едкими ядами (кислотами и щелочами).
15. Умирание и смерть. Смерть клиническая и биологическая.
16. Утопление в воде. Признаки смерти при утоплении.
17. Причины смерти при механических повреждениях.
18. Основные квалифицирующие признаки судебно-медицинской оценки при определении степени тяжести телесных повреждений.
19. Пути поступления яда в организм и выведения из него.
20. Охлаждение трупа (сущность и судебно-медицинское значение).
21. Признаки прижизненности повреждений.
22. Понятие о яде и отравлении.
23. Трупное высыхание (сущность, проявления, судебно-медицинское значение).
24. Автомобильная травма. Определение и классификация.
25. Признаки смерти от давления руками.
26. Трупные пятна (сущность, стадии, судебно-медицинское значение).
27. Отравление ядами крови (окисью углерода).
28. Трупное окоченение (сущность, проявление, судебно-медицинское значение).
29. Признаки выстрела в упор.
30. Общее и местное действие высокой температуры на организм.
31. Гниение трупа (сущность, проявление, судебно-медицинское значение).
32. Признаки выстрела с близкой дистанции.
33. Отравление деструктивными ядами (мышьяком, сулемой).
34. Мумификация трупа (сущность, условия развития, судебно-медицинское значение).
35. Отравление общифункциональными ядами (синильная кислота).
36. Жировоск (сущность, условия развития, судебно-медицинское значение).
37. Взрывная травма. Особенности повреждений, возникающих при взрывах.
38. Судебно-медицинская классификация отравлений.
39. Разрушение трупов животными, птицами и насекомыми.
40. Судебно-медицинская характеристика резаных и колото-резаных ран.
41. Судебно-медицинская классификация механических повреждений.

42. Порядок проведения наружного осмотра трупа на месте его обнаружения.
43. Особенности экспертизы при огнестрельных (дробовых) повреждениях.
44. Общее и местное действия низкой температуры на организм.
45. Действие технического электричества на организм.
46. Правила и порядок судебно-медицинского исследования трупа.
47. Действие низкой температуры. Признаки смерти от длительного переохлаждения.
48. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинском исследовании расчлененных трупов.
49. Раны и их судебно-медицинское значение.
50. Особенности судебно-медицинского исследования трупов неизвестных лиц.
51. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинском исследовании скелетированного трупа.
52. Эксгумация, определение понятия. Поводы и процессуальный порядок проведения эксгумации.
53. Понятие о скоропостижной смерти.
54. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинским экспертом при исследовании трупа в случаях автомобильной травмы.
55. Отравление алкоголем и его суррогатами.
56. Способность к действию у смертельно раненых.
57. Переломы и их судебно-медицинское значение.
58. Пищевые отравления.
59. Менее тяжкие телесные повреждения, квалифицирующие признаки.
60. Судебно-медицинская экспертиза трупов, обнаруженных в очаге пожара.
61. Признаки утопления и признаки пребывания трупа в воде.
62. Легкие телесные повреждения, квалифицирующие признаки.
63. Угрожающие жизни состояния, как квалифицирующий признак тяжких телесных повреждений.
64. Причины смерти плодов и новорожденных.
65. Вопросы, разрешаемые при судебно-биологической экспертизе волос.
66. Понятие о новорожденности и доношенности. Их признаки.
67. Ссадины и их судебно-медицинское значение.
68. Порядок обнаружения, изъятия, упаковки и направления вещественных доказательств в судебно-медицинские исследовательские учреждения.
69. Опасные для жизни повреждения, как признак тяжких телесных повреждений.

70. Кровоподтеки и судебно-медицинское значение.
71. Вопросы, разрешаемые при судебно-биологической экспертизе пятен, похожих на кровь.
72. Понятие о живорожденности. Признаки живорожденности.
73. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинском исследовании трупов новорожденных.
74. Особенности назначения судебно-медицинской экспертизы по вопросам правильности действий медицинских работников.
75. Признаки смерти от сдавления грудной клетки и живота.
76. Повреждения, не опасные для жизни, но отнесенные к тяжким телесным повреждениям по последствиям.
77. Значение и возможности генотипоскопической формы идентификации биологических объектов и личности.
78. Новые виды и формы идентификационных исследований биологических объектов.
79. Сущность и методика одорологического метода исследования и идентификации биологических объектов и вещественных доказательств.
80. Повреждения при автомобильной травме. Наезд на пешехода. Значение исследования обуви потерпевшего.
81. Установление давности наступления смерти с использованием циклов развития насекомых и роста трав и кустарников.
82. Классификация поздних трупных явлений. Их судебно-медицинское значение.
83. Ранние трупные явления. Их виды и судебно-медицинское значение.
84. Сущность и методика идентификации с помощью микроостеометрического метода.

Вопросы к зачету (для студентов заочной формы обучения)

1. Повреждения характерные для воздействия тупых предметов. Характеристика ушибленной раны.
2. Особенности осмотра места происшествия при автомобильной травме.
3. Особенности осмотра места происшествия при железнодорожной травме.
4. Особенности осмотра места происшествия при падении с высоты.
5. Характеристика резаной раны. Характерные признаки повреждений наносимых собственной рукой.
6. Особенности осмотра места происшествия при повреждениях острыми предметами. Характеристика колото-резаной раны.

7. Характеристика рубленых и пиленых ран.
8. Повреждающие факторы выстрела. Дистанция выстрела.
9. Характеристика входной огнестрельной раны.
10. Характеристика выходной огнестрельной раны. Повреждения при выстреле дробовым зарядом.
11. Особенности осмотра места происшествия при огнестрельных повреждениях.
12. Взрывная травма.
13. Асфиксия. Признаки наступления смерти от асфиксии.
14. Особенности осмотра места происшествия при повешении.
15. Признаки, характерные для удушения петлей и руками.
16. Утопление (виды, характерные признаки, осмотр места происшествия).
17. Смерть от общего охлаждения организма (морфологические признаки, особенности осмотра места происшествия).
18. Признаки прижизненного пребывания в атмосфере пожара.
19. Смерть от воздействия технического электричества, особенности осмотра места происшествия.
20. Отравление окисью углерода (морфологическая картина, особенности осмотра места происшествия).
21. Отравление алкоголем (морфологическая картина, особенности осмотра места происшествия).
22. Признаки отсутствия ухода за новорожденным.
23. Осмотр места обнаружения трупов новорожденных.
24. Структура и задачи отдела общих экспертиз. Виды экспертиз.
25. Структура и задачи судебно-медицинской лаборатории.
26. Объекты судебно-медицинской экспертизы. Вопросы, решаемые при проведении экспертизы трупа.
27. Процесс регламентации и основания для назначения судебно-медицинской экспертизы.
28. Порядок осмотра трупа на месте происшествия.
29. Участие судебно-медицинского эксперта в осмотре трупа на месте происшествия.
30. Комиссионные экспертизы, поводы для их назначения.
31. Отвод, допрос, права и обязанности эксперта.
32. Содержание заключения эксперта, статус эксперта.
33. Вопросы, разрешаемые при проведении экспертиз живых лиц.
34. Ранние трупные явления.
35. Поздние трупные явления.
36. Диагностика давности наступления смерти.
37. Вопросы, решаемые при половых преступлениях.

38. Судебно-медицинская характеристика установления возраста.
39. Понятие судебной медицины. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы. Порядок назначения экспертиз.
40. Судебно-медицинское исследование трупа. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения; вскрытие трупа, эксгумация.
41. Экспертиза повреждений тупыми предметами. Виды повреждений: кровоподтеки, ссадины, переломы костей, повреждения внутренних органов, в том числе головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление).
42. Повреждения, характерные для автомобильной травмы. Возможности установления механизма травмы (удар, переезд колесом, травма в кабине, падение из автомобиля и проч.). Особенности повреждений тела при переезде колесами железнодорожного (рельсового) транспорта.
43. Особенности повреждений тела при падении с высоты.
44. Экспертиза повреждений острыми предметами (колющими, режущими, колюще-режущими, рубящими). Основные принципы определения свойств клинка колюще-режущего орудия (тип, длина, ширина клинка, толщина обуха). Другие вопросы, разрешаемые при экспертизе повреждений острыми предметами.
45. Основные вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе огнестрельных повреждений. Признаки входного пулевого отверстия: дефект ткани, ободки осаднения, обтирания. Виды расстояния выстрела: в упор, с близкого, с неблизкого. Дополнительные следы (сопутствующие продукты выстрела): последствия механического и термического воздействия пороховых газов, копоть, несгоревшие частицы пороха, оружейной смазки, металлы.
46. Виды механической асфиксии: повешение, удушение петлей, руками; асфиксия от закрытия дыхательных отверстий и путей, от сдавления груди и живота. Особенности странгуляционной борозды при повешении и удушении петлей.
47. Утопление. Признаки пребывания трупа в воде (мацерация кожи, отторжение волос и т.д.) и признаки прижизненного попадания в воду (пена у отверстий носа и рта, общие признаки асфиксии, обнаружение планктона в органах трупа).
48. Экспертиза при повреждениях от действия высоких и низких температур. Общее и местное их действие. Степени ожогов и отморожений. Признаки прижизненного попадания в пламя пожара (копоть в дыхательных путях, наличие карбоксигемоглобина в крови и т. д.). Признаки смерти от переохлаждения тела (поза эмбриона, наличие на слизистой оболочке желудка пятен Вишневого).
49. Повреждения и смерть от действия электричества. Факторы действия электрического тока на организм. Электрометки.

50. Судебно-медицинская экспертиза при отравлениях. Основные вопросы, подлежащие экспертному разрешению. Объекты лабораторного анализа, порядок их изъятия и направления на судебно-химическое исследование.

51. Отравление этиловым алкоголем. Степени опьянения, зависимость их от концентрации алкоголя в крови и моче.

52. Отравление угарным газом (окисью углерода). Признаки отравления угарным газом, выявляемые при наружном осмотре (трупные пятна), вскрытии трупа (цвет крови), общие признаки асфиксии и при судебно-химическом исследовании крови (карбоксигемоглобин).

53. Судебно-медицинская экспертиза по материалам следственных и судебных дел. Поводы для назначения экспертизы, принципы формирования экспертных комиссий. Особенности экспертиз по делам о нарушениях профессиональной деятельности медицинских работников.

54. Судебно-травматологическая экспертиза живых лиц. Классификация степени тяжести телесных повреждений по УК РБ. Признаки тяжких, менее тяжких, легких телесных повреждений. Понятие побоев, мучений, истязаний.

55. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний и при расследовании половых преступлений. Экспертиза по поводу незаконного аборта. Способы искусственного прерывания беременности и их осложнения, в том числе смертельные (кровотечение, сепсис, прободение стенки матки, воздушная эмболия и др.).

56. Основные вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при подозрении на изнасилование, насильственное мужеложство, половое сношение с лицом, не достигшим совершеннолетия, развратные действия в отношении малолетних.

57. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств со следами биологического характера (кровь, слюна, сперма, волосы, частицы тканей тела). Порядок изъятия и направления объектов на экспертное исследование. Возможности экспертизы (установление наличия крови и других биологических объектов, определение видовой и групповой принадлежности, степени выделительства, решение иных вопросов).

58. Возможности цитологического исследования наложений на орудиях травмы и иных предметах (установление органной принадлежности клеток, генетического пола).

59. Понятие геномной «дактилоскопии».

60. Сущность и методика исследования вещественных доказательств и идентификации личности с помощью микроостеометрического метода.

61. Повреждения, причиняемые холостыми выстрелами, из газового и пневматического оружия. Их судебно-медицинская характеристика.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ПО РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЕ

Система выставления баллов по учебной дисциплине

Рейтинговая система обладает достаточной степенью гибкости. Можно выделить два уровня ее применения: по каждой учебной дисциплине (частная рейтинговая система) и совокупности предметов, изучаемых на данном курсе (общая рейтинговая система).

Частная рейтинговая система предполагает оценку всех видов учебной и научно-исследовательской деятельности студентов на основе системы кредитов и специально разработанной оценочной шкалы. Каждый вид учебной деятельности (как обязательный, так и по выбору студента) оценивается с учетом его сложности и позволяет разнообразить и индивидуализировать учебный процесс, а разная сумма кредитов будет мотивировать студентов выбирать не только более сложные, но и творческие задания.

Оценка выполненного задания в кредитах должна отвечать принципу гласности, но каждый студент имеет право получить сведения только о своём рейтинге.

Индивидуальный рейтинг студента и сумма набранных кредитов согласуется с десятибалльной системой оценки знаний.

Оценка форм и видов деятельности студентов в кредитах

Форма учебной деятельности	Сумма
1. Дипломная работа	100
2. Проектирование	80
3. Курсовая работа	70
4. Подготовка работы на конкурс	38
5. Сочинение-эссе	35
6. Публикация тезисов, статьи	30
7. Участие в исследованиях и обработке данных	25
8. Реферат	20
9. Контрольная работа	15
10. Тестирование (контрольное)	15
11. Анализ монографий	12
12. Ассистирование преподавателю	10
13. Тематическое сообщение	7
14. Анализ журнальных статей	5
15. Конспектирование (работа с первоисточниками)	5
16. Анализ проблемной и конкретной ситуации	5
17. Участие в конференции	4
18. Участие в семинарских и практических занятиях	4
19. Изготовление дидактических материалов	3
20. Рецензия на выступление	2
21. Конспект лекций	2

В таблице приведены некоторые формы и виды управляемой самостоятельной учебной студенческой деятельности. Краткая характеристика их сущности.

Проектирование – это выполнение индивидуального, либо узкогруппового задания, выполняемого студентом(ми) самостоятельно в определённые сроки при консультационном участии преподавателя.

Анализ монографий – составление собственного исследования на основе анализа научных исследований автора, коллектива авторов, посвященных одной проблеме или теме.

Ассистирование – исполнение обязанностей преподавателя или его помощника, в процессе лекционного, практического или семинарского занятия при его участии.

Оппонирование – выступление в роли критически оценивающей стороны по конкретному выступлению, обсуждаемому вопросу.

Координирование – выступление в роли лица моделирующего и направляющего в необходимое русло проходящего занятия, действия его участников.

Профилирование – форма проводимого занятия, на основе неформального использования знаний из различных областей, для организации коллективных решений обсуждаемых профильных проблем («мозговой штурм»).

Тематическое сообщение – устное или письменное изложение студентом основного содержания учебного материала по определённому представляющему профессиональный интерес для участников, направлению, проблеме, задаче, теме.

Эссе – устные или письменные размышления на темы научной проблематики, имеющие своей целью дать всесторонние картины проблем и предложить варианты подхода к их решению, исходя их личностных и государственных интересов, а также с научно обоснованной точки зрения.

Одной из наиболее популярных форм самостоятельной работы является написание реферата. Он должен соответствовать определенным критериям.

Реферат – это самостоятельная письменная работа студента. Тема реферата согласуется с преподавателем. Текст реферата должен содержать аргументированное изложение определённой темы (предметной области судебно-медицинской науки) и отражать точки зрения судебно-медицинских школ или ученых, в рамках актуальных задач и проблем.

Расчет индивидуального рейтинга студента

Исходя из количества часов, отведённых на учебную дисциплину, преподаватель определяет минимальную сумму кредитов, которую должен набрать студент в процессе её изучения. Общая сумма кредитов рассчитывается по формуле: минимальная сумма кредитов плюс одна треть от её суммы.

Студент самостоятельно выбирает формы и виды учебной и управляемой самостоятельной работы, а также варианты отработки пропущенных занятий, исходя из того, что в процессе обучения ему необходимо набрать указанную выше сумму кредитов.

Допуском к конкретной форме контроля служит набранная студентом сумма кредитов, выраженная в процентах.

Набранная студентом сумма кредитов служит допуском к зачёту и влияет на итоговую оценку. В соответствии с набранной суммой кредитов возможны 6 вариантов контроля качества знаний студентов. Если эта сумма составляет:

- 100 %, то студент автоматически получает 9 баллов или имеет право сдать экзамен на 10 баллов, в случае неудачного ответа он может получить минимальную оценку 8 баллов;
- 80 – 99 % обеспечивает 6 баллов автоматически или после сдачи экзамена оценка может варьироваться от 5 до 9 баллов;
- 70 – 79 % – гарантируются 3 балла автоматически или от 2 до 8 баллов на экзамене;
- 51 – 69 % – на экзамене предполагается оценка не выше 7 баллов;
- 41 – 50 % – предусматривается максимальная оценка 6 баллов;
- 0 – 40 % – это расценивается как «незачёт».

Творческие задания по всему курсу

1. Проследите, как строится система преподавания предмета судебная медицина на протяжении всего времени ее изучения:

- какие, на Ваш взгляд, недостатки она имеет;
- что, с Вашей точки зрения, в ней следует изменить, улучшить?

Какие закономерности вам удалось выявить?

2. Напишите эссе на одну из предложенных тем:

- «Что дает постигаемый предмет для моей будущей работы»;
- «Я через 15 лет, что окажется важнейшим из всего изучаемого курса»;

– «Я и мои будущие коллеги: навстречу друг другу, на базе профессиональных знаний, вопреки возрастным различиям»;

– «Что я приобрел в процессе учебы в плане практических навыков, умений, знаний и как это отразится на моей будущей повседневной работе».

3. Разработайте самостоятельно блоки проверочных тестов:

– по отдельным темам;

– по всему курсу учебной дисциплины, – которые бы позволили выяснять глубину знаний студентов по курсу «Судебная медицина», как в целом, так и в частностях;

– проанализируйте разделы «Тестовый контроль», что Вы смогли обнаружить?

4. Предложите собственные варианты:

– вопросов к зачету по данной учебной дисциплине;

– контрольных работ;

– рефератов;

– выступлений;

– актуальных направлений научной деятельности;

– судебно-медицинских проблем, которые, на Ваш взгляд, остро нуждаются в решении и будут решены в ближайшем будущем.

ВОПРОСЫ К ПОСТАНОВЛЕНИЯМ О НАЗНАЧЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Судебно-медицинская экспертиза трупов

Осмотр трупа на месте его обнаружения при отсутствии внешних травматических проявлений в какой-то степени определяет круг вопросов выносящихся на разрешение эксперта:

1. Какова причина смерти?
2. Когда наступила смерть?
3. Не страдал ли при жизни умерший заболеванием, которое послужило причиной смерти?
4. Нет ли на теле и в организме умершего признаков воздействия внешних факторов, которые могли бы послужить причиной смерти?
5. Если на теле умершего имеются следы механического воздействия, то каковы давность и механизм их образования, чем они могли быть причинены и какова степень их тяжести?
6. Не могли ли эти повреждения сами по себе послужить причиной смерти либо способствовать ее наступлению?

В зависимости от выводов эксперта причина смерти исследуемого объекта может из разряда ненасильственной перейти в разряд насильственной. А это ведет к появлению новой следственной версии, соответственно и целого ряда новых вопросов, выносимых на экспертизу.

Травма в результате воздействия твердых тупых предметов

Возможности судебно-медицинской экспертизы при данном травмирующем механизме позволяют разрешить следующий круг вопросов, имеющих значение для следствия:

1. Какова причина смерти?
2. Когда наступила смерть?
3. Имеются ли на трупе какие-либо телесные повреждения, их количество и локализация?
4. Какова давность причинения этих повреждений, причинены они при жизни или после смерти?
5. Чем эти повреждения могли быть причинены?
6. Каков механизм воздействия травмирующего предмета, которым были причинены эти повреждения?
7. Имеются ли в характеристических особенностях повреждений признаки, отображающие групповые или индивидуальные свойства травмирующего предмета?

Если имеется предполагаемый травмирующий предмет, то необходим вопрос о возможности причинения повреждения или повреждений данным конкретным предметом, либо предметами со сходными характеристиками:

1. Не имеется ли на этом предмете наложений либо других следов, свидетельствующих о контакте его с травмированной поверхностью тела и т. д.?

В данном случае, круг вопросов может переходить в сферу химических, биологических, цитологических, гистологических, трассологических и иных методов исследования, применяемых в судебной медицине и криминалистике.

1. Состоят ли данные повреждения в причинной связи с наступившей смертью?

2. Какова степень тяжести этих телесных повреждений?

3. Не страдал ли при жизни потерпевший заболеваниями, которые сами по себе могли бы послужить причиной смерти во время и при обстоятельствах, указанных в постановлении?

4. Не находился ли пострадавший перед смертью в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

Травмы от падения с высоты

1. На какие части тела произошло падение?

2. Каков механизм и последовательность образования повреждений?

3. Все ли повреждения, обнаруженные на трупе, образовались одномоментно?

4. Нет ли на трупе повреждений, которые не характерны для падения с высоты?

5. Образовались ли повреждения, обнаруженные на трупе, при жизни или посмертно?

6. Какова давность образования обнаруженных на трупе повреждений?

7. Какие конкретно повреждения находятся в прямой причинной связи с наступившей смертью?

8. Нет ли на трупе следов воздействия других факторов, которые могли бы послужить причиной смерти?

9. Не страдал ли погибший при жизни заболеваниями, которые могли бы послужить причиной происшедшего?

10. Не находился ли пострадавший перед смертью в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

Особый вид падения с высоты

Падение с высоты собственного роста, или, как его называют в судебной медицине, падение на плоскости.

Вопросы (кроме общих о причине смерти и т. д.), возникающие у следствия при данном механизме смерти, направлены на выяснение следующих условий:

1. Могла ли травма, явившаяся причиной смерти пострадавшего, образоваться при падении его с высоты собственного роста, либо она возникла от других травматических воздействий?

2. Не имелось ли у покойного прижизненных заболеваний, которые могли бы послужить причиной его внезапного падения на плоскости?

3. Не явились ли кровоизлияния в мозг или под оболочки мозга следствием имевшихся у пострадавшего болезней либо они имеют травматическое происхождение?

4. Нет ли на теле пострадавшего признаков механического воздействия, в результате которого произошло падение с высоты собственного роста?

5. Не находился ли пострадавший под воздействием алкогольных наркотических либо медикаментозных средств, которые могли бы послужить причиной его падения и получения смертельной травмы?

Железнодорожная травма

1. Какие повреждения обнаружены, каково их происхождение?

2. Все ли повреждения причинены железнодорожным транспортом или имеются повреждения иного происхождения, какого именно?

3. Причинены ли все повреждения при жизни или после смерти?

4. Какими частями железнодорожного транспорта причинены повреждения?

5. В каком положении в момент причинения повреждений находился покойный?

6. Какова причина смерти?

7. Обнаружен ли при исследовании трупа алкоголь, если да, то в каком количестве?

8. Какова была степень опьянения покойного?

9. Мог ли покойный при такой степени опьянения совершать самостоятельные действия?

10. Не находился ли покойный перед смертью в состоянии наркотического или медикаментозного воздействия?

11. Нет ли признаков какого-либо другого отравления?

12. Не обнаружены ли у покойного какие-либо заболевания, не могли ли они послужить причиной смерти или иметь отношение к железнодорожной травме?

13. Какова группа крови покойного?

Автомобильная травма

1. Каковы особенности и расположение выявленных следов и повреждений на одежде и теле пострадавшего?

2. Какова давность обнаруженных повреждений?

3. Имеют ли эти повреждения прижизненный характер или образовались посмертно?

4. Каков механизм образования этих повреждений (от удара, сотрясения, сжатия, трения)?

5. Обнаруженные повреждения образовались в одно время или разное?

6. Где находится место приложения травмирующей силы (сил) и каково направление ее действия?

7. Какова причина смерти?

8. Какова степень тяжести обнаруженных телесных повреждений?

9. Страдал ли пострадавший заболеваниями, которые могли бы послужить причиной происшедшего?

10. Находился ли пострадавший в алкогольном опьянении, если да, то, какова была его степень?

11. Не находился ли пострадавший перед получением травмы в состоянии наркотического или медикаментозного воздействия?

12. Для какого вида автомобильной травмы конкретно характерны обнаруженные на трупе повреждения?

При установлении признаков, характерных для автомобильной травмы вне автомобильного транспорта, возможен следующий перечень вопросов:

1. Каков механизм и последовательность образования этих повреждений?

2. От воздействия какого автомобиля (грузового или легкового) могли образоваться обнаруженные повреждения?

3. Какими частями автомобиля образованы следы и повреждения?

4. Возможна ли идентификация травмирующих деталей автомобиля по особенностям повреждений на трупе?

5. Имеются ли на одежде и теле покойного наслоения частиц, похожих на краску и горюче-смазочные вещества?

6. Каково было положение пострадавшего на дороге в момент причинения травмы (стоя, лежа, сидя)?

7. Каково было взаиморасположение тела человека и частей автомобиля?

8. Каково было направление удара, переезда, придавливания и др.?

9. Возможно ли, по характеру повреждений установить, с большой или малой скоростью двигался автомобиль перед столкновением с потерпевшим?

При установлении признаков, характерных для травмы в кузове автомобиля, необходимо выяснить:

1. Травма получена от воздействия частей кузова или от взаимодействия с дорожным покрытием при выпадении из кузова?

2. Выпадение из кузова произошло в результате воздействия силы инерции при резкой остановке или торможении автомобиля либо при выпадении из движущегося автомобиля?

3. Возможно ли образование данных повреждений при опрокидывании автомобиля?

4. Не могли ли имеющиеся повреждения образоваться от воздействия иных факторов, например выступающих частей груза встречных автомобилей, нависающих ветвей деревьев над дорожным покрытием и т. д.?

5. В результате чего могли образоваться обнаруженные повреждения на труп: опрокидывания автомобиля, резкого торможения или столкновения с препятствием и последующего опрокидывания либо от других причин?

6. Где находился в момент автомобильного происшествия погибший: на месте пассажира или на месте водителя?

При обнаружении обгоревшего трупа или трупов в салоне сгоревшего автомобиля главными являются следующие вопросы:

1. Воздействие пламени происходило при жизни или посмертно?

2. Имеются ли другие повреждения, кроме воздействия пламени, которые могли бы послужить причиной смерти?

3. Не являются ли эти повреждения характерными для автомобильной травмы в салоне автомобиля?

4. Если эти повреждения не характерны для автомобильной травмы, то каков механизм их возникновения и чем они могли быть причинены?

Травма в результате воздействия острых и тупых предметов

1. Какие телесные повреждения имеются на трупe?

2. Какова давность их происхождения?

3. Образовались они при жизни или после смерти?

4. Находятся ли обнаруженные телесные повреждения в причинной связи с наступившей смертью?

5. Какова степень тяжести обнаруженных телесных повреждений?

6. Каков вид травмирующего предмета?

7. Каковы форма и размеры поперечного сечения клинка?
8. Какова длина погруженной в рану части клинка?
9. Каковы характеристики клинка на уровне погружения его в рану?
10. Каковы степень остроты острия клинка и степень заточки его граней (если они отобразились)?
11. Какова была ориентация плоскостей клинка при причинении повреждений и извлечения его из раны
12. Какова была сила воздействия колющего предмета?
13. Каково общее количество воздействия этим предметом и нет ли повреждений, образованных от других колющих предметов?
14. Не могли ли эти повреждения быть причинены собственной рукой пострадавшего?
15. Соответствуют ли повреждения на теле и одежде пострадавшего по локализации и одновременности причинения?
16. Нет ли в раневом канале повреждений хрящей и костей, особенности которых могли быть пригодными для идентификации конкретного экземпляра травмирующего предмета?
17. Не имеется ли на краях кожных ран или на стенках раневого канала каких-либо наслоений с поверхностями травмирующего предмета (ржавчины, краски, смазочных веществ и т.д.).
18. Каков вид травмирующего предмета?
19. Если это режущий предмет, то каковы свойства его лезвия: острота, угол заточки, вид заточки?
20. Какова длина и глубина резаной раны?
21. Каков характер краев резаной раны, не отобразились ли в них характеристические особенности травмирующего предмета?
22. Нет ли на краях резаной раны каких-либо наслоений с поверхностями травмирующего предмета (ржавчины, краски смазочных веществ и т. д.)?
23. Каково было направление травматического воздействия?
24. Каково количество травматических воздействий?
25. Какова была сила воздействия травмирующего предмета?
26. Возможно ли образование обнаруженных повреждений при нанесении их собственной рукой?
27. Соответствуют ли повреждения на теле пострадавшего повреждениям на его одежде и могли ли они образоваться одновременно?
28. Имеются ли, в обнаруженных повреждениях, признаки, либо следы воздействия, пригодные для идентификации конкретного травмирующего предмета?
29. Имел ли клинок колюще-режущего предмета два лезвия или лезвие и обух?

30. Какова была острота заточки острия клинка?
31. Имелся ли скос обуха клинка и какова его заточка (одно- или двухсторонняя)?
32. Какова форма обуха и степень остроты его граней?
33. Отообразились ли в повреждении характер пятки клинка (форма, размер, рельеф)?
34. Отообразились ли по краям повреждения признаки воздействия ограничителя, или переднего конца рукоятки? Если отобразились, то каковы их особенности и размерные данные?
35. Имеются ли на краях повреждений какие-либо наложения: смазка, случайные загрязнения, продукты коррозии?
36. Нет ли в исследуемых повреждениях признаков, пригодных для идентификации конкретного травмирующего предмета?
37. Каково направление и глубина раневого канала?
38. Каковы была ориентация плоскости, лезвия и обуха клинка по отношению к анатомическим ориентирам тела пострадавшего?
39. Каково количество травмирующих воздействий?
40. Изменялись ли направление и распределение силы давления на лезвие и обух клинка при его погружении и извлечении?
41. Какова была сила удара колюще-режущего предмета?
42. Возможно ли причинение обнаруженных повреждений представленным на исследование ножом (предметом)?
43. Могли ли данные повреждения образоваться при обстоятельствах, изложенных в постановлении?
44. Возможно ли образование обнаруженных повреждений при нанесении их собственной рукой?
45. Соответствуют ли повреждения на теле и одежде пострадавшего по своей локализации, количеству и одновременности причинения?
46. Повреждения обнаруженные на трупе имеют прижизненный или посмертный характер?
47. Можно ли по характеру повреждений определить свойства травмирующего предмета?
48. К какому виду может быть отнесен травмирующий предмет?
49. Если это рубящий предмет, то какова форма и размеры его поперечного сечения и профиля?
50. Нет ли на краях повреждения следов, свидетельствующих о материале травмирующего предмета либо о характере загрязнения его поверхностей?
51. Каковы свойства лезвия рубящего предмета, а именно: острота, угол и вид заточки, длина лезвия и характер его концов?

52. Отообразились ли в повреждении признаки наличия и характера носка и пятки: форма, размеры, угол схождения ребер и граней, степень остроты?
53. Отообразились ли в краях повреждения свойства боковых поверхностей рабочей части предмета: рельеф либо другие особенности?
54. Нет ли в повреждении либо вокруг него частиц (дерева, пластика и т.д.), которые можно было бы использовать для идентификации материал рубящего предмета?
55. Каковы были место приложения и направление травмирующей силы?
56. Каковы были количество воздействий и сила удара?
57. Какова была ориентация плоскости клинка лезвия и обуха в момент погружения и извлечения?
58. Возможно ли причинение этих повреждений при заданных условиях либо при нанесении их собственной рукой?
59. Соответствуют ли повреждения на теле и одежде пострадавшего по взаиморасположению и одновременности причинения?
60. Какова давность причиненных повреждений?
61. Каковы свойства и вид травмирующего предмета?
62. Если это пилящий предмет, то каковы свойства зубцов: форма, толщина, вид заточки, степень остроты, расстояние между вершинами зубцов (шаг пилы), ширина развода и количество зубцов на единицу пилы?
63. Возможно ли причинение повреждений пилой данного типа (при наличии предмета)?
64. Соответствуют ли по механизму и времени образования повреждения на одежде и трупe?
65. Каков механизм образования повреждения: место приложения силы, направление распила, ориентация плоскости полотна пилы по отношению к поврежденной области тела либо участка одежды?

Огнестрельные повреждения

1. Является ли повреждение огнестрельным?
 2. Каково направление выстрела (раневого канала)?
 3. Каково расстояние выстрела?
 4. Из какого оружия произведен выстрел?
- Если имеется несколько повреждений:
1. От какого количества выстрелов образовались повреждения?
 2. Первым или последующими выстрелами причинено повреждение или повреждения?
 3. Автоматической очередью или одиночными выстрелами причинены обнаруженные повреждения?

4. Какова последовательность возникновения множественных огнестрельных повреждений?
5. Возможно нанесение обнаруженных огнестрельных повреждений собственной рукой?
6. Взаимодействовал ли огнестрельный снаряд с преградой до попадания в тело?
7. Если имелась преграда, то каковы ее материал и свойства?
8. При наличии преграды на каком расстоянии от дульного среза оружия и от пострадавшего она располагалась?
9. Не могло ли имеющееся повреждение образоваться после рикошета ранящего снаряда?
10. Возможно ли образование обнаруженных повреждений в конкретных условиях, изложенных в обстоятельствах дела?
11. Соответствуют ли повреждения на теле и одежде пострадавшего по своей локализации, взаиморасположению и характеру друг другу?
12. Каков калибр огнестрельного оружия?
13. Каковы особенности дульного среза примененного оружия?
14. Если это нарезное оружие, то каково количество полей нарезов и угол их наклона?
15. Если это самодельное оружие, то какова его мощность?
16. Какой вид огнестрельного снаряда причинил обнаруженные повреждения: пуля, дробь, картечь, атипичный снаряд, осколки снаряда и др.?
17. Каковы свойства огнестрельного снаряда (форма, размеры, наличие или отсутствие оболочки, материал)?
18. Каков вид пороха, пыжей и прокладок использовался для снаряжения патрона?
19. С какого конкретно расстояния произведен выстрел (выстрелы), причинивший обнаруженные повреждения?
20. Не могло ли образоваться повреждение от выстрела холостым патроном?
21. Не могло ли обнаруженное на трупе повреждение образоваться от выстрела из газового или газо-дробового пистолета?
22. Какой заряд использовался при выстреле: газовый или дробовой?
23. С какой конкретно дистанции был произведен выстрел?
24. Возможно ли причинить обнаруженные при исследовании повреждения при выстреле с данной дистанции представленными на экспертизу оружием и патронами?

Взрывная травма

1. Не образовались ли повреждения на трупe в результате взрыва? Если они образовались от взрыва, то что могло быть источником взрыва?
2. Имеются ли на трупe следы воздействия сопутствующих продуктов взрыва (термических, газовых, копоти, осколочных от оболочки, осколочных от окружающих предметов и др.)?
3. Какова возможная мощность взрыва (па медицинским параметрам)?
4. Если есть признаки воздействия взрывного устройства, то каков его вид (граната, снаряд, мина, толовая шашка, самодельное устройство и т. д.)?
5. Каково было расстояние между эпицентром взрыва и пораженным объектом?
6. Каково было взаиморасположение взрывного устройства либо взорвавшегося объекта и тела пострадавшего?
7. Не было ли между эпицентром взрыва и пострадавшим преград?
8. В какой позе находился пострадавший в момент взрыва?
9. Соответствуют ли повреждения на одежде и теле пострадавшего друг другу и могли ли они образоваться одновременно?

Механическая асфиксия

1. Какова причина смерти?
2. Если это механическая асфиксия, то каков ее вид и какими объективными признаками это подтверждается?
3. Если имеются признаки странгуляционной асфиксии, то она возникла в результате повешения либо от удушения петлей?
4. Каков характер странгуляционной борозды (жесткая, мягкая, - смешанная)?
5. Когда образовалась странгуляционная борозда: при жизни или после смерти пострадавшего?
6. Каковы свойства петли (скользящая, неподвижная, открытая, закрытая, наличие и расположение узла, каково количество оборотов)?
7. Каковы свойства материала петли (мягкий, полужесткий, жесткий, толщина и его рельеф)?
8. Могла ли образоваться странгуляционная борозда от воздействия предоставленной на исследование петли либо ее фрагментов?
9. Каков был механизм образования странгуляционной борозды (место приложения травмирующей силы, направление вектора силы сдавливания)?
10. Нет ли признаков смещения либо повторного воздействия петли?
11. Могло ли произойти повешение при конкретных обстоятельствах, изложенных в постановлении?

12. Не страдал ли при жизни пострадавший заболеваниями, которые могли послужить причиной самоубийства?

13. Не находился ли пострадавший перед смертью в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

14. Нет ли на теле покойного других каких-либо повреждений, каков механизм и срок их образования?

15. Не могли ли они образоваться от предметов окружающей обстановки в момент повешения либо они образовались в результате других воздействий?

16. Нет ли на теле покойного повреждений, которые могли бы явиться причиной утраты им способности к активным действиям до возникновения механической асфиксии?

17. Нет ли на трупе или его останках следов задушения?

18. Нет ли во внутренних органах и тканях трупа признаков смерти от асфиксии, если таковые имеются, то не являются ли они признаками механической асфиксии?

19. Нет ли на костях и органах шеи признаков, свидетельствующих о возможном удушении пострадавшего?

Весь остальной комплекс вопросов о механизме задушения, векторе травмирующей силы, характере петли-удавки должны иметь место, как и при повешении.

Вопросы по поводу остальных видов механической асфиксии, перечисленных выше, сочетаются с общими, только немного конкретизируются:

1. Нет ли следов воздействия на органы шеи пальцев либо других частей тела человека?

2. Возможно ли задушение при заданном положении частей тела?

3. Возможно ли сдавление груди или живота предметами данного типа либо конкретным предметом?

4. Сущность и характер факторов, вызвавших закрытие дыхательных отверстий или дыхательных путей?

5. Возможность гибели от асфиксии в конкретных заданных условиях?

6. От чего наступила смерть: от утопления или других причин?

7. Если смерть наступила от утопления, то что могло способствовать ее наступлению?

8. Не страдал ли пострадавший заболеванием, которое могло привести к наступлению смерти в воде?

9. Не находился ли пострадавший перед смертью в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

10. Если смерть наступила от других причин, то от каких именно и какие объективные признаки это подтверждают?

11. Если имеются повреждения, не связанные с нахождением в воде, то каковы их характеристики и от чего они могли образоваться?

12. Каково время пребывания трупа в воде после наступления смерти либо после попадания его туда?

13. Какие объективные признаки подтверждают утопление пострадавшего именно в этом водоеме?

Повреждения от воздействия высокой температуры

1. Какова непосредственная причина смерти пострадавшего?

2. Нет ли на теле покойного повреждений, которые могли послужить причиной смерти?

3. Нет ли на теле пострадавшего иных телесных повреждений? Если есть, то каковы их характеристика, механизм и сроки образования, чем они могли быть причинены и степень тяжести?

4. Не могла ли смерть наступить в результате нахождения пострадавшего в условиях конкретных обстоятельств (кросс с экипировкой в условиях высокой температуры воздуха, длительная физическая работа в условиях высокой температуры воздуха при отсутствии адаптации, нахождение в замкнутом пространстве с повышенной влажностью и т. д.).

5. Не страдал ли пострадавший заболеваниями, которые могли повлиять на наступление смерти?

При наличии признаков местного поражения высокой температурой важно установить следующее:

1. Вследствие чего наступила смерть: от воздействия термического фактора или других причин?

2. Имеются ли признаки прижизненного воздействия пламени и других продуктов горения?

3. Смерть наступила от воздействия продуктов горения либо от непосредственного воздействия пламени?

4. Как долго находился пострадавший в сфере воздействия температурного фактора?

5. Каков был вид повреждающего температурного фактора (пламя, горячие смолы, кипяток, ЛВЖ, расплавленный металл, технические жидкости, пар и т. д.)?

6. Могла ли смерть пострадавшего наступить в конкретных условиях, изложенных в обстоятельствах дела?

Повреждения от воздействия низкой температуры

1. Имеются ли на трупе какие-либо повреждения?

2. Если таковые имеются, то в результате воздействия каких факторов они образовались (механических, химических, физических и т. д.)?

3. Не образовались ли обнаруженные повреждения от низкотемпературного фактора?

4. Что явилось причиной смерти: переохлаждение организма или иной фактор?

5. Если причина – переохлаждение организма, то какие признаки это подтверждают?

6. Если смерть наступила от переохлаждения организма, то, как долго труп находился в условиях низкой температуры?

7. Не могли ли повреждения, обнаруженные на трупе, образоваться от длительного воздействия низкой температуры?

8. Когда наступила смерть?

После установления времени наступления смерти следователь вправе задать вопрос о возможности наступления смерти при конкретных условиях, предоставляя информацию о температурном режиме за период времени, в котором наступила смерть.

Смерть от переохлаждения может наступить и при положительных температурах, но для этого необходимо определенное состояние пострадавшего (болезнь, алкогольное или наркотическое опьянение, предшествующая травма и др.), поэтому при данном виде смертельного исхода обязательно должны быть поставлены вопросы:

1. Не находился ли пострадавший в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

2. Не страдал ли пострадавший заболеваниями, которые привели к беспомощному состоянию и длительному нахождению в условиях низкой температуры?

Электротравма

1. Какие телесные повреждения имеются на трупе?

2. Каков механизм их образования?

3. Не могли ли повреждения образоваться от действия технического электричества?

4. Каков механизм воздействия электричества: непосредственный контакт с токонесущим проводником либо через вольтово дугу?

5. Если имелся непосредственный контакт, то какие объективные признаки это подтверждают?

6. Какова последовательность воздействия травмирующих факторов (электрических и механических)?

7. В результате воздействия, какого травмирующего фактора наступила смерть?

8. Когда наступила смерть?

9. Не находился ли пострадавший перед смертью в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

Баротравма

Первоначальным этапом расследования в данном случае является производство судебно-медицинской экспертизы.

Основной задачей следователя является постановка грамотно сформулированных вопросов, применительно к конкретным обстоятельствам, с целью установления действительно ли причиной смерти явилась баротравма, либо смерть наступила от иных причин. Если смерть наступила от баротравмы, то какие объективные признаки это подтверждают и т. д.

Радиационная травма

1. Не могла ли смерть наступить от радиационного поражения?
2. Если смерть наступила от радиационного поражения, то каково его воздействие: однократное, многократное, короткое, длительное?
3. Воздействие носило общий характер либо местный, в чем это проявляется?
4. Судя по характеру повреждений, какой источник излучения мог действовать на организм (альфа, бета, гамма-лучи)?
5. Если это источники бета- или альфа-излучения, то какова локализация их контакта с телом пострадавшего?
6. Могли ли обнаруженные повреждения образоваться в условиях конкретных обстоятельств?

Воздействие химических факторов

1. Что явилось причиной смерти потерпевшего: болезнь, травма либо отравление?
2. Если имело место отравление, то в результате воздействия какого отравляющего вещества оно наступило?
3. Не могло ли отравление произойти от воздействия вещества, остатки которого представлены на экспертизу?
4. Подтверждается ли отравление результатами дополнительных исследований, и какими именно (химическими, биологическими, физическими, пламенно-ионизационным, спектральным анализом и т. д.)?
5. Какие изменения были вызваны действием яда, а какие присоединившимися осложнениями (если таковые имеются)?
6. Каким образом ядовитое вещество попало в организм?
7. Какова концентрация ядовитого вещества в организме пострадавшего, и достаточна ли она для наступления смерти?
8. Не страдал ли умерший заболеваниями, которые могли способствовать наступлению отравления?

Воздействие биологических факторов

В этих случаях, кроме представителей правоохранительных органов, в тесном контакте с ними работают эпидемиологи, бактериологи и другие специалисты по борьбе с ООИ и ОЗ заболеваниями, которые, входя в состав комиссий по установлению причин массовых отравлений, эпидемий, эпизоотий, окажут следователю профессиональную помощь по формулированию вопросов, выносимых на разрешение судебно-медицинской экспертизы.

Посмертные воздействия на труп

1. Не являются ли обнаруженные части трупа частями тела человека?
2. Принадлежат ли они одному трупу?
3. Каков пол, возраст и рост трупа?
4. Имеются ли на частях трупа признаки индивидуализирующего характера?
5. Какова причина смерти?
6. Когда наступила смерть?
7. Имеются ли на частях трупа повреждения, которые могли бы быть причиной смерти?
8. Нанесены ли имеющиеся повреждения прижизненно или посмертно?
9. Каким орудием про изведено расчленение?
10. Можно ли по способу расчленения сделать заключение о профессиональных навыках лица, производившего эти действия?

При обнаружении трупа в состоянии резко выраженных гнилостных изменениями, либо находящегося в состоянии близком к полному скелетированию, необходимо разрешение триады основных вопросов: кто, от чего, когда умер:

1. Кому принадлежат представленные на экспертизу останки (пол, возраст)?
2. Имеются ли на останках следы какого-либо механического, химического или биологического воздействия?
3. Если таковые имеются, то каков их механизм воздействия и находятся ли они в непосредственной причинной связи с наступлением смерти?
4. От чего и когда наступила смерть?
5. Не принадлежат ли останки конкретному лицу?

Решение последнего вопроса возможно лишь в случае предоставления соответствующего идентифицирующего материала (данные медицинских документов предполагаемого лица, прижизненные фотографии, биологический и генетический материал, изъятый у родителей, детей и т. д.).

Исследование трупов новорожденных

1. Является ли младенец новорожденным или не новорожденным?
2. Был ли он живорожденным или мертворожденным?
3. Является ли он доношенным зрелым или недоношенным незрелым?
4. Какова степень его зрелости?
5. Родился ли он живым или мертвым?
6. Сколько времени он прожил после рождения?
7. Имеются ли на трупе признаки ухода?
8. Имеются ли у него какие-либо повреждения или заболевания?
9. Какова причина смерти?
10. Какова группа крови и резус-фактор?
11. Каков пол трупа младенца?

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц

Вне зависимости от того, представлены на исследования медицинские документы или само лицо, основной круг вопросов, выносимых на судебно-медицинскую экспертизу, имеет следующий состав:

1. Имеются ли на теле пострадавшего телесные повреждения либо их следы? Если таковые имеются, то, каково их количество, характер и локализация?
2. Каков механизм и время образования этих повреждений?
3. Не могли ли эти повреждения образоваться при обстоятельствах, изложенных в постановлении?
4. Какова степень тяжести обнаруженных телесных повреждений?

В зависимости от конкретных обстоятельств возможны конкретизирующие вопросы:

1. Возможно ли образование имеющих место повреждений от определенных предметов, либо при конкретных условиях взаиморасположения освидетельствуемого и воздействующей на него травмирующей силы и т. д.?
2. Сколько времени прошло с момента получения травмы?

Вопросы должны носить целенаправленный и рациональный характер, отражающий их целесообразность, т. е. не должны повторяться в различных интерпретациях, что часто встречается на практике.

Половые преступления

1. Имеется ли нарушение девственной плевы? Если такового нет, то позволяет ли строение девственной плевы производить половой акт без ее нарушения?
2. Если имеется нарушение девственной плевы, то каков механизм, характер и срок образования этих повреждений?

3. Жила ли потерпевшая ранее половой жизнью, и какие признаки на это указывают?

4. Нет ли у потерпевшей признаков каких-либо венерических заболеваний? Если таковые имеются, то каковы сроки их возникновения?

5. Нет ли в содержимом влагалища потерпевшей спермы?

6. Нет ли в подногтевом содержимом потерпевшей клеточных элементов кожи либо волос?

При наличии подозреваемого необходимо срочное проведение судебно-медицинской экспертизы в отношении его. Поставленные вопросы должны служить выяснению возможной его причастности к совершенному преступлению:

1. Имеются ли на теле подозреваемого какие-либо телесные повреждения? Если таковые имеются, то каковы их локализация, количество и характер? Когда, и в результате каких воздействий, они могли образоваться? Не могли ли обнаруженные повреждения образоваться при обстоятельствах, изложенных в постановлении?

2. Нет ли в области половых органов каких-либо повреждений, которые могли бы образоваться при насильственном половом акте?

3. Нет ли на половых органах подозреваемого следов, либо наложений, свидетельствующих о половом сношении?

4. Имеются ли у подозреваемого признаки венерических заболеваний?

При расследовании половых преступлений, кроме экспертиз по поводу телесных повреждений, как пострадавшей, так и подозреваемых лиц, обязательным является проведение экспертиз вещественных доказательств (биологических и иных).

Они, прежде всего, назначаются в отношении текстильных волокон и биологических материалов, изъятых с тела и одежде, как пострадавшей, так и подозреваемых (взаимоперенос).

Приоритетной задачей при этом следует считать оперативность и грамотность действий следователя, так как возможность сохранения таких вещественных доказательств, т. е. материала, пригодного для исследования, всегда ограничена строгими временными рамками.

Упущенное время невосполнимо в плане получения полноценных вещественных доказательств с целью установления истины.

Развратные действия

1. При наличии каких-либо особенностей в области половых органов либо других областей, которые могли бы быть предметом сексуальных посягательств, при совершении развратных действий, возможно ли установление причин, в результате которых эти особенности возникли?

2. Не могли ли этими причинами быть индивидуальные особенности организма, нарушения гигиенических норм либо заболевания?

3. Если имеется одна из этих причин, то какими объективными признаками это подтверждается?

4. Если имеются такие причины, то исключают ли они возможность образования у освидетельствуемого обнаруженных особенностей (повреждений, воспалений и т. п.) при обстоятельствах, изложенных в постановлении?

Наиболее доказательным и объективным признаком совершения развратных действий является обнаружение, особенно у детей, в области половых органов, на теле и одежде спермы.

Вследствие этого, вопрос о том, имеются ли следы спермы на теле либо одежде потерпевших, не только правомерен, но и обязателен.

Криминальный аборт

1. Была ли освидетельствуемая женщина беременной?

2. Произошел ли у нее аборт?

3. В какой срок беременности произошел аборт?

4. Был ли аборт самопроизвольный или был вызван искусственно?

5. Сколько времени прошло с момента аборта до момента освидетельствования женщины?

6. Каким способом и в какой обстановке был произведен аборт, в частности мог ли он произойти при обстоятельствах, указанных освидетельствуемой?

7. Аборт наступил от действия физических факторов или от химических, каких именно?

8. Не мог ли аборт наступить от приема лекарственных средств, если да, то каких именно?

9. Какой вред причинил аборт освидетельствуемой?

Половые состояния

1. Имеются ли у данного лица препятствия (врожденного либо приобретенного характера) для совершения активных половых действий?

2. Обладает ли данное лицо (производительной) способностью?

3. Имеются ли признаки бывшей беременности?

4. Какова давность бывшей беременности?

5. Имеются ли признаки состоявшихся родов?

6. Какова давность этих родов?

7. К какому полу относится конкретное лицо?

8. Какие анатомические признаки свидетельствуют отношении данного лица к конкретному полу?

9. Признаки пола являются врожденными или приобретенными в результате медицинских манипуляций?

10. Соответствуют ли приобретенные анатомические признаки пола физиологическим функциям, присущим конкретному полу?

Самоповреждения, искусственные болезни, симуляция, аггравация

1. Какое заболевание обнаружено у испытуемого и его причины?

2. Подтверждается ли болезнь объективными данными или их нет?

3. Объясняется ли отсутствие объективных данных характером заболевания или болезнь изображается (симулируется) испытуемым?

4. Типично или нетипично протекает заболевание у испытуемого?

5. Не объясняется ли необычность течения болезни преувеличением отдельных симптомов болезни (аггравацией)?

6. Соответствует ли объективным данным указание испытуемого о причинах и давности заболевания (времени начала заболевания)?

7. Каково отношение испытуемого к лечению?

8. Были ли попытки ухудшить, или замедлить течение болезни отказом, невыполнением лечебных мероприятий и процедур или какими-либо другими способами?

9. Имели ли место попытки словесно преуменьшить результаты лечения?

10. Какими объективными данными подтверждается симуляция (аггравация) испытуемым предъявляемого им заболевания?

11. Является ли симуляция (аггравация) сознательной или же она следствие болезненного состояния испытуемого: истерии, какого-либо иного душевного заболевания?

12. Если симуляция (аггравация) – следствие болезненного состояния испытуемого, то вменяем ли он и в какой степени?

13. Считают ли эксперты доказанным ложное создание испытуемым картины заболевания?

14. Какое повреждение или искусственная болезнь были обнаружены у потерпевшего? Чем (орудием или средством) и каким способом оно было нанесено?

15. Соответствуют ли даваемые потерпевшим объяснения обстоятельств получения повреждения объективным данным?

16. Возможно ли воспроизведение обнаруженных изменений самим потерпевшим?

17. Соответствует ли объективным данным показание потерпевшего о давности получения повреждения?

18. Не обнаружено ли в области повреждения остатков или следов действия каких-либо веществ, которыми могло быть вызвано повреждение?

19. Если это огнестрельное повреждение, то с какого расстояния был произведен выстрел?

20. Каково направление выстрела?

21. Где входное и выходное отверстие?

22. Можно ли установить из какого оружия был произведен выстрел?

23. Нет ли следов применения какой-либо прокладки между дульным срезом оружия и телом пострадавшего? Если таковая имела, то, возможно ли установить материал, из которого была изготовлена прокладка?

24. Не могли ли эти повреждения образоваться при обстоятельствах, указанных потерпевшим?

25. Возможна ли идентификация предмета (орудия), от воздействия которого образовались имеющиеся у потерпевшего повреждения?

26. Не образовались ли повреждения у потерпевшего от предоставленных на экспертизу предметов (предмета)?

27. Могли ли данные повреждения образоваться при причинении их собственной рукой?

28. Какова степень тяжести телесных повреждений?

Определение возраста

Этот вид судебно-медицинской экспертизы чаще встречается при исследовании трупов.

1. Каков мог быть возраст лица, трупа (части трупа), которого представлен(ны) на исследование?

У живых лиц определение возраста экспертным путем имеет место при утрате, умышленном уничтожении документов (свидетельства о рождении, паспорта и т. д.). Это встречается при привлечении лиц к уголовной ответственности при уклонении от исполнения своих гражданских обязанностей и пр. В этих случаях ставится один вопрос:

1. Каков возраст представленного на экспертизу?

Определение тождества личности

Определение тождества личности живых лиц в судебно-медицинской практике производится редко. Однако в некоторых случаях требуется судебно-медицинская экспертиза. Иногда необходимо установить соответствие имевших место в прошлом нарушений и повреждений обнаруженным в настоящее время при осмотре объекта, либо требуется установить возможность их изменений.

Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности

Поводом к проведению экспертиз в данном случае являются дефекты оказания медицинской помощи, которые делятся на две группы: до госпитальные и госпитальные. Каждой из этих групп свойственны дефекты организации оказания медицинской помощи, диагностики и лечения.

Для их выявления, а также причин возникновения назначают судебно-медицинские экспертизы, которые носят только комиссионный характер с участием квалифицированных врачей разных специальностей.

Основной ряд подлежащих решению задач содержится в основной группе вопросов:

1. Каким заболеванием страдал больной?
2. Имелось ли у него такое-то заболевание или повреждение?
3. Правильно и своевременно ли был установлен диагноз?
4. Если диагноз был установлен неправильно или несвоевременно, то к каким последствиям это привело?
5. Насколько полно произведено обследование больного?
6. Чем можно объяснить неустановление правильного диагноза?
7. Имела ли место объективная трудность диагностики?
8. Была ли возможность поставить правильный диагноз?
9. Правильно ли проводилось лечение больного?
10. Своевременно ли оно было начато?
11. Была ли необходимость в проведении операции?
12. Проведена ли операция технически правильно?
13. Правильно ли осуществлялось лечение в послеоперационном периоде?
14. Правильно ли было определенное действие, решение (указывается конкретно) данного медицинского работника?
15. Не было ли противопоказано применение такого-то лекарственного средства?
16. Допустима ли дозировка, в которой применено данное лекарство?
17. Если лечение было неправильным, то в чем именно и к каким последствиям это привело?
18. Если действие, решение медицинского работника было неправильным, то каковы его прямые последствия?
19. Имелась ли возможность предотвращения неблагоприятных последствий?
20. Какова причина смерти?
21. Не наступила ли смерть пациента от каких-то конкретных действий или бездействия медицинских работников (указать конкретно)?

22. Что явилось основанием к наступлению смертельного исхода: характер и тяжесть самого заболевания или недостатки, допущенные при лечении и т. д.

Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств

Наиболее часто на исследование направляются кровь, сперма, слюна, пот и волосы. При направлении на исследование этих объектов существуют традиционный ряд вопросов, которые должны всегда ставиться перед экспертами. Для крови это следующие вопросы:

1. Имеется ли на представленных на экспертизу предметах (объектах) кровь?
2. Принадлежит ли эта кровь человеку или животному?
3. Если эта кровь принадлежит животному, то от какого именно животного она происходит?
4. Если кровь принадлежит человеку, то к какой группе и типу она относится?

Если имеются лица, которым вероятно принадлежит эта крови, то представляются образцы их крови и задается вопрос:

1. Не могла ли кровь, обнаруженная на представленных предметах, принадлежать гражданам: А, В, С и т. д.

Возможно разрешение вопросов:

1. Каково региональное происхождение крови, т. е. из какой области тела происходит кровь (венозная, артериальная, менструальная и т. д.)?
2. Какова давность образования пятен крови на представленных объектах?
3. Каково было количество жидкой крови, образовавшей пятна на предметах?
4. Принадлежит ли выявленная кровь младенцу или взрослому человеку?

Ряд вопросов может иметь отношение к объяснению механизма образования следов и к установлению тех или иных обстоятельств. К ним относятся:

1. С какой высоты падала кровь на предмет?
2. Находился ли предмет в вертикальном, наклонном или горизонтальном положении в то время, когда падала на него кровь?
3. Сидел, лежал, стоял ли человек, которому было нанесено повреждение?
4. С какой стороны был нанесен удар?
5. Передвигался ли человек, получивший повреждение, или нет?

При исследовании спермы решают следующие вопросы:

1. Имеется ли на представленных предметах сперма?
2. К какому виду относится обнаруженная сперма?
3. Какова групповая принадлежность выявленной спермы?

4. Какова давность образования пятен спермы?
5. Не может ли выявленная сперма принадлежать конкретному лицу (при наличии образцов крови этого лица)?

При исследовании других выделений человека: слюны, пота и т. д. решаются вопросы в основном о видовой и групповой их принадлежности и о возможности их происхождения от конкретного лица.

Вопросы при исследовании волос:

1. Являются ли представленные на экспертизу объекты волосами?
2. Если это волосы, то принадлежат ли они человеку или животному?
3. Если это волосы человека, то каково их региональное происхождение (голова (с какой части), борода, лобок и т. д.)?
4. Представленные на экспертизу волосы – выпавшие или вырванные?
5. Какие механические повреждения имеются на исследуемых волосах (раздавливание, разрезание, растрескивание и т.д.)?
6. Нет ли на исследуемых волосах следов термического воздействия?
7. Нет ли на исследуемых волосах следов огнестрельного выстрела?
8. Не подвергались ли волосы химическому воздействию (крашению, обесцвечиванию и т. д.)?
9. Не принадлежат ли исследуемые волосы конкретному лицу?

Этот вопрос возможен при представлении образцов волос от этого конкретного лица, изъятых с соблюдением всех процессуальных требований, предъявляемых при изъятии таких образцов.

Генотипоскопия

В настоящее время в Республике Беларусь ДНК-типирование для практических целей по уголовным и гражданским делам осуществляют в экспертных учреждениях Государственной службы судебно-медицинской экспертизы, Министерства внутренних дел и Министерства юстиции.

Сегодня в судебно-биологических исследованиях полноправно достойное место занял молекулярно-генетический анализ. При обнаружении биологических следов (крови, спермы, фрагментов тканей, клеток и т. п.) на местах преступлений, одежде, теле подозреваемых и жертв, когда есть необходимость в установлении лица, от которого происходят такие биологические следы, по любым биологическим объектам значение ДНК-типирования приобретает первостепенную важность. Установление родства, особенно установление отцовства, идентификация неопознанных и расчлененных трупов, жертв катастроф и стихийных бедствий в настоящее время бесспорно решается лишь с помощью геномной дактилоскопии.

Значение данного метода исследования в отношении всех видов биологических объектов с течением времени будет неуклонно возрастать, ибо он дает практически 100 % результативность.

Вопросы, выносимые на разрешение вышеуказанных исследований такие же, как и для всех биологических экспертиз. Важнейшим из всех его качеств является возможность исследования даже предельно малых количеств биоматериала, в том числе и со значительными изменениями, связанными с фактором времени и иных неблагоприятных воздействий.

Медико-криминалистическая экспертиза

Медико-криминалистические исследования производятся как дополнительные методы исследования при производстве экспертиз трупов, живых лиц, при проведении экспертиз по постановлению следователя, суда либо иного органа дознания.

Вопросы, выносимые на разрешение этих экспертиз, формулируются в зависимости от объектов (одежда, части трупа, останки и т. д.) и вида исследований (траснологические, баллистические, идентификационные и т. п.), а также от конкретных обстоятельств расследуемых фактов.

Медико-криминалистическое исследование одежды

1. Имеются ли на представленных предметах одежды повреждения?
2. Если таковые имеются, то каковы их локализация и характер?
3. От воздействия какого предмета или иного травмирующего фактора могли образоваться эти повреждения?
4. Не могли ли они образоваться от конкретного (поступившего на экспертизу) предмета?

Медико-криминалистическое исследование объектов, изъятых из трупа

1. Является ли данное повреждение огнестрельным? В результате какого повреждающего фактора или их совокупности оно образовалось (пуля, дробь, картечь, копоть выстрела, пороховые газы, части оружия, боеприпаса и др.)?
2. Каковы направления выстрела?
3. Является ли это повреждение входным или выходным?
4. Каково расстояние выстрела, вид оружия и ранящего снаряда?
5. Какова очередность образования повреждений при их множестве?
6. Нет ли признаков взаимодействия поражающего снаряда с преградой?
7. Если таковые имеются, то каковы свойства преграды и на каком расстоянии она могла находиться от повреждения?

При исследовании повреждений, образованных в результате взрыва:

1. Какова характеристика взрывного устройства?
2. Какой вид взрывчатого вещества использовался, каково расстояние взрыва?
3. Какова ориентация пострадавшего или пострадавших по отношению к центру взрыва?
4. Принадлежат ли костные останки человеку или животному?
5. Если это останки человека, то каков его пол и возраст?
6. Когда наступила смерть этого человека?
7. Какова причина смерти?
8. Нет ли на костных останках следов воздействия каких-либо предметов или иных факторов, которые могли бы быть причиной смерти?

Если имеются вероятные фотографии лиц, которые исчезли в период, совпадающий со временем гибели лица, которому принадлежат костные останки трупа неизвестного лица, то возможно разрешение вопроса:

1. Не принадлежат ли костные останки кому-либо из лиц, изображенных на предоставленных фотографиях?

Судебно-химические исследования

1. Имеется ли в органах и тканях трупа химическое вещество, которое могло быть причиной смерти? Если такое вещество имеется, то к какой группе химических соединений оно относится (фосфорсодержащие, хлорсодержащие, соли тяжелых металлов и т. п.)? Если это возможно, то, какое это вещество конкретно?

2. Не входит ли обнаруженное химическое вещество в состав лекарств, средств бытовой химии, технических жидкостей и т. д.?

3. Каково количественное относительное содержание этого вещества в исследуемых органах и тканях трупа?

Помимо этого, объектами исследования судебно-химических экспертиз являются кровь и моча, изъятые у живых лиц.

1. Содержится ли в крови и моче лица алкоголь, если да, то в каком количестве?

2. Нет ли в крови суррогатов алкоголя, если да, то какие именно?

3. Нет ли в крови и моче наркотических веществ, если есть, то к какой группе они относятся?

4. Нет ли в крови лекарственных веществ, обладающих психотропным действием?

Судебно-гистологические исследования

Судебно-гистологические исследования являются продолжением судебно-медицинского исследования трупа на микроскопическом уровне.

1. Какова причина смерти по данным судебно-гистологического исследования его органов и тканей?

2. Подтверждается ли причина смерти от воздействия какого-либо конкретного травматического воздействия (электротравма, повешение, утопление, огнестрельная травма, черепно-мозговая травма, отравление и др.) гистологическими признаками и что это за признаки?

3. Что является ведущим в причине смерти – непосредственное травматическое воздействие или его осложнения?

4. Не страдал ли пострадавший при жизни заболеваниями, которые могли бы послужить причиной его смерти?

5. Не страдал ли при жизни пострадавший заболеваниями, которые могли бы повлиять на исход данной травмы?

6. Не страдал ли при жизни пострадавший заболеваниями, которые могли бы способствовать возникновению обстоятельств получения им данной травмы?

7. За какое время до наступления смерти образовались повреждения, обнаруженные на трупе?

Главными источниками содержательности выносимых вопросов всегда выступают итоги осмотра места происшествия, места обнаружения трупа, рабочие версии следователей, которые объективно анализируются судебно-медицинскими исследованиями и корректируются ими в зависимости от полученных экспертных данных.

В ряде случаев, своевременно и правильно сформулированные вопросы служат той основой, на базе которой можно решать многие сложные задачи при наиболее рациональном использовании рабочего времени и более целесообразном и разумном применении интеллектуальных усилий.

Объективность таких вопросов зависит, прежде всего, от знаний следователя и работника дознания о возможностях судебно-медицинской экспертизы в решении конкретных вопросов, необходимых для судебной следственной практики.

ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

Идентификация личности (ИЛ) представляет собой одну из наиболее актуальных научных проблем. Во всем мире отмечается непрерывный рост числа публикаций по данной теме.

Однако интересы большинства исследователей, особенно зарубежных, сосредоточены главным образом на практических аспектах идентификации личности, т. е. на конкретных методах решения этой задачи и на особенностях их применения в различных ситуациях. Практическое применение этих многочисленных методов, предложенных для отождествления личности, требует разработки алгоритмов судебно-медицинской идентификации.

Предложенные в настоящее время алгоритмы не гарантируют полноценного решения основной задачи во всех случаях (Абрамов С.С. 1998; Щербаков В.В. 2000 и др.).

Алгоритм идентификационных работ при обнаружении трупа неизвестного лица

1. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения с особым вниманием к сбору идентификационно-значимых сведений.

2. Наружный осмотр и внутреннее исследование трупа, его измерение, фотографирование и составление словесного портрета, а также установление общих признаков (пола, возраста, расового типа и др.), если оно может быть проведено на основании данных визуального осмотра и вскрытия.

3. Первичную судебно-медицинскую сортировку трупов по степени пригодности для визуального опознания.

4. В случае визуально неопознаваемых трупов (при наличии поздних трупных изменений, повреждения, расчленения и скелетирования трупов) и при исследовании мелких фрагментов тканей производится определение общих признаков. С этой целью рекомендуются следующие методы исследования тканей, включая костную: гистологические (с целью установления возраста погибшего, признаков заболеваний и хронических интоксикаций, следов профессиональной деятельности), судебно-биологические (исследование тканей на внутриядерный половой хроматин и на групповую принадлежность), спектрографические, судебно-химические (в т. ч. исследование придатков кожи), а также соматометрические и рент-

генографические (если они технически возможны) с целью выявления общих идентифицирующих признаков.

5. Далее на их основе проводится вторичная судебно-медицинская сортировка идентифицируемого материала, позволяющая в ряде случаев отождествить личность методом исключения, а также уменьшить количество объектов, подлежащих сравнению посредством других дополнительных методов исследования, и уменьшить вероятность ложноположительных результатов при использовании этих методов.

6. В случае пригодности материала применяются фотосовмещение (автоматизированной серийной портретно-черепной идентификации), судебно-стоматологическое и судебно-дерматоглифическое исследование, которые позволяют проводить индивидуальную идентификацию с относительно небольшими финансовыми затратами, но требуют определенной степени сохранности идентифицируемого материала и наличия достаточной информации для сравнения.

7. В случае непригодности идентифицируемого материала для применения фотосовмещения, судебно-стоматологического и дерматоглифического исследования (отсутствие или выраженное повреждение черепа и кожи пальцев, отсутствие идентифицирующей информации) проводится судебно-генетическое исследование. Оно наиболее целесообразно при небольшом количестве идентифицируемого материала, высокой социальной значимости его отождествления и наличии сравнительного материала в виде проб ДНК кровных родственников предполагаемого лица.

8. В прочих случаях рекомендуется рентгенографическое исследование, возможности которого в отношении индивидуального отождествления личности достаточно велики. Особую ценность представляет вариант этого метода, позволяющий использовать для идентификации флюорограммы, которые практически всегда имеются среди материалов на пропавших без вести (Ковалев А.В. 1996).

Определение общих признаков на начальных этапах идентификации личности, способствует существенному повышению точности конечного результата, а также сокращению материальных и временных затрат.

Определение возраста позволяет в значительной мере сузить группу поиска. Для изучения возрастной морфологии костной системы используется целый ряд методов: антропометрический, остеометрический, остеоскопический, рентгенологический, гистологический, вариационно-статистический. Нам хотелось бы остановиться на гистологическом методе. Основоположником данного метода в нашей стране можно считать Гладышева Ю.М. (1965),

научные разработки которого в последующем использовались в работах Бабичева В.И. (1976), применительно к большеберцовой кости; Донцова В.Г. (1977) – для плечевой кости; Мордасова В.Ф. (1988) – для бедренной кости. Ни классификация остеонов и их систем, предложенная Ю.М. Гладышевым, ни методы установления возраста, разработанные на основе этого, не являются общедоступными из-за значительной трудности дифференцировки различных форм остеонов, следствием чего является неточность определения их количества. Однако общие принципы, заложенные в данных работах, используются и в настоящее время для разработки более точных методов определения возраста с использованием упрощенных классификаций микроскопических структур костной ткани, которые позволяют практическому гистологу более достоверно определять эти структуры.

Одним из новых основополагающих принципов является определение не только количества тех или иных структур, но также их размерных характеристик. Именно количественное определение видится нам наиболее перспективным для совершенствования метода, т. к. данный принцип позволяет существенно повысить точность получаемых результатов за счет снижения субъективности оценки.

Установление возраста до 20 – 25 лет не представляет особых трудностей, т. к. идет интенсивный рост организма. Но в возрастном интервале 20 – 50 лет, когда завершается полное формирование организма, многие морфологические признаки стабилизируются, поэтому точность установления возраста здесь не менее 7 – 10 лет (Г.В. Шутенов, В.В. Молотов 1977).

Перспективным в направлении ее повышения нам кажется подход к этой проблеме с учетом новейших представлений о патофизиологии остеопороза. Остеопороз – это типичное возрастное заболевание. Причем костная масса и костно-минеральное соотношение определяется двумя факторами: 1) размером костных органов по окончании развития скелета и тем самым уровнем так называемой «пиковой костной массы» («peak bone mass»), которая достигается приблизительно к 30 годам; 2) скоростью физиологической костной атрофии, начинающейся с этого момента (P. Pietschmann, M. Peterlik, 1999). Оба процесса, – построение и разрушение кости – определяются взаимодействием генетических, возрастных, гормональных, факторов питания и окружающей среды, а также жизненными привычками, которые влияют на костную перестройку либо прямо, либо опосредовано – посредством системных влияний на кальциевый и фосфорный гомеостаз (P. Pietschmann, M. Peterlik, 1999). Не исключено также, что на степень выраженность остеопороза оказывают влияние и такие факторы, как профессио-

нальная деятельность, степень физического развития, конституциональные особенности (рост, длина тела) человека. Совокупность вышеизложенных факторов приводит к отклонению измеряемых параметров от средних значений. Учет их влияния, несомненно, может повысить (через поправочные коэффициенты) точность определения возраста.

Естественно, при проведении конкретной судебно-медицинской идентификационной экспертизы, когда для исследования предоставлены лишь скелет или части скелета, установить профессию, тип питания, вид спорта, заболевания и т. д. потерпевшего представляется маловероятным. Однако поправочные коэффициенты, учитывающие индивидуальные особенности человека, могут быть рассчитаны ретроспективно, т. е. после проведения идентификации личности (Эрлих Э.Р., 1993).

В настоящее время известно, что в регуляции костного обмена, кроме гормонов, задействовано большое количество различных локальных факторов регуляции (факторы роста, цитокины и простогландины). Некоторые цитокины, например, интерлейкин-6 и интерлейкин-11, усиливают костную резорбцию. Под действием интерферона и интерлейкина-4 костная резорбция, напротив, тормозится. Инсулиноподобный трансформирующий фактор роста-1 (IGF-1) и трансформирующий фактор роста- β (TGF- β) усиливают костное новообразование (P. Pietschmann, M. Peterlik, 1999).

Изучение молекулярной биологии костной перестройки и, в частности, определение возрастных изменений концентраций различных медиаторов и их роли в возрастной инволюции костной ткани является перспективным не только для судебно-медицинской, но и для клинической остеологии.

Представляется перспективным применение компьютерных анализаторов изображений для количественного исследования гистологических препаратов, а также математическое моделирование возрастных изменений и разработка на его основе автоматизированных экспертных программ определения возраста по данным микроостеометрического исследования.

Одним из важных вопросов, разрешаемых судебно-медицинским экспертом, как при осмотре трупа на месте происшествия, так и при исследовании его в секционной, с использованием лабораторной диагностики является определение длительности посмертного периода.

Неоценимую пользу оказывает комплекс данных о развитии поздних трупных изменений. Необходимо отметить, что их состояние и формирование зависят от факторов внешней среды (температура, влажность, состояние и развитие макро- и микрофауны).

Детальное изучение макро-микрофауны трупа и его окружения является в ряде случаев единственной возможностью для решения вопроса об установлении давности наступления смерти (ДС).

Судебная энтомология – раздел энтомологии, имеющий прикладное судебно-медицинское значение.

СУДЕБНО-ЭНТОМОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (организационные, методические и процессуальные аспекты)

Судебная энтомология является разделом энтомологии. Этот раздел с успехом применяется в интересах судебно-медицинской практики, в частности, для определения давности смерти (ДС) особенно в позднем по-смертном периоде.

Являясь симбиозом биологических и медицинских дисциплин, она способствует решению практических судебно-медицинских вопросов. В зарубежной литературе (М. Леклерк, 1978., П. Нуортева, 1977) прослеживается мнение, что судебная энтомология должна рассматриваться как составная часть энтомологии и медицины. Вместе с тем, знакомство с этим научным направлением важно не только для судебно-медицинских экспертов, но, прежде всего, представляет интерес для следственных работников.

В этой связи необходимо преподавание элементов судебной энтомологии в системе юридического образования и подготовки специалистов в данной области знаний.

Основы содержания судебной энтомологии базируются:

- на процессуальных, методических и организационных вопросах производства экспертизы;
- на особенностях судебно-медицинского изучения процесса разложения трупа;
- на исследовании этапов и характеристик разложения трупа под воздействием насекомых;
- на идентификации признаков и характеристик этих процессов с окружающей флорой и фауной, применительно к диагностике объектов для определения ДС.

Судебная энтомология – наука, возникшая в связи с потребностями судебно-следственной практики. Ее называют судебно-медицинской энтомологией. Она представляет систему знаний о закономерностях возникновения, способах выявления, методах исследования и принципах оценки энтомологических данных, являющихся источником доказательств при проведении следственных действий.

Судебная энтомология изучает биологию насекомых некробионтов, их место и роль в процессе биологического разложения трупов, влияние на жизнедеятельность насекомых факторов, связанных как непосредственно с трупом, так и зависящих от условий места его обнаружения и разрабатывает методы судебно-энтомологической экспертизы.

Таким образом, исходя из изложенного, должно быть рассмотрено комплексно три момента: место происхождения, труп и его окружение (фауна и флора).

Судебная энтомология – самостоятельная дисциплина. Она равнозначна акушерско-гинекологической, венерологической, сексологической экспертизам и другим ее видам, на которые распространяются положения уголовного, гражданского законодательства, в том числе, нормативные и организационные инструкции правоохранительных органов.

Для решения вопросов о определении давности смерти (ДС) и перемещения трупа (ПТ), разработаны специальные методы судебной энтомологии.

Методы моделирования:

1) натуральный для ДС и ПТ по процессу разложения трупа на месте его обнаружения;

2) лабораторный для ДС по процессу развития насекомых при моделировании метеоусловий конкретного случая в специальной камере;

3) компьютерный для ДС с использованием специальной программы для персонального компьютера.

Комбинированные методы (модельно-расчетные) (ДС, ПТ):

1) при постоянных температурах – лабораторное доращивание преимагинальных стадий развития насекомых (личинка, куколка) с последующим расчетом по температурным параметрам (нижний порог развития, тепловая постоянная вида, индексы развития);

2) при переменных температурах (реже постоянных) – лабораторное доращивание преимагинальных стадий развития насекомых с последующим расчетом путем сравнения с продолжительностью развития при аналогичных постоянных температурах.

Перспективные методы:

1) токсикологические – по наличию токсинов, наркотиков, тяжелых металлов в личинках мух судить о характере интоксикации организма человека перед смертью;

2) термодинамический для ДС – по учету влияния метаболического тепла, выделяемого развивающимися личинками при разложении тканей трупа, на продолжительность развития насекомых и скорость разложения трупа.

Дополнительные методы для ДС и ПТ (с привлечением специалистов другого профиля):

1) ботанический – по вегетативной форме растений (находящихся на трупе и под ним); – по изменению растительности ложа трупа под воздействием продуктов его разложения;

2) микробиологический – по смене видов микробов по мере разложения трупа;

3) микологический – по смене видов плесневых грибов;

4) морфологический – по наличию повреждений тканей трупа животными.

Судебно-энтомологическая экспертиза назначается органами дознания, следователем прокуратуры или судом, на основании УПК определяют эксперта как процессуальную фигуру с его соответствующими правами и обязанностями.

На основе законодательства и соответствующего Кодекса важным моментом для доказательства является установление любых фактических данных по делу, на которых в установленном законом порядке правоохранительные органы разрешают ряд судебных вопросов.

Постановка эксперту вопросов регламентируется УПК, когда для их разрешения требуются специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле. Экспертиза в ряде случаев назначается в обязательном порядке.

Однако наряду с обязательным проведением экспертизы возникают и другие ее поводы, решать которые невозможно без специального экспертного исследования.

Эксперт, работающий в соответствующем учреждении, или иной специалист, имеющий определенные познания (врач, биолог, энтомолог и др.) от своего имени дает ответы на возникающие вопросы, составляет заключение. Выполняя такое исследование и составляя заключение, согласно процессуальных положений, его выводы, таким образом, становятся одним из видов доказательств. Энтомолог, как специалист, привлеченный к производству экспертизы, должен руководствоваться УПК, т. е. сообщать в письменном виде о проведенной экспертизе и, таким образом, может расширить круг вопросов, вытекающих из конкретного дела. Вместе с тем надо иметь в виду, что среди поставленных вопросов могут быть и такие, которые выходят за пределы его специальных знаний и не должны им быть

Явка эксперта (энтомолога) при его вызове правоохранительными органами является обязательной. Он вправе знакомится с материалами дела, заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, важных для заключения, может присутствовать при допросах и других следственных действиях, задавать возникшие у него по экспертизе вопросы допрашиваемым.

При вручении постановления следователь разъясняет эксперту права и обязанности и предупреждает его об ответственности за отказ и уклонение от дачи заключения и дачу заведомо ложного заключения. Эксперт несет личную ответственность за произведенную экспертизу. При разглашении следственных данных он может быть привлечен к уголовной ответственности.

Заключение является ответственным этапом экспертного исследования. Выводы должны быть всегда мотивированы, вытекать из исследовательской части, без латинской терминологии и пр., их построение должно основываться на законах логики, с использованием дополнительных лабораторных исследований. В ряде случаев следователь, в том числе и при некомпетентности эксперта дает ему отвод.

Представленные экспертные выводы (заключение) не являются обязательными для органов следствия и суда, т. е. они могут быть и не приняты во внимание, но тогда они составляют свое мотивированное несогласие. Во всех случаях в суде при неправильном истолковании выводов эксперт обязан заявить об этом.

Эксперт-энтомолог, участвуя в различных стадиях судебно-следственного разбирательства, может выполнять роль специалиста. Он консультирует, выполняет указания лица, пригласившего его, и объясняет свои действия. Таким образом, он по закону также является самостоятельной фигурой, наделенной процессуальными правами и обязанностями.

Выступая в роли специалиста, энтомолог принимает участие в неотложных следственных действиях (нередко в осмотрах трупа на месте его обнаружения, экспериментальном воспроизведении происшедшего и др.) и во всех этих случаях, обладая профессиональными качествами, он должен оказать необходимую помощь следствию или суду.

Участие энтомолога в судебно-следственном процессе должно основываться на строгом соблюдении процессуального законодательства.

Особенности осмотра трупа при гнилостном его разложении

Проведение качественного и в полном объеме осмотра места обнаружения трупа определяет успех дальнейшего расследования и разрешение различных специальных криминалистических, судебно-медицинских, судебно-энтомологических и других вопросов. Место, где обнаружен труп, следует рассматривать как место происшествия, независимо от его перемещения, даже если смерть человека наступила в ином месте.

Проведение осмотра является неотложным следственным действием и его осуществляет следователь. Проводить его рекомендуется даже тогда, когда труп отсутствует, или прошел значительный временной интервал с момента совершения преступления.

Осмотр трупа при далеко зашедшем гнилостном его разложении желательно осуществлять с участием специалиста-энтомолога, независимо от того является ли это открытая местность или закрытое помещение. На развитие гнилостных процессов в трупе в первую очередь оказывают влияние факторы внешней среды, которые создают благоприятные условия для развития и жизнедеятельности на теле трупа животных, мух и их личинок, различных других насекомых и микроорганизмов. К этому нужно добавить влияние факторов, связанных с трупом – массивность травмы, когда мягкие ткани размозжены, а также состояние развития подкожно-жирового слоя, причины смерти и пр. Все это сказывается на ходе развития гнилостных изменений в трупе. Темпы развития их не позволяют эксперту сколько-либо точно решать вопрос о длительности посмертного периода.

Общеизвестно, что через 24 часа после смерти появляется зеленоватое окрашивание в подвздошных областях. Спустя 3 – 4 суток оно распространяется на весь живот. Примерно через неделю грязно-зеленоватое окрашивание охватывает уже все области тела, одновременно идет процесс загнивания крови в сосудах, образуется так называемая гнилостная венозная сеть. Затем, несколько позже, проявляется трупная эмфизема. Внутренние органы трупа подвергаются также аутолитическим процессам. Таким образом, постепенно мягкие ткани и органы разлагаются, и происходит полный их распад. Учесть ход разложения трупа, и все его моменты для определения давности наступления смерти эксперту не всегда представляется возможным.

Вместе с тем, использование энтомофауны трупа может помочь ретроспективно рассчитать начало развития насекомых на нем, а, следовательно, высказать мнение о длительности посмертного периода. Однако, время развития насекомых на трупе может не совпадать с давностью смерти, а место обнаружения не всегда оказывается местом ее наступления. Только участие специалиста-энтомолога может оказать существенную помощь и привести к правильному выводу о давности смерти, перемещении трупа и решить другие вопросы.

Осмотр местности следует начинать с подразделения ее на квадраты, при обзорном фотографировании производить разметку соотношений обнаруженных насекомых, растительности, расположения трупа, взаимоот-

ношений строений, водоемов и т. д. Следователь обеспечивает проведение обзорной фотосъемки местности и целенаправленной съемки локализации на ней трупа и отделенных от его частей, а также ложа трупа.

При осмотре эксперт должен направить усилия на собирание возможно большего количества представителей энтомофауны и других организмов, отметив их точное местоположение на трупе, использовав для этого контурное изображение человека и вокруг него в радиусе не менее 1 – 2 м и в почве на глубину до 0,3 м.

Уже в течение первых нескольких часов в летнее время, вокруг естественных отверстий рта, носа, глаз наблюдается значительное количество мух и их личинок. Особое внимание следует уделить сбору особей в различных фазах развития мух, как наиболее раннему, многочисленному, достаточно изученному компоненту энтомофауны. Мух более удобно собирать в пробирку, быстро накрывая сидящие особи насекомых. При этом не следует делать резких движений и заходить со стороны источника света. В одну пробирку можно поместить несколько особей, отделяя их небольшими кусочками ваты.

Обязательно собирают молодых мух в количестве 30 – 50 особей. Они отличаются от взрослых сложенными и неразвернутыми крыльями, белесоватой окраской и временным отсутствием полета. Огромное скопление окрашенных мух на окружающих разложившийся труп предметах указывает на недавнее массовое отрождение их из пупариев. Молодых мух помещают в пробирки отдельно от взрослых и снабжают этикеткой с точным указанием места и времени (часа) отлова. Мух доставляют специалисту-энтомологу в мертвом виде без консерванта. Мухи в пробирке, лишенные воды, быстро погибают и поэтому не требуют специального умерщвления.

Яйцекладки мух транспортируют в 200 мл банках лучше всего на кусочке, мяса весом до 50 г, положенном на влажный (слегка) грунт (опилки).

Личинок мух берут с разных частей трупа и его ложа, так как они группируются по видовой принадлежности и возрастным группам, которые визуально отличаются длиной и толщиной тела особей. С каждого участка забора пробы берут не менее 30 – 50 особей. Каждую пробу помещают в отдельную банку. Личинки и яйцекладки необходимо доставлять в лабораторию в живом виде, для чего их собирают ложкой и помещают в 200 – 500 мл банки, горловины которых завязывают плотной тканью, пропускающей воздух. Применение крышек, резиновых перчаток и полиэтиленовых мешков не разрешается. При транспортировке на дно банки кладут землю или опилки и кусок мяса из расчета 75 – 100 г на 50 личинок. Параллельно часть яйцекладок и личинок консервируют в 70° этиловом спирте. Растворы формалина для консервации применять не рекомендуется.

Ложнококон, или пупарий, представляет собой отставшую и затвердевшую кутикулу личинки мух 3-й стадии, в которой заключена настоящая куколка мухи. Цвет пупария обыкновенно красновато-бурый, темно-бурый или черный. Пупарий, как и их хитиновые оболочки, после выплода мух берут с разных участков трупа, его ложа и почвы под ним в количестве 75 – 100 шт. в каждой пробе. Изъятию подлежат все пупарии, отличающиеся друг от друга по величине, внешнему виду и окраске. Транспортируют их в банках на слегка увлажненных опилках или почве. В последующем из пупариев выводят мух. Если пупариев нет на трупе, то их нужно искать в почве на глубине до 30 см, а в помещении – в предметах одежды, мебели, щелях пола.

Важно отметить соотношение разных фаз развития мух на трупе, так как это поможет определить кратность заселения трупа мухами. Один вид мух, как правило, заселяет труп однократно.

Жуков ловят пинцетом в количестве 10 – 15 шт. каждого вида, умерщвляют эфиром или заливают 70° этиловым спиртом и помещают во флаконы отдельно от других насекомых, группируя по внешнему сходству.

Живых жуков можно, держать только по отдельности, так как они могут поедать друг друга. Особенно, при работе в помещении, нужно помнить, что жуки могут быть размером 1 – 1,5 мм.

Личинки жуков имеют разнообразную форму (камневидную, червеобразную, гусеницеобразную), хорошо обособленную головную капсулу и, как правило, 3 пары грудных ног. Их берут пинцетом в количестве 10 – 15 шт. и помещают в живом виде в отдельные флаконы с пробкой, пропускающей воздух. На дно банки кладут мясо. Надо помнить, что личинки кожеедов (гусеницеобразные) не переносят какого-либо увлажнения, пищевого субстрата и при таком сразу гибнут. Личинок разных видов нельзя помещать в один флакон, так как у мекрофагов сильно развито хищничество.

Куколки жуков открытые, имеют свободные, лишь слегка прижатые к телу придатки (усики, крылья и т. п.) и конечности, их можно пошевелить иглой. Куколок жуков (10 – 15 шт.), находящихся в почве под трупом на глубине 30 – 40 см или непосредственно в его тканях или под ним, распределяют по флаконам в соответствии с местом их залегания и присыпают землей аналогичной влажности. Часть экземпляров фиксируют в спирте.

Другие, виды насекомых собирают аналогичным способом и помещают отдельно от ранее собранных.

При обнаружении мумифицированного трупа в помещении с него собирают всю энтомофауну в полном объеме. Целесообразно провести дополнительный осмотр чердаков и подвалов и, если будут обнаружены трупы животных, то с них также собирают энтомофауну для последующего определения ее сходства или различия с энтомофауной трупа человека.

При обнаружении в почве малощетинковых червей их забирают вместе с субстратом, в котором они находятся, в количестве не более 20 – 30 шт.

Для предотвращения гибели живых насекомых банки и флаконы с ними нельзя оставлять на прямом солнечном свете или у источников тепла.

При работе на месте обнаружения трупа необходимо будет найти объяснение всем расхождениям между степенью развития фауны трупа и тем, что можно было бы ожидать на основании характеристики места его обнаружения, метеоусловий, времени года и состояния тканей трупа. Эти данные помогут при решении вопроса о возможном перемещении трупа.

При благоприятных природных условиях при исследовании ложа трупа параллельно со сбором насекомых целесообразно обратить внимание на состояние растительности. Необходимо отразить отличие растительности ложа, трупа от окружающей растительности; наличие зоны погибших растений и ее соотношение с проекцией трупа, выделениями из трупа и локализацией личинок мух; восстановление ранее утраченного растительного покрова ложа. Пробы растений фиксируют между плотными листами бумаги или заливают 96° этиловым спиртом. Подлежат изъятию ветки и трава, которыми был покрыт труп. Указанный материал передается следователю для назначения соответствующей экспертизы, которая также может дать сведения для решения вопроса о давности смерти.

На тканях трупа, одежде, ложе и прилегающих предметах могут обнаруживаться мицелии грибов, внешний вид и локализация которых подлежат описанию. При отборе проб производят соскоб частицы несущего материала стерильным скальпелем или пинцетом, либо берут мелкие кусочки предмета (ткани) носителя. Скальпель и пинцет стерилизуют завернутыми в бумагу в сухо-жаровом шкафу. Можно применять полиэтиленовую липкую ленту, обработанную ультрафиолетовым облучением в течение 30 минут. Взятые образцы помещают в стерильные банки, в которых они могут храниться не более 3 – 7 суток. Этого времени достаточно для доставки следователем указанного материала в ближайшую микологическую лабораторию.

Каждый флакон, банку и пробирку с пробкой, гербарий снабжают этикеткой, в которой указывают географическое место, дату и время взятия проб, с чего взят материал и кто производил забор.

Обращается внимание на наличие повреждений тканей трупа грызунами, птицами, а также на растаскивание его на части более крупными животными. Эти сведения помогут в установлении сезона попадания трупа на место его обнаружения.

Осмотр места обнаружения трупа следует дополнить подробной характеристикой местности, которая включает также оценку освещенности места обнаружения трупа прямыми солнечными лучами и их изменения в течение дня; влажностного и температурного режима, особенно в приземном слое (психрометр и лабораторный термометр); уровня грунтовых вод и его колебания (привлечение следователем соответствующего специалиста); возможности залива места нахождения трупа дождевой и талой водой; возможного снегозадержания.

В помещении необходимо обеспечить суточную фиксацию температуры с помощью термографа, обеспечивающего автоматическую запись и отметить расположение отопительных приборов, состояние окон и вентиляционных решеток по отношению к трупу.

Таким образом, успешная работа эксперта на месте происшествия по сбору энтомофауны будет способствовать успешному назначению и проведению в последующем судебно-энтомологической экспертизы.

Этапы и характеристика разложения трупа

В природных условиях биологическому разложению подвергаются органические вещества растительного и животного происхождения. Хорошо изучены процессы разложения трупов и экскрементов, компостирования растительных остатков, протекающие при участии микробов, грибов, актиномицетов, водорослей, простейших, нематод, клещей и насекомых. Трупы также разрушаются крупными животными – некрофагами.

Выделяют 4 – 5 стадий (этапов) разложения, но их количество может колебаться от 3-х и до 8-ми. В процессе разложения четко прослеживается смена популяций различных организмов, связанная как с межпопуляционным воздействием, так и с изменением химизма пищевого субстрата при постоянном воздействии факторов внешней среды. Выделение метаболического тепла (экзотермические реакции разложения) в течение длительного времени при разложении трупа на поверхности почвы (до +49 °С), при разложении экскрементов (до +38 °С) за счет деятельности личинок мух при компостировании), за счет деятельности микроорганизмов в аэробных условиях (до 4 – 70 °С) обеспечивает поддержание микроклимата разлагающегося субстрата на определенном уровне – благоприятном для одних видов и ограничивающем проникновение других. Выделение метаболического тепла при развитии личинок мух позволяет поддерживать микроклимат трупа в течение ряда дней на уровне, отличном от условий внешней среды. Интенсивность выделения тепла зависит от массы трупа, количества личинок и их физиологического состояния, вида насекомого и

условий теплообмена с внешней средой. Это явление обеспечивает благоприятные условия для переживания видами насекомых низких температур (минус 2 – 0 °С) и для уменьшения до 50 % продолжительности развития преимагинальных стадий (по сравнению с предполагаемой по метеорологическим данным продолжительностью развития). Существует пороговое значение температуры внешней среды около 10 °С, при достижении которого начинается выделение метаболического тепла. Начавшись, этот процесс может продолжаться и при более низких значениях температуры окружающей среды. Отмечено повышение температуры тканей погребенных трупов до 10 °С по сравнению с температурой почвы, но в данном случае уже за счет деятельности микробов.

В целом участие беспозвоночных в этих процессах проявляется:

- в механическом размельчении и разложении органических веществ с их перемешиванием с частицами почвы;
- во влиянии кишечных ферментов на разлагаемые массы, а вместе с продуктами разложения и на подстилающую растительность (в случае с трупом);
- в направленном влиянии на ход смены сообщества организмов.

Последнее положение является основополагающим для теории саморегуляции процесса разложения трупа.

Результаты исследований процесса биологического разложения трупа, проведенных в разных странах, показывают, что смена популяций насекомых-некробионтов в сходных климатических регионах происходит однотипно не только в целом, но и в пределах отдельных стадий этого процесса. Сукцессии некробионтов на трупе в сходных регионах представлены видами одних и тех же родов и семейств. Особенно хорошо это изучено у семейств отряда двукрылых. Таким образом, можно утверждать, что в разных регионах действуют одни и те же регулирующие механизмы. Последовательность смены определяется биохимическим состоянием тканей, которая в свою очередь формируется в результате жизнедеятельности различных групп организмов и воздействия метеорологических факторов. Процессы смены сообществ аналогичны и насекомым, присущи микроорганизмам, актиномицетам, плесневым грибам – то есть это общебиологическая закономерность. Различия выявлены в процессах разложения в регионах с сухим и влажным климатом. В первом – преобладают популяции жесткокрылых и предпоследней стадией разложения является стадия мумификации или сухих остатков. Во втором – преобладают популяции двукрылых (мух) и предпоследней стадией разложения является стадия медленного гниения или микробиологического разложения с участием микроорганизмов, плесневых грибов и водорослей.

Определено влияние метеорологических факторов на процесс разложения трупа. Наиболее интересно в этом плане отсутствие выраженного влияния метеофакторов в умеренной климатической зоне (за исключением температуры) на длительность разложения трупа личинками мух. При этом отмечена смена знака влияния факторов по мере развития процесса разложения.

Продолжительность развития насекомых регулируется видоспецифичными температурными параметрами, определяющими границы распространения видов и сезонные особенности их поведения.

Таким образом, можно говорить о том, что системе популяций организмов-некробионтов на трупе и сопутствующих им популяций хищников и паразитов свойственна саморегуляция. Сообщество некробионтов формируется как взаимодействие по крайней мере двух групп популяций: популяции некрофагов и популяции хищников и паразитов, а с участием популяций факультативных некрофагов и случайных компонентов и большего числа групп. Взаимодействие популяций является исходным пунктом развития всей системы некробионтов. Саморегуляция сообщества некробионтов характеризуется следующими взаимосвязанными положениями взаимодействия отдельных популяций:

- 1) динамическая изменчивость взаимодействующих популяций;
- 2) самоперестройка популяций как основа сменности развития системы некробионтов;
- 3) основополагающая и регулирующая роль природных условий и особенностей конкретного трупа;
- 4) генотипическая и фенотипическая неоднородность популяций по признаку отношения друг к другу.

Существование законов, регулирующих саморазвитие сообщества некробионтов, позволяет успешно применять методы судебной энтомологии в интересах следственной практики.

Успешное решение проблемы определения давности наступления смерти возможно только при рассмотрении трупа как микроэкосистемы, обладающей элементами саморегуляции своего развития и протекающих в ней процессов.

Разложение тканей непогребенных трупов является процессом комплексным, слагающимся из разрушения трупа птицами и животными и процесса биологического разложения (микробы, плесневые грибы, насекомые). Микроорганизмы и насекомые участвуют в разложении всех трупов. Присутствие плесневых грибов и водорослей отмечается после окончания питания личинок мух в 30 % случаев. Причем на трупах, начавших разлагаться весной, они встречаются в 55 % случаев, летом – 35 %, а осенью – не обнаруживаются. Последнее, объясняется тем, что личинки мух, которые продолжают развиваться вплоть до заморозков и покрытия трупов ле-

дяной коркой, выделяют вещество, препятствующее развитию плесневых грибов. Повреждение трупов птицами и животными встречается в 26 % случаев в 1-й год разложения и еще на 20 % их останков во 2-й год. Весной повреждается 67 % трупов, летом – 17 %, осенью – 26 %.

На основании преобладающей и манифестной в данный период деятельности той или иной подгруппы некробионтов процесс разложения трупа подразделяется на 5 этапов: каждому этапу соответствует определенная степень разложения тканей трупа.

1-й этап – раннего микробного разложения – следует за аутолитическими процессами и продолжается до появления яйцекладок мух и отрождения из них личинок. Средняя продолжительность с мая по сентябрь – 3 дня (1 – 5 дней).

2-й этап – активного разложения трупа насекомыми – начинается с отрождения личинок мух, протекает одновременно с продолжающимся микробным разложением и завершается с окончанием развития личинок, которые уничтожают основную массу мягких тканей трупа. Средняя продолжительность с мая по сентябрь – 22 дня (8 – 65 дней).

Характеристика состояния трупов, наличия признаков биологического разложения и повреждений животными в зависимости от календарного периода нахождения трупов в условиях внешней среды (по Петрову)

№ п/п	Месяц		Давность смерти, дни	Состояние трупа	Биологическое разложение		Повреждение животными	
	Пропажа человека	Нахождение трупа			Гниение	Энтомофауна трупа	Грызунами	Крупными животными
1.	июль	июль	4,5	полный труп	+	+	–	–
2.	октябрь	октябрь	5,5	полный труп	+	–	–	–
3.	август	август	25	частично скелетирован; внутренние органы разрушены	+	+	–	–
4.	июль	Июль	30	почти полностью скелетирован	+	+	–	–
5.	август	сентябрь	40	полностью скелетирован	+	+	–	–
6.	май	июль	53	почти полностью скелетирован	+	+	–	–
7.	декабрь	апрель	92	мягкие ткани и внутренние органы частично отсутствуют	+	–	–	–
8.	декабрь	апрель	115	–	+	–	+	+
9.	декабрь	апрель	135	почти полный труп	+	–	+	–
10.	октябрь	апрель	191	частично скелетирован	+	–	–	+
11.	январь	сентябрь	220	почти полностью скелетирован	+	+	+	+
12.	ноябрь	июль	223	скелет со связками	+	+	–	+
13.	октябрь	июнь	240	почти полностью скелетирован	+	+	+	+
14.	июнь	апрель	312	скелет, распавшийся по суставам	+	+	–	–
14.	октябрь	октябрь	377	скелет с небольшими остатками тканей	+	+	+	+

Время появления насекомых и характер разложения мягких тканей трупа с имитацией одежды и ее загрязнений

Характер загрязнения одежды	№ серии опыта	Начало появления насекомых на трупе (день)		Наличие разложения мягких тканей трупа		
		единичные	массовые	полное	частичное	нет
Бензин	1	5	8	=		+
	2	5	9		=	+
	3	–	4	+ =		
Керосин	1	2	5		=	+
	2	5	8			+ =
	3	–	4	+ =		
Дизельное топливо	1	2	8	=	+	
	2	5	9	=	+	
	3	5	7	=	+	
Смазочное масло	1	2	5	+ =		
	2	2	5			+ =
	3	4	5	=	+	
Лак С-4	1	2	8			+ =
	2	8	11		=	+
	3	6	7	+ =		
Нитрокраска	1	2	9			+ =
	2	2	8			+ =
	3	4	7		+ =	
Масляная краска	1	2	5	+ =		
	2	–	5		=	+
	3	4	6	+ =		
Остатки обгоревшей одежды	1	–	5	+ =		
	2	5	8		+ =	
	3	4	6	+ =		
Контроль с чистой одеждой	1	2	5		+ =	
	2	2	5		=	+
	3	–	4	=		+
Контроль без одежды	1	–	5	+ =		
	2	2	5		+ =	
	3	–	4	+ =		

Примечание: + – состояние трупа на момент снятия одежды на 14-й день; = – состояние трупа на 23-й день.

Процесс формирования фауны трупа в условиях жилища человека имеет свою специфику. Во-первых, это связано с поддержанием в жилище стабильного микроклимата, создающего условия для круглогодичной активности насекомых. Во-вторых, это обуславливается, с одной стороны, возможностью или невозможностью доступа насекомых-некрофагов по помещению с трупом, а, с другой стороны, наличием в жилище сформированного комплекса видов насекомых, способных к круглогодичному развитию. В-третьих видовой состав комплекса меняется в зависимости от внесения с пищевыми продуктами новых видов насекомых, или проведения

дезинсекционных мероприятий. Видовой состав насекомых может быть различным даже в помещениях одного и того же дома.

В 12 % случаев наблюдается явление частичной мумификации трупов.

**Средние сроки мумификации отдельных частей трупа
в зависимости от месяца и биотопа в условиях Северо-запада (в сутках)**

Биотоп \ Месяц	4	5	6	9
Поле	66,0	–	15,7	30,0
Болото	47,5	35,0	23,6	–
Овраг	36,0	–	20,5	–
Подлесок	–	–	25,0	–
Среднее по 4 биотопам	49,8	35,0	21,2	30,0

Средние сроки изменения состояния растительности в области ложа трупа

Время года	Число трупов	Сроки перехода зеленой окраски растений в желтую, сут.	Полная гибель растений в области ложа трупа, (в сутках)	
			После появления мух на трупе	После отрождения личинок мух
Весна	10	14,4	28,6	23,1
Лето	9	8,4	10,9	8,0
Осень	17	8,7	23,8	19,0

Сроки восстановления растительного ложа трупа

Характер восстанавливаемой растительности	Количество исследованных лож трупов	Сроки восстановления растительности, годы			
		1	2	3	4
Трава вокруг ложа трупа	36	9	26	33*	не наблюдали
Образование растительного вала вокруг ложа трупа	36	4	15	21	–
Трава в области ложа трупа:	36	0	2	6	12
полное восстановление		0	22	30	24
частичное		36	2	0	0
Мох в области ложа трупа:	6	0	0	0	4
полное восстановление		0	3	5	2
частичное					
не восстановился					

* в 3-х наблюдениях разрастания травы вокруг ложа трупов не наблюдалось

Труп и продукты его разложения оказывают механическое и химическое воздействие на растительность подстиляющей почвы. Механическое воздействие, кроме поломки растений, проявляется в изменении цвета растений с зеленого на различные оттенки желтого, связанного с процессом изменения их дыхательных пигментов.

Изменение цвета весной происходит в 2 раза медленнее, чем летом и осенью. Химическое воздействие связано в основном с периодом развития личинок мух на трупе, которые, обладая внекишечным пищеварением, резко увеличивают жидкую фракцию продуктов разложения, а за счет выделения метаболического тепла (температура массы личинок 45 – 49 °С) возрастает скорость протекания химических реакций. В среднем химическое выжигание растений происходит к 7-му дню от начала развития личинок.

Вокруг ложа трупа на 2-й год образуется растительный вал, который резко отличается по внешнему виду от окружающей растительности. Происходит своеобразная демаскировка ложа. Восстановление растительности собственно ложа трупа начинается на 2-й – 3-й год и заканчивается только на 4-м году.

Приведенные данные могут иметь значение при определении сезона попадания трупа на место его обнаружения.

Методика исследования фауны и флоры при судебно-медицинской экспертизе трупа

Весь процесс исследования фауны и флоры трупа в судебно-медицинском отношении можно разделить на 5 этапов.

При подготовительном этапе готовят укладку для выезда на место обнаружения трупа, в которую входят пинцеты, ложки, кисточки, эксгаустер для сбора мелких форм, лупа, морилка и др. предметы транспортировки (различные флаконы, коробки и пробирки) для перевозки материала в живом виде и с консервантом – 70 % спирт и простейшие измерительные приборы (термометр, термограф, компас, рулетка). Целесообразно предусмотреть также взятие проб растительности и почвы. Для перевозки растений необходимо заготовить листы плотной бумаги (картона), между которыми будут помещаться отобранные образцы или флаконы с 96° спиртом (для исследования на содержание хлорофилла).

Сбор плесневых грибов следует производить стерильным скальпелем и пинцетом, а также иметь стерильный флакон для их перевозки.

Следующим этапом является совместная работа следователя, судебно-медицинского эксперта и специалиста-энтомолога. Следователь может привлечь к этой работе энтомолога из городской или районной СЭС. На 1 этом этапе необходимо произвести тщательный осмотр достаточно большого участка местности с целью обнаружения и сбора всех частей трупа и других объектов, имеющих отношение к делу и составить план взаимоположения всех обнаруженных объектов. Необходимо заметить, что в соответствии с законом о назначении энтомологической (ботанической, микологической) экспертизы, следователь должен обеспечить доставку биоматериала

териала в лабораторию нарочным в пределах первых двух суток с момента изъятия материала.

Третьим этапом является проведение лабораторного исследования, но, кроме общепринятого исследования трупа или его останков, включает сбор фауны трупа, который наряду с качественным проведением места его обнаружения уточняется соотношением повреждений одежды и тканей трупа с локализацией насекомых; подробное описание повреждений, причиненных насекомыми и другими представителями фауны.

При необходимости опытным путем может быть проверена возможность причинения данных повреждений насекомыми. Недопустимо промедление с исследованием трупа, так как много ценного материала может быть уничтожено продолжающейся жизнедеятельностью фауны, а применение инсектицидов в судебно-медицинской практике не приемлемо. Выбирая методику содержания насекомых с целью определения сроков их развития, получения данных для применения расчетных методов и обеспечения определения вида по взрослой стадии насекомого-имаго. Определение видов растений, плесневых грибов и водорослей, изучение взятых проб растительности и почвы, определение содержания хлорофилла в пробах с ложа трупа также поручают соответствующим специалистам.

Установление загрязняющих одежду веществ и исследование характера их воздействия на жизнедеятельность насекомых проводят путем постановки соответствующих опытов с имитацией загрязнений на экспериментальных объектах. Идентификацию видов животных по следам зубов поручают соответствующему специалисту.

Для целенаправленности проводимых исследований дополнительно необходимо изучать сведения из протокола осмотра места обнаружения трупа, результаты исследования трупа и другие материалы дела. Если и возникнут незначительные противоречия в степени развития фауны трупа и состояния его тканей, они должны быть обязательно объяснены исследователем.

Четвертый этап осуществляет следователь. Эксперт должен помочь ему составить перечень сведений-вопросов, необходимых при расследовании и рекомендовать следователю привлечь специалистов к проведению судебно-энтомологической экспертизы. Специалистам-биологам поручают определение видового состава фауны трупа и подготовку сведений об особенностях биологии каждого вида.

В ближайшей к месту происшествия метеостанции получают подробную метеосводку, которая обязательно должна содержать сведения о значениях среднесуточной, максимальной и минимальной температурах, данные об осадках, солнечных днях, движений воздуха (например, был ли ветер большой интенсивности и др.). Как правило, требуются сведения о почасовой метеосводке.

При необходимости осуществляют повторный осмотр места обнаружения трупа с исследованием его фауны. Положительные результаты могут быть получены и тогда, когда труп уже направлен в морг с места его обнаружения, а осматривается его ложе.

Всегда следует запрашивать организации, занимающиеся изучением фауны данного района, о частоте встречаемости тех или иных видов насекомых (фауны), времени их массового скопления, размножения, характере и времени миграции. В исключительных случаях может быть рекомендовано проведение эксперимента по установлению идентичности фауны трупа с места его обнаружения. Объект эксперимента по своим размерам должен быть близок по размерам человеческому телу. Место, условия и особенно время проведения эксперимента должны точно соответствовать условиям конкретного дела. Исключение возможно только при выборочной идентификации некоторых видов мух, имеющих равномерное распределение генераций в пределах теплого года, или синантропных насекомых, развивающихся в течение всего года.

Получают сведения о сезонных изменениях некоторых характеристик биотопа, уровне грунтовых вод, затоплении места обнаружения трупа дождевой или талой водой, характере снегового покрова и места его весеннего задержания и др.

Для планирования оперативно-следственных действий до получения результатов энтомологической экспертизы можно пользоваться усредненными сроками развития мух вне зависимости от вида. Указанные сроки не могут использоваться для обоснования заключения о давности наступления смерти.

Особо надо отметить, что следователь не должен направлять узкому специалисту только одни изъятые объекты, являющиеся предметом его изучения, без собранных материалов дела и результатов других исследований. При экспертизе гнилостно-измененных и скелетированных трупов целесообразно проведение комплексных исследований.

На пятом этапе осуществления оценки полученных результатов, обосновывают и формулируют выводы. Наиболее ответственным моментом является расчет возможной продолжительности развития насекомых на трупе. Время начала развития насекомых на трупе может не совпадать со временем наступления смерти, а место обнаружения трупа не всегда оказывается местом ее наступления.

Первый метод расчетов основывается на том положении, что продолжительность развития насекомых от яйца до имаго при переменных температурах близка продолжительности этого развития при постоянной температуре равной значению средней температуры за период развития при переменных величинах.

**Сроки развития некробионтных видов мух в зависимости
от температуры внешней среды (в сутках)**

Температура развития, °С	Срок развития от яйца до пупария	Срок развития от яйца до вылета мухи
11	21,2 – 50,0	43,1 – 103,5
12	19,1 – 38,1	38,8 – 69,0
13	17,4 – 30,8	35,3 – 51,8
14	15,9 – 25,8	32,3 – 42,9
15	14,7 – 22,2	29,8 – 39,3
16	13,6 – 19,5	27,7 – 36,3
17	12,7 – 17,4	25,9 – 33,7
18	11,9 – 15,7	23,0 – 31,5
19	11,2 – 14,3	20,7 – 29,5
20	10,6 – 13,1	18,8 – 27,8
21	10,0 – 12,1	17,3 – 26,2
22	9,6 – 11,3	15,9 – 24,8
23	9,1 – 10,6	14,8 – 23,6
24	8,7 – 10,1	13,8 – 22,5
25	8,3 – 9,7	12,9 – 21,5
26	7,9 – 9,3	12,2 – 20,5
27	7,6 – 8,3	11,5 – 15,5
28	7,3 – 7,9	10,9 – 14,9
29	7,5	10,4 – 11,8
30	7,2	9,9 – 11,3

Зная продолжительность развития вида при постоянной температуре, и, зная среднюю температуру за исследуемый период времени, можно определить возможность или невозможность начала развития насекомых на трупе в данное время. При этом при подсчете средней температуры учитывают температуры за время развития насекомых в лаборатории до выплода имаго. Этот метод имеет ориентировочное значение и обычно применяется при обнаружении на трупе видов насекомых с недостаточно изученной биологией.

Нижний порог развития – это крайнее нижнее значение температуры внешней среды, выше которого возможно поступательное развитие вида насекомых. Значение порога специфично для каждого вида. Температуры ниже значения порога до определенного предела вызывают холодовое оцепенение, а затем гибель насекомых.

Эффективная температура – это значение температуры, которое непосредственно вызывает поступательное развитие вида. В каждом конкретном отрезке времени для определенного вида она равна разнице между значением температуры внешней среды и значением нижнего порога развития данного вида. Чаще пользуются среднесуточной эффективной температурой.

Тепловая постоянная вида – это сумма эффективных температур, необходимая для прохождения видом развития от яйца до выплода взрослого насекомого (имаго). Значение тепловой постоянной вида, как и значение нижнего

порога развития, является видоспецифичным и не изменяется в зависимости от географического района. По ней определяется продолжительность развития в конкретных условиях внешней среды и ареал распространения вида.

**Температурные параметры, регулирующие развитие
некоторых мух – некробионтов (по Виноградовой, Марченко)**

№ п/п	Вид мухи	Нижний порог развития, °С	Тепловая постоянная вида, °С	Сумма эффективных температур для развития от яйца до пупария, °С
1.	<i>Protophormia terraenovae</i> K-D	7,8	251	191
2.	<i>Calliphora vomitoria</i> L	3,0	472	213
3.	– vicina R-D	2,0	388	191
4.	<i>Chrysomya albiceps</i> Wd.	10,2	186	123
5.	<i>Lucilia sericata</i> Mg.	9,0	207	–
6.	<i>Phormia regina</i> Mg.	11,4	148	101
7.	<i>Muscinia assimilis</i> Fll	7,9	240	102
8.	– stabulans Fll.	7,2	269	139
9.	<i>Boettcherisca septemtrionalis</i> Rohd	8,3	279	117
10.	<i>Piophilina foveolata</i> Mg.	6,4	434	278

Сумма эффективных температур, необходимая для развития от яйца до куколки (пупария) – величина постоянная для каждого вида, как и тепловая постоянная.

Индекс развития – это часть развития, завершаемая, видом за единицу времени (час, сутки) при данной температуре. При этом продолжительность развития от яйца до имаго условно принимается за единицу. Индекс развития для конкретного значения температуры определяется путем деления единицы на продолжительность развития при данном значении температуры, сохранявшемся неизменным в ходе всего развития от яйца до имаго.

Следовательно, индекс развития – величина видоспецифичная, изменяющаяся в зависимости от значения температуры. Применение индексов развития позволяет избежать вычисления значений эффективных температур при определении продолжительности развития вида в конкретных условиях.

Перечисленные параметры позволили создать и внедрить в практику судебной медицины методику ретроспективного определения начала развития насекомых на трупе, основанную на применении индексов развития или эффективных температур, а в конечном итоге, – создать достаточно надежную методику определения давности наступления смерти и ряда характеристик ее условий, в тех случаях, когда иными методами решить данные вопросы либо не представляется возможным, либо достаточно затруднительно с требуемой степенью точности.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ АНАЛИЗА К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основные нормативные документы по судебно-медицинской экспертизе

Судебно-медицинская экспертиза и другие виды судебно-медицинской работы осуществляются в соответствии с основами законодательства Республики Беларусь:

Общие

1. Указ Президента Республики Беларусь № 808 от 29 декабря 2001 г. о преобразовании БГССМЭ РБ в Государственную службу медицинских судебных экспертиз РБ.
2. Инструкция «О производстве судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь № 2035 от 31.12.1998 г.
3. Положение «О Государственном судебно-медицинском эксперте Республики Беларусь».

Специальные

1. «Правила судебно-медицинской экспертизы трупа в Республике Беларусь». Приложение к приказу № 38-С от 1 июля 1999 г.
2. «Правила судебно-медицинской экспертизы характера и степени тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь». Приложение к приказу № 38-С от 1 июля 1999 г.
3. «Правила работы врача судебно-медицинского эксперта при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)». Приложение к приказу № 38-С от 1 июля 1999 г.
4. «Правила производства судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств и установление родства». Приложение к приказу № 38-С от 1 июля 1999 г.
5. «Правила производства медико-криминалистических экспертиз».

Указ Президента Республики Беларусь от 29 декабря 2001 г. № 2808 О Государственной службе медицинских судебных экспертиз

В целях повышения роли медицинских судебных экспертиз в укреплении законности и борьбе с преступностью постановляю:

1. Преобразовать Белорусскую государственную службу судебно-медицинской экспертизы в Государственную службу медицинских судебных экспертиз (далее – Служба медицинских судебных экспертиз) с правами юридического лица.

2. Установить, что:

2.1. Служба медицинских судебных экспертиз является государственным учреждением, которое подчиняется непосредственно Генеральному прокурору Республики Беларусь и реализует функцию государственного регулирования в сфере организации, производства, научно-методического и кадрового обеспечения всех видов медицинских судебных экспертиз в Республике Беларусь;

2.2. на Генерального прокурора Республики Беларусь возлагается персональная ответственность за обеспечение независимости, объективности и эффективности деятельности Службы медицинских судебных экспертиз по усилению борьбы с преступностью, защите законных прав и интересов граждан;

2.3. Службу медицинских судебных экспертиз возглавляет Главный государственный судебно-медицинский эксперт Республики Беларусь – начальник Государственной службы медицинских судебных экспертиз, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Президентом Республики Беларусь по представлению Генерального прокурора Республики Беларусь. Начальник Государственной службы медицинских судебных экспертиз по статусу приравнивается к заместителю Генерального прокурора Республики Беларусь;

2.4. сотрудники Службы медицинских судебных экспертиз, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, обеспечиваются служебными жилыми помещениями в установленном порядке.

3. Утвердить прилагаемое Положение о Государственной службе медицинских судебных экспертиз.

4. Совету Министров Республики Беларусь в двухмесячный срок:
 - 4.1. Принять меры, направленные на реализацию настоящего Указа;
 - 4.2. Привести решения Правительства и подчиненных ему республиканских органов государственного управления в соответствие с данным Указом.
5. Из подпункта 3.2 пункта 3 Указа Президента Республики Беларусь от 24 сентября 2001 г. № 2 516 «О совершенствовании системы республиканских органов государственного управления и иных государственных организаций, подчиненных Правительству Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов, 2001 г., М 92, 1/3078) абзац четвертый исключить.
6. Признать утратившим силу Указ Президента Республики Беларусь от 6 ноября 1998 г. № 2 532 «О Белорусской государственной службе судебно-медицинской экспертизы» (Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь, 1998 г., М 31, ст. 789).
7. Настоящий Указ вступает в силу со дня его подписания.

Президент Республики Беларусь
А. ЛУКАШЕНКО

Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы

1. Общие положения:
 - 1.1. Судебно-медицинская экспертиза служит целям и задачам правосудия. В то же время ее деятельность направлена на всемерное содействие органам здравоохранения в улучшении качества лечебной помощи населению и проведении профилактических мероприятий.
Судебно-медицинская экспертиза и другие виды судебно-медицинской работы осуществляются в соответствии с Основами законодательства Республики Беларусь о здравоохранении, уголовном, уголовно-процессуальном, гражданском и гражданско-процессуальном законодательством, приказами и другими нормативными актами, издаваемыми Министерством здравоохранения РБ.
 - 1.2. Судебно-медицинская экспертиза производится в бюро судебно-медицинской экспертизы, которые в РБ находятся в ведении республиканских, областных, городских подразделений Прокуратуры РБ.
 - 1.3. К компетенции судебно-медицинской экспертизы относятся:
 - 1.3.1. Экспертиза трупов в случаях насильственной смерти;
 - 1.3.2. Судебно-медицинское исследование трупов при подозрении на применение насилия или при других обстоятельствах, обуславливающих необходимость производства исследования трупа в судебно-медицинском порядке;
 - 1.3.3. Экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц, а также судебно-медицинское освидетельствование граждан для определения характера и тяжести телесных повреждений, возраста, половых состояний и разрешения других вопросов, требующих познаний в области судебной медицины;
 - 1.3.4. Экспертиза вещественных доказательств путем применения лабораторных методов исследования объектов;
 - 1.3.5. Экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел.
 - 1.4. В качестве специалиста судебно-медицинский эксперт привлекается к участию в первоначальных и других следственных действиях: к осмотру трупов на месте происшествия (обнаружения), эксгумации, освидетельствованию, изъятию образцов для сравнительного исследования и др.
 - 1.5. Судебно-медицинские, судебно-химические экспертизы и другие виды судебно-медицинской работы производятся специалистами, занимающими должности врачей – судебно-медицинских экспертов, физиков – судебно-медицинских экспертов, заведующих структурными подразделениями бюро судебно-медицинской экспертизы и начальников бюро, именуемыми в дальнейшем судебно-медицинскими экспертами.
- Порядок допуска к работе в указанных должностях определяется в установленном порядке Республиканским Управлением ГССМЭ РБ.

1.6. К участию в производстве судебно-медицинских экспертиз могут быть привлечены: профессорско-преподавательский состав кафедр судебной медицины, врачи-научные сотрудники, специалисты, учреждений здравоохранения и других медицинских ведомств. При выполнении указанной работы эти лица по своему процессуальному положению являются, экспертами.

2. Основные положения уголовно-процессуального законодательства о порядке проведения экспертизы правила организации и производства судебно-медицинской экспертизы:

2.1. Судебно-медицинская экспертиза производится по постановлению лица, производящего дознание, следователя, прокурора, а также по определению суда. По мотивированному письменному поручению органов дознания, следователя, прокурора, суда могут производиться судебно-медицинские исследования и судебно-медицинские освидетельствования с целью выявления признаков, служащих основанием для возбуждения уголовного дела.

2.2. Методика проведения отдельных видов судебно-медицинских экспертиз определяется специальными инструкциями, методическими указаниями, правилами, утверждаемыми в установленном законом порядке.

2.3. Уголовно-процессуальные и гражданско-процессуальные кодексы предусматривают проведение первичной, дополнительной и повторной экспертизы.

Дополнительная судебно-медицинская экспертиза назначается в случае недостаточной ясности или полноты заключения. Она может быть поручена судебно-медицинскому эксперту, производившему первичную экспертизу, или другому эксперту.

Повторная судебно-медицинская экспертиза назначается в случаях необоснованности заключения эксперта или сомнения в его правильности. Она поручается другому эксперту или нескольким другим экспертам. Проведение повторной экспертизы не может быть поручено судебно-медицинскому эксперту, производившему первичную экспертизу.

2.4. Судебно-медицинская экспертиза производится одним или несколькими экспертами, при необходимости – экспертами различных специальностей.

Необходимость участия в производстве экспертизы нескольких экспертов определяется степенью сложности и характером случая.

2.5. Персональный состав экспертов определяется следователем, назначившим судебно-медицинскую экспертизу, либо начальником бюро судебно-медицинской экспертизы, если состав экспертов не установлен следователем или судом.

2.6. Участие нескольких экспертов, при необходимости – различных специальностей, является обязательным при проведении следующих судебно-медицинских экспертиз:

- а) экспертиз по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения;
- б) повторных экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел;
- в) экспертиз определения стойкой утраты трудоспособности;
- г) первичных экспертиз в особо сложных случаях.

Примечание: Судебно-медицинские экспертизы по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения, а также экспертизы определения стойкой утраты трудоспособности и повторные судебно-медицинские экспертизы, производятся только в областных и республиканском бюро судебно-медицинской экспертизы. Они не могут быть произведены в городских, межрайонных и районных отделениях судебно-медицинской экспертизы.

Копии «Заключений эксперта» или «Актów судебно-медицинских экспертиз» в случаях, указанных в пп. а), б) п. 2.6., немедленно представляются для контроля главному судебно-медицинскому эксперту ГССМЭ.

Следователь вправе присутствовать при производстве судебно-медицинской экспертизы; о времени производства экспертизы он ставится в известность экспертом.

При неявке следователя к назначенному сроку судебно-медицинская экспертиза производится в его отсутствие, если дальнейшее промедление может отрицательно повлиять на качество экспертизы.

Примечание: Следователь не присутствует при экспертизе лица другого пола, если экспертиза сопровождается обнажением свидетельствуемого.

2.7. Присутствие обвиняемого и других лиц при производстве судебно-медицинской экспертизы допускается только с разрешения следователя.

Врачи лечебно-профилактических учреждений допускаются к присутствию при экспертизе трупа с разрешения следователя, а при судебно-медицинском исследовании трупа – с разрешения, заведующего отделом (отделением) бюро судебно-медицинской экспертизы.

2.8. При производстве экспертизы не на базе бюро судебно-медицинской экспертизы, руководители лечебно-профилактического учреждения обеспечивают судебно-медицинских экспертов помещением для производства экспертизы (морг, врачебный кабинет в поликлинике), предоставляют стеклянную посуду, тару, упаковочные и другие материалы для подготовки и упаковки объектов, предназначенных для лабораторного исследования, и оказывают другую необходимую помощь.

Органы дознания, следователь, прокурор оказывают содействие в пересылке указанных объектов в судебно-медицинскую лабораторию.

2.9. По требованию органов дознания, следователя, прокурора и суда судебно-медицинский эксперт привлекается к участию в первоначальных и других следственных действиях, а именно: к осмотру трупа на месте происшествия (обнаружения), эксгумации, освидетельствованию, изъятию образцов, проведению следственных экспериментов. При участии в первоначальных и других следственных действиях судебно-медицинский эксперт осуществляет свою деятельность не в качестве эксперта, а как специалист в области судебной медицины. Он оказывает содействие следователю в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств, обращает внимание следователя на обстоятельства, связанные с обнаружением, закреплением и изъятием доказательств и дает связанные с этим пояснения, знакомится с протоколом и подписывает его.

Деятельность специалиста регламентируется уголовно-процессуальным и гражданско-процессуальным кодексами РФ.

Органы дознания, следователь, прокурор, суд при вызове судебно-медицинского эксперта для участия в первоначальных и других следственных действиях предоставляют ему транспортные средства.

2.10. Судебно-медицинский эксперт обязан явиться для выполнения экспертизы и участия в первоначальных и других следственных действиях по вызову органов дознания, следователя, прокурора, суда. За уклонение или отказ без уважительной причины от производства экспертизы или участия в первоначальных и других следственных действиях, а также за дачу заведомо ложного заключения судебно-медицинский эксперт несет ответственность в установленном порядке.

Судебно-медицинский эксперт осуществляет свои функции, как правило, в пределах обслуживаемой территории.

2.11. Перед проведением экспертизы следователь или начальник бюро судебно-медицинской экспертизы по поручению следователя разъясняет судебно-медицинскому эксперту права и обязанности, предусмотренные соответствующими статьями уголовно-процессуального и гражданско-процессуального кодексов, предупреждает его об ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения или за дачу заведомо ложного заключения по соответствующей статье уголовного кодекса и берет у него подписку.

При проведении экспертизы в суде права и обязанности судебно-медицинского эксперта и его ответственность разъясняет председательствующий в судебном заседании.

2.12. Судебно-медицинский эксперт не имеет права принимать участие в производстве экспертиз, в первоначальных и других следственных действиях, исследованиях и освидетельствованиях, если он является потерпевшим, гражданских истцом или ответчиком, свидетелем или находится в родственных отношениях, в служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или ответчика и их представителей, а так же если имеются иные обстоятельства, дающие основание считать, что он лично, прямо или косвенно заинтересован в деле. В таких случаях эксперт подлежит отводу или должен заявить самоотвод. Вопрос об отводе эксперта разрешается лицом, производящим дознание, следователем, прокурором, а в суде – судом, рассматривающим дело. Предыдущее его участие в деле в качестве специалиста при наружном осмотре трупа не является основанием для отвода.

2.13. Судебно-медицинский эксперт при производстве экспертизы для разрешения вопросов, изложенных в постановлении лица, производящего дознание, следователя, прокурора или в определении суда, имеет право просить об уточнении и разъяснении предложенных ему вопросов и должен отказаться от ответов на вопросы, выходящие за пределы его знаний или не входящие в компетенцию судебно-медицинского эксперта.

Если при производстве экспертизы судебно-медицинский эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

2.14. В случае сложности экспертизы и необходимости решения специальных вопросов судебно-медицинский эксперт, вправе заявить ходатайство перед органами, назначившими экспертизу, о приглашении для участия в экспертизе соответствующих специалистов.

2.15. Судебно-медицинский эксперт, вправе знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы.

Если судебно-медицинский эксперт находит, что предоставленные ему органами дознания, следователем, прокурором или судом материалы недостаточны для разрешения вопросов, поставленных перед ним, он сообщает, какие именно материалы и документы ему необходимы для производства экспертизы. В случае не предоставления их, он в письменной форме сообщает органам, назначившим экспертизу, о причинах невозможности дать заключение по поставленным вопросам.

Если же он не имеет возможности дать заключение лишь по отдельным вопросам, то указывает об этом в «Заключении эксперта» или в «Акте судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы».

2.17. Судебно-медицинский эксперт вправе, с разрешения лица, производящего дознание, следователя, прокурора, и суда, присутствовать при производстве допросов и других следственных и судебных действий и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы.

2.18. Судебно-медицинский эксперт не имеет права разглашать ставшие ему известными следственные материалы и данные, полученные в процессе проведения экспертизы.

2.19. Если в процессе проведения судебно-медицинской экспертизы возникает необходимость в производстве судебно-медицинских лабораторных исследований для разрешения вопросов, поставленных перед судебно-медицинским экспертом или возникших у него лично, то, на основании имеющегося у него постановления, определения или письменного предложения органов дознания, следователя, прокурора или суда, он направляет объекты в лабораторию бюро судебно-медицинской экспертизы. При этом судебно-медицинский эксперт заполняет соответствующий бланк, в котором указывает краткие обстоятельства дела, объективные данные, выявленные при экспертизе, цели лабораторного исследования.

2.20. Если возникает необходимость проконсультировать лицо, подвергаемое судебно-медицинской экспертизе или судебно-медицинскому освидетельствованию, у врача-специалиста, работающего в другом учреждении здравоохранения, то его направляют в это учреждение с соответствующим письмом, подписанным начальником бюро или заведующим отделом (отделением) бюро, либо судебно-медицинским экспертом.

2.21. Судебно-медицинский эксперт обязан до окончания экспертизы доводить до сведения органов, назначивших экспертизу, выявленные им новые данные, имеющие значение для дела.

2.22. В процессе судебно-медицинской экспертизы экспертом могут быть выявлены объекты, которые по своему характеру могут стать вещественными доказательствами и предметом отдельной судебно-медицинской, криминалистической или иной экспертизы.

Эти объекты подлежат описанию в «Заключении эксперта» или в «Акте судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» и передаче под расписку лицу, назначившему судебно-медицинскую экспертизу, для направления на соответствующую экспертизу.

2.23. Объекты судебно-медицинского исследования, в том числе вещественные доказательства, подлежат строгому учету и хранению. Эксперт обязан принять все зависящие от него меры для их сохранности. Порядок хранения и уничтожения объектов исследования и вещественных доказательств определяется специальными правилами.

2.24. Из трупа могут быть взяты какие-либо части, внутренние органы и ткани, кровь, моча и т. п. для судебно-медицинских лабораторных исследований.

Допускается изъятие для лечебных и научных целей трупных тканей, органов и крови, когда это не может воспрепятствовать правильной судебно-медицинской диагностике при первоначальном и, возможно, повторном исследовании трупа. Об изъятии тканей, органов, крови делается соответствующая запись в «Заключении эксперта» или в «Акте судебно-медицинской экспертизы», с указанием, что именно и для каких целей изъято и куда направлено.

2.25. Судебно-медицинский эксперт может быть допрошен следователем для разъяснения или дополнения данного им заключения; судебно-медицинский эксперт может изложить свои ответы собственноручно.

2.26. При рассмотрении уголовных и гражданских дел в судах судебно-медицинский эксперт может быть вызван для дачи заключения и допроса по произведенным на стадии предварительного следствия судебно-медицинским экспертным исследованиям, а также для проведения экспертизы в судебном следствии.

2.27. Судебно-медицинский эксперт, вызванный в суд, принимает участие в судебном заседании в порядке, регламентированном УПК и ГПК. Он имеет право знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы, задавать вопросы, потерпевшим, обвиняемым и свидетелям в связи с производством судебно-медицинской экспертизы.

2.28. При проведении судебно-медицинской экспертизы в суде заключение составляется судебно-медицинским экспертом в письменном виде, оглашается им в судебном заседании и передается суду. Копия заключения приобщается к документам экспертизы, находящимся в архиве бюро судебно-медицинской экспертизы.

Судебно-медицинский эксперт, вправе включить в свое заключение выводы по обстоятельствам дела, относящимся к его компетенции, о которых ему не были поставлены вопросы.

2.29. Если в производстве экспертизы участвуют несколько экспертов, то им должна быть предоставлена возможность совещаться между собой. Если эксперты пришли к единогласному выводу, то результаты экспертизы могут быть изложены в заключении, подписываемом всеми экспертами; в случае разногласия между экспертами они представляют отдельные заключения.

2.30. В случае неправильного истолкования участниками судебного процесса данного экспертом заключения, судебно-медицинский эксперт обязан заявить об этом в процессе судебного следствия.

3. Оформление заключения судебно-медицинского эксперта:

3.1. Результаты всех видов судебно-медицинской экспертизы, в том числе и судебно-химической экспертизы, оформляются документом, который в соответствии с действующими УПК и ГПК, именуется: «Заключение эксперта» или «Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы».

Оба эти документа имеют одинаковую структуру. Они состоят из следующих разделов: вводной части, включающей краткое изложение обстоятельств дела, исследовательской части и выводов (или заключения, если составляется акт судебно-медицинской экспертизы).

3.2. В вводной части должно быть указано:

- а) время и место производства экспертизы;
- б) условия производства экспертизы, имеющие значение для экспертного исследования (освещение, температура воздуха и др.);
- в) постановление или определение, на основании которого производится экспертиза;
- г) фамилия, имя, отчество эксперта, занимаемая должность, образование, специальность и стаж работы, квалификационная категория, ученая степень, ученое звание;
- д) при экспертизе трупа – фамилия, имя, отчество, возраст умершего; при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц – фамилия, имя, отчество, возраст, место жительства, документ, удостоверяющий личность; при экспертизе по материалам дела и экспертизе вещественных доказательств – наименование и номер уголовного или гражданского дела, количество томов, листов дела, перечень объектов и образцов, поступивших на экспертизу;
- е) лица, присутствующие при производстве экспертизы;

ж) подписка судебно-медицинского эксперта о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей и об его ответственности;

з) перечень вопросов, поставленных на разрешение экспертизы.

3.3. В «Обстоятельствах дела» излагаются сведения, которые необходимы судебно-медицинскому эксперту при проведении экспертных исследований и составлении выводов (заключения): при экспертизе трупа – следственные данные и содержание медицинских документов; при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц – медицинский опрос освидетельствуемого и жалобы (опрос детей производится в присутствии родителей или педагогов), следственные данные и содержание медицинских документов при экспертизе вещественных доказательств – следственные данные и содержание медицинских документов.

3.4. Исследовательская часть должна содержать подробное описание процесса исследования и всех найденных при этом фактических данных. В ней излагаются примененные методы исследования и используется объективная регистрация (фотоснимки, контурные схемы с обозначением повреждений и др.). Структура исследовательской части определяется видом проводимой экспертизы.

Этот раздел, в частности, включает:

3.4.1. При экспертизе трупа – описание одежды и данных наружного осмотра трупа; внутреннего исследования полостей, органов и тканей; изъятых объектов, передаваемых следователю для проведения других видов экспертиз; перечень объектов, направленных на лабораторное исследование; перечень тканей и органов, изъятых для трансплантации, а также в научных и учебных целях, с описанием произведенного вмешательства и указанием, что изъято, кому и в какое учреждение передано; результаты проведенных лабораторных исследований, с указанием дат их проведения и получения экспертом актов исследований;

3.4.2. При экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц – подробное описание всех выявленных в процессе экспертного обследования объективных медицинских данных, указание о направлении экспертом свидетельствуемого к врачам других специальностей, на рентгенологическое и другие исследования, а также результаты этих обследований и исследований; описание одежды, а также повреждений и наложений на ней, в случае, когда одежда исследовалась: перечень объектов (мазки и др.), направленных на лабораторное исследование, а также результаты этих исследований; должны быть отмечены даты проведения дополнительных обследований и исследований и получения их результатов экспертом;

3.4.3. При экспертизе вещественных доказательств – подробное описание вещественных доказательств и имеющихся на них следов, изложение примененных методов исследования и полученных результатов по каждому виду исследования, с указанием используемых реагентов, аппаратуры и оборудования, процесса анализа. В исследовательской части также описывается и исследование представленных образцов;

3.4.4. При экспертизе по материалам уголовных и гражданских дел – подробное изложение в виде «Обстоятельств дела» фактических данных, необходимых для экспертного анализа.

При экспертизе по делам о профессиональной деятельности медицинских работников в «Обстоятельства дела» включаются сведения, полученные при изучении подлинных медицинских и иных документов, имеющие значение для дела.

3.5. Вводная часть, обстоятельства дела и исследовательская часть составляют вместе протокол «Заключения эксперта» или «Акта судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы».

Протокол подписывается судебно-медицинским экспертом и лицами, упомянутыми в вводной части документа.

3.6. Выводы в «Заключении эксперта» и заключение в «Акте судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» являются научно-обоснованным мнением эксперта, сформулированным на основании результатов произведенной им экспертизы.

Выводы (заключение) составляются на основании объективных данных, установленных в процессе экспертизы, экспертного анализа обстоятельств дела и данных медицинской науки. Указанные объективные данные должны вытекать из вводной и исследовательской частей протокола.

Выводы (заключение) оформляются в соответствии с поставленными на разрешение эксперта вопросами. Они должны также содержать экспертную оценку объективных данных, выявленных в процессе экспертизы, которые, по мнению эксперта, имеют значение для дела.

Их следует излагать ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть мотивировано – обосновано фактическими данными.

3.7. Вводная часть, обстоятельства дела и исследовательская часть «Заключения эксперта» или «Акта судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» составляются непосредственно в процессе проведения экспертизы. Выводы в «Заключении эксперта» и заключение в «Акте судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» должны составляться с указанием даты их составления, после окончания всех исследований (см. п. 3.9).

3.8. «Заключение эксперта» или «Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» составляется не менее чем в двух экземплярах, один из которых передается органам дознания, следователю, прокурору или суду, а другой остается на хранении у заведующего районным, межрайонным, городским отделением бюро судебно-медицинской экспертизы или в бюро судебно-медицинской экспертизы.

Экспертиза вещественных доказательств оформляется в процессе производства экспертных исследований записями в рабочем журнале, на основании которых после окончания экспертных исследований составляется соответствующий документ.

3.9. «Заключение эксперта» или «Акт судебно-медицинской судебно-химической экспертизы» должно направляться органам дознания, следователю, прокурору, суду, назначившим судебно-медицинскую экспертизу, не позднее чем через три дня после окончания всех экспертных исследований.

Сроки проведения экспертиз определяются их видом, объемом и характером экспертных исследований. Наиболее длительными по сроку являются экспертизы вещественных доказательств и экспертизы трупов, что обусловлено проведением лабораторных исследований. Однако и эти экспертизы должны производиться в пределах не более одного месяца со дня получения от органов дознания, следователя, прокурора или суда всех необходимых материалов.

В случае превышения этого срока причина должна быть объяснена судебно-медицинским экспертом органам, назначившим экспертизу, и начальнику бюро судебно-медицинской экспертизы.

3.10. Запрещается подменять «Заключение эксперта» или «Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» различными справками и выписками, а также употреблять для составления вышеуказанных судебно-медицинских документов неутвержденные формы и бланки анкетного типа.

3.11. При осуществлении судебно-медицинской работы по письменному поручению органов дознания, следователя, прокурора, суда (см. п. 2.1), а также при производстве лабораторных исследований объектов, направляемых судебно-медицинскими экспертами (см. п. 2.19), составляется: «Акт судебно-медицинского (судебно-химического) исследования» или «Акт судебно-медицинского освидетельствования».

3.12. Порядок оформления этих документов такой же, что и в отношении «Заключения эксперта» или «Акта судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» (см. пп. 3.1 – 3.10). Однако судебно-медицинский эксперт в этих случаях не дает подписки о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей и об ответственности.

Положение о государственном судебно-медицинском эксперте Республики Беларусь

1. На должность врача – судебно-медицинского эксперта назначается врач, окончивший лечебный, педиатрический факультет высшего медицинского учебного заведения (медицинский факультет университета).

Примечание: Должность врача – судебно-медицинского эксперта в судебно-химическом отделении замещается лицом, имеющим высшее фармацевтическое образование.

2. Назначение на должность и увольнение судебно-медицинского эксперта производится начальником бюро судебно-медицинской экспертизы.

3. Судебно-медицинский эксперт подчинен заведующему отделом (отделением) и проводит работу под его руководством.

4. Судебно-медицинский эксперт в своей работе руководствуется положением о бюро судебно-медицинской экспертизы, настоящим положением, другими официальными документами по судебно-медицинской экспертизе (приказы, правила, инструктивно-методические указания и распоряжения вышестоящих органов и должностных лиц), а также указаниями начальника бюро судебно-медицинской экспертизы его заместителя и заведующего отделом (отделением).

5. В соответствии с задачами судебно-медицинской экспертизы и настоящим положением судебно-медицинский эксперт обязан:

5.1. Производить порученные ему судебно-медицинские экспертизы, исследования и другие виды экспертной работы на высоком уровне и в надлежащие сроки;

5.2. Владеть рекомендованными в установленном порядке новыми методами исследования и применять их на практике;

5.3. Своевременно доводить до сведения соответствующих следственных и судебных органов данные, выявленные при производстве экспертизы и не отраженные в деле, а также в порядке личной инициативы обращать внимание лиц, назначивших экспертизу, на обстоятельства и факты, имеющие значение для расследования и судебного разбирательства;

5.4. Извещать заведующего отделом (отделением) или начальника бюро судебно-медицинской экспертизы о всех выявленных случаях дефектов диагностики и лечебной помощи;

5.5. Систематически работать над повышением своего теоретического уровня и профессиональной квалификации как самостоятельно, так и путем активного участия (доклады, сообщения, выступления в прениях и др.) в судебно-медицинских совещаниях, конференциях, заседаниях научного общества судебных медиков и врачей других специальностей, а также иных мероприятиях;

5.6. Проводить работу по повышению квалификации и воспитанию среднего и младшего медицинского персонала, требуя от него точного и своевременного выполнения своих обязанностей, соблюдения служебной (профессиональной) тайны, аккуратного обращения с аппаратурой, инструментарием, бельем и другим имуществом;

5.7. Своевременно составлять планы работы и отчеты;

5.8. Проводить анализ качественных показателей своей работы;

5.9. Соблюдать надлежащий санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим, а также правила техники безопасности и внутреннего трудового распорядка, требуя этого также от среднего и младшего медицинского персонала;

5.10. Организовывать и лично участвовать в судебно-медицинских клинических и клинико-анатомических конференциях по выявленным при производстве судебно-медицинских экспертиз случаям дефектов оказания медицинской помощи;

5.11. Принимать участие в педагогическом процессе с клиническими ординатурами и интернами по судебной медицине, а также в подготовке молодых судебно-медицинских экспертов на базе бюро судебно-медицинской экспертизы;

5.12. Проводить плановую санитарно-просветительную работу среди населения путем бесед, выступлений с лекциями и других форм работы;

5.13. Оказывать консультативную помощь работникам органов внутренних дел, прокуратуры и суда;

5.14. Передавать заведующему отделением (отделом) при уходе в отпуск или отъезде в длительную командировку все числящиеся за ним документы, в том числе и по неоконченным экспертизам и исследованиям, а также объекты, подлежащие исследованию;

5.15. Выполнять служебные задания заведующего отделением (отделом), начальника бюро судебно-медицинской экспертизы и его заместителя по экспертной работе.

6. Судебно-медицинский эксперт имеет право:

6.1. Ставить перед заведующим отделением (отделом), начальником бюро судебно-медицинской экспертизы вопрос о поощрении подчиненных ему лиц среднего и младшего медицинского персонала, а также о наложении на них взысканий за нарушения трудовой дисциплины и невыполнение своих обязанностей;

6.2. Проходить специализацию и периодическое повышение квалификации.

7. Судебно-медицинский эксперт несет ответственность:

7.1. За квалифицированное и своевременное выполнение судебно-медицинских экспертиз, исследований и других видов экспертной работы в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники;

7.2. За качественное и своевременное составление и ведение судебно-медицинской документации в соответствии с установленными положениями;

7.3. За сохранность вещественных доказательств и иных материалов, поступивших к нему для экспертизы или исследования;

7.4. За своевременное направление в органы, назначившие экспертизу, «Заключений экспертов», «Актów судебно-медицинских экспертиз», а также возвращение по принадлежности уголовных и гражданских дел, медицинской документации и других материалов и вещественных доказательств, подлежащих возврату;

7.5. За немедленное извещение начальника бюро судебно-медицинской экспертизы (в его отсутствие – заместителя начальника по экспертной работе или заведующего отделом) и в установленном порядке соответствующих органов здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы о выявленных им в процессе работы случаях острозаразных заболеваний и принятых мерах; своевременную информацию заведующего отделением (отделом) или начальника бюро судебно-медицинской экспертизы, либо его заместителя по экспертной работе о чрезвычайных происшествиях, грубых нарушениях правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций и трудовой дисциплины со стороны подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала и о принятых мерах;

7.6. За сохранность закрепленного за ним инвентаря и оборудования, технически правильное и экономное его использование, за чистоту и противопожарную безопасность в рабочем помещении;

7.7. За разглашение государственной тайны.

Правила работы государственного судебно-медицинского эксперта при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)

1. Общие положения:

1.1. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия) есть следственное действие, регламентированное УПК РБ. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения проводит следователь в присутствии понятых и с участием государственного судебно-медицинского эксперта (врача-эксперта), криминалиста и других специалистов.

Государственный судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) может приглашаться для дополнительного и повторного осмотра места происшествия в ходе предварительного и судебного следствия. В случаях, когда на месте происшествия нет условий для детального осмотра трупа, последний по возможности осматривается на месте, а затем осмотр его и оформление протоколов осмотра продолжают в морге.

1.2. В областных центрах и г. Минске осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия) осуществляют в рабочее время государственные судебно-медицинские эксперты отдела общих экспертиз бюро Государственной службы судебно-медицинской экспертизы, в выходные, праздничные дни и вне рабочее время, дежурные врачи экспертных учреждений.

Государственные судебно-медицинские эксперты районных и межрайонных отделений обеспечивают наружный осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия) в пределах обслуживаемой территории.

1.3. Целесообразно, чтобы государственный судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт), принимавший участие в осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия), производил судебно-медицинскую экспертизу трупа и участвовал в качестве судебно-медицинского эксперта до рассмотрения дела в суде.

1.4. Прибытие государственного судебно-медицинского эксперта (врача-эксперта) на место обнаружения трупа (происшествия) и его возвращение обеспечивают органы, проводящие осмотр

места происшествия; они же обеспечивают условия работы государственного судебно-медицинского эксперта (врача-эксперта), а также транспортировку трупа в морг и вещественных доказательств в соответствующие лаборатории, институты и другие учреждения, производящие необходимое исследование. Вместе с трупом в морг направляется постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа и копия протокола осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия).

1.5. При осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) государственный судебно-медицинский эксперт бюро Государственной службы судебно-медицинской экспертизы выступает в качестве врача-специалиста в области судебной медицины, в связи, с чем основной ролью его при этом следственном действии является оказание помощи следователю по вопросам, относящимся к компетенции государственного судебно-медицинского эксперта.

Прибыв на место обнаружения трупа, государственный судебно-медицинский эксперт или же иной врач (врач-эксперт), прежде всего, должен установить, имеются ли у «трупа» достоверные признаки смерти, и в случае их отсутствия поставить об этом в известность следователя, который обязан вызвать скорую медицинскую помощь, а государственный судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) должен лично принять необходимые меры по реанимации (искусственное дыхание, закрытый массаж сердца и др.), используя для этого имеющиеся у него приспособления и медикаменты. При отсутствии положительного эффекта от принятых реанимационных мероприятий в протоколе осмотра трупа на месте его обнаружения надлежит указать, какие реанимационные меры были приняты, время их начала и окончания, а также основания для их прекращения.

2. При осмотре трупа на месте его обнаружения государственный судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) обязан установить и сообщить следователю для внесения в протокол наружного осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия):

2.1. Положение трупа, его позу, расположение конечностей, предметы, находящиеся на трупе или под ним, состояние поверхности ложа трупа;

2.2. Состояние и положение одежды и обуви на трупе (ее целость, загрязнения, наложения, помарки, состояние застежек и петель, наличие следов, похожих на кровь, или же выделения);

2.3. Не снимая одежду (только расстегивая и приподнимая ее), определить пол, примерный возраст, телосложение, цвет кожных покровов, видимых слизистых оболочек, состояние зрачков, роговиц, состояние естественных отверстий, при наличии в естественных отверстиях инородных тел и выделений указать их характер, цвет и особенности;

2.4. Особые приметы (рубцы, татуировки, родимые пятна, физические недостатки и пр.);

2.5. Характер ранних трупных изменений с указанием времени их исследования:

- расположение и характер трупных пятен (цвет, изменения цвета при дозированном давлении и время (в секундах), необходимое для восстановления первоначальной окраски);
- реакция поперечно-полосатых мышц на механическое и электрическое воздействие;
- характер зрачковых реакций на электрическое и химическое раздражение;
- степень охлаждения закрытых и открытых частей тела на ощупь;
- температура тела (электротермометром и обычным медицинским термометром с указанием участка тела и времени измерений температуры), а также указывать температуру окружающей среды.

2.6. При наличии поздних трупных изменений (гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление и пр.) указать степень их выраженности и локализацию;

2.7. Имеется ли на трупе, в том числе изо рта, какой-либо запах (алкоголя, эфира и пр.). Запах изо рта лучше ощущается при надавливании на грудную клетку;

2.8. Наличие на трупе и одежде насекомых и их личинок (место наибольшего скопления и их характер). При необходимости для установления наступления смерти насекомые и их личинки подлежат изъятию и передаче следователю для направления их на энтомологическое исследование;

2.9. Состояние кистей рук, содержимое ладоней (зажатое в кулак и между пальцами), содержимое в подногтевых пространствах;

2.10. Состояние кожных покровов под молочными железами у женщин;

2.11. Наличие повреждений на теле трупа, их локализация, характер, размеры, форма, особенности краев, характер наложений, включения, потеки, похожие на кровь.

Примечание: Запрещается при осмотре ран (повреждений) производить их зондирование и другие действия, влекущие за собой изменения первоначального вида или свойства повреждения, а также обмывать, обтирать или иным способом удалять засохшую кровь или иные выделения во избежание утери мелких частиц (вещественных доказательств – осколков стекла, металла, копоти и т. д.). Фиксированные в повреждениях орудия и предметы надлежит оставлять в ранах до момента судебно-медицинской экспертизы трупа; только свободно лежащие в области повреждения инородные тела подлежат изъятию и передаче следователю для направления на исследование, о чем должно быть указано в протоколе осмотра трупа на месте его обнаружения.

3. По окончании наружного осмотра трупа на месте его обнаружения и изучения обстановки на месте происшествия (обнаружения трупа) государственный судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) в устной форме имеет право высказать следователю свои предложения:

- 3.1. О давности наступления смерти (примерно);
- 3.2. Изменялось ли положение трупа после смерти;
- 3.3. О механизме причинения телесных повреждений и предполагаемом орудии (оружии) травмы;
- 3.4. Является ли место обнаружения трупа местом происшествия;
- 3.5. При наличии на трупе и окружающих его предметов следов, похожих на кровь, по их локализации и характеру судить о механизме их образования (с целью реконструкции событий после наружного кровотечения);
- 3.6. Какова возможная причина смерти.

Окончательное решение интересующих следствие вопросов возможно только после полного судебно-медицинского вскрытия трупа и производства всех необходимых дополнительных исследований.

4. На месте обнаружения трупа государственный судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт):

- 4.1. Консультирует следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром трупа на месте обнаружения, а также по всем вопросам, связанным с последующей судебно-медицинской экспертизой трупа и лабораторными исследованиями, входящим в компетенцию судебно-медицинской экспертизы;
- 4.2. Оказывает следователю помощь в обнаружении и изъятии следов, похожих на кровь, сперму или другие выделения человека, различных веществ, похожих на лекарственные препараты; препараты бытовой или производственной химии, предметов или орудий, которыми могут быть причинены повреждения, и других объектов, представляющих интерес по данному делу;
- 4.3. Обращает внимание следователя и понятых на все особенности, в том числе и негативные обстоятельства, которые имеют значение для конкретного случая;
- 4.4. По ходу проведения исследований дает пояснение производимых действий и полученных результатов.

5. Выявление и изъятие следов вещественных доказательств, подлежащих экспертизе (исследованию) в судебно-медицинской лаборатории:

Государственный судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт), участвующий в осмотре трупа на месте происшествия, обязан обращать внимание следователя на следующие особенности:

- 5.1. При описании следов, которые могли образоваться от крови:
 - для всех следов: локализацию, форму, размеры.Кроме того, при описании следов необходимо установление следующих данных:
 - лужи: характер краев, периферии, наличие отпечатков в свертке (например, след волосяной части головы), изъятие сухого остатка для последующего взвешивания;
 - следы волочения: направление полос, их ширина, характер краев и концов (интенсивность);
 - пропитывание: установление, с какой стороны (лицевой или изнаночной) шло пропитывание ткани;
 - потеки: направление (в случае извилистого характера указать направление каждого отрезка), характер конца потека; капли: размеры участка со следами капель, количество следов, наличие слияния капель, вторичного разбрызгивания по периферии, детализация характера краев;

- брызги: размеры участка со следами брызг, его форма (веерообразная, в виде цепочки и т. п.), количество следов, направление длинника овала (при овальной форме), направление заостренного конца и точечного элемента (при каплевидной форме или следа восклицательного знака);

- помарки: детализация характера краев (мазки, отпечатки); инерционные следы: направление отхождения центробежных полос.

5.2. При поиске и описании следов спермы:

- четко описывать форму и очертания, цвет с учетом характера предмета-носителя, характерное свечение в ультрафиолетовых лучах.

5.3. При поиске и описании следов иных выделений (слюны, мочи, пота и т. д.):

- на особенности формы пятен и свечения в УФ – лучах.

5.4. При поиске волос необходимо хорошее освещение, лупы, пинцет с наконечниками, пробирки, пакеты и т. д.; соблюдать осторожность при изъятии и хранении, так как объект легко может быть утрачен при легком движении воздуха. Искать на орудиях травмы, на одежде, в руках, под трупом и т. д.

5.5. Слюна, пот и сперма могут обнаруживаться на предметах одежды подозреваемого, вокруг трупа и т. д.

5.6. При обнаружении частиц тканей человека необходимо принять меры к их сохранению методом охлаждения и срочному транспортированию в лабораторию для установления видовой принадлежности и решения вопроса о их принадлежности конкретному лицу. Наиболее надежным является метод «генной дактилоскопии», позволяющий решать вопрос об индивидуальной принадлежности тканей.

6. Особенности осмотра трупов при различных видах смерти:

При осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) государственный судебно-медицинский эксперт (врач-эксперт) обязан обратить внимание следователя на следующие особенности:

6.1. При дорожно-транспортной травме:

- позу трупа, его положение по отношению к частям дороги, окружающим предметам, транспортному средству или следам последнего, а также расстояние между ними;

- состояние одежды, наличие на ней повреждений, осколков стекла, загрязнений краской, уличной грязью, частицами дорожного покрытия, а также следов волочения или протекторов, гусениц и других частей транспортного средства;

- состояние обуви, наличие на ней повреждений, следов скольжения на подошвах; характер повреждений на трупе, их локализацию, мест ненормальной подвижности костей, наличие крепитации, деформации отдельных частей тела, укорочения конечностей, следов волочения, внедрившихся инородных частиц;

- на участке дороги наличие веществ биологического происхождения, отдельные предметы одежды или обуви или их обрывки, вещи;

- наличие на транспортном средстве следов крови, волос, частиц кожи, мозгового вещества, кусочков тканей и органов, лоскутов и волокон тканей одежды, отпечатков рисунка последних и др. и их высоту от дорожного покрытия.

6.2. При железнодорожной травме:

- позу, расположение трупа и его отчлененных частиц по отношению к рельсовым нитям, насыпи, путевым сооружениям и железнодорожному транспорту (под каким вагоном или колесной парой), расстояние между отчлененными частями тела;

- наличие на одежде повреждений, характерных загрязнений (смазочными веществами, антисептиками), внедрившихся частичек балластного слоя пути, «складчатые заглаживания», полос давления;

- характер и локализацию повреждений на трупе, загрязнение краев и дна последних, признаки кровотечения на одежде и местности, цвет полос давления и осаднения и т. д.;

- наличие на участке железнодорожного пути следов волочения тела;

- наличие на железнодорожном транспорте следов биологического происхождения и высоту их расположения.

6.3. При авиационной травме:

- взаиморасположение трупов или их частей относительно друг друга и обломков воздушного судна;
- следы перемещения тел или их частей на местности;
- состояние одежды, посторонние запахи;
- принадлежность частей каждому трупу (к частям прикрепляют бирки с порядковыми номерами и, если известно, фамилией погибшего);
- категорически запрещается изъятие документов, ценностей и других предметов из останков трупа, т. к. они в дальнейшем существенно помогают при опознании;
- виды повреждающих воздействий на трупах или частях;
- наличие следов и повреждений на теле от воздействия повреждений на теле от воздействия привязных ремней, характер и особенности повреждений у членов экипажа (возможные признаки огнестрельных повреждений, отравлений окисью углерода и др.).

6.4. При падении с высоты:

- полосовидные загрязнения на одежде, потертости тканей или декоративных деталей (пуговиц, пряжек) от скольжения вдоль стены, совпадение особенностей опачкивания одежды с характером загрязнения места, откуда упал пострадавший, полосовидные разрывы вдоль швов;
- отпечатки рисунка ткани на кожных покровах трупа, преимущественное расположение телесных повреждений на выступающих частях лица и тела, одностороннюю локализацию повреждений (при условии отсутствия ступенчатого падения);
- симметричность повреждений при падении на верхние или нижние конечности;
- повреждения мягких тканей соответственно одной или обоим пяточным областям;
- укорочение одной из нижних конечностей и ротация стопы.

6.5. При повреждениях тупыми и острыми предметами:

- состояние одежды и характер повреждений на ней;
- характер повреждений на теле трупа, анатомическую локализацию, форму, края, приблизительные размеры, другие особенности, соответствие повреждениям на одежде, наличие или отсутствие на руках трупа повреждений, характерных для борьбы или самообороны;
- при однородных повреждениях – количество, взаимное расположение;
- наличие следов, похожих на кровь, волос, текстильных волокон, кусочков мягких тканей, мозгового вещества на трупе, его одежде, предметах окружающей обстановки, предполагаемых орудиях травмы;
- наличие следов, похожих на кровь, на подошвах обуви и подошвенной поверхности стоп. Фиксированные в повреждениях или естественных отверстиях тела предметы извлекать категорически запрещается.

6.6. При огнестрельных повреждениях:

- повреждения на одежде, их локализацию, форму, наличие дефекта, приблизительные размеры, наличие между слоями одежды или в ее складках пуль, дроби, пыжей и следов дополнительных факторов выстрела (при обнаружении изъять для специального исследования);
- наличие обуви на ногах;
- количество повреждений их на теле трупа, форму и приблизительные размеры, наличие дефекта (минус – ткани), отпечатка дульного конца оружия, разрывов ткани в области входного отверстия, наличие инородных тел в ране; характер ранения (сквозное, слепое, касательное) и его особенности;
- следы, подозрительные на кровь, на теле, одежде трупа, окружающих предметах, их расположение и особенности.

6.7. При взрывной травме:

- положение трупа по отношению к взрывной воронке (эпицентру взрыва);
- взаиморасположение трупа и его отдельных частей с указанием расстояния между ними;
- наличие между слоями одежды свободно лежащих осколков, деталей взорвавшегося устройства, частичек взрывного вещества;
- характер повреждения на одежде трупа, наличие обгорания, опаления, закопчения.

6.8. При асфиксии от механических причин:

- наличие одутловатости лица, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз;
- положение языка, синюшность кожных покровов;
- следы кала, мочи, спермы на теле и одежде.

6.8.1. При сдавлении шеи петлей – позу трупа;

- при свободном висении тела – расстояние от пола до стоп трупа, свободного (нижнего) и фиксированного концов петли, наличие предметов, которые могли использоваться как подставки, имеющиеся на них следы (например, обуви и следы от них на полу (ковре), грунте);
- при неполном висении тела – какие части тела имеют точки опоры, расстояние от пола до свободного (нижнего) и фиксированного концов петли; особенности крепления конца петли к опоре, следы скольжения на опоре и веревке; петля (тип, количество витков, материал, наличие узлов, пряжек, отверстий в материале и др. особенности, расположение петли на шее, месторасположение узла, характер вязки узлов); локализация трупных пятен, цвет лица, наличие точечных кровоизлияний в соединительные оболочки глаз, положение языка, характер и особенности странгуляционной борозды, соответствие между ней и петлей.

Примечание: 1. Петлю снять для дальнейшего направления вместе с трупом в морг, перерезав ее в месте, противоположном узлу, а затем скрепить нитками разрезанные концы, измерить длину петли и ее свободной части.

2. При наличии на шее трупа туго затянутой петли последняя на месте происшествия не снимается.

6.8.2. При сдавлении органов шеи руками, при подозрении на смерть от закрытий отверстий рта и носа или другими предметами:

- позу трупа, состояние одежды, наличие на ней повреждений и наложений;
- вдавление на предмете, закрывающем отверстия носа и рта, в месте прилегания лица, наложения слюны, рвотных масс;
- кляп в полости рта – материал, насколько выступает из-за преддверия рта, насколько плотно фиксирован;
- полиэтиленовый пакет (мешок) на голове – положение, места плотного прилегания, наличие на внутренней поверхности пакета наложений веществ, капелек влаги, следов запотевания, после снятия – посторонний запах, форму, размеры;
- повреждения на коже шеи, лица, вокруг отверстий носа и рта, состояние слизистой оболочки губ, полости рта; наличие повреждений в других областях тела, особенно на руках.

Примечание: Кляп на месте происшествия извлекать из полости рта категорически запрещается. Для предотвращения его выпадения или смещения кляп необходимо зафиксировать к коже полосками лейкопластыря.

6.8.3. При сдавлении грудной клетки и живота:

- характер, размеры сдавливающих предметов;
- отпечатки одежды и иных предметов на коже;
- характер и особенности механических повреждений;
- окраску кожных покровов, кровоизлияния в слизистую век и белочную оболочку глаз, кожу лица, шеи, верхней части туловища, экзофтальм и др.

6.8.4. При утоплении в воде:

- наличие предметов, удерживающих тело на поверхности воды (спасательный пояс и др.) или, наоборот, способствовавших погружению, с указанием их размеров, характера и способов крепления;
- какие части тела погружены в воду;
- наличие и состояние одежды, наложение на ней песка, ила, водорослей и др., наличие и локализацию механических повреждений, и их характер, участков мацерации кожи; присутствие стойкой пены у отверстий носа и рта.

Примечание: Государственному судебно-медицинскому эксперту следует рекомендовать следователю для исследования на планктон брать пробы воды из водоема в количестве одного литра каждая на 3-х уровнях в месте утопления; если же оно неизвестно, то на месте обнаружения трупа.

6.9. При отравлениях:

- следы воздействия яда на коже и одежде (ожоги, рвотные массы на трупе и возле него);
- предметы с остатками химических веществ (бутылки, стаканы, ампулы, конвалюты из-под лекарств, порошки, таблетки, жидкости) рядом с трупом или в карманах одежды, наличие шприца и иглы и т. д.;
- цвет кожных покровов, особенности трупных изменений, состояние зрачков, запах изо рта, наличие следов от инъекций.

Примечание: Государственному судебно-медицинскому эксперту следует рекомендовать следователю изъятие остатков химических веществ для дальнейших лабораторных исследований.

6.10. При действии низкой температуры:

- позу трупа, состояние поверхности, на которой находился труп, с описанием характера «ложа»;
- состояние одежды (соответственно времени года, ветхость, влажность и др.);
- особенности трупных изменений, наличие инея и кусочков льда в области глаз, отверстий рта и носа, «гусиную кожу» и наличие отморожений различной степени, их локализацию, размеры и другие особенности.

Примечание: Осмотр замерзшего трупа проводится с осторожностью для предупреждения повреждений хрупких замерзших частей тела (пальцев, ушных раковин и т.д.).

6.11. При действии высокой температуры:

- отсутствие или частичное сохранение одежды (соответственно каким областям тела), ее состояние, наличие специфического запаха (бензин, керосин и др.), опаление или обгорание, следов похожих на кровь;
- позу трупа, локализацию, распространенность и степень ожогов на трупе;
- наличие копоти у отверстий носа и рта, на слизистой оболочке рта, языке, зубах, на вершинах складок кожи и т. д.;
- наличие повреждений, не связанных с действием пламени. Необходимо помнить, что при осмотре пожарищ останки трупа могут быть обнаружены в разных местах в результате растаскивания частей тела при тушении строения.

Примечание: Государственный судебно-медицинский эксперт рекомендует следователю изъятие из разных мест топки и поддувала не менее 4-х отдельных проб золы весом примерно по 50 г, а после осмотра и отбора отдельных находок – в изъятии всей остальной золы для исследования.

6.12. При поражении электричеством:

6.12.1. Атмосферным (молнией) – наличие повреждений на одежде и теле: обгорание одежды, ожоги или опаление волос, «фигуры молнии» на коже, а также оплавление металлических предметов.

6.12.2. Техническим:

- перед началом осмотра убедиться в том, что труп и окружающие его предметы не находятся под действием электротока;
- достоверные признаки смерти;
- положение трупа и его отдельных частей по отношению к токонесущим и заземленным предметам, наличие на источниках и проводниках тока кусочков эпидермиса, крови, волос, текстильных волокон и частиц одежды, особенности одежды, благоприятствующие проведению тока (влажность, гвозди на подошвах обуви);
- наличие повреждений от теплового и механического действия тока (опаление, обгорание, разрывы тканей, расплавление гвоздей в обуви, металлических и пластмассовых предметов в карманах);
- признаки действия тока: электрометки на местах контакта с проводником и предполагаемого выхода тока.

6.13. При криминальном аборте:

- наличие спринцовок, кружек, тазов, медицинских инструментов, химических веществ, медикаментов, которые могли применяться с целью аборта;
- следов, подозрительных на кровь на белье и предметах окружающей обстановки; позу трупа, имеющиеся признаки беременности, состояние наружных половых органов и промежности (механические повреждения, кровь, посторонние предметы, введенные в половые пути);
- необходимость осмотра мест, где могут находиться выброшенные или спрятанные плацента, плод и его части.

6.14. При осмотре трупов новорожденных или их частей:

- наличие и характер упаковки, способ перевязки, наличие или отсутствие сыровидной смазки, родовой опухоли, следов крови или мекония, признаков ухода за младенцем (перевязка пуповины, повязка и др.), инородных тел в естественных отверстиях, состояние пуповины и детского места, повреждения на них.

6.15. При осмотре трупа неизвестного человека:

- одежду (детально), сопутствующие предметы вблизи трупа и под ним;
- пол, антропологический тип, приблизительный возраст, телосложение, волосистой покров, состояние зубов, особые приметы (дефекты развития, последствия травмы и заболеваний, рубцы, татуировки и пр.), наличие и характер повреждений, целесообразность описания трупа методом словесного портрета, фотографирования и дактилоскопирования его.

6.16. При обнаружении частей расчлененного трупа:

- наличие и характер упаковки, одежды (детально);
- способ перевязки, анатомический характер обнаруженных отчлененных частей тела;
- трупные изменения, загрязнение посторонними веществами, наличие следов, похожих на кровь;
- особые приметы (см. п. 6.15), локализацию, характер, поверхности краев и др. особенности мест расчленения;
- форма, приблизительные размеры и особенности иных повреждений и др.;
- целесообразность фотографирования, а при наличии соответствующих объектов описания методом словесного портрета и дактилоскопирования.

6.17. При обнаружении скелетированного трупа – взаимное расположение костей, соответствие нормальному расположению в скелете, повреждения и наложения на поверхности костей.

Примечание: Нельзя извлекать отдельные кости по мере их появления, а следует освободить от почвы скелет и только затем извлечь останки полностью.

6.18. При скоропостижной смерти:

- отсутствие или наличие повреждений, их характер;
- необходимость выяснения предшествующих смерти обстоятельств, получения медицинской документации о покойном.

9.19. При возникновении обоснованного подозрения на смерть от особо опасной инфекции (чума, оспа, холера и др.) государственный судебно-медицинский эксперт обязан немедленно сообщить об этом следователю и совместно с ним принять меры к извещению руководителей ближайших органов здравоохранения и санэпидемстанции. Все участники осмотра места происшествия обязаны оставаться на месте до прибытия специальной противэпидемической бригады, которая дает соответствующие указания в зависимости от конкретной обстановки. Эвакуация трупа осуществляется санитарно-эпидемиологической службой на специальном транспорте.

Инструкция о порядке производства судебно-медицинской экспертизы трупов иностранных граждан в Республике Беларусь

1. Судебно-медицинская экспертиза трупов иностранных граждан на территории Республики Беларусь производится в соответствии с законодательством Республики Беларусь, Правилами судебно-медицинской экспертизы трупа в Республике Беларусь и настоящей Инструкцией.

Примечание: В тех случаях, когда посольство, консульство или родственники умершего иностранного гражданина возражают против вскрытия трупа, вопрос решается с МИД Республики Беларусь следователем, назначившим экспертизу. До его разрешения труп содержится в условиях, препятствующих развитию гнилостных процессов.

2. Экспертиза трупов иностранных граждан производится в судебно-медицинских или иных моргах, обеспеченных действующей холодильной установкой.

3. Доставку в морг трупов, одежды и предметов, относящихся к трупу, обеспечивает лицо, назначившее экспертизу. Оно же принимает меры к извещению об этом заинтересованных лиц, организации.

4. Трупы иностранных граждан принимаются в морг только при наличии постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы. Исключение составляют случаи направления трупов в морг на сохранение по предварительному согласованию с администрацией Государственной службы судебно-медицинской экспертизы.

5. Судебно-медицинская экспертиза трупа иностранного гражданина производится не менее чем двумя экспертами. При проведении вскрытия трупа, как правило, должно присутствовать лицо, назначившее экспертизу, и представитель посольства или консульства государства, гражданином которого является умерший. О времени начала экспертизы следователь извещается экспертами заранее.

Присутствие родственников умершего при экспертизе трупа иностранного гражданина возможно только с разрешения и в присутствии следователя.

6. Врачебное свидетельство «О смерти» выдается на основании судебно-медицинской экспертизы трупа и подписывается двумя государственными судебно-медицинскими экспертами, производившими вскрытие трупа.

7. «Врачебное свидетельство о смерти» выдается государственными судебно-медицинскими экспертами родственникам умершего иностранного гражданина или представителям посольства (консульства), либо представителям МИД Республики Беларусь.

8. «Заключение эксперта» выдается в 2-х экземплярах органу, назначившему экспертизу трупа, после всех лабораторных исследований. Третий экземпляр сохраняется в архиве бюро Государственной службы судебно-медицинской экспертизы. Посольство (консульство) может получить копии указанных документов через МИД Республики Беларусь или непосредственно у следователя при наличии согласия МИД Республики Беларусь.

Примечание: В случаях выдачи государственными судебно-медицинскими экспертами «Врачебного свидетельства о смерти» без вскрытия трупа в графе 8 «Причина смерти» производится запись «Не устанавливалась». При этом следователем с участием специалистов составляется протокол наружного осмотра трупа.

9. Труп выдается из морга в гробу, обмытым и одетым. Гроб доставляется лицами, осуществляющими захоронение. При транспортировке трупа за рубеж должен быть доставлен также металлический гроб.

Подготовка трупа для захоронения и его выдача осуществляется персоналом морга. За оказание услуг, связанных с производством экспертизы, хранением и подготовкой трупа к захоронению, взимается плата по утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь расценкам.

10. Документ об отсутствии у умершего иностранного гражданина особо опасных инфекций выдается санитарно-эпидемиологической службой с учетом эпидемиологической обстановки в регионе при наличии «Врачебного свидетельства о смерти», в котором указана причина смерти.

Правила судебно-медицинской экспертизы трупа

1. Общие положения:

1.1. Настоящие Правила регламентируют организацию и производство судебно-медицинской экспертизы трупа в судебно-медицинских учреждениях, городских, областных, республиканском бюро судебно-медицинской экспертизы. Этот вид экспертизы производят в соответствии с уголовно-процессуальным законодательством РБ, постановлениями и решениями высших правоохранительных органов РБ по вопросам судебной экспертизы, Инструкцией о производстве судебно-медицинской экспертизы, настоящими Правилами, приказами, иными нормативными и методическими документами, издаваемыми в РБ.

1.2. Судебно-медицинскую экспертизу трупа назначают после возбуждения уголовного дела постановлением лица, производящего дознание, следователя, прокурора, судьи, либо определением суда для установления причины насильственной смерти, наличия и механизма образования телесных повреждений, а также решения иных вопросов, изложенных в постановлении (определении) и не выходящих за пределы специальных познаний эксперта.

В прочих случаях установление причины смерти осуществляют в процессе судебно-медицинского или патолого-анатомического исследования трупа по письменному предложению правоохранительных органов.

1.2.1. При смерти в лечебно-профилактическом учреждении лица, находящегося на лечении и умершего от насильственной причины или при подозрении на таковую, либо при обстоятельствах, указывающих на ненадлежащее исполнение медицинским персоналом своих должностных и профессиональных обязанностей, главный врач учреждения обязан своевременно известить об этом территориальные правоохранительные органы для решения вопроса о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа.

1.2.2. Трупы лиц, умерших скоропостижно вне лечебного учреждения и при жизни не наблюдавшихся врачами, подлежат судебно-медицинскому исследованию при подозрении на насильственную смерть.

В остальных случаях трупы лиц, умерших скоропостижно, направляют на патолого-анатомическое вскрытие. При обнаружении признаков насильственной смерти вскрытие прекращают, заведующий патолого-анатомическим отделением принимает меры к сохранению органов и тканей трупа и извещает через главного врача правоохранительные органы с целью назначения судебно-медицинской экспертизы. Эта экспертиза может быть поручена тому же патологоанатому, либо судебно-медицинскому эксперту с передачей ему оформленного протокола патолого-анатомического исследования.

1.2.3. Судебно-медицинскую экспертизу трупа производят, как правило, штатные судебно-медицинские эксперты. К производству экспертизы трупа могут привлекаться профессорско-преподавательский состав кафедр (курсов) судебной медицины медицинских ВУЗов, а также врачи иной специальности, обладающие специальными познаниями для дачи заключения. Требования органов следствия и суда о привлечении такого лица в качестве эксперта обязательно для руководителей учреждений, в котором это лицо работает.

1.2.4. Судебно-медицинскую экспертизу трупа производят в судебно-медицинском морге или морге лечебно-профилактического учреждения.

1.2.5. При невозможности доставить труп в морг лицо, назначившее экспертизу, совместно с администрацией лечебно-профилактического учреждения обеспечивает создание судебно-медицинскому эксперту необходимых условий для работы в ином помещении.

1.2.6. В исключительных случаях, по согласованию с руководством правоохранительных органов и судебно-медицинским экспертом, допускается производство экспертизы эксгумированного или обнаруженного трупа на открытом воздухе при условии теплого времени года, сухой погоды, достаточно естественном освещении и создания необходимых условий для работы, максимально приближенных к требованиям судебно-медицинской экспертизы.

1.3. Своевременную доставку в морг трупа, его одежды и других предметов, непосредственно относящихся к трупу, обеспечивает лицо, назначившее судебно-медицинскую экспертизу (исследование) трупа. Перевозка трупа в морг может осуществляться и сотрудниками Бюро судебно-медицинской экспертизы там, где сложилась такая практика. Одновременно препровождается постановление (определение), в котором излагаются обстоятельства наступления смерти или обнаружения трупа, формулируются вопросы к эксперту, а также перечисляются документы и ценности, доставляемые с трупом. Если производят первоначальный осмотр места происшествия и трупа, то прилагают копию протокола осмотра.

1.3.1. Если постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы не может быть оформлено при направлении трупа в морг, труп препровождают с письменным поручением, в котором отмечают, что постановление будет доставлено к началу производства экспертизы.

1.4. Бригады «Скорой медицинской помощи» вправе в порядке исключения доставлять в судебно-медицинский морг трупы лиц, умерших на улице и иных общественных местах, подвергая их, в случаях необходимости обязательной предварительной санитарной обработке.

Врач (фельдшер) бригады обязан предоставить дежурному санитару морга заполненный отрывной талон к «Сопроводительному листу» и известить отделение милиции, с территории обслуживания которого был доставлен труп. Это отделение милиции или прокуратура обеспечивает своевременное назначение судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа.

1.5. При направлении в морг трупа из лечебного учреждения лицо, назначившее судебно-медицинскую экспертизу, обеспечивает одновременную (или к началу производства экспертизы) доставку подлинника истории болезни и одежды умершего. Если одежда была изъята органами дознания или следствия либо с их разрешения выдана родственникам умершего, в постановлении об этом делают соответствующую запись.

1.6. Поступившие в морг трупы, одежда и различные предметы, доставленные с трупом, регистрируют в установленном порядке.

Трупы должны храниться в условиях, препятствующих развитию гнилостных изменений.

Одежда трупа и иные, доставленные с ним предметы должны сохраняться до начала производства экспертизы в том состоянии, в каком они поступили в морг. При необходимости судебно-медицинский эксперт поручает санитару морга осуществить конкретные мероприятия, направленные на предупреждение порчи доставленных предметов (просушить одежду, развесить ее на манекенах и т. п.)

1.6.1. Сохранность трупа, его частей, одежды и доставленных с ним предметов после экспертизы обеспечивает руководитель экспертного учреждения (подразделения).

1.7. После получения постановления или определения о назначении экспертизы трупа руководитель судебно-медицинского экспертного учреждения или подразделения (начальник бюро судебно-медицинской экспертизы или заведующий отделом судебно-медицинской экспертизы трупов, или заведующий городским, районным, межрайонным отделением) поручает производство ее конкретному специалисту (или специалистам) и разъясняет им права, обязанности и ответственность судебно-медицинского эксперта.

1.8. Судебно-медицинская экспертиза трупа может быть первичной, дополнительной и повторной. Согласия родственников или наследников покойного на производство экспертизы не требуется.

1.9. Судебно-медицинская экспертиза трупа производится, как правило, одним экспертом; в отдельных случаях (сложность и большой объем экспертного исследования, экспертиза трупа иностранного гражданина, экспертиза эксгумированного трупа, повторная экспертиза трупа) – двумя и более судебно-медицинскими экспертами.

1.10. Судебно-медицинский эксперт, проводивший первичную экспертизу трупа, может с разрешения лица, назначившего повторную судебно-медицинскую экспертизу трупа, присутствовать при ее производстве.

1.11. Объем и методики экспертных исследований при экспертизе трупа определяет судебно-медицинский эксперт, исходя из цели и задачи экспертизы, требований и обоснованности и объективности экспертных выводов, указаний ведомственных нормативных, инструктивных и методических документов.

1.12. Судебно-медицинская экспертиза трупа имеет комплексный характер и, как правило, наряду с экспертизой собственно трупа, экспертизу взятого из него биологического материала. По поручению руководителя экспертного учреждения этот материал передают в лабораторию Бюро и исследуется специалистами, которые также приобретают статус экспертов и оформляют результаты анализов в виде «Заключения эксперта», используемого при формулировании выводов экспертизы трупа.

1.13. Врачи, слушатели медицинских академий последипломного образования, студенты медицинских и юридических ВУЗов могут присутствовать при судебно-медицинской экспертизе трупа с разрешения лица, назначившего экспертизу.

В процессе судебно-медицинской экспертизы трупа судебно-медицинский эксперт не вправе давать посторонним лицам объяснения и отвечать на вопросы, связанные с экспертизой.

При судебно-медицинском исследовании трупа разрешение на присутствие посторонних лиц дает руководитель экспертного учреждения (подразделения).

1.14. Получив распоряжение руководителя экспертного учреждения (подразделения) о производстве судебно-медицинской экспертизы трупа, судебно-медицинский эксперт обязан:

1.14.1. При наличии предусмотренных законом оснований для своего отвода в качестве эксперта немедленно заявить об этом своему руководителю либо лицу или органу, назначившему экспертизу;

1.14.2. При отсутствии оснований для отвода или его отклонения принять порученную экспертизу к производству;

1.14.3. Произвести в пределах поставленных ему задач необходимые экспертные исследования и своевременно дать обоснованное и объективное заключение по поставленным вопросам;

1.14.4. Явиться по вызову суда, судьи, следователя для личного участия в судопроизводстве или предварительном расследовании;

1.14.5. Дать показания в суде и предварительном расследовании по вопросам, связанным с проведенным исследованием и данным заключением;

1.14.6. Сообщить органу или лицу, назначившему экспертизу об отказе от проведения и дачи заключения в порядке реализации закрепленных в Законе прав эксперта;

1.14.7. Обеспечить сохранность тканей, органов и иных объектов, изъятых при экспертизе трупа, и своевременное направление их на лабораторные (дополнительные) исследования или для передачи лицу, органу, назначившему экспертизу.

1.15. В процессе экспертизы трупа судебно-медицинский эксперт вправе:

1.15.1. Ознакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы, выписывать из них необходимые сведения;

1.15.2. Требовать предоставления дополнительных материалов и объектов, необходимых для дачи заключения;

1.15.3. Присутствовать при проведении следственных и судебных действий, участвовать в их производстве с разрешения лица или органа, назначившего экспертизу, если это необходимо для выяснения данных о причине смерти и обстоятельствах ее наступления;

1.15.4. Ходатайствовать о проведении экспертизы трупа группой экспертов;

1.15.5. Устанавливать имеющие значение для наступления смерти обстоятельства, по поводу которых ему не были заданы вопросы, и указывать их в своем заключении;

1.15.6. Получать в установленном порядке денежное вознаграждение за производство исследования трупа, если оно осуществлено не в порядке исполнения должностных обязанностей, а также компенсацию лично понесенных расходов на проведенную экспертизу;

1.15.7. Отказаться от производства экспертизы с письменным извещением руководителя экспертного учреждения или лица, ее назначившего в случаях:

1.15.7.1. Наличия оснований для своего отвода;

1.15.7.2. Нарушения процессуального порядка назначения экспертизы;

1.15.7.3. Выхода поставленных вопросов за пределы компетенции (специальных познаний) эксперта;

1.15.7.4. Недостаточности для дачи заключения объектов исследования и предоставленных материалов, при отказе их дополнения лицом или органом, назначившим экспертизу трупа;

1.15.7.5. Отсутствия условий, методических средств и оборудования, необходимых для проведения исследования трупа и дачи заключения;

1.15.7.6. Угрозы жизни и здоровью эксперта, выходящей за рамки обычного профессионального риска;

1.15.7.7. Отсутствия материального обеспечения работы, в том числе при экспертизе трупа за пределами обслуживаемой судебно-медицинским экспертом территории;

1.15.8. Обжаловать в установленном законом порядке действия лица, в производстве которого находится дело, либо руководителя экспертного учреждения, если эти действия нарушают права судебно-медицинского эксперта.

1.16. Судебно-медицинский эксперт не вправе:

1.16.1. Вести переговоры с участниками процесса, заинтересованными лицами по вопросам, связанным с производством экспертизы трупа, помимо лица или органа, ее назначившего;

1.16.2. Разглашать результаты экспертизы трупа и другие известные ему данные предварительного следствия;

1.16.3. Самостоятельно собирать материалы для производства экспертизы трупа, в том числе истребовать из медицинских учреждений медицинскую документацию покойного, выяснять обстоятельства наступления смерти и получать катанестические сведения от его родных и близких без разрешения лица, назначившего экспертизу;

1.16.4. Уничтожать без разрешения лица, назначившего экспертизу, изъятые при экспертизе трупа объекты (кожные препараты с повреждениями, участки поврежденной кости, волосы, ногти, орудия травмы, наложения и включения).

1.17. Судебно-медицинская экспертиза трупа может быть начата после появления ранних трупных изменений (охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение). До появления указанных изменений экспертиза трупа может быть произведена только после констатации факта смерти в установленном Министерством здравоохранения РБ порядке комиссионно и оформления соответствующего акта. Один экземпляр этого акта вручают судебно-медицинскому эксперту, которому поручена экспертиза трупа, и хранится в бюро судебно-медицинской экспертизы вместе с копией заключения.

1.18. При производстве судебно-медицинской экспертизы трупа вправе присутствовать следователь, назначивший экспертизу (либо направленный им представитель), руководитель экспертного учреждения (подразделения), технический помощник эксперта. Неявка следователя, предварительно уведомленного о времени и месте экспертизы, не является основанием для задержки ее начала. Присутствие следователя при экспертизе трупа фиксируют в «Заключении эксперта».

1.19. Обязанность предоставления судебно-медицинскому эксперту необходимых для производства экспертизы трупа оборудования, материалов, информационных средств, обеспечения соответствующих технике безопасности и производственной санитарии условий работы, направления «Заключения эксперта» лицу или органу, ее назначившему, возлагается на руководителя экспертного учреждения (подразделения).

1.20. Руководитель экспертного учреждения (подразделения) не вправе давать эксперту указания, предрешающие ход исследования и содержание выводов по конкретной экспертизе.

1.21. При обнаружении личной заинтересованности судебно-медицинского эксперта в результате экспертизы он должен быть отстранен от производства данной экспертизы лицом, назначившим ее, или руководителем Бюро судебно-медицинской экспертизы. Перечень обстоятельств, свидетельствующих об этом, устанавливается УПК РБ.

2. Порядок, организация и техника выполнения судебно-медицинской экспертизы трупа:

2.1. Судебно-медицинская экспертиза трупа включает следующие действия эксперта:

- ознакомление с представленной документацией;
- планирование экспертизы трупа;
- наружное исследование трупа;
- внутреннее исследование трупа;
- изъятие биологического материала;
- оформление протокольной части «Заключения эксперта»;
- составление судебно-медицинского диагноза;
- оформление врачебного свидетельства о смерти;
- оформление запросов о предоставлении материалов;
- дополнительные исследования изъятого биологического материала;
- комплексная оценка с внесением в исследовательскую часть «Заключения эксперта» результатов исследования трупа, лабораторных исследований и данных из представленных материалов;
- оформление выводов «Заключения эксперта».

Изложенная общая схема последовательности действий эксперта в каждом конкретном случае может изменяться, уточняться или дополняться.

3. Ознакомление с представленной документацией:

3.1. Ознакомление (до вскрытия трупа) с представленными документами – постановлением (определением), копией протокола осмотра трупа и места происшествия, медицинскими документами и др. – необходимо эксперту для планирования экспертных действий, выбора методик и приемов вскрытия.

3.2. При изучении представленных документов выясняются условия и обстоятельства наступления смерти, особое внимание обращается на сведения, имеющие значение для установления ее причины и ответов на другие вопросы из постановления (определения).

3.3. При необходимости эксперт через следователя выясняет у родственников умершего перенесенные последним заболевания, травмы, вредные привычки, общее состояние здоровья в последнее время и другие сведения, вносит полученные данные (п. 3.2) в протокольную часть «Заключения эксперта», после соответствующего оформления полученных сведений лицом или органом, назначившим экспертизу.

4. Планирование экспертизы трупа:

4.1. После ознакомления с представленными документами эксперт, руководствуясь поставленными вопросами постановления (определения), изданными методическими указаниями (рекомендациями) о проведении экспертизы при отдельных видах смерти, а также вопросами, которые могут возникнуть в ходе следствия и на суде, определяет:

4.1.1. Объем экспертной работы в целом;

4.1.2. Последовательность исследования областей, систем и органов трупа, применения необходимых для этого специальных методик, приемов или проб;

4.1.3. Характер, последовательность и количество намеченного к изъятию биологического материала;

4.1.4. Объем работы вспомогательного персонала (лаборантов, медицинских регистраторов и санитаров) по приготовлению соответствующего оснащения, инструментария, посуды, инвентаря, упаковочного и другого материала.

В намеченный план могут вноситься коррективы в процессе выполнения конкретной экспертизы.

5. Наружное исследование трупа:

5.1. Наружное исследование включает:

5.1.1. Исследование одежды, обуви и иных предметов, доставленных с трупом;

5.1.2. Биологическую характеристику трупа;

5.1.3. Описание признаков внешности методом словесного портрета;

5.1.4. Исследование повреждений, в необходимых случаях фотографирование и зарисовку их на контурных схемах частей тела человека;

5.1.5. Взятие для лабораторного исследования мазков, выделений, наложений и других объектов, обнаруженных при наружном исследовании трупа и одежды;

5.1.6. Другие действия эксперта, обусловленные спецификой данного случая.

5.2. Исследование одежды начинают с перечисления отдельных ее предметов и их положения на трупе в момент осмотра. Отмечают предполагаемый вид материала (шелк, шерсть и др.), цвет, степень изношенности, сохранность петель, пуговиц и застежек. На одежде трупов неизвестных лиц отмечают также наличие характерного рисунка, меток, товарных знаков и других особенностей. Перечисляют и описывают содержимое карманов и другие предметы, доставленные с трупом.

При наличии повреждений и загрязнений на одежде указывают их точную локализацию (пользуясь стандартными наименованиями частей одежды и обуви), форму, размеры, расстояния от швов и других конкретных константных ориентиров (деталей) одежды (карманов, клапанов, края бортов и др.), направление, характер краев и концов и другие особенности. Выясняют взаиморасположение повреждений и загрязнений на одежде с повреждениями и следами на трупе. Повреждения и загрязнения следует измерить и сфотографировать.

При обнаружении разрывов, разрезов, следов скольжения, дефектов ткани, опаления или характерных изменений (отпечатки протектора, наложения смазки, частиц краски, копоты и др.) либо следов, похожих на кровь, рвотных масс, лекарственных, едких или иных химических веществ, эксперт обязан принять меры к сохранению выявленных повреждений, загрязнений, пропитываний и наложений для последующего их исследования экспертами других специальностей и к предупреждению возникновения дополнительных повреждений, загрязнений и деформации этих следов. С этой целью одежду просушивают, упаковывают в установленном порядке и передают под расписку следователю.

5.3. Перед снятием одежды необходимо провести исследование трупного окоченения в разных группах мышц и трупного охлаждения (см. пп. 5.5.1 и 5.5.2).

5.4. Исследование биологической характеристики трупа начинают с определения внешних признаков пола, возраста, телосложения, степени упитанности, измерения длины трупа и, при необходимости, его массы.

5.4.1. Обязательному взвешиванию подлежат: трупы детей в возрасте до одного года, трупы взрослых лиц при некоторых видах травмы – автомобильной, падении с высоты, а также при подозрении на отравление этанолом и т. п.;

5.4.2. Телосложение определяют как крепкое (атлетическое, гиперстеническое), среднее (нормостеническое), слабое (астеническое); при необходимости отмечают параметры отдельных частей тела.

5.5. Исследуют (с указанием точного времени) трупные изменения:

5.5.1. Определяют на ощупь охлаждение тела трупа в прикрытых одеждой и обнаженных частях тела (не менее чем двукратно, с часовым перерывом), измеряют температуру в подмышечной впадине и в прямой кишке (при возможности в ткани печени);

5.5.2. Устанавливают по плотности и рельефу скелетных мышц, объему движений в суставах наличие (отсутствие) трупного окоченения, его распространенность и степень выраженности в мышцах лица, шеи, верхних и нижних конечностях;

5.5.3. Отмечают наличие (отсутствие) трупных пятен, их локализацию в областях тела, распространенность, интенсивность (островковые, сливные, обильные, скудные), характер, цвет, наличие кровоизлияний на их фоне; описывают участки, лишенные пятен (отпечатки одежды и предметов); троекратно надавливают с силой 2 кг/см^2 и фиксируют время восстановления первоначальной окраски (в секундах, минутах), отмечают сохранение способности к перемещению при изменении положения тела трупа и степень отличия от первоначально возникших; делают надрезы кожи для дифференциации трупных пятен и кровоизлияний;

5.5.4. Определяют локальные подсыхания кожи в области прижизненных и посмертных механических повреждений (пергаментные пятна) и сдавлений кожи, отмечают их локализацию (как правило, на выступающих участках тела соответственно подлежащей кости), форму, размеры, выраженность контуров, уровень расположения (выступают, западают) по отношению к неизменной окружающей их коже; устанавливают помутнение роговицы (пятна Ляйше), подсыхание слизистой оболочки каймы губ, тонких слоев кожи – концев пальцев, мошонки, между складок кожи в местах опрелости и др.; диагностируют признак Белоголова (изменение формы зрачка при надавливании на глазное яблоко). Устанавливают прижизненные реакции: 1) зрачковую пробу, 2) механическое раздражение мышц плеча или бедра, 3) раздражение скелетных мышц электричеством, 4) берут отпечатки или мазки крови, секрета молочной железы, поверхности роговицы: кусочки кожи и мышц и направляют на лабораторное исследование для окраски красителями – нейтральным красным и метиленовым синим;

5.5.5. При наличии поздних трупных изменений отмечают гнилостный запах и увеличение размеров трупа («гигантский труп»); степень выраженности трупной зелени, гнилостной венозной сети кожи, гнилостных пузырей, гнилостной эмфиземы, приводят их локализацию, цвет, размеры, форму, признаки выпадения прямой кишки, матки; отмечают наличие участков жировоска, их запах, локализацию, консистенцию, цвет и сохранность структуры тканей на его фоне; устанавливают признаки мумификации (степень высыхания трупа, цвет кожи, плотность, звук при ударе по коже, уменьшение размеров и массы трупа) и торфяного дубления (цвет, плотность кожи, уменьшение размеров трупа). Обнаруженные на трупе мухи, их личинки, куколочки помещают в пробирки и направляют на лабораторное энтомологическое исследование; указывают локализацию, цвет, высоту, размеры колоний и участков плесени на коже и одежде трупа, осторожно снимают ее стерильным пинцетом и также помещают в стерильную пробирку для определения времени развития;

5.5.6. Применяют рекомендованные в установленном порядке инструментальные и лабораторные методы определения времени наступления смерти.

5.6. В обязательном порядке при исследовании трупа неизвестного лица осматривают кожные покровы. Отмечают их цвет и особенности кожи (сухая, влажная, сальная, землистая, «гусиная» и т. д.), степень оволосения (в том числе и длину волос на голове), наличие загрязне-

ний, наложений, следов медицинских инъекций, хирургических разрезов, высыпаний, припухлостей, струпов, изъязвлений, врожденных и приобретенных анатомических и иных индивидуальных особенностей (рубцы, родимые пятна, татуировки и пр.). При необходимости, например, при исследовании трупа неизвестного лица, наряду с составлением словесного портрета, обнаруженные анатомические и другие индивидуальные особенности фотографируют с масштабной линейкой, либо зарисовывают.

5.7. Исследуют голову. При ее ощупывании отмечают состояние костей мозгового и лицевого черепа, наличие подвижности, деформации и других особенностей. Особо тщательно осматривают волосистую часть, отмечая цвет и длину волос, облысение и т.д. Указывают, открыты ли глаза, определяют цвет радужной оболочки и диаметр зрачков, консистенцию глазных яблок, отмечают цвет, кровенаполнение, влажность белочной и соединительной оболочек (бледность, отечность, желтушность, наличие экхимозов), одутловатость лица. Указывают отсутствие (или наличие) и характер выделений из отверстий носа, рта и ушей. Осматривают кайму и слизистую оболочку губ. Отмечают, открыт ли рот, сомкнуты ли зубы, имеется ли ущемление языка. Указывают цвет и особенности видимых зубов, наличие и количество коронок и протезов, в том числе из желтого металла. Описывают состояние альвеолярной поверхности десен отсутствующих зубов. Отмечают наличие (или отсутствие) в полости рта крови, части пищевых масс, порошков, иных инородных предметов. При подозрении на баротравму исследуют состояние барабанных перепонок с помощью лобных и ушных зеркал.

5.8. Осматривают шею, грудь, живот, спину, верхние и нижние конечности, подмышечные впадины, складки кожи под молочными железами, промежность и область заднего прохода.

При исследовании трупов женщин определяют форму и размеры молочных желез, пигментацию околососковых кружков и белой линии живота, наличие выделений из сосков при надавливании на молочные железы, рубцов беременности и других особенностей.

5.9. Исследуют наружные половые органы. У мужчин определяют состояние крайней плоти, наружного отверстия мочеиспускательного канала, мошонки; у женщин – промежности, половых губ, входа во влагалище, девственной плевы, влагалища. Указывают на наличие или отсутствие выделений, повреждений, рубцов, язв и других особенностей. Определяют состояние заднего прохода и кожи вокруг него.

5.10. Ощупывают кости скелета. Отмечают наличие патологической подвижности или деформации.

5.11. Все обнаруженные наружные повреждения описывают при последовательном осмотре различных областей трупа либо отдельно в конце раздела «наружное исследование».

Исследование наружных повреждений производят вначале невооруженным глазом, а при необходимости с помощью лупы, стереомикроскопа, операционного микроскопа. Исследование производят с полнотой, обеспечивающей получение необходимых фактических данных для последующей реконструкции обстоятельств происшествия (установление механизма образования повреждения; выявление видовых, групповых или индивидуальных признаков орудия травмы и т.д.).

5.12. Для каждого повреждения в отдельности указывают его вид (кровоподтек, ссадина, рана), точную анатомическую локализацию, форму, размеры, направление по оси тела, цвет, характер краев и концов, особенности рельефа ссадин, наличие канала, признаки воспаления или заживления, наложения и загрязнения, состояние окружающих тканей. При наличии однотипных повреждений допускается их группировка при описании по отдельным анатомическим областям, с соблюдением указанных выше требований.

5.12.1. При определении локализации повреждения указывают соответствующую анатомическую область и расстояние от повреждения до ближайших анатомических точек – ориентиров, используя систему прямоугольных координат, а также при необходимости (транспортная травмы, огнестрельные, колото-резаные повреждения и др.) измеряют расстояние от нижнего уровня каждого повреждения до подошвенной поверхности стоп;

5.12.2. Форму повреждения указывают применительно к геометрическим фигурам (треугольная, округлая, овальная и т.д.);

5.12.3. Для обозначения цвета повреждений используют основные цвета и оттенки (по шкале цветов);

5.12.4. Размеры повреждений указывают только по метрической системе мер, используя для измерения линейки из твердого материала (металла, пластмассы, дерева);

5.12.5. При исследовании наложений и загрязнений в области повреждений дополнительно отмечают предполагаемый их характер (кровь, копоть, смазочные масла, краска, песок и т. д.) и локализацию;

5.12.6. При исследовании состояния тканей, прилежащих к повреждению, отмечают наличие или отсутствие отека (припухлости), цвет, форму, интенсивность, четкость границ, размеры, кровоизлияния. Для выявления указанных изменений целесообразно производить крестообразные разрезы.

5.13. Для уточнения характера и особенностей повреждений или болезненных изменений костей скелета вначале (при наличии технической возможности) производят их рентгенографию, затем рассекают мягкие ткани, исследуют кости и окружающие ткани на месте. В необходимых случаях поврежденную кость извлекают и очищают от мягких тканей. Указывают точную локализацию перелома, направление его плоскости, морфологические особенности, характеризующие вид деформации а характер разрушения, наличие и особенности отломков.

5.14. В случае транспортной травмы или при подозрении на нее, при падении с различной высоты (в том числе из положения стоя и при ходьбе), а также в случаях повреждений тупыми предметами, когда не исключается возможность возникновения кровоизлияний в глубоких мышцах, разрывов связок и мышц, повреждений костей производят разрезы мягких тканей задней поверхности тела (от затылочного бугра до крестца по линии остистых отростков позвонков и далее через ягодичцы по задней поверхности бедер и голеней) и их препаровку для обнаружения (исключения) указанных повреждений.

В зависимости от особенностей случая исследование тканей задней поверхности тела можно производить после окончания внутреннего исследования трупа.

5.15. Составляют схему наружных повреждений на контурных изображениях частей тела человека; зарисовывают повреждения и характерные следы на одежде и обуви.

5.16. При наличии технической возможности повреждения на теле и одежде фотографируют. Следует производить снимки не только обзорного характера (общий вид тела с повреждениями), но и отдельных повреждений, используя масштабную линейку.

Фотографирование повреждений на теле и одежде осуществляют либо судебно-медицинский эксперт, либо лаборант под его руководством.

5.17. В соответствии с ранее намеченным и скорректированным в ходе наружного исследования комплексом лабораторных исследований производят, делая запись о произведенных действиях в протокольной части «Заключения эксперта», изъятие того материала, который может быть загрязнен или изменен при последующем вскрытии трупа (например, изымают кожу для люминесцентного исследования следов смазочных веществ, краски и др., контактно-диффузионного или спектрографического выявления наложений металлов и т. д.), делают отпечатки роговицы, секрета молочных желез, мазки содержимого полости рта, влагалища, прямой кишки, смывы кожи и ее загрязнений, берут образцы волос.

6. Внутреннее исследование трупа:

6.1. Внутреннее исследование трупа включает вскрытие полостей черепа, грудной и брюшной, рассечение внутренних органов. Позвоночник и спинной мозг подлежат обязательному исследованию при наличии их повреждений или заболеваний, а также при черепно-мозговой травме, дорожно-транспортных происшествиях, падениях с различной высоты.

6.2. Способ вскрытия трупа, последовательность и приемы исследования полостей и органов определяет эксперт, руководствуясь предварительными сведениями об обстоятельствах смерти, конкретными особенностями случая, задачами исследования и соответствующими методическими документами. Целесообразно придерживаться системного порядка при исследовании и оформлении его результатов (ЦНС, сердечно-сосудистая и т. д.).

6.3. Повреждения, причиненные в процессе экспертизы трупа (переломы ребер, хрящей гортани, костей черепа и т. п.) должны быть отражены в протокольной части «Заключения эксперта».

6.4. При подозрении на пневмоторакс или воздушную (газовую) эмболию предварительно производят соответствующую пробу, прокалывая плевральные полости или желудочки сердца под водой.

6.4.1. При исследовании трупов женщин детородного возраста, умерших при невыясненных обстоятельствах или при подозрении на аборт, проведение пробы на воздушную эмболию является обязательным.

6.4.2. Проба на воздушную эмболию обязательна при подозрении на повреждение сердца, легких, крупных кровеносных сосудов и в случаях, когда наступлению смерти предшествовало медицинское вмешательство (хирургическая операция на указанных органах, пункция, введение канюли, катетеризация сосудов и др.).

6.5. Разрезы мягких тканей производят, по возможности не затрагивая наружные повреждения, хирургические разрезы, свищи, дренажи, катетеры, канюли, выпускники и др., а также инородные предметы, оставшиеся в ранах. Отмечают цвет мышц, наибольшую толщину подкожной жировой клетчатки, наличие (отсутствие) травматических или патологических изменений.

6.6. До извлечения органов шеи, грудной и брюшной полостей их осматривают на месте. Отмечают правильность расположения органов, пороки развития, степень выполнения легкими плевральных полостей; высоту стояния диафрагмы; наличие спаек в плевральных и брюшной полостях; состояние пристеночной плевры и брюшины, брыжейки, лимфатических узлов, области солнечного сплетения; вздутия или спадения желудка или петель кишечника; степень кровенаполнения верхней и нижней полых вен. Указывают наличие или отсутствие постороннего запаха от полостей и органов. При обнаружении забрюшинной гематомы определяют ее размеры и уровень расположения.

6.6.1. В необходимых случаях для обнаружения или исключения тромбоэмболии или инородных тел в дыхательных путях производят на месте рассечения и осмотр основного ствола и главных ветвей легочной артерии либо соответственно гортани и трахеи;

6.6.2. При подозрении на отравление накладывают лигатуры на пищевод, желудок и кишечник.

6.7. Для извлечения органов применяют, по усмотрению эксперта и в зависимости от конкретных обстоятельств, метод раздельной или полной эвисцерации (органы извлекают единым комплексом и исследуют разрезами без их разделения). При необходимости возможно применение других методов: метод Виrhoва (каждый орган извлекают отдельно); метод Абрикосова (органы извлекают в виде 5 комплексов: 1) органы шеи с органами грудной клетки; 2) кишечник; 3) селезенка; 4) печень с желудком, 12-ти перстной кишкой и поджелудочной железой; 5) почки с надпочечниками, мочеточниками и органами малого таза); метод Киари – Мариша (органы вскрывают на месте в трупе и потом извлекают для детального исследования, взвешивания и измерения); метод Лютепю (органы выделяют единым комплексом и исследуют разрезами отдельно). Важно обеспечить хороший доступ к органам, возможность их детального исследования и, при необходимости, сохранить топографические соотношения между ними и повреждениями.

В особо сложных случаях целесообразно применить следующие варианты:

6.7.1. Метод исключения – используют с целью определения первичного фокуса опухоли, при плотных спайках комплекса. После подробного осмотра извлеченного органокомплекса исследуют сначала все органы, которые не имеют отношения к основному процессу, а затем уже оставшийся неисследованным органокомплекс изучают методом «искания»;

6.7.2. Метод «искания» – используют при очень плотных конгломератах спаек между органами. С помощью длинных мягких металлических зондов, клювовидных металлических бужей и катетеров определяют анатомо-топографические соотношения спаянных между собой органов и разделяют их разрезами после обнаружения наиболее выгодного направления по линиям проведенных зондов и катетеров (метод незаменим при сложных язвенных процессах, свищах, аномальных соустьях и т. д.);

6.7.3. Метод плоскостных сочетаний – в случаях массивных обширных спаек, которые деформируют соотношения между органами, органокомплекс (конгломерат) рассекают глубокими параллельными разрезами с образованием тонких тканевых пластин в виде раскрытой книги.

6.8. Все органы измеряют и исследуют с поверхности и на разрезах. Отмечают их консистенцию, выраженность анатомической структуры, цвет, кровенаполнение, специфический запах, тщательно исследуют и описывают изменения и повреждения; в полых органах определяют характер и объем содержимого. Взвешивают головной мозг, сердце, легкие (раздельно), печень, селезенку, почки (раздельно). Взвешивание щитовидной, зубной и поджелудочной желез, надпочечников, гипофиза, эпифиза и иных органов производят при наличии их патологии.

6.9. При исследовании головы отмечают состояние внутренней поверхности мягких покровов цвет, влажность, консистенцию, кровенаполнение, отсутствие или наличие кровоизлияний, их локализацию, цвет, форму и размеры (включая толщину); осматривают с поверхности и на разрезе височные мышцы.

Измеряют толщину лобной, височной, теменных и затылочной костей на распиле, а также продольный и поперечный размеры черепа (при черепно-мозговой травме). Исследуют повреждения свода черепа. Отмечают состояние швов черепа.

Описывают степень напряжения и цвет твердой мозговой оболочки, сращение ее с костями, кровенаполнение сосудов и пазух; прозрачность и кровенаполнение мягких мозговых оболочек и хрящей гортани.

6.10. Исследование органов грудной полости включает осмотр переднего и заднего средостения, исследование зубной железы, пищевода, бронхов, легких, сердца, аорты;

6.10.1. Осматривают легочную плевру, отмечают наличие наложений, кровоизлияний, их форму, величину, множественность, локализацию. Обращают внимание на консистенцию тканей легких, цвет ее с поверхности и на разрезах;

6.10.2. Вскрывают дыхательные пути до мелких разветвлений бронхов, указывают на отсутствие или наличие в них содержимого, отмечают цвет и кровенаполнение слизистой оболочки, степень воздушности и кровенаполнения легочной ткани, характер жидкости, стекающей с ее поверхности при надавливании, наличие и характер очаговых изменений. Описывают паратрахеальные и бронхиальные лимфатические узлы;

6.10.3. Метод вскрытия сердца и аорты выбирает эксперт. Метод должен предусматривать исследование венечных артерий на всем протяжении и миокарда во всех отделах. Описывают состояние перикарда, количество и характер его содержимого, кровенаполнение полостей сердца и характер свертков крови, состояние эпикарда, эндокарда, миокарда, венечных артерий, клапанов, папиллярных мышц. Измеряют толщину стенок желудочков и перегородки, периметр аорты над клапанами, исследуют состояние ее внутренней оболочки на всем протяжении. При наличии легочной и сердечной патологии производят раздельное взвешивание отделов сердца.

6.11. Последовательность исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства определяет эксперт с учетом требований п. 6.7.

6.12. Исследуют желудок, отмечают его форму, количество и вид содержимого (цвет, запах, консистенцию, размеры и характер имеющихся частиц пищи), состояние слизистой оболочки (цвет, выраженность складчатости, наличие кровоизлияний, язв, рубцов и др.). Вскрывают кишечник на всем протяжении, описывают характер и количество содержимого его различных отделов, цвет, состояние слизистой оболочки и другие особенности; отмечают расположение и вид червеобразного отростка. При необходимости установления давности наступления смерти особое внимание обращают на характер и количество содержимого желудка и различных отделов кишечника – измеряют расстояния от начала тонкой кишки до места обнаружения в ней частичек пищи, аналогичных находящимся в желудке, изымают содержимое кишки и желудка для последующего микроскопического исследования.

6.13. При исследовании поджелудочной железы, печени, селезенки, надпочечников обращают внимание на внешний вид органа (форма, цвет), плоскость ткани на ощупь, выраженность ее анатомической структуры, степень кровенаполнения, характер соскоба с разрезов селезенки. Органы измеряют и взвешивают. Отмечают вид и количество содержимого желчного пузыря, состояние его слизистой оболочки, проходимость протоков.

6.14. При исследовании почек определяют форму и размеры, указывают цвет, плотность ткани, характер поверхности после снятия капсулы, выраженность коркового, мозгового и промежуточного (юкстамедуллярного) слоев, состояние слизистой оболочки лоханок.

Определяют проходимость мочеточников и состояние их слизистой оболочки.

6.15. Отмечают количество мочи в мочевом пузыре, ее цвет, прозрачность, вид и цвет слизистой оболочки, наличие конкрементов.

6.16. У женщин описывают состояние влагалища и его сводов, форму матки, ее шейки и наружного зева, определяют размеры и консистенцию матки. Указывают наличие слизистой пробки, раскрытие шейки (с обозначением степени раскрытия), отмечают выделения и повреждения. Исследуют состояние слизистого и мышечного слоев матки, а также трубы, яичники, околоматочную клетчатку с сосудами.

При наличии в матке посторонней жидкости ее направляют на судебно-химическое исследование.

6.17. У мужчин исследуют предстательную железу. Указывают консистенцию, вид ткани, степень наполнения секретом семенных пузырьков, отмечают особенности ткани яичек.

6.18. Исследование костей таза начинают с осмотра крестцово-подвздошных сочленений, отмечают наличие или отсутствие крови в их просвете, осматривают боковые массы крестца, крылья подвздошных костей и кости переднего полукольца таза, предварительно очистив их от мягких тканей. При наличии повреждений целесообразно выпиливать кости переднего полукольца соответственно наружным концам верхних ветвей лобковых костей.

6.19. По окончании исследования трупа все органы под контролем эксперта помещают в полиэтиленовые пакеты, которые кладут в полость туловища трупа, после чего труп зашивают. Также зашивают дополнительно произведенные разрезы. Не допускается помещать в полости трупа не принадлежащие ему органы или посторонние предметы, кроме ветоши.

6.20. Не допускается введение в труп консервирующих веществ до окончания исследования трупа, если оно не вызвано потребностями применяемой методики (предваряющее вскрытие черепа чрезсосудистая фиксация вещества головного мозга и т. п.).

7. Изъятие объектов для лабораторных исследований:

7.1. Из трупа могут быть взяты какие-либо части, внутренние органы и ткани, кровь, моча и т. п. для последующих судебно-медицинских дополнительных *) и лабораторных **) исследований. Количество и характер изымаемых объектов, а также необходимые виды их исследований определяет судебно-медицинский эксперт, исходя из поставленных на разрешение экспертизы вопросов и особенностей данного случая.

Изъятие из трупа объектов для клинических, научных и учебно-педагогических целей может осуществляться в соответствии с законодательством РФ.

Материал по рекомендации лица или органа, назначившего экспертизу, может изыматься из трупа в качестве образцов.

*) дополнительные исследования – это эксперименты и исследования изъятых из трупа объектов, выполняемые судебно-медицинским экспертом в морге с применением специальных методик или средств, например, стереомикроскопа и др.;

**) лабораторные исследования – это исследования изъятых из трупа объектов, выполняемые в судебно-медицинской лаборатории и судебно-гистологическом отделении бюро судебно-медицинской экспертизы.

Взятие материала производит эксперт, а маркировку, упаковку его, выполнение мероприятий, препятствующих порче биологических объектов и заполнение сопроводительной документации осуществляют под руководством и контролем эксперта средний и младший персонал морга.

7.2. Обязательному изъятию подлежат:

7.2.1. Кусочки внутренних органов и тканей для гистологического (гистохимического) исследования – во всех случаях смерти;

7.2.2. Мазки-отпечатки из дыхательных путей (гортани, трахеи, бронхов), легких и головного мозга для бактериологического и вирусологического исследований – во всех случаях скоропостижной (ненасильственной) смерти детей и в соответствующих случаях скоропостижной смерти взрослых;

7.2.3. Кровь, части внутренних органов, мазки-отпечатки органов для микробиологического и вирусологического исследования – при подозрении на смерть от инфекционных заболеваний или бактериальных пищевых отравлений; при подозрении на ООИ взятие материала производят в установленном Министерством здравоохранения порядке, с участием врача-бактериолога;

7.2.4. Жидкость из пазухи основной кости, невскрытая почка либо костный мозг из бедренной или плечевой кости для исследования на диатомовый планктон – при утоплении;

7.2.5. Кусочки матки, труб, яичников и сосудов околоматочной клетчатки для гистологического исследования; содержимое полости и часть стенки матки для судебно-химического исследования; тампоны и мазки выделений влагалища и молочных желез для цитологического исследования – при подозрении на смерть в результате внебольничного аборта; при аборте, осложненном сепсисом, дополнительно изымают материал для бактериологического исследования;

7.2.6. Кровь и моча для определения наличия и количественного содержания этанола – при насильственной смерти и подозрении на нее (за исключением случаев смерти взрослых лиц, длительно находившихся в стационаре и малолетних детей), а также при наличии запаха алкоголя от органов и полостей трупа в случае ненасильственной смерти;

7.2.7. Органы и ткани трупа для определения наличия и количественного содержания отравляющих веществ – при подозрении на отравление химическими веществами, грибами, ядовитыми растениями и при пищевых отравлениях; перечень изымаемых органов и тканей, необходимых для проведения судебно-химического анализа на ядовитые вещества различных групп приведен в разделе «Изъятие и направление трупного материала на лабораторное исследование».

7.3. Обязательному изъятию и передаче лицу или органу, назначившему экспертизу трупа, подлежат:

7.3.1. Кровь для определения антигенной принадлежности по системе АВО (Н) и другим системам – при насильственной смерти, сопровождавшейся наружными повреждениями или кровотечением; убийствах или подозрении на них; половых преступлениях или подозрении на них; исследовании трупов неизвестных лиц;

7.3.2. Желчь или моча для определения категории выделительства; ногти с подногтевым содержимым пальцев рук – при убийстве или подозрении на него, половых преступлениях;

7.3.3. Тампоны и мазки содержимого влагалища для обнаружения спермы, изучения морфологических особенностей влагалищного эпителия и др. – при половых преступлениях или подозрении на них; при подозрении на совершение полового акта в извращенной форме берут тампоны и мазки со слизистой оболочки рта и прямой кишки у трупов обоего пола; при подозрении на половые преступления целесообразно брать смывы на тампонах с кожи из окрестности половых органов и заднего прохода;

7.3.4. Волосы с головы (лобная, височная, затылочная, теменная) и лобка для сравнительного исследования – при убийствах или при подозрении на него; половых преступлениях или при подозрении на них; транспортных травмах; повреждении волосистой части головы; исследовании трупов неизвестных лиц;

7.3.5. Волосы с головы, либо ногти, либо большой коренной зуб (6-7-8 зубы) на верхней челюсти без болезненных изменений, либо фрагмент трубчатой кости с костным мозгом, либо мышечная ткань для определения группоспецифических антигенов при исследовании гнило-стно-измененных, мумифицированных, расчлененных и скелетированных трупов неизвестных лиц или, при необходимости, опознанных трупов;

7.3.6. При необходимости кожа, части хрящей и кости с повреждениями, паренхиматозные органы с раневым каналом – для медико-криминалистического исследования при смерти от огнестрельного повреждения, повреждений острыми рубящими, режущими, колюще-режущими и тупыми орудиями;

7.3.7. Костные объекты скелетированных и неопознанных обгоревших трупов – для определения вида, пола, возраста и роста погибшего;

7.3.8. При наличии соответствующего предписания кисти или пальцы рук с посмертными изменениями кожи концевых фаланг – для дактилоскопирования; отчлененная голова неопознанного трупа для последующего идентификационного исследования.

7.4. Объекты, предназначенные для направления в судебно-медицинскую лабораторию, изымают, упаковывают и опечатывают в соответствии с общепринятыми требованиями.

7.4.1. При направлении в судебно-медицинскую лабораторию объектов, перечисленных в п. 7.2, заполняют соответствующий бланк (бланки) направления, в котором также указывают, кем и когда вынесено постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа и вопросы из постановления, подлежащие разрешению при проведении экспертизы в подразделениях лаборатории;

7.4.2. Объекты, перечисленные в п. 7.3, передают лицу или органу, назначившему экспертизу трупа, для принятия решения об их дальнейшем исследовании в качестве вещественных доказательств в судебно-медицинской лаборатории;

7.4.3. Организацию доставки изъятых материалов в лабораторию бюро судебно-медицинской экспертизы обеспечивает лицо, назначившее экспертизу или исследование трупа;

7.4.4. По получении направления эксперта или постановления следователя и изъятого материала руководитель экспертного учреждения через заведующего соответствующим отделением судебно-медицинской лаборатории (судебно-гистологическим отделением) назначает эксперта, которому поручает производство этой экспертизы, разъясняет этому эксперту его процессуальные права и обязанности и предупреждает об уголовной ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения, или за дачу заведомо ложного заключения.

Эта подписка включается в вводную часть «Заключения эксперта» (экспертиза вещественных доказательств) или оформляется в виде отдельного документа. Эксперт лаборатории производит порученную ему экспертизу, руководствуясь соответствующими Правилами и отвечая в пределах своей компетенции на поставленные перед ним вопросы;

7.4.5. Изъятие органов и тканей человека для целей трансплантации допускается с соблюдением требований законов (в частности, – в РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», закона РФ «О погребении и похоронном деле», указаний, установленных Минздравом и соответствующими Правилами). Присутствие судебно-медицинского эксперта при изъятии органа (органов) и тканей обязательно. В «Заключении эксперта» указывают, кем и какие органы или ткани были изъяты;

7.4.6. Операция посмертного изъятия органов и тканей для клинических целей не должна препятствовать диагностике при последующей судебно-медицинской экспертизе трупа или приводить к обезображиванию трупа. Ответственность за соблюдение перечисленных требований несут врачи, производящие изъятие органов и тканей из трупа, и присутствующий при этом судебно-медицинский эксперт;

7.4.7. Изъятие органов, тканей и частей трупа, в том числе с повреждениями и другими особенностями, для научных и учебно-педагогических целей допускается только после окончания секционного исследования с соблюдением пп. 7.4.5 и 7.4.6. Запись об изъятии делают в «Заключении эксперта».

8. Оформление «заключение эксперта»:

8.1. Результаты судебно-медицинской экспертизы трупа оформляют документом, который в соответствии с действующим Уголовно-процессуальным кодексом и утвержденными формами первичной судебно-медицинской документации именуется – «Заключение эксперта» (экспертиза трупа).

8.1.1. Результаты произведенной в судебно-медицинской лаборатории экспертизы трупного материала оформляют как «Заключение эксперта» (экспертиза вещественных доказательств).

8.2. В случаях, когда постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа не вынесено и письменным поручением органов дознания, прокуратуры, суда назначено судебно-медицинское исследование трупа, его производят с соблюдением настоящих Правил, касающихся наружного и внутреннего исследования, взятия материала на лабораторное и дополнительное исследование. Результаты исследования трупа оформляют как «Акт судебно-медицинского исследования трупа», результаты лабораторных исследований – соответствующим Актом.

8.3. Если постановление (определение) о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа вручено эксперту после окончания им производства судебно-медицинского исследования трупа и составления Акта, оформляют «Заключение эксперта». Для этого заполняют вводную часть установленной формы «Заключение эксперта», делают пометку о разъяснении эксперту процессуальных прав, обязанностей и ответственности, перечисляют поставленные на разрешение вопросы и формулируют выводы. К «Заключению эксперта» прилагают «Акт судебно-медицинского исследования трупа». «Заключению эксперта» присваивают новый номер «Акта».

8.4. «Заключение эксперта» подписывает судебно-медицинский эксперт (эксперты). Указывают дату окончания экспертизы.

8.4.1. Следует избегать дополнительного вписывания в текст «Заключения эксперта» отдельных слов или предложений, зачеркивания слов и т. д.; внесенные поправки должны быть заверены подписью эксперта;

8.4.2. Начальник бюро судебно-медицинской экспертизы, либо его заместитель, либо заведующий структурным подразделением бюро заверяет печатью подписку эксперта о разъяснении ему процессуальных прав, обязанностей и об их ответственности за дачу заведомо ложного заключения, а также подписи эксперта под протокольной частью, выводами, фототаблицами и схемами

повреждений. Если в «Заключение эксперта» вносят исправления или дополнения, об этом в конце документа делают соответствующую запись, также заверенную подписью эксперта и печатью.

8.5. К «Заключению эксперта» прилагают фототаблицы, схемы повреждений и заключения всех экспертиз, произведенных другими экспертами в процессе экспертизы трупа – «Заключение эксперта» (экспертиза вещественных доказательств). Перечисленные материалы рассматривают как составную часть «Заключения эксперта» (экспертиза трупа).

8.6. «Заключение эксперта» составляют не менее чем в двух экземплярах, один из которых передают лицу или органу, назначившему экспертизу, а другой остается на хранении в бюро судебно-медицинской экспертизы или в его городском, районном, межрайонном отделении.

8.7. Не допускается подмена «Заключения эксперта» различными справками и выписками, а также использование неутвержденных Министерством здравоохранения РФ форм первичной документации.

8.8. По письменному запросу технического инспектора профсоюза в случае производственной травмы может быть выдана справка с указанием причины смерти и концентрации алкоголя в крови, моче погибшего.

8.9. «Заключение эксперта» должно быть отправлено лицу или органу, назначившему экспертизу, не позднее, чем через три дня после получения экспертом результатов всех проведенных лабораторных исследований. Начальник бюро судебно-медицинской экспертизы, его заместитель, заведующие отделами и отделениями принимают необходимые меры и обеспечивают постоянный контроль за своевременностью доставки в лабораторию взятого при экспертизе трупа материала и отправления судебно-медицинскому эксперту заключений соответствующих экспертиз, произведенных в лаборатории;

8.9.1. По просьбе лица, назначившего судебно-медицинскую экспертизу трупа, эксперт вправе до оформления выводов высказать ему устно свое предварительное суждение по отдельным вопросам, интересующим это лицо, если для такого предварительного суждения имеются достаточные объективные основания.

8.10. «Заключение эксперта» состоит из вводной и исследовательской частей, диагнозов, результатов лабораторных и дополнительных исследований и выводов. Вводная и исследовательская части именуется протокольной частью «Заключения эксперта».

8.11. Протокольную часть «Заключения эксперта» составляют на месте в процессе вскрытия трупа;

8.11.1. В вводной части указывают: дату, время начала и окончания экспертизы, условия ее производства; наличие постановления (определения), на основании которого произведена экспертиза с указанием фамилии и должности назначившего ее лица и даты назначения; место производства экспертизы; фамилию и инициалы судебно-медицинского эксперта (экспертов), занимаемую должность и место работы, специальность, стаж работы по специальности, квалификационную категорию, ученую степень и ученое звание; фамилию, имя, отчество и год рождения (возраст) покойного; подписку судебно-медицинского эксперта (экспертов) о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей и об ответственности за дачу заведомо ложного заключения; вопросы, поставленные на разрешение экспертизы в формулировке следователя;

8.11.2. В вводной части излагают также обстоятельства наступления смерти (сведения из постановления, протокола осмотра места происшествия, истории болезни и других документов, представленных следователем к началу производства экспертизы). Указывают наименование документов, их номер, дату составления. Если источником сведений являются медицинские документы (медицинские карты стационарного и амбулаторного больного и т. д.), указывают также наименование лечебно-профилактического учреждения, данные о времени поступления и продолжительности пребывания на лечении, состоянии при поступлении и его динамики, проведенные лечебные мероприятия, оперативные вмешательства, результаты анализов, осложнения, сопутствующие заболевания, клинический диагноз. Не разрешается использовать незаверенные копии медицинских документов;

8.11.3. Исследовательская часть «Заключения эксперта» является объективной основой для составления и обоснования экспертных выводов. Она включает последовательное изложение процесса исследования трупа и всех выявленных при этом фактических данных (описания одежды, обуви и других предметов, доставленных с трупом; наружного и внутреннего исследования трупа; произведенных проб на воздушную эмболию, пневмоторакс, живорожденность и

т. д.; перечень объектов, направленных на экспертизу в судебно-медицинскую лабораторию; перечень объектов, передаваемых следователю для проведения других видов экспертиз). В случаях изъятия органов и тканей для клинических, научных или учебных целей в этом разделе приводят описание производственного вмешательства и указывают, что изъято, кому и в какое учреждение передано;

8.11.4. Структуру (последовательность изложения) исследовательской части определяет судебно-медицинский эксперт, производящий экспертизу трупа, в зависимости от особенностей этой экспертизы;

8.11.5. Исследовательская часть должна объективно и исчерпывающе полно протоколировать все фактические данные, выявленные в процессе исследования трупа. Констатируются не только обнаруженные травматические или болезненные изменения, нормальное состояние органов и тканей, посторонние запахи и т. д., но и отсутствие имеющих значение для дела изменений или особенностей (отсутствие кровоизлияний, повреждений, запаха и т.д.). Не допускается подмена подробного описания диагнозами («абсцесс», «входное огнестрельное ранение» и др.) или выражениями – «в норме», «без особенностей» и т. п., а также сокращения слов, за исключением общепринятых;

8.11.6. Исследовательская часть должна быть изложена языком, понятным для лица, не имеющего специальных познаний в судебной медицине. При невозможности обойтись без специальных медицинских терминов их смысл должен быть разъяснен;

8.11.7. Изложение отдельных разделов исследовательской части (наружное исследование, внутреннее исследование и др.) начинают с красной строки;

8.11.8. Протокольную часть «Заключения эксперта» после перечисления объектов, направленных на лабораторные исследования, подписывает судебно-медицинский эксперт (эксперты).

8.12. После протокольной части «Заключения эксперта» приводят судебно-медицинский диагноз. Он оформляется на основе результатов морфологического исследования трупа и при наличии клинических данных медицинских документов (медицинских карт стационарного или амбулаторного больного и т. п.).

8.13. Составление диагноза имеет целью систематизацию и последовательное изложение в сжатой форме сущности изменений и повреждений, обнаруженных при исследовании трупа, а также сопоставление их с клиническим диагнозом. Поскольку экспертную оценку выявленных изменений и повреждений делают в выводах, диагноз не подменяет выводов и способствует правильному последовательному и обоснованному их составлению.

8.13.1. Диагноз оформляют по окончании исследования трупа;

8.13.2. Диагноз строится по патогенетическому принципу с отражением последовательности развития обнаруженных изменений и указанием основного повреждения, заболевания или патологического состояния; сопутствующих повреждений, заболеваний или состояний, оказавших неблагоприятное влияние на течение основного процесса; других сопутствующих изменений, не связанных с основным повреждением или заболеванием и причиной смерти;

8.13.3. При определении нозологических форм и причин смерти руководствуются действующей «Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти».

8.14. Необходимые сведения из документов и материалов, дополнительно представленных следователем и полученных из судебно-медицинской лаборатории приводят после судебно-медицинского диагноза с указанием даты получения, номера и даты дополнения.

8.15. Все дополнительные, лабораторные исследования и эксперименты, выполняемые судебно-медицинским экспертом в морге, излагают с указанием даты в «Заключении эксперта «в разделе дополнительные исследования» и подписываются экспертом.

8.16. По окончании дополнительных исследований объекты, изъятые из трупа, выдают под расписку с соблюдением требований, изложенных в пп. 7.1 и 7.4.2., лицу или органу, назначившему экспертизу трупа вместе с оформленным «Заключением эксперта» (экспертиза трупа).

8.17. Выводы «Заключения эксперта» составляют после окончания всех исследований, связанных с экспертизой трупа, в соответствии с поставленными перед экспертом вопросами. Допускается объединение близких по смыслу вопросов и изменение их последовательности (без изменения первоначальной формулировки вопроса). При неясности содержания вопросов эксперт указывает, как он понимает тот или иной вопрос. Эксперт, вправе обратиться к лицу, назначившему судебно-медицинскую экспертизу трупа, с просьбой уточнить вопросы.

8.18. Выводы судебно-медицинского эксперта должны представлять собой научно обоснованные мотивированные ответы на поставленные вопросы, к которым он приходит в результате всестороннего и объективного анализа данных исследования трупа, результатов дополнительных и лабораторных исследований, изучения медицинской документации и использования других материалов, представленных следователем. Если эксперт использовал нормативные материалы или справочные данные, то он указывает, какие именно. Не допускается применение непроверенных (неапробированных) методик.

8.19. Выводы следует излагать четко и конкретно, не допуская различного их толкования;

8.19.1. Вопросы, выходящие за пределы своих специальных познаний, эксперт оставляет без ответа, отмечая это в выводах;

8.19.2. Если возможности судебно-медицинской науки и практики или характер исследуемых объектов не позволяют дать категорический, обоснованный ответ, судебно-медицинский эксперт, вправе отказаться от дачи заключения по этому вопросу;

8.19.3. При отсутствии возможности дать ответы на все поставленные перед экспертом вопросы (в том числе в связи с тем, что вопросы выходят за пределы его специальных знаний), составляют сообщение (акт) о невозможности дать заключение. В тех случаях, когда эксперт частично ответил на поставленные вопросы, невозможность дать ответы в полном объеме указывают и мотивируют в выводах (заключении).

8.20. Судебно-медицинский эксперт, вправе указать в выводах установленные им при производстве экспертизы обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы.

8.21. Судебно-медицинский эксперт обязан до окончания экспертизы довести до сведения органов, назначивших экспертизу, выявленные им новые данные, имеющие значение для дела. В случае насильственной смерти от повреждения, отравления, осложнений внебольничного абортa и т. д. эксперт должен срочно известить по телефону лицо, назначившее экспертизу, об установленных им обстоятельствах.

8.22. При обнаружении нераспознанного при жизни острозаразного заболевания (ВИЧ-инфекция, сыпной, брюшной, возвратный тифы, дизентерия и др.) эксперт или заведующий отделом (отделением) срочно извещает об этом в письменном виде соответствующий орган санэпиднадзора. При обнаружении ООИ экстренно извещают местный отдел здравоохранения.

8.23. При выявлении в процессе экспертизы трупа грубых дефектов диагностики и лечения эксперт должен письменно известить об этом местный орган здравоохранения и руководство бюро судебно-медицинской экспертизы. Обсуждение случая на судебно-медицинской клинико-анатомической конференции и лечебно-контрольной комиссии возможно только с разрешения лица, назначившего экспертизу.

9. Заполнение врачебного свидетельства о смерти:

9.1. «Врачебное свидетельство о смерти» («врачебное свидетельство о перинатальной смерти») заполняют в день окончания судебно-медицинского вскрытия, и подписывает судебно-медицинский эксперт, производивший экспертизу трупа.

9.2. Порядок заполнения и выдачи «врачебного свидетельства о смерти» («врачебного свидетельства о перинатальной смерти») определен соответствующими Инструкциями.

9.3. «Врачебное свидетельство о перинатальной смерти» заполняют в случае судебно-медицинской экспертизы трупа мертворожденного или ребенка, умершего в первые 6 суток после рождения. Во всех остальных случаях заполняют «врачебное свидетельство о смерти».

9.4. Как правило, сразу же выдают окончательное свидетельство о смерти.

Если для установления или уточнения причины смерти необходимо проведение лабораторных исследований выдают предварительное свидетельство. Невозможность установления рода смерти или обстоятельств и места травмы к моменту выдачи свидетельства о смерти не является основанием для выдачи предварительного свидетельства о смерти; в этом случае в бланке подчеркивают – «род смерти не установлен».

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений сразу же взамен предварительного свидетельства о смерти эксперт составляет новое – окончательное свидетельство о смерти и с отметкой – «взамен предварительного» – пересылает непосредственно в областное (краевое, городское, республиканское) статистическое управление, о чем также делает соответствующую запись в «Заключении эксперта» перед выводами (в соответствии с требованиями, изложенными в п. 9.5).

9.5. В «Заключении эксперта» после судебно-медицинского диагноза приводят сведения из выданного «врачебного свидетельства о смерти»: его номер, дату выдачи, основную причину смерти, ее осложнения, непосредственную причину смерти, сопутствующие заболевания и повреждения.

9.6. Заведующий городским, районным и межрайонным отделением судебно-медицинской экспертизы обеспечивает контроль за своевременным составлением и отправкой в Статистическое управление нового свидетельства о смерти, направляемого взамен предварительного.

9.7. Начальник бюро (зав. отделом судебно-медицинской экспертизы трупов) обеспечивает контроль за качеством заполнения свидетельства о смерти.

10. Прием, регистрация, хранение и выдача трупов в судебно-медицинских моргах:

10.1. Прием трупов в судебно-медицинский морг производится круглосуточно санитаром морга только при наличии сопроводительного документа, упомянутого в пп. 1.3 и 1.4. Правил судебно-медицинской экспертизы трупа.

10.2. Санитар, принимавший труп, регистрирует одежду, ценности, документы умершего и другие предметы, доставленные с трупом, в «Журнале регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге» и прикрепляет к трупу бирку с указанием фамилии, имени, отчества, возраста умершего и регистрационного номера, либо металлический жетон со штампованным регистрационным номером.

10.3. Регистрация трупа и сопроводительных документов в «Журнале регистрации трупов в судебно-медицинском морге» осуществляет медицинский регистратор или другое специально назначенное лицо.

10.4. Регистрационные журналы с пронумерованными листками пронумеровывают, опечатывают печатью бюро судебно-медицинской экспертизы, подписывает начальник Бюро и выдают под расписку заведующему отделом судебно-медицинской экспертизы трупов или заведующему городским, районным, межрайонным отделением судебно-медицинской экспертизы: на них же возлагается систематический контроль за правильность ведения журнала. Законченные регистрационные журналы под расписку передают на хранение в канцелярию Бюро судебно-медицинской экспертизы.

10.4.1. Срок хранения «Журнала регистрации трупов в судебно-медицинском морге» составляет 25 лет, «Журнала регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге» – 10 лет.

10.5. Трупы в судебно-медицинских моргах должны храниться в трупохранилищах в условиях, препятствующих развитию гнилостных процессов ($T = 0,2 \text{ } ^\circ\text{C}$). Применение консервирующих веществ с целью сохранения трупов регламентируется п. 6.23 Правил судебно-медицинской экспертизы трупа.

10.5.1. Трупы лиц, умерших от острозаразных заболеваний (сыпной, брюшной, возвратный тифы, дизентерия и др.), хранят изолировано от других трупов. Все помещения морга при этом подвергают дезинфекции в соответствии с правилами Государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

10.5.2. Части расчлененных трупов маркируют с указанием анатомической области тела, регистрационного номера и даты исследования и хранят, как правило, в 10 % растворе формалина или в жидкости Ратневского. Хранение в одном резервуаре частей тела от разных трупов запрещается.

10.5.2.1. Голова трупа должна помещаться в посуде с раствором так, чтобы избежать деформации носа и ушных раковин от стенок дна и крышки этого сосуда.

10.5.2.2. Части расчлененных трупов хранят до особого распоряжения органов внутренних дел или прокуратуры, но не более 7 суток от момента окончания экспертизы.

10.6. Трупы в судебно-медицинском морге не должны находиться более 3-х суток после окончания исследования за исключением случаев, предусмотренных пп. 10.5.2.2 и 10.6.1.

10.6.1. Продолжительность пребывания неопознанных трупов зависит от условий их хранения, но не должна превышать 7 суток.

10.6.2. В случае, когда труп не был взят для погребения в течение 3 суток после исследования, заведующий отделом судебно-медицинской экспертизы трупов или заведующий городским, районным, межрайонным отделением судебно-медицинской экспертизы письменно извещает об этом органы внутренних дел или прокуратуры для принятия ими соответствующих мер.

10.6.3. Трупы, не взятые для погребения через 14 суток после их исследования, по письменному поручению органов внутренних дел или прокуратуры подлежат захоронению или кремации коммунальной службой городской или районной администрации.

10.6.4. При наличии письменного разрешения лица или органа, назначившего экспертизу (исследование) трупа, и заявки соответствующих организаций допускается передача в эти организации для научных или учебных целей трупа, не взятого для погребения.

10.7. Трупы выдают для погребения родственникам или близким умершего, либо уполномоченным общественными организациями, взявшими на себя погребение, по предъявлении из ЗАГСа «Свидетельства о смерти».

10.7.1. В случае убийства или подозрении на него трупы выдают для погребения с письменного разрешения органов внутренних дел или прокуратуры.

10.7.2. Трупы выдают в гробу (или соответственно местным национальным обычаям), обмытыми и одетыми; гроб доставляют лица, осуществляющие погребение. Подготовка и выдача трупов для погребения входит в обязанности санитаров морга. Запавивание металлического (цинкового) гроба не входит в их обязанности.

10.7.3. Трупы лиц, умерших от острозаразных заболеваний, выдают для доставки на место погребения (кремации) без права вскрытия гроба, на дно которого санитар должен насыпать дезинфицирующие и влагопитывающие вещества. Лица, производящие погребение (кремацию) письменно предупреждаются об уголовной ответственности за нарушение этого требования.

10.7.4. Трупы лиц, умерших от ООИ, для погребения не выдаются. Порядок их погребения регламентируется специальными Санитарными правилами утвержденными Министерством здравоохранения РБ.

10.8. Одежду и обувь, доставленные в морг вместе с трупом, после окончания исследования трупа хранят в морге в опечатанном металлическом шкафу или сейфе при комнатной температуре в сухом виде в полиэтиленовых или бумажных мешках с биркой. Ответственность за хранение возлагается на одного из санитаров морга. Контроль за правильностью хранения осуществляет заведующий отделом судебно-медицинской экспертизы трупов или заведующий городским, районным, межрайонным отделением судебно-медицинской экспертизы.

10.9. Ценности, документы и другие предметы, доставленные с трупом или обнаруженные при его исследовании и могущие стать вещественными доказательствами, хранят в опечатанном металлическом шкафу или сейфе у заведующего отделом судебно-медицинской экспертизы трупов или заведующего городским, районным, межрайонным отделением судебно-медицинской экспертизы трупов.

10.9.1. В случае обнаружения при судебно-медицинской экспертизе трупа предметов, которые могут быть, по мнению судебно-медицинского эксперта, вещественными доказательствами, либо источниками токсичного, радиоактивного и т. п. заражения, взрыво- или пожароопасными, заведующий отделом или заведующим городским, районным, межрайонным отделением судебно-медицинской экспертизы обязан известить об этом органы внутренних дел или прокуратуры.

10.10. Носильные вещи, ценности и документы, не изъятые правоохранными органами, выдаются вместе с трупом родственникам или близким умершего, либо другим лицам под расписку без специального разрешения органов внутренних дел или прокуратуры. В «Журнале регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге» производится соответствующая запись.

10.11. Изъятие одежды, обуви, ценностей и документов умершего работниками внутренних дел или прокуратуры оформляется соответствующим протоколом.

10.12. Одежда, обувь и другие предметы, доставленные с трупом и неистребованные правоохранными органами или родственниками умершего в течение 14 суток, подлежат захоронению за государственный счет вместе с трупом.

10.12. Деньги и ценности, доставленные в морг с трупом лица подлежащего захоронению за государственный счет, передают местным финансовым органам в доход государства с оформлением соответствующих документов.

10.13. Во всех помещениях морга ежедневно производят влажную уборку, с использованием моющих средств.

10.14. Секционные столы, столики и тазы для исследования органов, решетки на полу, полы в секционном зале и трупохранилище, инструменты, перчатки, клеенчатые фартуки и рукавники ежедневно следует по окончании исследования трупов тщательно обмывать с использованием мыла, соды или других моющих средств.

10.15. Ежедневно в секционном зале и трупохранилище должна производиться полная и тщательная уборка с мытьем окон и стен (выложенных кафелем или окрашенных масляной краской) мылом или содой и 3 % раствором хлорамина, либо другим моющим и дезинфицирующим средством. Ежемесячно и во всех случаях выявления трупов лиц, умерших от острозаразных заболеваний, производят так же полную уборку во всех помещениях морга.

10.15.1. После вскрытия умерших от ООИ дезинфекцию морга производят силами и средствами органов санитарно-эпидемиологического надзора.

10.16. При исследовании трупов больных СПИДом или при подозрении на него необходимо соблюдать следующие меры предосторожности:

10.16.1. При поступлении в морг трупа больного СПИДом или при подозрении на него к трупу прикрепляют специальную бирку с надписью СПИД;

10.16.2. Персонал морга, имеющий отношение к приему, исследованию, хранению и выдаче трупа больного СПИДом, должен надевать костюм 1-го типа: две пары резиновых перчаток, ватно-марлевую маску, защитные очки, халат, нарукавники, водонепроницаемые фартук, сапоги или галоши, бахилы;

10.16.3. Спуск сточных вод в канализацию при исследовании и туалете трупа запрещается. Промывные воды собирают в ведра или иные емкости, содержащие дезинфицирующий раствор. У входа в секционный зал помещают коврик, смоченный дезинфицирующим раствором;

10.16.4. Избегать случайных травм инструментами и предметами, потенциально инфицированными, зараженными секционным материалом и контакта поврежденных областей кожи с изъятыми из трупа объектами. Все повреждения кожи на руках предварительно заклеивают лейкопластырем или закрывают напалечниками;

10.16.5. При загрязнении незащищенных халатом и перчатками частей тела кровью из трупа или другим изъятым материалом быстро очищают загрязненную поверхность раствором дезинфектанта (например, гипохлоридом натрия) или 70 % этанолом, при попадании зараженного материала на слизистые оболочки их немедленно обрабатывают 0,05 % раствором перманганата калия, глаза промывают 1 % раствором борной кислоты или закапывают несколько капель 1 % раствора азотнокислого серебра, в нос закапывают 1 % раствор протаргола, рот и горло дополнительно прополаскивают 70 % этанолом или 0,05 % перманганата калия либо 1 % раствором борной кислоты;

10.16.6. Перед снятием защитного костюма смачивают раствором дезинфектанта марлевый тампон и тщательно протирают фартук, после чего его снимают и складывают наружной стороной внутрь. Отдельными тампонами, обильно смоченными раствором дезинфектанта, протирают нарукавники, наружные перчатки, сапоги. Движение производят сверху вниз. Использованный при исследовании трупа костюм в случае его загрязнения кровью и другими биологическими жидкостями помещают в непромокаемый мешок или пластиковый пакет определенного цвета, предназначенный исключительно для сбора и удаления инфицированных отходов с предупредительной надписью «Осторожно, СПИД!»;

10.16.7. Секционный инструментарий, использованный при исследовании трупа, помещают в специальный герметически закрывающийся контейнер с маркировкой «Осторожно, СПИД!». Для повторного использования эти инструменты очищают, высушивают и дезинфицируют в свежеприготовленном 3 % растворе перекиси водорода в течение 5 – 10 минут или свежем 10 % растворе гипохлорида натрия, либо 70 % этаноле или 70 % изопропанолем. Предпочтительно автоклавирование;

10.16.8. Загрязненные кровью предметы помещают в маркированный герметически закрывающийся контейнер для последующего обеззараживания либо в пластиковые мешки специальной окраски для уничтожения в соответствии с правилами ликвидации инфицированного материала;

10.16.9. При загрязнении кровью наружной оболочки контейнера производят обработку дезинфектантом. Для транспортировки контейнер, помещают во второй контейнер или герметически закрывающуюся сумку;

10.16.10. На контейнерах с секционным материалом, направляемым на лабораторное исследование, делают предупредительную надпись «Осторожно, СПИД!». При транспортировке все банки с материалом необходимо герметически закрыть резиновой пробкой и резиновой пленкой (от перчаток) и поместить во второй непромокаемый неповрежденный контейнер, также закрывающийся герметически. Все материалы направляют только с нарочным. Фиксационный секционный материал хранят в специально отведенном и, желательно, опечатанном закрытом помещении. Хранение и дальнейшую работу с этим материалом следует проводить в строгом соответствии с действующим положением о порядке учета, хранения, обращения, отпуски и пересылке культур, бактерий, вирусов;

10.16.11. По окончании работы с ВИЧ-инфицированным материалом и снятия защитной одежды весь персонал обязан тщательно вымыть руки;

10.16.12. Закончив исследование, труп орошают 3 % раствором хлорамина В или хлорной извести, завертывают в простыню смоченную дезинфицирующим раствором, и помещают в металлический гроб или деревянный, обитый изнутри пленкой. На дно насыпают слой хлорной извести толщиной не менее 10 см. Перевозку трупа для погребения или кремации осуществляет эвакобригада в сопровождении специалиста отдела ООИ территориального органа санитарно-эпидемиологического надзора;

10.16.13. Все потенциально зараженные материалы, использованные при лабораторных исследованиях, по миновании надобности подвергают обеззараживанию.

Режимы обеззараживания следующие:

Помещение и оборудование сразу по окончании работы протирают 3 % раствором хлорамина В или 3 % осветленным раствором хлорной извести. Защитную одежду, халаты, косынки, шапочки, ватно-марлевые маски, перчатки подвергают кипячению в 2 % растворе соды или любом моющем средстве в течение 30 минут с момента закипания или погружают на 2 часа в 3 % раствор хлорамина В расчета 5 л/кг.

Предпочтительно автоклавирование паровоздушной смесью при температуре 80 – 90 °С в течение 45 минут.

11. Изъятие и направление трупного материала на лабораторные исследования. Изъятие объектов для судебно-химического исследования:

11.1. С целью обнаружения и количественного определения ядовитых веществ для судебно-химического исследования изымают и направляют различные внутренние органы, кровь и мочу с учетом природы предполагаемого яда и путей введения его в организм, распределения, путей и скорости выведения, длительности течения интоксикации и лечебных мероприятий. Направляют также рвотные массы, первые порции промывных вод, остатки лекарственных и химических веществ, пищи, напитков и другие объекты.

Внутренние органы и биологические жидкости направляют в количествах, достаточных для проведения судебно-химического исследования, с учетом того, что одна треть материала должна остаться в архиве для повторных экспертиз.

11.1.1. При подозрении на отравление ядовитым веществом направляют комплекс внутренних органов: желудок с содержимым, один метр тонкой кишки из наиболее измененных отделов, одну треть печени, одну почку, а также всю мочу и не менее 200 мл крови.

Каждый орган, кровь, мочу помещают в отдельные чистые и сухие стеклянные банки.

11.1.2. При подозрении на введение яда через влагалище или матку, необходимо дополнительно взять в отдельные банки матку и влагалище.

11.1.3. При подозрении на подкожное или внутримышечное введение участок кожи и мышцы из области предполагаемого места введения.

11.1.4. При подозрении на ингаляционное отравление – одну четверть легкого из наиболее полнокровных участков, одна треть головного мозга.

11.1.5. При обнаружении в содержимом желудка крупинок, кристаллов, таблеток какого-либо вещества. Они также должны быть направлены на судебно-химическое исследование.

Дополнительно к указанному комплексу внутренних органов и биологических жидкостей необходимо направить в случаях подозрения на отравление:

11.1.6.1. Кислотами и едкими щелочами – глотку, трахею и пищевод, участки кожи со следами действия яда;

11.1.6.2. Летучими хлорорганическими веществами (хлороформ, хлоралгидрат, четыреххлористый углерод, дихлорэтан, хлорорганические пестициды и другие галогенопроизводные) – сальник, одну треть головного мозга;

11.1.6.3. Метилловым спиртом – одну треть головного мозга;

11.1.6.4. Гликозидами – одну треть печени с нескрытым желчным пузырем, ткани из места инъекции, законсервированные этанолом из-за быстрого разложения гликозидов;

11.1.6.5. Фосфорорганическими соединениями – обязательно кровь для определения активности холинэстеразы;

11.1.6.6. Солями ртути – прямую кишку, волосы;

11.1.6.7. Хроническое отравление соединениями свинца – плоские кости;

11.1.6.8. Хроническое отравление соединениями таллия – плоские кости и волосы;

11.1.6.9. Хроническое отравление соединениями мышьяка – волосы, ногти, плоские кости;

11.1.6.10. Тетраэтилсвинцом – мозг и легкое;

11.1.6.11. Окисью углерода – кровь (около 20 мл), мышечную ткань;

11.1.6.12. Этанолом – кровь, мочу в количестве 20 мл (в посуду, заполненную под пробку); Кровь берут пипеткой или шприцем из крупных вен конечностей или синусов твердой мозговой оболочки. При невозможности направить кровь, мочу или внутренние органы берут мышечную ткань (около 500 г).

11.1.6.13. Метгемоглобинообразующими ядами (ферроцианиды, анилин, нитробензол, перманганат калия, формальдегид, хроматы, метиленовый синий, ацетальдегид) – кровь на метгемоглобин;

11.1.6.14. Грибами и ядовитыми растениями – непереваренные кусочки грибов и растений из содержимого желудка и кишечника, рвотные массы и промывные воды;

11.1.7. Внутренние органы извлекают после наложения двойных лигатур на пищевод, желудок, кишечник (на расстоянии одного метра в разных отделах) для предотвращения механического перемещения их содержимого;

11.1.8. Органы нельзя обмывать водой и загрязнять химическими веществами или механическими примесями. Органы помещают в стеклянную посуду (сухие широкогорлые банки). Использование металлической или керамической посуды запрещается.

11.1.9. Эксперт должен следить за тем, чтобы яд не был удален из трупа и не попал извне. Поэтому до вскрытия необходимо тщательно вымыть секционный стол, инструменты, перчатки, и во время вскрытия не пользоваться водой и другими жидкостями.

11.1.10. Банки следует мыть раствором соды или горчицы, тщательно ополаскивать чистой водой, а затем дистиллированной водой и высушивать в сушильном шкафу.

11.1.11. Объекты исследования консервируют только при подозрении на отравление сердечными гликозидами, производными фенотиазина, фосфорорганическими пестицидами, алкалоидами и трициклическими антидепрессантами. Для фиксации используют спирт-ректификат, уровень которого над внутренними органами в банках должен быть высотой не менее 1 см.

11.1.11.1. Одновременно в судебно-химическое отделение направляют контрольную пробу спирта в количестве 300 мл, взятую из той же тары, что и для консервирования;

11.1.12. Банки герметически закрывают, наклеивают на каждую этикетку, соответствующую утвержденной типовой форме с необходимыми записями и помещают в опечатанный полиэтиленовый пакет или контейнер, который немедленно пересылают для исследования.

Примечание: при подозрении на отравление этанолом задержка с транспортировкой материала на 5 – 10 суток послужит причиной получения недостоверных результатов его количественного определения.

11.1.12.1. Одновременно в судебно-химическое отделение направляют копию постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа; направление судебно-медицинского эксперта с кратким изложением обстоятельств наступления смерти, основных данных исследования трупа с диагнозом, фамилией, инициалами и возрастом умершего, вопросов, подлежащих разрешению экспертом-химиком.

11.1.13. При исследовании эксгумированного трупа на судебно-химический анализ направляют землю, взятую по 500 г из шести мест (над и под гробом, возле боковых его поверхностей, в головном и ножном концах), а также кусочки одежды, обивки, подстилки, нижней доски гроба (около 500 см²), различные украшения и предметы, найденные возле трупа.

Изъятие объектов для гистологического исследования:

11.2. Органы и ткани трупа изымает для гистологического исследования судебно-медицинский эксперт, производящий исследование трупа. Поручать изъятие органов лаборанту или санитару запрещается.

11.2.1 Кусочки вырезают острым ножом. Пользоваться ножницами во избежание размятия тканей не рекомендуется. Нельзя скоблить поверхность кусочков, особенно слизистую и серозную оболочки. Рыхлые легко распадающиеся ткани и массы (например, содержимое полости матки) берут на нож, не пользуясь пинцетом, и погружают в фиксирующую жидкость в марлевом мешочке.

11.2.2 Кусочки вырезают толщиной 0,5 – 1 см, длина и ширина их могут быть различными (обычно 1,5 см или 2 см) с таким расчетом, чтобы получаемый срез уместился под стандартное покровное стекло. Кусочки сразу же помещают в фиксирующую жидкость. Ввиду медленного ее проникновения в глубину ткани взятие на исследование более толстых кусочков не рекомендуется.

11.2.3. Для взятия кусочков разрезы органов должны производиться так, чтобы лучшим образом показать их анатомическое строение. Например, в кусочке почки должны быть представлены корковое и мозговое вещество, в очаге пневмонии – центральный и периферические участки. При механических и иных повреждениях необходимо изымать место повреждения с прилежащими здоровыми тканями.

11.2.4. При необходимости оценки каждого из имеющихся в одном и том же органе или ткани изменений, их маркируют этикеткой. Подпись на этикетках делают графитовым карандашом. Для этикеток используют материал, устойчивый к действию фиксирующей жидкости (клеенка, фотобумага и др.).

11.2.5. Вырезанные кусочки помещают в 10 – 15 % раствор формалина.

Его готовят из концентрированного раствора параформальдегида, добавляя к одной его части 9 частей воды. Использовать с белым осадком параформальдегид не следует. В таких случаях исходный концентрированный раствор помещают в вытяжной шкаф и подогревают до растворения осадка, после чего его можно использовать.

11.2.5.1. При необходимости использования нейтрального раствора формалина его готовят следующим образом: раствор формалина (37 – 40 %) 100 мл, вода дистиллированная – 900 мл, однозамещенный фосфат натрия 4 г, безводный двузамещенный фосфат натрия – 6,5 г.

11.2.6.1. Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем кусочков не менее чем в 10 раз. При этом следят, чтобы кусочки в растворе не слипались и не прилегали ко дну банки. Для этого на дно банки кладут слой ваты, и раствор периодически взбалтывают. Во избежание подсыхания всплывших кусочков их сверху прикрывают ватой. Фиксацию в формалине проводят при комнатной температуре 1 – 2 суток. Через сутки раствор меняют. Более длительная фиксация не желательна.

11.2.7. Для фиксации нервной ткани при применении специальных окрасок используют формалин. Для некоторых методик (например, окраска на гликоген) кусочки фиксируют в 96 % этаноле.

11.2.8. Частицы высушенных тканей собирают в пакет и направляют в гистологическое отделение в нефиксированном виде. Таким же образом направляют кусочки от мумифицированных трупов и трупов в состоянии торфяного дубления или жировоска.

11.2.9. Подготовку фиксированных кусочков органов и тканей для гистологического исследования (вырезку) выполняет в морге эксперт, производивший исследование трупа. Остав-

шийся после вырезки материал собирают в маркированный марлевый мешочек и помещают его в плотно закрывающийся сосуд со свежим раствором формалина, хранящийся в морге в течение одного года.

11.2.10. Взятие материала для судебно-гистологического исследования должно производиться в 100 % случаев аутопсий. Вопрос о необходимости направления кусочков органов и тканей на гистологическое исследование решает судебно-медицинский эксперт в зависимости от конкретных ситуаций.

Обязательным является проведение судебно-гистологического исследования в случаях убийств, производственных травм, отравлений (в том числе и алкоголем), поражений электрическим током, смерти от действия низкой температуры внешней среды, при скоропостижной смерти детей и взрослых, инфекционных заболеваний (в том числе и туберкулезе), онкологических и гематологических болезней, ятрогенных заболеваний, смерти в лечебных учреждениях.

11.2.11. Количество кусочков, взятых из тех или иных органов и тканей, определяется вырезанностью и распространенностью патологического процесса, а также задачами исследования.

11.2.12. При подозрении на определенный вид смерти целесообразно исследовать:

- при механической асфиксии – странгуляционную борозду, из которой кусочки вырезают так, чтобы в них попали дно, нижний и верхний краевые валики с неповрежденной тканью (если борозда широкая, можно вырезать два кусочка так, чтобы в них были представлены верхний краевой валик и дно, нижний краевой валик и дно);

- при смерти от местного действия высокой температуры – кусочки кожи из области ожога, трахею, главный бронх, легкие, почки;

- при смерти от действия низкой температуры – желудок, 12-перстную кишку, поджелудочную железу, сердце, легкие;

- при черепно-мозговой травме – кусочки мозга с мягкими мозговыми оболочками из контузионного очага и пограничной зоны, а также из ствола мозга, твердую мозговую оболочку по показаниям;

- при субарахноидальных, особенно базальных, кровоизлияниях – артерии основания головного мозга различного калибра из мест, где наиболее часто локализуются патологические изменения и врожденные пороки развития;

- при отравлениях прижигающими ядами – язык, пищевод, желудок, тонкий кишечник, верхние дыхательные пути, почки, печень;

- при отравлении фосфорорганическими соединениями – легкие, сердце, почки, печень, надпочечник;

- при определенных показаниях – кожа с подкожной жировой клетчаткой и мышцами из мест введения лекарственных и наркотических веществ;

- при подозрении на «криминальный» аборт – матку, яичники, трубы, стенку влагалища, параметральную клетчатку;

- при подозрении на смерть от острой коронарной недостаточности венечную артерию в месте наибольших изменений, сердце по краю ишемизированных и полнокровных участков через всю толщу стенки;

- при внезапной смерти лиц молодого возраста в условиях чрезмерной физической нагрузки, психической травмы или иных стрессовых воздействий, а также когда причина смерти не ясна, наряду с другими органами берут гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, органы иммуногенеза, мазки-отпечатки слизистых оболочек дыхательных путей;

- при подозрении на СПИД – головной и спинной мозг, печень, почки, желудок, кишечник, органы иммуногенеза (костный мозг, вилочковую железу, лимфоузлы различной локализации, селезенку), а при показаниях – сетчатку глаза, кожу, слизистую оболочку рта и др.

11.2.13. При скоропостижной смерти детей грудного и раннего возраста на исследование направляют:

- часть гортани с голосовыми связками и региональными лимфатическими узлами;

- три кусочка трахеи – начальную часть (вместе с участками щитовидной железы для ориентации об уровне трахеи), среднюю (с паратрахеальными лимфатическими узлами) и область бифуркации (с начальными отделами обоих главных бронхов);

- внелегочные бронхи и кусочки из области корня легких с перибронхиальными лимфатическими узлами;
- ткань легких из участков с максимально и умеренно выраженными изменениями;
- стенку глотки, миндалины с дужками, слюнные железы;
- мазки-отпечатки слизистой оболочки гортани, трахеи, бронхов, поверхности разрезов легких;
- центральные и периферические органы иммуногенеза (вилочковую железу, лимфатические узлы, селезенку, лимфоидную ткань желудочно-кишечного тракта);
- сердце с клапанным аппаратом;
- печень;
- кору головного мозга с мягкими мозговыми оболочками, субэпендимарные отделы головного мозга;
- тонкий и толстый кишечник;
- надпочечники.

11.2.14. При исследовании трупов новорожденных надлежит брать легкие, сердце, почки, печень, вилочковую железу, надпочечники, пупочное кольцо с сосудами, родовую опухоль, плаценту.

11.2.15. При направлении материала в гистологическое отделение помимо сведений об умершем, обстоятельствах наступления смерти и данных исследования трупа (макроскопическая характеристика органов и тканей, предварительный диагноз) в сопроводительном документе приводят сведения из постановления о назначении экспертизы трупа, указывают наименование органов, количество кусочков (общее и по органам), способ фиксации и цель судебно-гистологического исследования (в соответствии с действующей формой).

Изъятие объектов для цитологического исследования:

11.3. Изъятие материала для цитологического исследования производят для установления генетического пола по X- и Y-хроматину в случаях, когда определение половой принадлежности затруднено при наличии частей расчлененного трупа, обугливания трупа и т. д.

Исследуют мазки-отпечатки из разных участков сохранившихся тканей и органов трупа, а также волосы с луковицами и ногти.

11.3.1. Предпочтительно изготовление мазков-отпечатков. Для этого обезжиренные предметные стекла прижимают к поверхности разреза органа или ткани, после чего высушивают на воздухе при комнатной температуре и фиксируют 10 мин метанолом или, при его отсутствии, этанолом. Изготавливают не менее 4 мазков-отпечатков от каждого органа.

11.3.1.1. Предметные стекла, предназначенные для изготовления мазков-отпечатков, предварительно обрабатывают 6 – 8 ч хромпиком, промывают в проточной воде, протирают и хранят в смеси Никифорова (1 часть 96 % этанола и 1 часть этилового эфира). Перед использованием тщательно протирают.

11.3.2. При невозможности изготовить мазки-отпечатки изымают не менее 3 – 4 кусочков размерами 1,5 – 2,5 см от каждого органа. Кусочки необходимо в течение первых суток после изъятия передать в лабораторию. Если такой возможности нет, их сохраняют в холодильнике не более 36 ч до передачи в лабораторию. Допускается фиксация кусочков в 8 % растворе нейтрального формалина. Ткани трупа, подвергшегося действию высокой температуры или значительному высыханию (например, мумификации), не фиксируются.

11.3.3. Для исследования на X- и Y-хроматин могут быть направлены свертки или корочки крови, а также пятна крови на одежде. Свертки и корочки крови помещают в отдельные маркированные пробирки, закрывают пробками и опечатывают одежду со следами крови направляют на исследование в установленном порядке;

11.3.3.1. При наличии свертков крови допускается изготовление мазков. Каплю крови наносят на один из концов обезжиренного предметного стекла (см. п. 11.3.1.1) и быстрым равномерным движением края другого шлифованного стекла под углом 45 градусов к поверхности предметного стекла изготавливают мазок. После высушивания при комнатной температуре на воздухе мазки фиксируют 10 мин метанолом или 96 % этанолом, высушивают, попарно складывают (поверхности мазков обращены внутрь) и завертывают в чистую белую бумагу. Затем их помещают в маркированный пакет, который опечатывают.

11.3.4. Волосы изымают путем выдергивания пальцами или широким пинцетом. Изымают не менее 10 волос с влагалищными оболочками, помещают их в маркированный бумажный пакет, который заклеивают и опечатывают.

11.3.5. Ногтевые пластинки с двух-трех пальцев кисти или стопы изымают вместе с ростковой частью, помещают в отдельный маркированный бумажный пакет, заклеивают и опечатывают.

11.3.5.1. При убийствах и половых преступлениях или при подозрении на них срезают ножницами свободный край ногтевой пластинки с каждого пальца кисти и вместе с подногтевым содержимым, которое соскабливают заостренной частью деревянной палочки – лопатки, помещают в отдельный для каждого пальца маркированный пакет из бумаги или кальки. Все изготовленные пакетики помещают в общий пакет, который подписывают и опечатывают.

11.3.6. Для исследования морфологического состава секрета молочных желез каплю их содержимого наносят на обезжиренное предметное стекло и изготавливают мазок, который высушивают при комнатной температуре на воздухе и фиксируют 5 – 10 мин метанолом.

Изъятие образцов для судебно-биологического исследования

11.4. При исследовании трупа изымают в качестве образцов кровь, волосы, желчь (мочу) и влагалищные клетки.

11.4.1. Кровь направляют в судебно-биологическое отделение в жидком виде либо в виде пятна на стерильном бинте (марле).

11.4.1.1. Кровь в количестве 3 – 5 мл берут из полостей сердца или крупных сосудов стерильной пипеткой или шприцом и помещают в чистую пробирку (флакон), которую закрывают резиновой или корковой пробкой, на пробирку наклеивают этикетку с указанием наименования изъятого образца, фамилия и инициалы умершего, регистрационного номера трупа, фамилия эксперта и даты исследования трупа, пробирку опечатывают;

11.4.1.2. Стерильный бинт (марлю) складывают в 5 – 6 слоев и пропитывают кровью из пипетки или шприца на участке диаметром 5 – 6 см. Бинт высушивают на листе чистой бумаги при комнатной температуре в чистом помещении морга (кроме секционного зала и трупохранилища). Высушиваемые образцы нельзя помещать вблизи нагревательных приборов и подвергать прямому воздействию солнечных лучей и загрязнению. Высушенные образцы и часть чистого бинта (для контроля), использованного для получения пятна, помещают в отдельные пакеты, которые маркируют, заклеивают и опечатывают;

11.4.1.3. При невозможности взять образцы крови (скелетированный, гнилостно измененный, мумифицированный труп и т. д.) изымают кусочки мягких тканей размером 0,5 – 1,5 см, ногти, волосы, кости, кусочки мягких тканей изымают из областей, в которых в меньшей степени выражены гнилостные изменения;

11.4.1.3.1. Кусочки мягких тканей помещают в чистую стеклянную посуду, которую закрывают пробкой, маркируют, опечатывают и хранят в холодильнике. В случае длительной транспортировки изъятые кусочки высушивают при комнатной температуре или фиксируют 5 – 10 % раствором формалина. Образец формалина направляют в лабораторию для контроля;

11.4.1.3.2. Волосы изымают вместе с луковицами и влагалищными оболочками;

11.4.1.3.3. Ногти изымают вместе с ростковым слоем с двух пальцев каждой кисти;

11.4.1.3.4. При исследовании скелетированного трупа изымают 2 – 3 фрагмента костей, имеющих губчатое мозговое вещество.

11.4.2. Образцы волос изымают из различных областей тела, в зависимости от обстоятельств дела и задач исследования;

11.4.2.1. Для идентификации личности умершего и при наличии повреждений в области головы изымают волосы с лобной, обеих височных, теменных и затылочных областей, а также из области повреждений. Для этого пальцами из каждой указанной области выдергивают 15 – 20 волос с влагалищными оболочками и луковицами. Аналогичным способом изымают при необходимости образцы волос с других областей тела. Волосы помещают в отдельные, заранее маркированные пакеты, которые укладывают в общий пакет. Последний заклеивают, прошивают нитками и концы ниток опечатывают на прикрепленном к ним кусочке картона;

11.4.2.2. При половых преступлениях или подозрении на них дополнительно изымают волосы с лобка.

11.4.3. Для посмертного исследования категории выделительства изымают желчь, а при ее отсутствии – мочу или перикардальную жидкость. Для этого желчный пузырь, перикард или мочевого пузыря протирают вначале влажной, чистой, а затем сухой марлей и вскрывают стенку чистым сухим ножом (скальпелем). Шприцом набирают 3 – 5 мл желчи, мочи или перикардальной жидкости и помещают ее в чистую пробирку (флакон), который закрывают пробкой, маркируют и опечатывают;

11.4.3.1. При длительной транспортировке желчь (мочу, перикардальную жидкость) выливают на чистую марлю и высушивают.

11.4.4. Образцы влагилищного содержимого изымают при половых преступлениях и при подозрении на них. Марлевым тампоном берут содержимое со сводов влагилища и наносят его равномерным тонким слоем на 5 – 6 обезжиренных предметных стекол. Тампон и стекла высушивают при комнатной температуре (см. п. 11.4.1.2), после чего стекла попарно складывают поверхностями мазка одно к другому, помещая между предметными стеклами спички или иную плотную прокладку, завертывают в чистую белую бумагу и вместе с тампоном помещают в маркированный пакет, который опечатывают. Одновременно в отдельном пакете направляют чистый тампон для контроля.

Аналогичным образом изготавливают и направляют на исследование тампоны с содержимым прямой кишки.

Изъятие объектов для медико-криминалистических исследований:

11.5. При необходимости проведения медико-криминалистического исследования в лаборатории бюро судебно-медицинской экспертизы одежду, органы, препараты и извлеченные из трупа инородные тела передают лицу или органу, назначившему экспертизу трупа;

11.5.1. Изъятие объектов с учетом задач медико-криминалистической экспертизы осуществляет судебно-медицинский эксперт, руководствуясь результатами аутопсии, следственными данными и требованиями регламентирующих и методических документов;

11.5.2. Одежду с повреждениями и другими следами высушивают на воздухе при комнатной температуре, после чего каждый предмет отдельно упаковывают в чистую бумагу, маркируют. Наложения сыпучих веществ предварительно обшивают чистой тканью или пленочным материалом;

11.5.3. Препараты кожи с повреждениями тупыми и острыми орудиями изымают не менее чем с 2 см окружающей поврежденной кожи, фиксируют их на картонной подложке, высушивают (при наличии раневого канала препарат кожи иссекают вместе с подкожной жировой клетчаткой и другими тканями по ходу канала), наносят координатную маркировку, помещают в пакет из чистой пленки или бумаги и опечатывают;

11.5.4. Для обнаружения в области повреждений кожи инородных включений (следов металлов, дополнительных факторов выстрела и т. д.) иссекают препарат кожи и тщательно удаляют подкожную жировую клетчатку, пользуясь чистыми хромированными инструментами с ненарушенной поверхностью покрытия. Препарат кожи передают в установленном порядке в отделение медицинской криминалистики (ОМК) предварительно высушив на воздухе при комнатной температуре. Аналогичным путем иссекают в качестве контроля препарат кожи из симметричных областей тела или вне области повреждения;

11.5.5. При наличии повреждений костей изымают всю кость (длинные трубчатые кости, ребра) или выпиливают поврежденный фрагмент, отступая не менее 5 см от края повреждения, аккуратно удаляют хромированными инструментами мягкие ткани и подсушивают на воздухе при комнатной температуре. Объект помещают в маркированный пакет из кальки или белой чистой бумаги, который опечатывают;

11.5.6. Хрящи с повреждениями иссекают, по возможности дальше от края повреждения, аккуратно хромированными инструментами удаляют мягкие ткани. К концам объекта прикрепляют бирки с обозначением сторон и плоскостей рассечения. Объекты помещают в консервирующую жидкость (без формалина) или маркированные пакеты из чистой белой бумаги (или кальки) и упаковывают их в полиэтиленовый пакет;

11.5.7. Костные объекты от скелетированных и сгоревших трупов, необходимые для решения задач идентификации, после высушивания упаковывают в бумагу и помещают в фанерный или картонный ящик, который маркируют и опечатывают;

11.5.8. Органы и ткани трупа могут быть изъяты с целью спектрографического исследования:

11.5.8.1. Для установления наличия и количественного содержания металлов и других химических элементов в области повреждений; в органах, тканях и жидкостях человека при подозрении на отравление;

11.5.8.2. Для установления видовой принадлежности костных останков, наличия костного вещества в золе;

11.5.8.3. Для выявления введенных извне токсических веществ органического происхождения, в том числе сильнодействующих лекарственных веществ;

11.5.8.4. Для установления следов нефтепродуктов и лакокрасочных материалов в области повреждений;

11.5.8.5. Для выявления продуктов выстрела и взрывчатых веществ.

11.5.9. Объекты (5 – 10 г), изъятые чисто вымытыми медицинскими инструментами с поврежденным хромированным покрытием, предварительно обработанные этанолом, высушивают, каждый объект упаковывают отдельно в пакет из кальки или чистой белой бумаги и маркируют. Допускается фиксация в 96 % этаноле в стеклянной посуде с направлением образца этого же спирта для контрольного исследования, в месте сожжения трупа или его частей деревянной или пластмассовой лопаткой из разных участков этого места изымают не менее 4 проб золы массой 50 г каждая. Пробы помещают в отдельные маркированные бумажные пакеты, необходимо изымать не менее 100 г топлива, использованного при сжигании трупа.

11.5.10. Наличие контрольных образцов является обязательным условием при производстве спектрографических исследований. Для контроля изымают кусочки той же ткани (органа или аналогичной области противоположной стороны тела) на некотором расстоянии от края повреждения.

11.5.11. Для упаковки посылки с объектами можно использовать фанерные или картонные коробки. Категорически запрещается использование тары из-под химических реактивов, фотоматериалов, металлических предметов и т. д. Упаковывают посылки так, чтобы обеспечить их сохранность от механических повреждений.

Изъятие объектов для микробиологического (вирусологического) исследования 11.6. Микробиологическое (вирусологическое) исследование производят при подозрении на смерть от инфекционных заболеваний или бактериальных пищевых отравлений;

11.6.1. Изъятие объектов для исследования следует производить в первые 24 ч после наступления смерти. Вероятность получения положительных результатов в более поздние сроки снижается;

11.6.2. Изъятие материала производит специалист бактериологической лаборатории санэпиднадзора и только лишь в случае его отсутствия судебно-медицинский эксперт;

11.6.3. Для взятия используют стерильные инструменты, предметные стекла и посуда, их промывают этанолом и обжигают.

Объекты для исследования изымают в зависимости от предполагаемого диагноза, основанного на клинических симптомах заболевания и морфологических изменениях, выявленных при вскрытии трупа;

11.6.4. Трупную кровь берут из сердца до извлечения головного мозга. После проведения срединного разреза передней поверхности туловища и отделения кожно-мышечного лоскута протирают смоченным этанолом, марлей поверхность грудины и прижигают раскаленным шпателем. Рассекают грудину и перикард. Прижигают шпателем переднюю поверхность правого желудочка и в его полость вводят конец стерильной пипетки или иглы шприца. Набирают не менее 5 – 10 мл крови. Если в полости сердца кровь свернулась или отсутствует, ее берут с соблюдением тех же условий из полой, бедренной или яремной вены;

11.6.5. Изъятие кусочков внутренних органов производят после прижигания их поверхности раскаленным шпателем;

11.6.5.1. Кусочки легких, печени, головного мозга и других органов вырезают размером 1 – 2 см. Кусочки легких вырезают из прикорневой области и из середины каждой доли (не следует брать кусочки из гипостатических участков). Кусочки печени вырезают из каждой доли. Желчный пузырь изымают целиком с содержимым после наложения лигатур;

11.6.5.2. Для исследования содержимого кишечника изымают 2 – 3 отрезка тонкой кишки длиной 15 – 20 см, предварительно наложив на них двойные лигатуры, между которыми производят рассечение;

11.6.5.3. Кусочки головного мозга следует вырезать до извлечения его из полости черепа. Для этого прижигают твердую мозговую оболочку, и после ее рассечения поверхность мозга.

11.6.6. Изготавливают мазки и отпечатки органов. Надлежит делать мазки содержимого дыхательных путей (задней стенки глотки, гортани, трахеи, бронхов), отпечатки с их слизистой оболочки и с поверхности разрезов легких, в местах, где подозревают патологический процесс. При наличии содержимого в полостях среднего уха из него также делают мазки. Мазки и отпечатки фиксируют нагреванием или высушиванием на воздухе при комнатной температуре (лучше под феном), защищая от загрязнений и мух. Для вирусологического исследования методом флюоресцирующих антител мазки-отпечатки со слизистой оболочки трахеи, бронхов и с поверхности разрезов легких фиксируют после подсушивания на воздухе в 96 % этаноле, охлажденном до 40 °С.

11.6.7. Изъятый материал помещают в стерильные банки или пробирки, их закрывают пробкой, маркируют и тщательно упаковывают. В качестве фиксирующей жидкости может быть использован только 25 % водный раствор глицерина (петли кишечника не фиксируют и хранят в холодильнике). При отправке материала в бактериологическую лабораторию принимают меры предосторожности, чтобы не разбить стеклянную посуду.

11.6.8. При подозрении на ООИ материал упаковывают особо тщательно. Стеклянную посуду помещают в металлические пеналы, которые опечатывают и специально выделенным транспортом перевозят в лабораторию ООИ.

11.6.9. При различных инфекционных заболеваниях следует изымать следующие объекты для исследования:

11.6.9.1. Актиномикоз, бластомикозы и другие диссеминированные микозы – гной, кусочки тканей в области поражения, легкие и другие органы, в зависимости от характера поражения;

11.6.9.2. Бешенство – головной мозг (аммонов рог, продолговатый мозг);

11.6.9.3. Брюцеллез – кровь, моча, внутренние органы (особенно печень, селезенка), мокрота, гной, экссудаты в пораженных тканях и органах; у женщин – дополнительно молочные железы;

11.6.9.4. Брюшной тиф, паратифы – кровь из сердца, желчь, печень, селезенка, легкие, почки, мозг, лимфатические узлы кишечника, содержимое толстого и тонкого кишечника;

11.6.9.5. Возвратный тиф, малярия, лептоспироз – кровь, внутренние органы (особенно селезенка, печень, мозг), спинномозговая жидкость, моча (при лептоспирозах);

11.6.9.6. Газовая гангрена – кусочки ткани из области ран и пораженных тканей и органов, аппендикс, перитонеальная жидкость, секрет шейки матки, легкие, кровь (в зависимости от клинических проявлений), а также инородные тела (кусочки орудия травмы, одежды) в случаях их обнаружения;

11.6.9.7. Герпес обычный – головной мозг, печень;

11.6.9.8. Гонококковая инфекция – отделяемое уретры, влагалища, шейки матки, прямой кишки, предстательная железа, экссудат суставов, воспаленных придатков и брюшины;

11.6.9.9. Грипп и другие вирусные инфекции респираторной группы – кусочки трахеи, крупных бронхов, легких; мазки-отпечатки с поверхности слизистой оболочки трахеи, бронхов, поверхности разрезов легких;

11.6.9.10. Дизентерия – содержимое нижних отделов толстой кишки, кровь, моча, мезентеральные железы, печень, селезенка;

11.6.9.11. Дифтерия, ангина Венсенна – пленки и отделяемое с пораженных участков слизистых оболочек (зева, носа, половых органов, глаз) кожи, кровь;

11.6.9.12. Коклюш – легкие, слизь носоглотки;

11.6.9.13. Лейшманиоз (внутренний) – костный мозг, селезенка, печень, кровь;

11.6.9.14. Листерия – головной мозг, печень, селезенка;

11.6.9.15. Менингококковые инфекции – спинномозговая жидкость, мозговые оболочки, кровь, слизь из зева, тканевая жидкость, гной;

11.6.9.16. Орнитоз – кусочки легких из пневмонических очагов, селезенка, экссудат из плевральных полостей;

11.6.9.17. Оспа – кусочки кожи и слизистых оболочек с элементами сыпи, чешуйки и корочки, кровь из сердца, печень;

11.6.9.18. Пневмококковая инфекция, инфекция капсульными бактериями Фридлендера, инфекция гемофилами Афанасьева – Пфейфера – легкие, слизь носоглотки, мокрота, кровь, гной, моча, спинномозговая жидкость, плевральные и другие экссудаты;

11.6.9.19. Полиомиелит – мозг (особенно продолговатый и спинной), кровь, отделяемое носоглотки, содержимое тонкой и толстой кишки;

11.6.9.20. Сап – кусочки кожи и слизистой оболочки в изъязвленных участках, лимфатические узлы, кусочки мышечной ткани в области абсцессов, внутренние органы, кровь;

11.6.9.21. Сибирская язва – пораженные участки кожи и других тканей, лимфатические узлы, кровь, экссудаты, внутренние органы, спинномозговая жидкость, костный мозг;

11.6.9.22. Сифилис – отделяемое слизистых оболочек, кусочки тканей в области поражения, внутренние органы, кровь, спинномозговая жидкость;

11.6.9.23. Стафилококковые, стрептококковые инфекции, инфекции синегнойной палочкой – гной, экссудат, кровь, участки пораженных тканей и органов, соскобы со слизистой оболочки зева, региональные лимфатические узлы;

11.6.9.24. Столбняк – гной, кусочки ткани из пораженных областей, старых рубцов, кровь, печень, селезенка, инородные тела в виде кусочков орудия травмы и т. д.;

11.6.9.25. Сыпной тиф – кровь, внутренние органы, кусочки кожи с элементами сыпи;

11.6.9.26. Токсикоинфекции, вызванные:

11.6.9.26.1. Кишечной палочкой – содержимое тонкой кишки, кровь из сердца, печень, селезенка, легкие, почки, лимфатические узлы кишечника;

11.6.9.26.2. Сальмонеллами – паренхиматозные органы, кровь из сердца, содержимое желудка и тонкой кишки, лимфатические узлы кишечника;

11.6.9.26.3. Протеем – содержимое тонкой и толстой кишок;

11.6.9.26.4. Стафилококком – содержимое тонкой и толстой кишок;

11.6.9.26.5. *Cl. perfringens* – содержимое тонкой кишки (200 – 300 мл), перитонеальная жидкость, кишечные и брыжеечные лимфатические узлы, кровь из сердца, печень;

11.6.9.26.6. *CL. botulinum* – печень, отрезки тонкой кишки, желудок с содержимым, головной мозг, кровь;

11.6.9.27. Туберкулез – головной мозг, печень, селезенка, легкие, лимфатические узлы;

11.6.9.28. Туберкулез – мокрота, мазки из гортани, кусочки легких и других внутренних органов (в зависимости от характера поражения), моча, спинномозговая жидкость;

11.6.9.29. Холера – три отрезка тонкой кишки длиной 10 – 15 см, желчный пузырь, региональные лимфатические узлы, печень, селезенка;

11.6.9.30. Чума, туляремия – лимфатические узлы (бубоны), кровь, внутренние органы (особенно легкие, селезенка, печень), слизь зева, мокрота, кусочки пораженной кожи, спинномозговая жидкость, костный мозг;

11.6.9.31. Энцефалиты – головной мозг, спинномозговая жидкость, кровь, периферические нервы, внутренние органы;

11.6.9.32. СПИД – кровь из полости сердца.

Изъятие объектов для исследования на диатомовый планктон:

11.7. Исследование материала на диатомовый планктон /алкоголический анализ/ с целью подтверждения факта наступления смерти в результате утопления в воде предусматривает определенный перечень образцов жидкостей, органов и тканей от трупа, воды из водоема, а также соблюдение следующих требований:

11.7.1. Посуду, предназначенную для взятия образцов, предварительно механически очищают, промывают водой, обрабатывают хромовой смесью (насыщенным раствором двухромовокислого калия в серной кислоте), два-три раза ополаскивают дистиллированной водой и высушивают

Подготовленную посуду следует предохранять от контакта с водопроводной водой, загрязнения и пыли;

11.7.1.1. Инструменты должны быть чистыми и сменными. Секционный нож после разреза кожных покровов уже не может быть использован для последующих разрезов других тканей и органов трупа. Ножи, иглы и шприцы следует промывать каким-либо раствором моющего средства, ополоснуть два-три раза дистиллированной водой.

В каждом морге целесообразно иметь укупоренный комплект банок и инструментов, предварительно обработанных и гарантированно чистых, которые можно использовать по мере необходимости.

11.7.2. Основными объектами для исследования могут быть следующие жидкости, органы и ткани от трупа в различных сочетаниях:

- почка;
- кровь (не менее 100 мл) из левой половины сердца (или промывные воды полости сердца);
- вещество головного мозга (не менее 100 г); спинной мозг; мышца сердца (не менее 100 г);
- скелетная мышца в неповрежденной фасции (не менее 100 г);
- селезенка с неповрежденной капсулой;
- жидкость из пазухи основной кости;
- фрагмент бедренной или плечевой кости с костным мозгом (10 – 15 см).

Примечание:

1. Каждый образец помещают в отдельную посуду и закрывают крышкой.
2. Категорически запрещается обмывание взятых образцов водой.

11.7.2.1. Обязательным основным объектом для исследования является невскрытая почка в капсуле с перевязанной «ножкой»; при проведении судебно-медицинской экспертизы гнилостно-измененного трупа – фрагмент трубчатой кости с костным мозгом;

11.7.2.2. В качестве объектов берут:

- ткань легкого (подплевральную пластинку толщиной около 1 см и массой не менее 100 г);
- образцы воды (2 – 3 л) из водоема (в месте обнаружения трупа и из предполагаемого места утопления) в разных емкостях.

Примечание: Образцы воды берут и доставляют на исследование работники правоохранительных органов.

11.7.2.3. Консервация взятых для исследования на диатомовый планктон образцов не рекомендуется. В исключительных случаях (длительная транспортировка в общественном транспорте и др.) почку в фиброзной капсуле или скелетную мышцу в фасции можно залить 5 – 10 % раствором формалина, приготовленном на дистиллированной воде (этот раствор предварительно фильтруют через бумажный фильтр, центрифугируют, берут только верхний слой жидкости, в котором отсутствует осадок). Такой раствор целесообразно иметь в каждом морге.

ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ХАРАКТЕРА И ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Раздел первый. Общие положения

1. С медицинской точки зрения под телесными повреждениями следует понимать нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей, возникшие в результате воздействия факторов внешней среды (физических, химических, биологических, психических и др.).

2. Судебно-медицинская экспертиза характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь производится в порядке, определяемом Уголовно-процессуальным кодексом Республики Беларусь и настоящими Правилами.

3. После производства необходимых исследований государственный судебно-медицинский эксперт составляет «Заключение эксперта», которое состоит из вводной, исследовательской части и выводов.

В вводной части указываются основания для проведения экспертизы, кем, когда и где была проведена экспертиза, какие вопросы были поставлены на разрешение эксперта (в редакции следователя) и какие материалы ему для этого были представлены.

Исследовательская часть содержит описание проведенных экспертом исследований, эксперт описывает все его действия: осмотры, исследования, анализ и синтез факторов и т.д.

К «Заключению эксперта» могут быть приложены таблицы, графики, схемы, фотоиллюстрации, облегчающие познание действий эксперта и его выводов.

4. В соответствии с Уголовным кодексом Республики Беларусь телесные повреждения в Республике Беларусь подразделяются на три степени: тяжкие телесные повреждения, менее тяжкие телесные повреждения и лёгкие телесные повреждения, которые подразделяются на: легкие телесные повреждения, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности, и легкие телесные повреждения, не повлекшие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.

Для установления степени тяжести телесного повреждения достаточно одного из квалифицирующих признаков, определенных Уголовным кодексом Республики Беларусь и настоящими Правилами.

Раздел второй. Определение степени тяжести телесных повреждений

Глава первая. Тяжкое телесное повреждение

5. Признаками тяжкого телесного повреждения являются:

- опасность для жизни;
- потеря зрения, речи, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функций;
- душевная болезнь;
- расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета на срок свыше 4-х месяцев;
- расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть;
- прерывание беременности;
- неизгладимое обезображение лица.

Опасные для жизни повреждения

6. Опасными для жизни являются повреждения, которые сами по себе угрожают жизни человека или при обычном их течении без оказания медицинской помощи заканчиваются смертью. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не должно приниматься во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений.

К повреждениям, опасным для жизни, относятся:

- а) проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения мозга;
- б) открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;
- в) ушиб головного мозга тяжелой степени как со сдавлением, так и без сдавления головного мозга; ушиб головного мозга средней тяжести при наличии симптомов поражения стволового отдела;

Примечание: При судебно-медицинской оценке степени тяжести сотрясения и ушиба головного мозга следует руководствоваться методическими рекомендациями «К экспертной оценке клинического диагноза различных форм черепно-мозговой травмы и экспертизе степени тяжести телесных повреждений» (Мн., 1994).

г) объективно установленное эпидуральное, субдуральное кровоизлияние или кровоизлияние в вещество головного мозга; объективно установленное субарахноидальное кровоизлияние при наличии угрожающих жизни явлений;

д) проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга;

- е) перелом-вывих и перелом тела или обеих дуг одного или нескольких шейных позвонков, а также односторонний перелом дуги 1 и 2 шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;
- ж) вывихи (подвывихи) шейных позвонков (одного или нескольких);
- з) закрытые повреждения спинного мозга в шейном отделе;
- и) перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга или с наличием клинически установленного шока тяжелой степени;
- к) закрытые повреждения грудных, поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга, сопровождавшиеся тяжелым спинальным шоком или нарушением функции тазовых органов;
- л) проникающие ранения глотки, гортани, трахеи, пищевода;
- м) закрытые переломы хрящей гортани и трахеи, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени либо расстройствами дыхания или иными угрожающими жизни явлениями;
- н) ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость, полость перикарда или в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов;

Примечание: Обнаруживаемая при ранениях грудной клетки подкожная эмфизема не может рассматриваться как самостоятельный признак проникающего повреждения в тех случаях, когда явления гемопневмоторакса отсутствуют.

о) ранения живота, проникающие в полость брюшины, в том числе и без повреждения внутренних органов; открытые повреждения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы и др.); проникающие ранения мочевого пузыря, верхнего и среднего отделов прямой кишки;

п) закрытые повреждения (разрывы, размозжения и отрывы) органов грудной или брюшной полости, полости таза, а также органов забрюшинного пространства; повреждения органов грудной или брюшной полостей, полости таза или забрюшинного пространства (кровоизлияние под капсулу, плевру или в паренхиму этих органов, в связочный аппарат или при надрывах его) при развитии опасного для жизни состояния;

Примечание: степень тяжести повреждения болезненно измененного внутреннего органа устанавливается без учета имеющейся патологии.

р) открытые переломы длинных трубчатых костей – плечевой, бедренной, большеберцовой, а также полные закрытые переломы этих костей; Примечание: Степень тяжести открытых переломов лучевой, локтевой и малоберцовой костей, а также открытых и закрытых повреждений крупных суставов (плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного или голеностопного) устанавливается в зависимости от вызванной ими опасности для жизни, либо по признаку стойкой утраты трудоспособности. Степень тяжести повторного перелома в проекции костной мозоли или в непосредственной близости от нее устанавливается без учета ранее бывшего перелома.

с) переломы костей таза, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени или массивной кровопотерей, либо разрывом перепончатой части уретры;

т) повреждение, повлекшее за собой шок тяжелой степени или массивную кровопотерю, вызвавшую коллапс; клинически выраженную жировую или газовую эмболию; травматический токсикоз с явлениями острой почечной недостаточности;

у) повреждение крупного кровеносного сосуда (с проникновением в его просвет); аорты, сонной (общей, внутренней, наружной), подключичной, подмышечной, плечевой, подвздошной, бедренной, подколенной артерии или сопровождающих их вен;

Примечание: Повреждения других периферических сосудов (голова, лица, шеи, предплечья, кисти, голени, стопы) квалифицируются в каждом случае в зависимости от вызванной ими конкретной опасности для жизни, например, массивной кровопотери, объективно установленного шока тяжелой степени.

ф) термические ожоги или отморожения III – IV степени с площадью поражения, превышающей 15 % поверхности тела; ожоги или отморожения III степени более 20 % поверхности тела; ожоги или отморожения II степени свыше 30 % поверхности тела, а также ожоги или

отморожения меньшей площади, сопровождавшиеся шоком тяжелой степени; ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужением голосовой щели;

х) ожоги химическими соединениями (концентрированными кислотами, едкими щелочами, различными прижигающими веществами), вызвавшие, помимо местного, общетоксическое действие, угрожающее жизни;

ц) сдавление органов шеи и другие виды механической асфиксии, сопровождающиеся выраженным комплексом угрожающих жизни явлений (расстройство мозгового кровообращения, потеря сознания, амнезия и др.), если это установлено объективными данными.

**Не опасные для жизни повреждения,
относящиеся к тяжким по исходу и последствиям**

Потеря зрения, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функций:

7. Под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до счета пальцев на расстоянии 2 метров и менее (острота зрения 0,04 и ниже).

Потеря зрения на один глаз влечет за собой стойкую утрату трудоспособности свыше одной трети и по этому признаку относится к тяжким телесным повреждениям.

Примечание: Повреждение слепого глаза, потребовавшее его удаления, оценивается в зависимости от длительности расстройства здоровья.

8. Под потерей слуха следует понимать полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3 – 5 см от ушной раковины.

Примечание: Потеря слуха на одно ухо влечет за собой стойкую утрату трудоспособности менее одной трети и по этому признаку относится к менее тяжкому телесному повреждению.

9. Под потерей какого-либо органа либо утратой органом его функций следует понимать:

а) потерю языка (речи), т. е. потерю способности выражать свои мысли членораздельно звуками, понятными для окружающих;

б) потерю руки, ноги, т. е. отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключаяющее их деятельность);

Примечание: Под анатомической потерей руки или ноги следует понимать как отделение от туловища всей руки или ноги, так и ампутацию на уровне не ниже локтевого или коленного суставов; все остальные случаи должны рассматриваться как потеря части конечности и оцениваться по признаку стойкой утраты трудоспособности.

в) травму мошонки, повлекшую оперативное вмешательство с удалением яичка;

г) потерю производительной способности, заключающуюся в потере способности к совокуплению либо в потере способности к оплодотворению, зачатию и деторождению.

Душевная болезнь

10. Диагностика душевного заболевания и его причинная связь с полученной травмой устанавливается психиатрической экспертизой.

Оценка степени тяжести такого последствия телесного повреждения производится с участием государственного судебно-медицинского эксперта.

**Расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности
не менее чем на одну треть**

11. Размеры стойкой утраты общей трудоспособности при повреждениях устанавливаются после определившегося исхода повреждения, на основании объективных данных и с учетом таблицы процентов утраты трудоспособности, разработанной Главным управлением государственного страхования Министерства финансов СССР (Инструкция о порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы от 8 января 1986 г. № 2).

Примечание: 1. У детей утрата трудоспособности определяется, исходя из общих положений, установленных настоящими Правилами. 2. У инвалидов стойкая утрата трудоспособности в связи с полученными повреждениями определяется как у практически здоровых людей, независимо от инвалидности и ее группы.

Прерывание беременности

12. Прерывание беременности, независимо от ее срока, является тяжким телесным повреждением, если оно не связано с индивидуальными особенностями организма, а стоит в прямой причинной связи с повреждением.

Судебно-медицинская экспертиза проводится в этих случаях совместно с акушером-гинекологом.

Неизгладимое обезображение лица

13. Государственный судебно-медицинский эксперт не квалифицирует повреждение лица как обезображение, т. к. понятие не является медицинским. Эксперт устанавливает только характер и степень тяжести самого телесного повреждения, исходя из обычных признаков, и определяет, является ли повреждение изгладимым.

Под изгладимостью повреждения следует понимать значительное уменьшение выраженности патологических изменений (рубца, деформаций, нарушения мимики и пр.) с течением времени или под влиянием нехирургических средств. Если же для устранения требуется оперативное вмешательство (например, косметическая операция), то повреждение лица считается неизгладимым.

Глава вторая. Менее тяжкое телесное повреждение

14. Признаками менее тяжкого телесного повреждения являются:

- длительное расстройство здоровья;
- значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть.

Длительное расстройство здоровья

15. Под длительным расстройством здоровья следует понимать непосредственно связанные с повреждением последствия (заболевания, нарушения функции и т. д.), продолжительностью свыше 3-х недель (более 21 дня) и не более 4-х месяцев (или 122 дней) для поврежденных костей скелета.

Значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть

16. Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на одну треть следует понимать утрату трудоспособности от 10 до 33 %.

Глава третья. Легкое телесное повреждение

17. Признаками легкого телесного повреждения являются:

- кратковременное расстройство здоровья;
- незначительная стойкая утрата трудоспособности.

18. Легкое телесное повреждение подразделяется:

- 1) на легкое телесное повреждение, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности;
- 2) на легкое телесное повреждение, не повлекшее за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.

Легкое телесное повреждение, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности

Кратковременное расстройство здоровья

19. Кратковременным следует считать расстройство здоровья, непосредственно связанное с повреждением, продолжительностью более шести дней? но не свыше 3-х недель (21 дня).

Незначительная стойкая утрата трудоспособности

20. Под незначительной стойкой утратой трудоспособности подразумевается стойкая утрата общей трудоспособности до 10 процентов.

Легкое телесное повреждение, не повлекшее за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности

21. К легкому телесному повреждению, не повлекшему за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности, относится повреждение, имевшее незначительные скоро преходящие последствия, длившиеся не более шести дней.

Глава четвертая. Причинение побоев, мучений и истязаний

22. Побои не составляют особого вида повреждений, т. к. они не оставляют после себя никаких объективных следов. Государственный судебно-медицинский эксперт в своем заключении отмечает жалобы потерпевшего, указывает, что объективных признаков повреждений не обнаружено, и не определяет степени тяжести телесных повреждений. В подобных случаях установление факта побоев относится к компетенции органов дознания, предварительного следствия, прокуратуры и суда.

23. Государственный судебно-медицинский эксперт не квалифицирует повреждения как мучения и истязания; решение этого вопроса относится к компетенции органов дознания, предварительного следствия, прокуратуры и суда.

Однако государственный судебно-медицинский эксперт должен установить:

- 1) наличие и характер повреждений;
- 2) различие в давности нанесения повреждений;
- 3) орудие и механизм образования повреждений (по медицинским данным).

Мучения – действия, причиняющие страдания путем длительного лишения пищи, питья или тепла, либо помещения или оставления жертвы во вредных для здоровья условиях, и другие сходные действия.

Истязания – действия, связанные с многократным или длительным причинением боли – щипание, сечение, причинение множественных, но небольших повреждений тупыми или остроколющими предметами, воздействие термических факторов и иные аналогичные действия.

При разрешении вопроса о степени тяжести телесных повреждений в этих случаях эксперт руководствуется соответствующими положениями настоящих Правил.

Раздел третий. Методические указания

24. Судебно-медицинская экспертиза в целях определения характера и степени тяжести телесных повреждений проводится государственным судебно-медицинским экспертом путем медицинского обследования потерпевших. Производство этой экспертизы только по медицинским документам (истории болезни, индивидуальной карте амбулаторного больного и др.) допускается в исключительных случаях и лишь при наличии подлинных полноценных документов, содержащих исчерпывающие данные о характере повреждений, их клиническом течении и иные сведения, необходимые для производства экспертизы.

25. Государственный судебно-медицинский эксперт устанавливает личность свидетелеваемого по паспорту или иному документу, заменяющему его, выясняет у него обстоятельства причинения повреждений, жалобы и, при необходимости, другие сведения; знакомится с имеющимися материалами дела и медицинскими документами. Все полученные данные фиксируются в «Заключении эксперта».

26. Если необходимые документы эксперту не представлены, он заявляет лицу или органу, назначившему экспертизу, ходатайство о представлении соответствующих материалов.

Примечание: Руководители и врачи лечебных учреждений обязаны оказывать государственному судебно-медицинскому эксперту при производстве судебно-медицинской экспертизы содействие в проведении клинического обследования и консультаций, осуществлении лабораторных анализов.

27. В необходимых случаях государственный судебно-медицинский эксперт помимо непосредственного обследования свидетельствуемых может использовать данные дополнительных исследований, проводимых с привлечением соответствующих специалистов.

В этих случаях в «Заключении эксперта» указывается, где, когда и кем дополнительно обследовался свидетельствуемый, какие факты при этом установлены и к каким выводам пришел специалист. Заключение составляется экспертом с учетом результатов обследования, изложенных в письменном виде.

28. Государственный судебно-медицинский эксперт, оценивая характер и продолжительность заболевания или нарушения функции, связанных с повреждением, должен исходить из объективных медицинских данных, установленных в процессе проведения экспертизы. Если продолжительность заболевания, указываемая в медицинских документах, не отвечает характеру причиненного телесного повреждения и не подтверждается объективными данными, эксперт отмечает в своих выводах это обстоятельство и устанавливает степень его тяжести, исходя из имеющихся данных.

29. Обострение предшествующих заболеваний после причинения телесных повреждений, а также другие последствия телесных повреждений, возникающие в силу случайных обстоятельств, индивидуальных особенностей организма или дефектов при оказании медицинской помощи и т. п. сами по себе не должны служить основанием для изменения квалификации тяжести телесных повреждений.

В подобных случаях государственный судебно-медицинский эксперт обязан указать в своем заключении характер наступившего ухудшения или осложнения и в какой причинной связи оно находится с данным телесным повреждением.

30. В случаях смерти при наличии телесных повреждений государственный судебно-медицинский эксперт в своих выводах, наряду с решением других вопросов, обязан указать и обосновать: 1) причину смерти; 2) наличие или отсутствие причинной связи между повреждением и смертью. Если постановление о назначении экспертизы содержит вопрос о степени тяжести телесных повреждений, обнаруженных на трупе, государственный судебно-медицинский эксперт отмечает, имеет ли повреждение признаки тяжкого, менее тяжкого или легкого.

31. При экспертизе телесных повреждений в «Заключении эксперта» должны быть отражены:

- 1) характер повреждений с медицинской точки зрения (ссадина, кровоподтек, рана, перелом кости и т. п.), их локализация и свойства;
- 2) вид орудия или средства, которыми могли быть причинены повреждения;
- 3) механизм возникновения повреждений;
- 4) давность (срок) причинения повреждения;
- 5) степень тяжести телесных повреждений с указанием квалифицирующего признака – опасность для жизни, расстройство здоровья, стойкая утрата трудоспособности и т. д.

Примечание: Если при осмотре потерпевшего эксперт обнаруживает различное происхождение телесных повреждений, он устанавливает, чем причинено каждое из них; если повреждения имеют различную давность, отмечается неоднократность их нанесения и указываются сроки причинения отдельных повреждений и степень их тяжести.

32. Выводы в «Заключении эксперта» являются результатом анализа данных, установленных при проведении экспертизы. Они должны быть научно обоснованными, изложены четко и ясно и не допускать их различного толкования.

Недопустимо составление так называемых предварительных выводов, содержащих предположительное суждение о степени тяжести телесных повреждений.

33. В случаях установления по объективным медицинским данным, что телесное повреждение было опасным для жизни или когда последствия и исход неопасного для жизни повреждения не вызывают сомнений, государственный судебно-медицинский эксперт определяет степень тяжести телесного повреждения, не ожидая его исхода.

Примечание: При проведении сроков утраты трудоспособности при травмах и заболеваниях могут быть использованы Методические указания, утвержденные Минздравом БССР 23 декабря 1985г. № 02-15-3955 и согласованные с Белсовпрофом 11 декабря 1985 г. «Оптимальные сроки временной нетрудоспособности, трудоустройства и направления на ВТЭК больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата», Мн., 1986 г.

34. Государственному судебно-медицинскому эксперту следует воздержаться от определения степени тяжести телесных повреждений в случаях:

1) неясности клинической картины или недостаточного клинического и лабораторного обследования человека;

2) отказа человека от дополнительного обследования или неявки его на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер повреждения, его клиническое течение и исход;

3) отсутствия медицинских документов, в том числе результатов дополнительных исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и степени телесных повреждений.

В подобных случаях государственный судебно-медицинский эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие определить степень тяжести телесных повреждений, и указывает, какие сведения необходимы ему для решения этого вопроса (медицинские документы, результаты дополнительных исследований и др.), а также определяет срок повторного освидетельствования. Примечание: Мотивированное объяснение о невозможности определения степени тяжести телесных повреждений не освобождает эксперта от необходимости решения других вопросов, предусмотренных настоящими Правилами (см. п. 31).

36. «Заключение эксперта» выдается на руки лицу, назначившему экспертизу, или по его указанию пересылается по почте.

Выдача документа на руки свидетелюемому допустима по письменном разрешению, лица, назначившего экспертизу.

Запрещается: замена «Заключения эксперта» выпиской или другими документами за-
прещается.

СЛОВАРЬ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ

А

Абдукционный феномен – сужение зрачка при интенсивном отведении глаза; наблюдается при некоторых поражениях центральной нервной системы.

Аберрантный – отклоняющийся от нормального строения, расположения или состояния.

Аборт криминальный – искусственное прерывание беременности вне лечебного учреждения. Наиболее частой причиной смерти при аборте криминальном являются шок, эмболия, кровотечения, сепсис.

Абрикосова метод – метод вскрытия трупа, распространенный в судебной медицине, при котором органы извлекаются комплексами, составляющими анатомо-физиологические системы (комплекс органов шеи и грудной клетки, печень, желудок, двенадцатиперстная кишка, почки, мочевые пути, половые органы, головной и спинной мозг).

Абстиненция (воздержание) – состояние, возникающее в результате внезапного прекращения приема веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость, или после введения их антагонистов, характеризующееся психическими или другими болезненными расстройствами, тяжесть которых зависит от характера вещества, его дозы и продолжительности употребления.

Абсцесс – полость, заполненная гноем и ограниченная от окружающих тканей пиогенной мембраной.

Абузус (злоупотребление) – непродолжительное (в течение одного или нескольких дней) употребление большого количества алкоголя или наркотических средств, приводящее к выраженной интоксикации.

Аггравация – умышленное преувеличение больным симптомов действительно имеющегося заболевания или болезненного состояния, а также приуменьшение результатов лечения. Аггравация может быть умышленной, либо патологической (при психическом заболевании, истерии).

Агнозия – нарушение процессов узнавания предметов, явлений при ясном сознании и сохранении или незначительном нарушении чувствительности (зрения, слуха, осязания, обоняния) вследствие поражения коры головного мозга.

Агония – терминальное состояние, предшествующее наступлению смерти. Характеризуется глубоким нарушением функции высших отделов мозга, особенно коры полушарий большого мозга, с одновременным возбуждением центров продолговатого мозга.

Агрегация – объединение однородных или разнородных частиц в одно целое посредством физических сил сцепления.

Агрессивные жидкости – жидкие химические соединения, растворы и смеси, способные разрушать различные материалы, а также вызывать химическое повреждение кожных покровов и слизистых оболочек у людей и животных.

Адсорбция – поглощение веществ из раствора или газа поверхностным слоем жидкости или твердого тела.

Адсорбирующие средства – средства, способные поглощать различные вещества из газов или жидкостей.

Азотная кислота – сильная минеральная кислота. Широко применяется в промышленности в лабораториях. Безводная азотная кислота представляет собой бесцветную жидкость, слабо дымится на воздухе. Азотная кислота обычно содержит примеси окислов азота, хлора, серной кислоты. Азотная кислота воздействует на органы и ткани не только протонами, но и анионами способными разлагать белки, при этом образуется ярко-желтая ксантопротеиновая кислота, сообщающая желтый цвет всем тканям, эту желтую окраску можно видеть на губах, вокруг рта в пищевode, желудке, кишечнике. В желудке к желтой окраске может присоединяться бурая или почти черная окраска вследствие выхода гематина из пораженных сосудов. Общее действие азотной кислоты выражено сильнее: образование метгемоглобина в крови, поражение почек некротического и воспалительного характера, паренхиматозное перерождение миокарда печени, почек. Смертельная доза крепкой азотной кислоты 8 – 10 мл. Смертность велика от шока и осложнений. Судебно-медицинский диагноз не представляет больших трудностей.

Азур – органический краситель, образующийся при воздействии растворов щелочей на метиленовый синий.

Аконитин – яд, влияющий на периферические нервные окончания, нервные синапсы, жизненно важные центры продолговатого мозга, причем в малых дозах он оказывает возбуждающее, а в больших – угнетающее действие. Содержится в растениях: аконите, иссыкульском корне, голубом лютике. Относится к алкалоидам.

Акселерация – усиление роста и развития детей и подростков, а также наступление половой зрелости в более раннем возрасте. Имеет определенное значение при экспертизе возраста, половой зрелости и т. д.

Акт судебно-медицинской экспертизы (синоним – заключение судебно-медицинской экспертизы) – оформление в виде документа результатов всех видов судебно-медицинской экспертизы, который в соответствии с УПК и ГПК именуется как «Акт судебно-медицинской экспертизы», «Заключение эксперта». «Заключение» составляется по постановлению правоохранительных органов, «Акт» – по письменному поручению. Оба документа имеют одинаковую структуру: вводную часть, включающую краткое изложение обстоятельств дела, исследовательскую часть, выводы (заключение). В настоящее время в Республике Беларусь по всем фактам оформляется только «Заключение эксперта» и только на основании письменных постановлений, либо определения суда.

Актография – регистрация двигательной активности человека или животного для оценки ее изменений во времени.

Акселеротравма – повреждение, вызванное воздействием внезапного сильного ускорения, характеризующееся чрезмерным смещением отолитов, кровоизлиянием в полукружные каналы, развитием вестибулярного синдрома.

Алгоритм – предписание (система правил), определяющее содержание и последовательность операций, обеспечивающих решение задач определенного класса.

Аллергия – состояние реактивности организма в виде повышения его чувствительности к повторным воздействиям каких-либо веществ или к компонентам собственных тканей. Различают пищевую, лекарственную, профессиональную, холодовую, бактериальную аллергии.

Алкалоиды – азотсодержащие органические соединения природного, преимущественно растительного происхождения, многие из которых токсичны и обладают физической активностью.

Алкоголизм – систематическое неумеренное употребление спиртных напитков в дозах, вызывающих алкогольное опьянение. Алкоголизм хронический – форма токсикомании с пристрастием к употреблению веществ, содержащих этиловый спирт, и развитием в связи с этим хронической интоксикации.

Аманитин – токсический алкалоид бледной поганки. Не разрушается при температурной обработке, высушиванием, быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, депонируется в печени, вызывая гепатотоксическое действие, обусловленное увеличением проницаемости мембран и последующим аутолизом клеток печени. Смертельная доза альфа-аманитина 0,1 мг / кг.

Аммиак – может вызывать отравление, действуя в газообразном состоянии или в виде водного раствора. В судебной медицине имеет значение второй способ отравления. Аммиак – газ с характерным запахом, сильно раздражающий слизистые оболочки. Растворим в воде, образует раствор едкого аммония или гидрата окиси аммиака (нашатырный спирт). Нашатырный спирт вызывает поверхностно воспалительную реакцию с образованием сильного отека. При более продолжительном воздействии образуется отслойка слизистой с образованием некроза. Аммиак легко диффундирует через ткани, поступает в кровь, вызывая общие явления, раздражая центральную нервную систему. Тяжелое отравление может вызывать паралич нервной системы, смерть наступает при явлениях асфиксии (судороги, цианоз, остановка дыхания). При отравлении возникает гемолиз и образуется щелочной гематин в печени, что обуславливает ее жировое перерождение. В клинике ведущими симптомами являются: сильные боли в местах соприкосновения с ядом (особенно в желудке), рвота кровью и частями слизистой оболочки желудка, характерный запах от рвотных масс, расстройство деятельности желудочно-кишечного тракта, насморк, слезоточивость, сильный кашель, обильное слюнотечение, быстро нарастающий отек гортани, психическое и двигательное возбуждение, судороги, бред, которые сменяются коллапсом и парезом нижних конечностей. В качестве осложнения может возникать пневмония. Смертельная доза аммиака 10 – 15 мл. На вскрытии обнаруживаются окрашенные в ярко-красный цвет слизистые оболочки рта, глотки, пищевода, с отслойками участков. Слизистая желудка часто ярко-красная или красно-бурая с участками отслоения. Кровь приобретает лаковый вид. Диагноз не вызывает затруднений.

Амигдалин – глюкозид, содержащийся в семенах ряда растений (горького миндаля, персика, вишни); токсичен в связи с образованием синильной кислоты при его разложении.

Амнезия – забывчивость, потеря памяти – нарушение памяти в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

Ампутация – хирургическая операция отсечения конечности (периферической ее части с пересечением кости), а также удаление органа (матки, молочной железы и т. д.). В судебной медицине: отсечение (расчленение) органа или конечностей в результате травмы (чаще железнодорожной).

Анализ судебно-химический – качественное и количественное определение химических веществ в органах, тканях, биологических жидкостях, а также в вещественных доказательствах при судебно-медицинской экспертизе. Анализ судебно-химический общий производится с целью определения неизвестного химического вещества; анализ судебно-химический частный – с целью определения химического вещества или веществ определенной группы.

Анализатор – общее название приборов для автоматического анализа качественных и количественных характеристик некоторых процессов, состава и свойств каких-либо веществ.

Анальгетики – группа лекарственных средств, устраняющих чувство боли. По химическим и фармакологическим свойствам делятся на наркотические анальгетики и ненаркотические анальгетики. Наркотические анальгетики оказывают влияние на центральную нервную систему, при длительном применении могут вызвать психическую и физическую зависимость. Ненаркотические анальгетики не влияют на центральную нервную систему, часто обладают жаропонижающим и противовоспалительным действием.

Анамнестический метод – способ получения информации путем опроса обследуемых лиц о прошедших событиях их жизни.

Анатомическая пила – инструмент в виде листовой одинарной или двойной пилы, предназначенный для распиливания костей трупов при анатомических исследованиях.

Анатомические перчатки – резиновые перчатки повышенной (по сравнению с хирургическими) толщины и прочности, применяемые при вскрытии трупа.

Анатомический молоток – молоток с металлической ручкой, применяемый при вскрытии трупа и изготовлении анатомических препаратов.

Анатомический театр – специально построенное здание (помещение), предназначенное для публичной демонстрации вскрытия человеческих трупов.

Анафилаксия – вид аллергической реакции немедленного типа, определяющейся повышенной чувствительностью организма к действию какого-либо чужеродного белка-анафилактогена. Анафилаксия проявляется в виде общей (анафилактической шок) и местной реакции.

Андрофобия – навязчивый страх у женщин – боязнь полового акта.

Анемия – малокровие; состояние, характеризующееся уменьшением числа эритроцитов и уровня гемоглобина в единице объема крови. При этом в организме нарушаются окислительно-восстановительные процессы, развивается гипоксия. Различают постгеморрагическую анемию – вследствие острой или хронической кровопотери; гемолитическую анемию – вследствие повышенного разрушения эритроцитов: анемию, вследствие нарушенного кровообразования (железодефицитные, пернициозные и др.). Анемия – понятие клиническое. Понижение содержания крови в органах, сосудах или тканях в морфологии принято обозначать как малокровие (в противоположность полнокровию или нормальному кровенаполнению).

Антиген австралийский – вирусоподобные частицы со специфическими антигенными свойствами, обнаруживаемые в крови человека при сывороточном гепатите. Австралийский антиген сохраняется в организме и после излечения. Имеет определенное экспертное значение при конкретизации личности.

Антидепрессанты – препараты, применяемые в психиатрической практике для лечения депрессивных состояний в различных нозологических формах. Применяется также в неврологической практике.

Антикоагулянты – средства, препятствующие свертыванию крови, широко применяемые в медицинской практике (гепарин, неодикумарин, фенилин и т. д.).

Антропометрические точки – строго локализованные точки на теле человека, расстояние между которыми позволяет судить об общих и парциальных размерах тела.

Антропометрия – совокупность методов и приемов измерения человеческого тела.

Антропоскопия – совокупность методических приемов для описания особенностей строения тела человека, основанная на оценке в баллах степени выраженности отдельных признаков. В судебной медицинской практике применяется для идентификации личности.

Анэнцефалия – аномалия развития: полное или почти полное отсутствие головного мозга.

Артерия – кровеносный сосуд, по которому кровь движется из сердца к органам и частям тела.

Артериола – кровеносный сосуд, которым заканчивается ветвление артерии.

Артериосклероз – уплотнение и утолщение стенок артерии с утратой ими эластичности в результате разрастания фиброзной ткани.

Артефакт – образования или процессы, возникающие иногда при исследовании биологических объектов вследствие воздействия на них самих условий исследования.

Артрит посттравматический – болезнь суставов в результате механического повреждения суставной капсулы, хрящей, менисков, связочного аппарата, мышц, сухожилий, фасций и характеризующаяся развитием дистрофических изменений.

Артериолосклероз – поражение артериол и мелких артерий мышечного типа, характеризующееся утолщением стенок сосудов со значительным сужением их просвета.

Асперматизм – патологическое состояние, характеризующееся тем, что во время полового акта семенная жидкость не выделяется вообще. Асперматизм может быть обусловлен двусторонней облитерацией семявыносящих протоков и придатков яичка вследствие воспалительного заболевания (например, гонореей). Может наблюдаться после простатэктомии, когда сперма попадает в мочевого пузырь. Как временное явление асперматизм может быть связан с тем, что предварительно имели место неоднократные половые сношения с эякуляцией и поэтому сперма больше не выделяется. При наличии асперматизма мужчина не способен к оплодотворению.

Аспермия – патологическое состояние, при котором сперма не содержит ни сперматозоонов, ни предшествующих им форм сперматогенеза. Аспермия может наступить после радиационного поражения организма или когда сперматогенная ткань обоих яичек атрофирована. Аспермия полностью исключает возможность оплодотворения.

Аспирация – проникновение инородного тела в дыхательные пути в результате засасывания потоком вдыхаемого воздуха.

Асимметрия (несоразмерность) – в биологии – неупорядоченное расположение сходных (парных) частей тела или органов относительно определенной точки или плоскости. В судебной медицине асимметрия используется для идентификации личности.

Астеноспермия – патологическое состояние, при котором в эякуляте содержится большое количество болезненно измененных форм сперматозоонов с ослабленным движением, при котором поступательные движения их почти отсутствуют. Наличие аспермии делает возможность оплодотворения весьма сомнительной.

Асфиксия – (синоним – удушье) патологическое состояние, обусловленное остро или подостро протекающей кислородной недостаточностью и избыточным содержанием углекислого газа и проявляющееся тяжелыми расстройствами нервной системы, дыхания и кровообращения. Асфиксия механическая – обусловлена механическим препятствием для дыхания (обтурация дыхательных отверстий и путей, сдавление шеи, грудной клетки, живота). Асфиксия травматическая – внешне напоминающий картину асфиксии синдром, обусловленный сдавлением грудной клетки, живота или всего тела (грунтом при обвале, строительной конструкцией и т. д.), характеризующийся обширным венозным стазом и множественными кровоизлияниями в частях тела, расположенных вокруг сдавления.

Атеросклероз – хроническая болезнь, характеризующаяся жировой инфильтрацией внутренней оболочки артерии с последующим развитием в их стенке соединительной ткани.

Б

Баротравма – (высотная или горная болезнь). Она обусловлена значительным снижением парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе. Человек испытывает общую слабость, головокружение, тошноту, боль в ушах, затрудненное дыхание и пр. Баротравма любого происхождения может закончиться смертью.

Бекляра ядро – ядро окостенения нижнего эпифиза бедра, появляющееся обычно на 10 лунном месяце и имеющее диаметр 0,5 – 0,6 см.

Белоглазого признак – (синоним – феномен «кошачьего зрачка») один из признаков, указывающий на наступившую смерть, который заключается в том, что при сдавлении с боков глазного яблока зрачок приобретает вид узкой вертикальной щели, а при давлении сверху вниз – горизонтально удлинённой. Этот признак наблюдается уже через 10 – 15 минут после наступления смерти. При сдавлении глазного яблока у живого человека форма зрачка не меняется.

Белена черная – ядовитое одно- и двулетнее травянистое растение семейства пасленовых. В России встречается по всей территории. Растет как сорняк у дорог, на полях и огородах. Ягоды белены черной похожи на маленькие вишни, они сладковаты на вкус. Растения содержат алкалоиды атропин, гиосциамин и др. (около 0,05 %). Ядовиты все части растения. Применяется в медицине как спазмолитическое и болеутоляющее средство. Первые признаки отравления беленой появляются через 10 – 20 мин. Действие белены черной на организм определяется в основном атропином, чем и обусловлены соответствующие клиническая и морфологическая картины отравления.

Белладонна (красавка) – ядовитое многолетнее травянистое растение семейства пасленовых. Высота его 0,5 – 1 м. Встречается только в горах Кавказа, Крыма, в Карпатах. Растет по берегам рек, в лесах и на вырубках. Ягоды белладонны сходны со спелыми вишнями. Растение содержит алкалоиды группы атропина (в листьях 0,14 – 1,2%, в корнях – 0,4 – 1,3 %). Ядовиты все части растения. Применяется в медицине как болеутоляющее и спазмолитическое средство. При отравлении белладонной появляется сухость во рту, жажда, расширяются зрачки, происходит покраснение кожи лица, отмечается тахикардия. Затем наступает сильное двигательное и психическое возбуждение с бредом и галлюцинациями. Смерть наступает вследствие паралича дыхательного центра. Смертельное отравление детей может вызвать употребление 5 – 10 ягод белладонны, взрослых – 40 – 50 ягод. На вскрытии характерных изменений, кроме расширения зрачков и признаков быстро наступившей смерти, не находят. Остатки растения, содержащиеся в желудке и кишечнике, подлежат ботаническому исследованию с целью определения вида растения.

Бензидиновая проба (синоним – Грегерсена реакция) – предварительный метод обнаружения наличия крови на различных предметах – носителях, а также в моче, кале, желудочном соке, рвотных массах и других средах, основанный на окислении бензидина перекисью водорода за счет действия ферментов каталазы и пероксидазы и появления синего окрашивания.

Бензин – бесцветная или желтоватая прозрачная горючая жидкость со специфическим запахом, получаемая перегонкой или крекингом, т. е. расщеплением нефти. Представляет собой смесь легких углеводородов. Токсические свойства бензина обусловлены наркотическим его действием на ЦНС. Отравление бензином может произойти через дыхательные пути (парами), кожу и пероральным путем. Пары бензина вызывают возбуждение, чувство опьянения, головную боль, головокружение, тахикардию, раздражение слизистых оболочек, тошноту, рвоту, потерю сознания, судороги. При аспирации бензина развивается бензиновая пневмония, состояние резко ухудшается, усиливается кашель; на 3 – 4 день явления интоксикации нарастают, появляются мозговые расстройства, и наступает смерть. При приеме бензина внутрь возникает гастроэнтерит: боль в животе, отрыжка, тошнота, сильная рвота. Изредка наблюдается легкая эйфория. Затем боль в животе усиливается, появляется понос, желтушность склер, общая слабость, головная боль, повышается температура тела. Развивается кома и наступает смерть. Предельно допустимая концентрация паров бензина в воздухе 0,3 мг/л, опасной для жизни – 30 – 40 мг/л. Смертельная доза бензина при приеме внутрь от 30 до 100 мл. На вскрытии: лицо одутловатое, цианотичное, хорошо выражены трупные пятна светло-красного цвета. Характерны отслоения эпидермиса вследствие контакта кожи с бензином. От трупа и полостей – специфический запах бензина. Внутренние органы светло-красного цвета, слизистые оболочки гортани и трахеи набухшие, пенная слизь в просвете трахеи. Эмфизема и отек легких, очаговые кровоизлияния в ткань органов; очаговая, иногда абсцедирующая бронхопневмония. Явления раздражения и катарального воспаления слизистых оболочек пищеварительного тракта. Дистрофические изменения паренхиматозных органов. Уточняет диагноз судебно-химический анализ внутренних органов.

Беременность – физиологический процесс развития в организме женщины оплодотворенной яйцеклетки. У человека продолжается в среднем 280 суток (40 недель, 10 лунных или 9 календарных месяцев).

Беспомощность – состояние, при котором человек лишен возможности самостоятельно создавать для себя условия, обеспечивающие нормальное существование и предохраняющие его жизнь и здоровье от опасных внешних воздействий. Умышленное оставление без помощи или неоказание медицинской помощи лицам в состоянии беспомощности являются преступными действиями.

Биомеханика – раздел биофизики, изучающий механические свойства живых тканей, органов и организма в целом, а также физические явления, происходящие в них в процессе жизнедеятельности и перемещении тела в пространстве.

Болезнь профессиональная – болезнь, возникающая в результате систематического и длительного воздействия на организм человека вредного фактора производственной среды в условиях трудовой деятельности. В качестве болезни профессиональной часто встречаются: пневмокониоз – пылевая болезнь, силикоз (вызывается пылью, содержащей двуокись кремния), антракоз (при воздействии угольной пыли), сидероз (у лиц, контактирующих с красным железняком) и т. д.

Болиголов пятнистый – ядовитое двулетнее зонтичное растение. Достигает высоты 1,5 – 2 м. Встречается в европейской части России, Средней Азии и Западной Сибири. Сорняк. Листья внешне схожи с петрушкой и могут быть ошибочно использованы в пищу в качестве приправы. Ядовито все растение, содержащее алкалоид конииин, действие которого подобно кураре: паралич спинного и продолговатого мозга, окончаний двигательных и чувствительных нервов, блуждающего нерва, нервных узлов сердца. При отравлении наблюдается потеря кожной чувствительности, головная боль, головокружение, угнетение дыхания, расстройство зрения и слуха, слюнотечение, боль в животе, рвота, понос, общая слабость, понижение температуры тела, непроизвольное мочеиспускание, двигательные параличи, бред, потеря сознания, затем – остановка сердца в фазе диастолы и дыхания. Смерть обычно наступает через 20 – 50 минут после приема яда внутрь. Смертельная доза 0,5 – 1 г. На вскрытии обнаруживаются изменения, характерные для острого гастроэнтерита и быстро наступившей смерти. Важное экспертное значение имеет ботаническое исследование частиц растения, обнаруженных в содержимом желудка.

Брахицефалия – (синоним – брахикефалия, короткоголовость) вариант формы головы человека, характеризующийся относительно большим поперечным диаметром.

Броша метод – метод бальзамирования трупа, при котором пропитывание тканей консервирующим раствором производится с помощью специальных игл, канюль и шприцев через естественные каналы организма (носовые ходы, мочеиспускательный канал) без дополнительных разрезов кожи.

Бюро судебно-медицинской экспертизы – самостоятельное медицинское учреждение, обслуживающее запросы органов следствия и суда. В Республике Беларусь находится в ведении республиканской Прокуратуры, в Российской Федерации – Министерства здравоохранения. В бюро судебно-медицинской экспертизы имеются следующие структурные подразделения: 1) отдел судебно-медицинской экспертизы пострадавших, обвиняемых и других лиц; 2) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов с судебно-гистологическим отделением; 3) судебно-медицинская лаборатория с тремя отделениями: судебно-биологическим, медико-криминалистическим и судебно-химическим; 4) районные, межрайонные и городские отделения бюро. В бюро также имеется хозяйственная часть. Порядок работы бюро определен соответствующими Инструкциями о производстве судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь.

В

Вагинизм – патологическое состояние, характеризующееся резким судорожным сокращением мышц влагалища и промежности при попытке к половому сношению или гинекологическому исследованию. Вагинизм обусловлен повышенной чувствительностью женских наружных половых органов. Сопровождается сильной болью, иногда – обморочным состоянием и т. п. Чаще возникает при первой попытке к половому сношению у женщин, боящихся боли при дефлорации, в связи с грубым обращением мужчины во время полового акта и пр. Вторичный вагинизм может развиваться у женщины, жившей половой жизнью, иногда – рожавшей, вследствие воспалительных и иных заболеваний наружных половых органов и влагалища, сопровождающихся болью. Как правило, вагинизм исключает возможность полового сношения.

Вендта-Вредена ушная проба – метод диагностики живорожденности при судебно-медицинской экспертизе, основанный на установлении факта поступления воздуха в слуховую (Евстахиеву) трубу и барабанную полость новорожденных при легочном дыхании.

Взрыв – мгновенное образование большого количества энергии в результате химических, внутриядерных, электромагнитных или других превращений вещества. В технике и военном деле для взрыва применяют взрывчатые вещества (динамит, тротил, аммонал и др.). Во время взрыва выделяются сильно нагретые газы с очень высоким давлением (200 – 300 тыс. атмосфер и более), которые при расширении оказывают механическое воздействие (давление, разрушение) на окружающие тела. Взрывчатые вещества делят на инициирующие, дробящие (бризантные) и метательные (порох). Иницирующие взрывчатые вещества весьма чувствительны к высокой температуре и механическим воздействиям, их используют для возбуждения взрыводробящих взрывчатых веществ и пороха в капсюлях-воспламенителях и капсюлях-детонаторах. Дробящие взрывчатые вещества применяют для снаряжения взрывчатых снарядов и для различных взрывных работ. Метательные взрывчатые вещества (порох) в настоящее время используют только для выстрелов. При взрыве повреждения наносятся в основном ударной волной (воздух, вода), осколками оболочки заряда взрывчатого вещества и вторичными снарядами. Повреждения тела весьма разнообразны: от ссадин и кровоподтеков до разрушения всего тела, что зависит от расстояния между телом пострадавшего и эпицентром взрыва и других факторов. Поражается, главным образом, сторона, обращенная к взрыву. Ослабленная ударная волна вызывает контузию, повреждения органа слуха (разрывы барабанных перепонок). Осколки стального корпуса снаряда летят на расстояние, превышающее размер осколка в 8 тыс. раз, алюминиевого в 2,5 тыс. раз. Осколки причиняют, как правило, раны не типичные для пулевых ранений. Вторичные снаряды (куски грунта, стен, дерева, случайные предметы и т. п.) наносят повреждения, сходные с осколочными от корпуса снаряда. Действие энергии взрыва вызывает опаление волос и одежды. От вдыхания окиси углерода, которой много во взрывных газах, в организме образуется карбоксигемоглобин. Свойствами взрывчатых веществ обладают газовые и пылевидные смеси: пары бензина, ацетона (в цистернах, бочках), угольная и сахарная пыль на производствах и др. Сюда же относятся взрывы паровых котлов, при которых возникают тяжелые поражения, как осколками котла, так и горячим паром. Вид снаряда или взрывчатого вещества устанавливают по свойствам повреждений, по внедрившимся осколкам оболочки, взрывателя или частицам самого взрывчатого вещества. Иногда найти мелкие осколки можно только с помощью рентгенографического исследования. При вскрытии трупа осколки и все посторонние включения извлекают и передают следователю.

Вид смерти – понятие судебно-медицинской классификации смерти. Предусматривает установление факторов непосредственного внешнего воздействия на организм, вызвавшего насильственную смерть (механическая асфиксия, механическое повреждение, отравление, действие критических температур, действие электричества и т. д.) или заболевания, которое привело к смертельному исходу (заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта и т. п.).

Внезапная смерть – смерть, наступившая в течение нескольких минут или секунд в результате острого расстройства сердечной деятельности, закончившегося острым параличом сердца. Часто возникает у молодых крепких субъектов во время физической работы, занятий спортом, при других обстоятельствах.

Возраст плода – продолжительность существования зародыша или плода с момента оплодотворения. Обычно исчисляется в неделях или лунных месяцах (28 дней в лунном месяце).

Волосы – ороговевшие нитевидные эпителиальные придатки кожи, выполняющие, в основном, защитные функции. Необходимость в судебно-медицинской экспертизе возникает в случае, когда в качестве вещественных доказательств обнаруживаются волосы. Судебно-медицинская экспертиза может разрешить вопросы о вещевой, региональной, половой принадлежности волос т. д.

Волчье лыко – растение из семейства волчниковых. Ядовиты кора, цветки, ягоды, листья. Содержит гликозиды дафнин и лизергин: обладает местным раздражающим действием, послабляющим действием на кишечник при приеме внутрь.

Врач судебно-медицинский эксперт – врач-специалист, получивший подготовку в области судебной медицины, работающий в бюро СМЭ, регулярно выполняющий функцию эксперта.

Врач-эксперт – врач, независимо от специальности и занимаемой должности эпизодически выполняющий обязанности судебно-медицинского эксперта по поручению судебно-следственных органов.

Врачебная ответственность – юридическая ответственность врача за правонарушения в профессиональной или профессионально-должностной деятельности.

Врачебная ошибка – ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, которая явилась следствием добросовестного заблуждения, не могла быть им предусмотрена и предотвращена, т. е. не явилась следствием халатного отношения врача к своим обязанностям, его невежества или злоумышленного действия. Врачебная ошибка не влечет за собой дисциплинарного, административного или уголовного наказания.

Врачебная тайна – совокупность сведений о болезни, интимной и семейной жизни больного, ставших известными медицинским работникам при выполнении ими своих профессиональных обязанностей и не подлежащих разглашению. Врачебная тайна охраняется законом, сведения о болезни сообщаются лишь государственным органам, если этого требуют интересы охраны здоровья населения, а также следственным и судебным органам по их требованиям.

Врачебный проступок – правонарушение, содержащее признаки врачебного преступления, но в силу малозначительности не представляющее общественной опасности. Врачебный проступок влечет за собой административную или дисциплинарную ответственность.

Врачебное преступление – профессиональное или профессионально-должностное деяние (действие или бездействие) врача, рассматриваемое уголовным законодательством, как преступление.

Врачебное свидетельство о смерти – учетный документ, регистрирующий факт и причину смерти, заполняемый врачом, лечившим больного, или другим врачом, установившим причину смерти.

Выстрел – воспламенение пороха в патроннике огнестрельного оружия и выбрасывание пули (дробин) из канала ствола под давлением пороховых газов, образованных в результате этого воспламенения. Этот процесс сопровождается характерным звуком. В пневматическом оружии выстрел (выбрасывание пули) осуществляется за счет энергии сжатого воздуха.

Выходное отверстие – рана в месте выхода из тела пули, осколка или другого повреждающего предмета.

Входное отверстие – рана в месте проникновения в тело пули, осколка или другого повреждающего предмета.

Г

Гаазе схема – схема определения внутриутробного возраста плода по его длине. В судебной медицине схемой пользуются следующим образом: если длина плода менее 25 см, то для определения возраста из данного числа извлекают квадратный корень, если длина плода более 25 см, то число делится на 5. Полученное значение указывает внутриутробный возраст в лунных месяцах.

Геномная дактилоскопия – молекулярно-генетическое исследование, которое выявляет индивидуальные особенности клеточных ядер, в частности, наследственного материала – ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты).

Гашиш – смола листьев и побегов индийской конопли. Гашишизм (анашизм, каннабизм, наркомания гашишная) – наркомания, при которой предметом пристрастия и злоупотребления служит гашиш.

Гексахлоран (гексахлорциклогексан – ГХЦП) – хлорорганический инсектицид комплексного действия, кристаллический порошок желтовато-серого или сероватого цвета с запахом плесени. Гексахлоран стойкий в почве, плохо растворяется в воде, хорошо в спиртах, эфире. Обладает местно раздражающим действием и заметными кумулятивными свойствами. Явления отравления наблюдаются при поступлении гексахлорана через органы дыхания, пищеварительный тракт, кожу, слизистые оболочки. В клинике отравления – головная боль (особенно в затылочной области), головокружение, общая слабость, повышенное слюнно- и потоотделение, слезотечение, тошнота, рвота, загрудинные боли. В тяжелых случаях – озноб, повышение температуры тела, расстройство равновесия, помрачение сознания, обмороки, судороги, падение артериального дав-

ления, брадикардия, замедление дыхания, кома. В крови – лейкоцитоз, гипокальциемия. При попадании в глаза – болезненный конъюнктивит, на коже – покраснение, зуд, отек с образованием папул и пузырей. Смертельная доза 300 – 500 мг/кг веса. При вскрытии морфологические изменения мало специфичны: расстройства кровообращения, явления дистрофии паренхиматозных органов, катарального энтероколита, отека легких, очаговой пневмонии и т. п.

Гематома – (синоним – опухоль кровяная) ограниченное скопление крови в тканях с образованием в них полости, содержащей жидкую кровь.

Гемин солянокислый – продукт окисления гемма, образующегося при обработке гемоглобина концентрированной уксусной кислотой в присутствии хлорида натрия; содержит трехвалентное железо, связанное с атомом хлора. На этом основана проба Теймана (один из видов обнаружения крови в пятне).

Гемоглобин – дыхательный пигмент, содержащийся в эритроцитах крови, осуществляющий перенос кислорода из легких в ткани и участвующий в переносе углекислого газа из тканей в легкие. Гемоглобин – сложный белок, состоящий из гемма и белка глобина. Гемолиз – разрушение эритроцитов с выходом гемоглобина в окружающую эритроциты среду.

Гемоперикард – скопление крови в полости перикарда (сердечной сорочки).

Гемоперитонеум – скопление крови в полости брюшины.

Гемопневмоторакс – скопление крови и воздуха в плевральной полости.

Гемопневмоперикард – скопление крови и воздуха в полости сердечной сорочки.

Гермафродит – (по имени древнего мифического существа, сына Гермеса и Афродиты, имевшего признаки мужского и женского пола) индивид, имеющий вторичные половые признаки обоих полов. Истинный гермафродит имеет половые железы обоих полов. Ложный гермафродит – имеет только мужские или только женские половые железы при наличии вторичных половых признаков обоих полов.

Гидроцефалия – (синоним – водянка головного мозга) избыточное накопление спинномозговой жидкости в желудочках мозга и подбололочечных пространствах.

Гидропневмоторакс – скопление в плевральной полости жидкости и воздуха или газа.

Гиперемия – увеличение кровенаполнения какого-либо участка периферической сосудистой системы.

Гипертрофия – увеличение органа или его части вследствие увеличения объема или числа клеток.

Гипоксия (синоним – кислородное голодание, кислородная недостаточность) – состояние, возникающее при недостаточности снабжения тканей организма кислородом или при нарушении его утилизации в процессе биологического окисления.

Гипоспермия – патологическое состояние, при котором в выделяемом во время полового акта в 1 – 2 мл семенной жидкости содержится уменьшенное количество сперматозоидов. Может иметь значение при установлении оплодотворяющей способности.

Гипостаз – первая стадия образования трупных пятен, обусловленная стеканием крови вниз, в силу тяжести в результате переполнения сосудов, особенно капилляров. В этой стадии трупное пятно при надавливании бледнеет вследствие вытеснения крови из сосудов, затем вновь окрашивается. При разрезе из сосуда стекают единичные капли крови, легко смываемые водой. Трупные пятна появляются через 1,5 – 2 часа после наступления смерти, стадия гипостаза продолжается 6 – 10 часов.

Гниение – процесс расщепления органических азотсодержащих, главным образом белковых, веществ в результате жизнедеятельности микроорганизмов.

Гнилостные газы – газы, образующиеся при гниении органов и тканей и содержащие сероводород, аммиак, метилмеркаптан, этилмеркаптан, метан.

Гоппе-Зейлера проба – метод обнаружения карбоксигемоглобина в крови трупа, основанный на устойчивости этого соединения к воздействию щелочей. К капле крови добавляется раствор щелочи; при наличии карбоксигемоглобина кровь сохраняет свой красный цвет, а при его отсутствии становится бурой (образуется щелочной гематин).

Газовое оружие – особый вид гражданского оружия, предназначенного для временного поражения живой цели, путем нанесения химической травмы.

Графология – изучение особенностей почерка у здоровых людей и его нарушения у больных. Имеет значение в судебной экспертизе, а также в психиатрии и неврологии.

Грибы – группа низших растений, лишенных хлорофилла, питающихся готовыми органическими веществами. В зависимости от характера ядовитого начала, присущего тем или иным видам грибов, выделяют три вида отравления (отравление, вызванное строчками, отравление бледной поганкой и близкими к ней видами грибов, а также красным, пантерным и порфирным мухоморами, содержащих мускарин, миксотропин, миксотоксин и другие яды). Многие виды грибов можно считать ядовитыми и несъедобными, при их употреблении возникает отравление.

Группы крови – совокупность нормальных иммуногенетических свойств крови, объединенных общностью признаков. Известно, что в крови здоровых людей содержатся вещества, вызывающие агглютинацию эритроцитов других людей. Их назвали групповыми антигенами (или изоантигенами). В эритроцитах, лейкоцитах, тромбоцитах, а также в плазме крови людей открыты десятки изоантигенов, которые объединены в группы, получившие название системы АВО, Rh (резус), MN, P, Le и др. Многочисленными сложными экспериментами с избирательной адсорбцией установлено, что агглютинация в системе АВО связана с наличием двух агглютининов сывороток (L и B) и двух агглютиногенов эритроцитов (A и B). Всех людей по наличию или отсутствию в эритроцитах агглютиногенов, а в плазме крови – агглютининов разделяют на четыре группы: 1 группа – I (O, L, B), в ее эритроцитах отсутствует агглютиноген, а в сыворотке имеются оба агглютинина – L и B; 2 группа – II (A, B), эритроциты содержат только агглютиноген A, а в сыворотке имеется только агглютинин B; 3 группа – III (B, L), в эритроцитах присутствует агглютиноген B, а в сыворотке – агглютинин – L; 4 группа – IV (ABO), ее эритроциты имеют оба агглютиногена A и B, а в сыворотке отсутствуют агглютинины. Группа крови человека постоянна и сохраняется в течение всей жизни, независимо от возраста и перенесенных заболеваний. Она не меняется даже при многочисленных переливаниях крови. Группу крови определяют путем смешивания капли крови исследуемого субъекта со стандартными сыворотками, содержащими известные агглютинины. В судебно-медицинской практике определение группы крови позволяет решить вопрос о возможности или невозможности происхождения следов крови, обнаруженных на вещественных доказательствах, от определенного конкретного человека (потерпевшего, подозреваемого и т. п.). Группу крови в пятнах определяют в основном реакцией абсорбции агглютининов в количественной модификации, реакцией абсорбции элюции и реакцией «смешанной» агглютинации. Если по группам крови системы АВО дифференцировать кровь лиц, проходящих по делу, не удастся, прибегают к исследованию других систем: эритроцитарной (MN, SS, P, Rh, Le и др.), сывороточной (гаптоглобин, гаммаглобулин и т.п.) или ферментной (кислая фосфатаза, сывороточная холинэстераза и др.). Групповые антигены передаются по наследству по законам генетики, что позволяет использовать их при судебно-медицинской экспертизе в делах о спорном отцовстве, спорном материнстве или замене детей.

Д

Давление – сила, действующая на какую-нибудь поверхность; один из видов травматического воздействия. Это относительно продолжительное взаимодействие тупого предмета и тела человека при соприкосновении. Скорость движения предмета обычно небольшая, степень повреждения зависит преимущественно от силы взаимодействия и массы предмета. Давление приводит к деформации части тела – к сдавлению. При давлении предмет действует главным образом центростремительно. Удар с давлением причиняет кровоподтек, рану, перелом, разрыв и т. п.

Давность захоронения трупа – период времени, прошедший с момента захоронения трупа до момента его исследования.

Давность наступления смерти – период времени, прошедший с момента остановки сердца до момента исследования трупа. Давность наступления смерти определяется по степени выраженности трупных изменений, с помощью суправитальных реакций, морфологических, гистохимических, биохимических, биофизических методов исследования органов и тканей трупа.

Давность повреждения – период времени, прошедший с момента причинения повреждения до момента исследования (освидетельствования). Давность повреждения определяют по динамике реактивно-пролиферативных процессов заживления ран, ссадин, по изменению окраски кровоподтеков, по морфологическим, гистохимическим, биофизическим показателям поврежденных органов и тканей, а также целого организма.

Дактилоскопия – раздел криминалистики, изучающий морфологию папиллярных узоров ладонной поверхности ногтевых фаланг пальцев рук; методы дактилоскопии используются в судебной медицине.

Девственная плева – складка слизистой оболочки, расположенная между преддверием и полостью влагалища; имеет соединительно-тканную основу, содержащую мышечные волокна кровеносные сосуды и нервы. Девственная плева имеет самые разнообразные формы.

Девственность – отсутствие у конкретного лица половых сношений. Основным признаком девственности у женщин является целостность (сохранность) девственной плевы.

Деагравация – преуменьшение больным тяжести имеющегося у него болезненного состояния или сокрытие отдельных признаков заболевания.

Декомпрессия – резкое уменьшение барометрического давления в окружающем человека пространстве. Например, при выходе из кессона, при высотных работах может явиться причиной декомпрессионной болезни.

Демаркационное кольцо – красная линия у основания пуповины, появляющаяся обычно к концу первых суток жизни новорожденного младенца. Демаркационное кольцо является одним из признаков новорожденности и продолжительности внеутробной жизни младенца.

Детоубийство – убийство матерью своего ребенка во время родов или сразу после рождения. Детоубийство активное – детоубийство, осуществленное путем причинения насилия. Детоубийство пассивное – детоубийство, осуществленное путем умышленного оставления новорожденного без необходимой помощи.

Дерматоглифика – раздел морфологии, изучающий эпидермальный рельеф кожи ладонных и подошвенных поверхностей конечностей. Кожа ладоней и подошв человека и приматов содержит папиллярные линии – многочисленные мелкие гребешки (линейные утолщения эпидермиса), разделенные бороздками. Основными характеристиками рельефа кожи являются: минуции (особенности тонкой структуры гребешков: свойства, структура и взаиморасположение пор, точек, вилок, островков, рудиментарных гребней и т. п.); узоры-дуги, петли, завитки, а также переходные формы; трирадиусы – места схождения трех направлений гребней, где можно выделить три радианта, один из которых является главным и образует главную линию. Рельеф кожи ладоней и подошв отличается индивидуальной вариабельностью, не изменяется с возрастом, не подвергается влиянию внешней среды, некоторые его особенности передаются по наследству. Эти свойства дерматоглифики получили широкое распространение в криминалистике и судебной медицине, а также в клинической медицине для диагностики ряда хромосомных заболеваний, для изучения наследственности и т. п. Дактилоскопия родственников имеет большое сходство, что позволяет применять ее в экспертизе спорного отцовства, спорного материнства или замены детей.

Дефлорация – нарушение целостности девственной плевы.

Дефолианты – химические вещества из группы пестицидов, применяемые в сельском хозяйстве для предуборочного удаления листьев (дефолиации) растений, например, у хлопчатника. Дефолианты ядовиты для человека и теплокровных животных. В качестве дефолиантов чаще всего используют цианамид кальция, свободный цианамид, хлорат магния, бутифос, фолекс, кремнефтористый натрий и другие вещества.

Диагноз – медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (или травме) или причине смерти, выраженное в терминах, обозначающих название болезней (травм), их формы, варианта течения и т. п. Диагноз судебно-медицинский – диагноз, сформулированный после проведения судебно-медицинской экспертизы для разрешения специальных вопросов, возникающих в судебно-медицинской практике.

Диллона проба – жизненная проба, при которой живорожденность младенца устанавливается по обнаружению воздуха в желудочно-кишечном тракте путем рентгенологического исследования.

Диссимуляция – утаивание заболевания или его отдельных симптомов с целью ввести в заблуждение относительно своего истинного физического или психического состояния.

Доказательства – любые фактические данные, на основе которых в определенном законом порядке органы дознания, следователь и суд устанавливают наличие или отсутствие общественно опасного деяния, виновность лица, совершившего это деяние, и иные обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела. Эти данные устанавливаются показаниями свидетелей, потерпевшего, подозреваемого, обвиняемого, заключением эксперта, вещественными доказательствами, протоколами следственных и судебных действий и иными доку-

ментами. Различают доказательства прямые и косвенные (улики), не могут служить доказательствами факты, полученные следователем или судьями из частных бесед и путями, не предусмотренными УПК. Никакие доказательства не имеют преимущественного значения, заранее установленной силы.

Долихоцефалия – вариант формы головы человека, характеризующийся значительным преобладанием ее продольных размеров над поперечными.

Доношенность – степень развития плода, наступающая на 40 неделе внутриутробной жизни, характеризующаяся появлением признаков его зрелости. К ним относятся: длина плода (48 – 52 см), масса (3000 – 3500 г), окружность головы и другие.

Доношенный младенец – ребенок, родившийся по истечении нормального срока беременности (40 недель).

Дополнительные факторы выстрела – (синоним – сопутствующие компоненты выстрела) компоненты, которые образуются при выстреле: пламя, газы, копоть, несгоревшие зерна пороха, частицы металла, ружейной смазки и воздействующие на объект с близкого расстояния. Дубление торфяное – уплотнение мягких тканей и органов трупа, находившегося долгое время в торфяной почве, происходящее под влиянием гумусных кислот, в результате чего длительное время сохраняется труп.

Дурман – ядовитое однолетнее растение, травянистое, реже кустарниковое, семейства пасленовых. Растет как сорняк, встречается на юге и в средней полосе России почти повсеместно. Дурман содержит гиосциамин, скополамин и другие алкалоиды группы атропина. Ядовиты все части растения. Листья дурмана обыкновенного (вонючего) применяются в медицине в качестве составной части противоастматических средств. Обладает противоспазмолитическим действием. Симптомы и морфологическая картина отравления дурманом аналогичны симптомам и морфологическим признакам отравления белладонной.

Ж

Живорожденность – рождение плода с признаками жизни, важнейшими из которых являются признаки легочного дыхания.

Жизненная проба – общее название методов определения живорожденности при судебно-медицинской экспертизе трупа новорожденного младенца.

Жизненная проба (Галена-Шлейдена проба) – определение наличия воздуха в легких или отдельных их частей по их способности всплывать на поверхность воды при погружении в сосуд с водой.

Жизненная проба желудочно-кишечная (Бреслау проба) – определение наличия воздуха в желудочно-кишечном тракте, основанная на факте проникновения в него воздуха в результате заглатывания в начале внеутробной жизни.

Жизненная проба ушная (ушная проба Вендта-Вредена) – установление наличия воздуха в слуховой трубе и барабанной полости.

Жизненная проба оптическая (оптическая проба) – факт живорожденности устанавливается по наличию характерного мраморного вида поверхности легких.

Жизнеспособность – минимальное морфофункциональное развитие органов и тканей новорожденного, которое обеспечивает самостоятельную жизнь младенца вне организма матери в обычных условиях. Жизнеспособным в судебно-медицинском отношении считается младенец массой не менее 1500 г, длиной тела 40 см, при отсутствии уродств развития, несовместимых с жизнью.

Жировоск (трупный воск) – позднее изменение трупа; вещество, в которое превращаются ткани трупа в условиях повышенной влажности при отсутствии или недостаточном содержании воздуха, представляющее собой соли пальмитиновой и стеариновой кислот (мыла); приводит к длительному сохранению трупа.

З

Задушение – общее название различных видов механической асфиксии (повешение, удушение руками, закрытие дыхательных отверстий и путей, утопление, сдавление груди и живота), при которых непосредственной причиной смерти является кислородная недостаточность.

Залесского проба – метод обнаружения карбоксигемоглобина в крови, основанный на появлении пурпурно-красной окраски при его взаимодействии с концентрированным раствором сернистой меди.

Замерзание – превращение тканей в лед, оледенение. Замерзанием иногда неправильно называют смерть от действия холода. Замерзает не живой человек, а труп человека, умершего от любой причины, в том числе от действия холода, если он длительное время находился при температуре ниже 0 °С. Замерзание может быть полным и частичным (поверхностным). Полное оледенение головного мозга нередко (в 2,5 – 5 %) вызывает расхождение швов и растрескивание костей черепа и кожи. При оттаивании эти места пропитываются гемолизированной кровью из разорванных сосудов и могут быть ошибочно приняты за прижизненные повреждения. Вскрывать замерзший труп нельзя. Его следует медленно оттаять в помещении с температурой 15 – 18 °С, не прибегая к каким-либо ускоряющим методам (как, например, погружение в ванну с горячей водой и прочее.). Очень быстрое оттаивание трупа ускоряет процессы гемолиза, имбибиции, резко изменяет картину патологических изменений в трупе. Красновато-розовый цвет трупных пятен на оттаявшем трупе не имеет какого-либо диагностического значения. Микроскопически в оледеневших органах обнаруживаются щели и полости от механических повреждений льдом. Замерзание трупа способствует длительному сохранению.

Зачатие – начало развития в утробе женщины зародыша после процесса оплодотворения. В судебно-медицинской, практике возникает необходимость определения способности женщины к зачатию, его факт и время. Способность к зачатию – один из признаков половой зрелости. Показателем способности к зачатию является появление регулярных менструаций. Неспособность женщины к зачатию ведет к бесплодию. Причины, вызывающие неспособность к зачатию, самые разнообразные: воспалительные процессы внутренних органов (гонорея, воспаление после абортов, туберкулез гениталий), пороки и аномалии развития полового аппарата, недоразвитие матки, неправильное ее положение, опухоли и др.

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Определять состояние здоровья в судебно-медицинской практике приходится у обвиняемых, потерпевших, свидетелей и других лиц, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать виденное и давать о нем правильные показания; при неявке лица по вызову следственных органов или суда в связи со ссылкой на болезнь; при отказе давать показания из-за болезни; у осужденного, отказывающегося от исправительно-трудовых работ и заявляющего о своей болезни; при отсрочке исполнения приговора; в гражданских исках и др. Экспертиза состояния здоровья проводится комиссионным путем судебно-медицинской, освидетельствования, клинического обследования в стационаре, иногда – по медицинским документам.

Знаки борьбы и самообороны – повреждения одежды и тела, остающиеся у потерпевшего или нападавшего лица и указывающие на взаимную борьбу и защиту в процессе какого-либо преступления. Повреждений, специфических только для борьбы и самообороны, не существует. Однако, вид и особенности некоторых повреждений, их локализация, количество, размеры и т. п. свидетельствует о том, что они причинены другим лицом и не могли возникнуть случайно. Как правило, знаки борьбы и самообороны располагаются на передней поверхности тела. На проходившую борьбу указывают значительный беспорядок в одежде, отрывы пряжек, пуговиц, вырывание их «с мясом», разрывы застежек, петель, одежды: преимущественно по швам, и в области рукавов пиджака, рубашки. Чаще при взаимной борьбе повреждения наносят руками: ногтями «полулунные дуговидные ссадины, одна или несколько параллельных пунктирных или полосовидных ссадин», кончиками пальцев путем сдавливания части тела «круглые и овальные кровоподтеки», кулаком «удар приходится чаще в лицо, образуются ссадины, кровоподтеки, иногда переломы челюсти, зубов», вырываются волосы, выкручиваются руки в суставах и пр. Нередки повреждения обутыми ногами и укусы. Кровоподтеки и ссадины на передней поверхности голени могут быть результатом того, что подвергшиеся нападению защищаются, отбиваясь ногами. Укусы встречаются как у преступника, так и у его жертвы. След от укуса располагается по двум встречным дугообразным линиям, и представляют собой небольшие ссадины или ранки, окруженные кровоподтеком. Иногда происходят откусы кончика или крыла носа, части губы, края ушной раковины, кончика пальца. При освидетельствовании подозреваемого в изнасиловании следует обратить внимание на наличие у него тех повреждений и в тех местах, которые причинила потерпевшая при сопротивлении. Это позволяет опознать насильника, служит доказательством активной защиты, а иногда помогает идентифицировать по

обнаруженным у него следам причинение их именно потерпевшей. У подозреваемого в преступлении необходимо тщательно, осторожно и аккуратно исследовать подногтевое содержимое, где могут быть выявлены волокна одежды, обрывки волос, частицы эпидермиса, следы крови, принадлежащие жертве. Знаки борьбы и самообороны обычно отсутствуют при нападении на жертву сзади, когда она находится в беспомощном состоянии, застигнута врасплох и т. д.

Знак молнии – (синоним – фигуры молнии, фульгуриты, кераунография) изменение кожи в виде точечных или полосовидных возвышений эпидермиса, возникающие при поражении электрическим током в месте контакта источника электрического тока с телом.

Знахарство – 1) лечение примитивными способами в сочетании с различными ритуалами, порождаемыми суеверием и невежеством; 2) незаконное занятие врачеванием как профессией лицами, не имеющими медицинского образования.

Зона первичного некроза – центральная (ближайшая к раневому каналу) часть зоны контузии тканей, погибающих в момент ранения при непосредственном контакте с ранящим снарядом или сопутствующими компонентами выстрела.

Зона молекулярного сотрясения – периферическая часть зоны контузии тканей, в пределах которой они находятся в состоянии омертвения.

Зоосадизм – половое извращение, при котором половое возбуждение или оргазм достигается истязанием или убийством животных.

Зоофилия – (синоним – скотоложство, содомия, бестнализм) половое извращение, при котором объектом полового влечения является какое-либо животное.

Зрелость плода – состояние плода, характеризующееся готовностью органов и систем к обеспечению их внутриутробного существования. Устанавливается по комплексу внешних признаков (пропорция тела, развитие подкожной жировой клетчатки, состояние костей черепа, опущение яичек в мошонку или прикрывание малых половых губ большими др.).

Зубы – специальные образования в ротовой полости у большинства челюстно-ротовых животных и человека. Служат для захватывания, удержания, откусывания и механического измельчения пищи. У человека участвуют также в произношении некоторых звуков речи. Зуб состоит из 3-х частей: коронки, шейки и корня (или корней). Коронка зуба покрыта эмалью, корни – цементом. Вся толща зуба состоит из дентина. Каждый зубной ряд взрослого человека содержит 16 зубов: 4 резца, 2 клыка, 4 малых и 6 больших коренных зуба. По сравнению с другими тканями человеческого организма зубы значительно дольше противостоят посмертным разрушениям. Для установления принадлежности зуба к правой или левой стороне служат два признака: признак корня, признак угла и признак кривизны коронки. Принадлежность отдельного зуба к верхней или нижней челюсти определяют по форме коронки, по форме и числу корней. Зубы играют существенную роль в идентификации личности умершего человека. Такие данные как число зубов на каждой челюсти, их размеры, величина межзубных промежутков, особенности смыкания зубов (тип прикуса, являющийся индивидуальным), необычная форма и положение отдельных зубов, цвет и состояние эмали, степень твердости зубов, цвет, механические повреждения, зубные наложения, кариозные изменения и следы их лечения, отсутствие отдельных зубов, точное расположение пломб, размер и свойства пломбирочного материала (цемент, амальгама и др.), детали и форма мостов, конструкций протеза, фотоснимки и рентгенограммы зубов, схематические рисунки зубных рядов (зубная формула) и некоторые другие данные используются для установления по зубам возраста, пола, профессии, расы неопознанного трупа, иногда – личности конкретного человека. Повреждения тела человека зубами (укусы) также позволяют нередко установить личность, т. е. произвести идентификацию определенного лица по следам повреждений от его зубов.

И

Идентификация личности – установление тождества опознавательного субъекта конкретному лицу по характеризующим его отличительным признакам. В судебно-медицинской практике идентификация личности производится с помощью антропометрических, анатомических, рентгеноанатомических, гистологических, серологических и других методов.

Идентификация ядов – установление природы конкретных ядовитых веществ, в тканях и выделениях организма, а также в объектах окружающей среды.

Извращения половые (перверсии) – ненормальные, неестественные нарушения направленности полового влечения или способов удовлетворения половой страсти у человека.

Издвательство – действия, направленные на причинение потерпевшему моральных страданий, унижение его человеческого достоинства: глумление, грубое оскорбление, крайне вызывающее поведение по отношению к кому-нибудь.

Изнасилование – половое сношение с женщиной без ее согласия с применением физического насилия или угроз, либо с использованием ее беспомощного состояния.

Имбибиция – последняя стадия образования трупных пятен, которая начинается на вторые сутки. В этой стадии трупные пятна не бледнеют при надавливании и не перемещаются. При разрезе ткани трупные пятна кажутся равномерно окрашенными в фиолетовый и лиловый цвета, из сосудов капли крови не выделяются.

Инородное тело – чуждый организму предмет, внедрившийся в его ткани, орган или полость тела через естественное отверстие или через рану.

Интоксикация – болезненное состояние, вызванное общим действием на организм токсических веществ внутреннего или внешнего происхождения.

Истощение – болезненное состояние, характеризующееся значительным снижением функции отдельных органов, систем или организма в целом вследствие чрезмерно интенсивной и длительной деятельности, действия сильных раздражителей, тяжелой хронической болезни, продолжительного недостаточного питания или недостаточности усвоения получаемой пищи.

Ихнография – метод исследования походки, а также формы стопы по ее отпечатку, полученному при ходьбе человека.

Ишемия – уменьшение кровоснабжения участка тела, органа или ткани вследствие ослабления или прекращения притока артериальной крови.

К

Казуистика – отдельные наблюдения повреждений, отравлений, заболеваний и т. п., представляющие научный и практический интерес ввиду их редкости и необычности, а также собрание, изучение и обобщение таких наблюдений. Судебно-медицинская казуистика важна для экспертной практики. Повторяемость одних и тех же проявлений, выявленных в разных казуистических наблюдениях, может выступить в качестве объективного диагностического признака. Казуистика нередко служит источником дальнейших научных, экспериментальных исследований. Она обогащает судебно-медицинскую науку и расширяет экспертные возможности.

Канал раневой – линия движения пули в теле человека. Для установления направления пулевого канала вначале определяют, с какой стороны летела пуля, затем – под каким углом она пробилла одежду и тело. Распознавание стороны, с которой летела пуля, производят по входному и выходному отверстиям (при сквозном ранении), либо по входному отверстию и местоположению пули (при слепом ранении). Различают одиночное, двойное, тройное направление пулевого канала (по отношению к трем условным плоскостям человеческого тела при его вертикальном положении). При одиночном направлении пулевого канала его ось лежит в двух плоскостях и проходит перпендикулярно к третьей (6 позиций: спереди-назад, сзади-наперед, справа-налево, слева-направо, сверху-вниз, снизу-вверх). Двойным направлением пулевого канала называют тогда, когда пулевой канал лежит в одной плоскости, отклонился от другой и вышел из перпендикулярного положения к третьей (множество позиций, например, спереди-назад и сверху-вниз, слева-направо и сзади-наперед и т. д.). При тройном направлении пулевого канала ось не лежит ни в одной плоскости, но проходит через центр их пересечения (множество позиций, например, спереди-назад, слева-направо и несколько сверху-вниз).

Карбоксигемоглобин – соединение гемоглобина с окисью углерода при отравлении ею. Очень прочное соединение, которое не участвует в переносе кислорода, в результате чего, в зависимости от его концентрации может наступить смерть от кислородной недостаточности.

Карбофос – (синоним – метатион, фосфотион и др.) фосфорорганический инсектицид широкого спектра, густая жидкость от светло-желтого до темно-коричневого цвета с неприятным запахом. Хорошо растворяется в органических растворителях, разрушается в известковой воде. Обладает кумулятивными свойствами. Отравлению сопутствует головная боль, головокружение, быстрая утомляемость, слюнотечение, тошнота, рвота, тахикардия, сужение зрачков. При отрав-

лении средней тяжести начинается общая слабость, одышка, резкая потливость, слюнотечение, резкое сужение зрачков, диплопия, нистагм, тремор, судороги, понижение кровяного давления, боль в животе, тенезмы, иногда признаки удушья. В крови – гипохромная анемия, лейкоцитоз, резко увеличенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Смертельная доза – 500 – 1200 мг/кг массы тела. Морфологическая картина отравления аналогична отравлению тиофосом.

Катастрофа в медицинском смысле – внезапное, быстрое, чрезвычайно опасное для здоровья и жизни людей событие, приводящее к появлению значительного количества пострадавших, возникновению судорог у людей в зоне поражения, дезорганизации системы управления местным здравоохранением, материальными и людскими потерями в различных его звеньях и, следовательно, к несоответствию между острой потребностью в медицинской помощи и возможностями имеющихся сил и средств медицинской службы по ее оказанию.

Кефалогематома – кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа новорожденного в результате разрыва кровеносного сосуда при родах. Кровоизлияние на внутренней поверхности костей свода черепа новорожденного называется внутренней кефалогематомой.

Кожа «гусиная» – образование на коже человека множественных мелких узелков, делающих ее похожей на кожу опципанного гуся. Появление «гусиной» кожи связано с сокращением мышц, поднимающих волосы. Возникает у живого человека под влиянием холода, страха и т. д. Нередко (в 7 – 9 %) наблюдается на трупах лиц, умерших быстро, вследствие, например, острого кровотечения, в случаях, когда перед смертью отмечалась высокая температура и т. д. Чаще всего кожа «гусиная» обнаруживается на трупах утонувших в результате действия холодной воды и быстрого развития трупного окоченения, при смерти от действия низкой температуры «переохлаждения». Однако, этому признаку не следует придавать слишком большого диагностического значения.

Коллапс – тяжелое, угрожающее жизни состояние, характеризующееся резким снижением кровяного (артериального и венозного) давления в связи с внезапной сердечной слабостью и уменьшением тонуса сосудистой стенки, угнетением деятельности ЦНС и нарушением обмена веществ. Клинически проявляется в бледности кожи, появлении холодного пота, малого, частого пульса, понижении артериального давления, поверхностного и редкого дыхания. При коллапсе происходит уменьшение притока венозной крови к сердцу, снижение сердечного выброса, падение артериального и венозного давления, нарушаются перфузия тканей и обмен веществ, возникает гипоксия головного мозга, угнетаются жизненно важные функции организма. Коллапс, развивается как осложнение, чаще при тяжелых заболеваниях и патологических состояниях.

Керосин – бесцветная с синеватым оттенком прозрачная горючая жидкость, обладающая характерным запахом, продукт перегонки нефти. Применяется как топливо для реактивных двигателей, в быту, в сельском хозяйстве в качестве гербицида. Обладает наркотическим и местно раздражающим действием. Отравления чаще возникают при приеме внутрь, редко – ингаляционным путем. Смертельная доза для взрослых 300 – 500 мл керосина, принятого внутрь. Клиническая и морфологическая картины отравления керосином аналогичны отравлению бензином, но выражены не так резко.

Кома – глубокое угнетение функций центральной нервной системы с полной потерей сознания, утратой реакции на внешние раздражители и расстройством жизненно важных функций организма. Кома возникает от различных причин, в том числе может быть обусловлена отравлением алкоголем, различными ядами и др.

Консервирование трупа – естественные (мумификация, торфяное дубление, жировоск, замерзание) или искусственные факторы (химические – формалин, спирт), препятствующие гнилостному распаду органов и тканей трупа.

Констатация смерти – установление врачом или средним медицинским персоналом достоверных признаков наступления смерти. К таким признакам относятся остановка сердца, дыхания, отсутствие рефлексов, неподвижность, адинамия, снижение температуры на несколько градусов и т. д.

Контузия (ушиб) – болезненное состояние, которое возникает вследствие механического воздействия на все тело, или обширную поверхность, независимо от наличия или отсутствия видимых нарушений целостности мягких тканей.

Крезол – органическое соединение, производное фенолов. Имеет 3 изомера: орто-, мета-, паракрезол. Смесь трех изомеров крезола представляет главную составную часть неочищенной

карболовой кислоты. Карбол является нервно-паралитическим ядом. Оказывает также местное прижигающее действие. Крезол менее ядовит, чем карболовая кислота, вызывает местные явления таких же свойств, как фенол, но выраженные слабее.

Кровоизлияние – скопление крови, излившейся из сосудов, в тканях или полостях организма.

Кровоподтек – кровоизлияние в подкожно-жировую клетчатку в результате разрывов мелких кровеносных сосудов от воздействия тупого предмета. В зависимости от срока его образования имеет различную окраску, что дает возможность судить о давности образования крово-подтека. Форма кровоподтека указывает на особенности поверхности травмирующего предмета.

Кровопотеря – потеря организмом части крови в результате наружного или внутреннего кровоизлияния. В судебной медицине различают обильную и острую кровопотерю. При обильной кровопотере смерть наступает вследствие потери большого количества крови (2,5 – 3,5 л). Такое кровотечение происходит относительно медленно – в течение нескольких часов. Острая кровопотеря характеризуется быстрой потерей крови из крупных сосудов, даже в относительно небольших количествах.

Кровяной сверток – эластичная масса, легко отделяющаяся от стенок сосудов или полости тела, образующаяся в результате свертывания крови.

Купернейла симптом – постепенное появление кровоподтеков на промежности и мошонке (или половых губах) при переломе таза.

Л

Лангера линии – условные линии на поверхности кожи, указывающие направление ее максимальной растяжимости.

Ларше пятна – треугольные пятна, появляющиеся на поверхности склеры у трупа вследствие подсыхания склеры, если глаза были открыты в течение некоторого времени после наступления смерти.

Лизол – раствор крезола в калийном мыле. Представляет собой красно-бурую, сильно пенящуюся при встряхивании жидкость с сильным удушливым запахом. Содержит не менее 42 – 60 % крезолов. Легко растворяется в воде, спирте, бензине. Водные растворы бесцветны, прозрачны. Раствор лизола обладает бактерицидным действием в отношении вегетативных форм патогенных микробов. Применяют в виде горячих (40 – 50 %) водных растворов 3 – 10 % концентрации для обеззараживания выделений, предметов и вещей, зараженных возбудителями кишечных и капельных инфекций. Смертельная доза лизола, клиническая и морфологическая картины отравления аналогичны отравлению фенолом. Диагноз отравления следует подтвердить результатами химического определения крезола во внутренних органах.

Лучевая болезнь – заболевание, развивающееся в результате облучения значительных областей тела ионизирующей радиацией либо поступления в организм радиоактивных изотопов. Клиническая картина и исход лучевой болезни определяются, прежде всего, дозой облучения. При однократном облучении в дозах более 400 рентген может наступить смерть от грубого нарушения кроветворения и инфекционных осложнений.

М

Мазохизм – половое извращение, при котором для достижения полового возбуждения и удовлетворения необходимо испытывать физическую боль или моральное унижение, причиняемое партнером.

Масло сивушное – маслянистая слабо желтого цвета жидкость с неприятным удушливым запахом, образующаяся при спиртовом брожении углеводов. Представляет собой смесь одноатомных спиртов, преимущественно (65 – 90 %) пропилового, амилового и изобутилового и других компонентов. Очень ядовито. Содержится в значительных количествах в самогоне, браге, чаче, араке и других крепких алкогольных напитках, производимых кустарным способом, чем и определяется их особая токсичность и вредные последствия.

Материнство спорное – оспариваемый факт рождения определенного ребенка от данной женщины; может являться предметом судебно-медицинской экспертизы.

Мацерация – размягчение и разрыхление тканей в результате длительного воздействия на них жидкости. Мацерация кожи трупа образуется под действием жидкости (чаще всего во-

ды). Сначала разрыхляется роговой слой эпидермиса в виде набухания и сморщивания кожи и ее жемчужно-белого окрашивания. При длительном воздействии воды мацерированные слои отторгаются от дермы с ногтями в виде «перчаток».

Медицина судебная – отрасль медицины, изучающая совокупность медицинских и медико-биологических проблем, связанных с решением вопросов, возникающих в правовой практике.

Медицинская документация – совокупность документов, носителей медико-статистической информации о состоянии здоровья отдельных лиц, различных групп населения, об объеме, содержании и качестве медицинской помощи и деятельности медицинских учреждений.

Медицинская деонтология – совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при исполнении своих профессиональных обязанностей. Медицинскую деонтологию можно определить как учение о долге врача, среднего и младшего медицинского работника по отношению к обществу, больному или его родственнику, к товарищам по профессии, учение о нравственности в деятельности медицинских работников, принципах и правилах их поведения, направленные на достижение максимальной пользы в лечении и профилактике заболеваний.

Медицинская криминалистика – раздел судебной медицины, разрабатывающий совокупность медицинских и медико-биологических проблем, возникающих при расследовании преступления.

Медицинское правонарушение – нарушение установленных законом и специальными инструкциями правил поведения медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей.

Медицинское преступление – профессиональное или профессионально-должностное деяние (действие или бездействие) медицинского работника, содержащее признаки какого-либо преступления, предусмотренного уголовным законодательством, представляющее общественную опасность и влекущее за собой уголовную ответственность.

Мертворожденность – рождение плода, смерть которого наступила до родов, во время родов или вскоре после них, до начала внешнего легочного дыхания. Если у младенца после рождения функционировала сердечная деятельность, но отсутствовало дыхание, он считается мертворожденным.

Метафос (метилпаратион) – фосфорорганическое соединение, представляет собой белое кристаллическое вещество, нерастворимое в воде, хорошо растворимое в маслах, сложных эфирах. Технический препарат метафос – желто-коричневого цвета жидкость со специфическим неприятным запахом. Выпускается в виде 2,5 % дуста или концентрата, содержащего 25 % метафоса. Применяется в виде инсектицида. Относится к высокотоксичным препаратам. Действует так же, как тиофос, но слабее. Смертельная доза около 5 – 8 г. На вскрытии – обычная картина асфиксии. Судебно-химическим путем обнаружить яд удастся не всегда.

Минакова пятна – кровоизлияния под эндокардом (внутренней оболочкой сердца) левого желудочка, возникающие при смерти от острой кровопотери.

Минус-ткань – отсутствие (дефект) ткани на месте входного огнестрельного отверстия, что позволяет дифференцировать огнестрельное ранение от колотого, а также входное отверстие от выходного.

Молозиво – вещество, выделяемое в небольшом количестве молочными железами беременных женщин и родильниц в первые дни после родов. Следы молозива и женского молока как вещественные доказательства могут иметь самостоятельное значение в судебной медицине и криминалистике, особенно в делах о детоубийствах. Пятна от молозива желтоватого цвета, по периферии более темные с серой полоской по краю, уплотняют ткань. Устанавливают наличие молозива в основном цитологически. Наиболее простым и надежным является способ обнаружения молозива по присутствию жира. Для выявления пятен молозива прибегают к предварительной пробе с суданом-III или шарлахом. Предмет-носитель опрыскивают одним из этих веществ. Если на вещественном доказательстве есть пятна молозива или молока, то они приобретают темно-красный цвет.

Морг – специально оборудованное помещение для приема, хранения, опознания и вскрытия трупов.

Мужеложство (педерастия) – половое извращение, один из видов гомосексуализма.

Мумификация – высыхание тканей трупа, создающее возможность его длительного сохранения. Мумификация возникает только при сухости воздуха, достаточной вентиляции и по-

вышенной температуре, возникает на открытом воздухе, в проветриваемом помещении и при захоронении трупов в сухих крупнозернистых и песчаных почвах. Интенсивность мумификации зависит и от массы тела. Этому процессу более подвержены трупы, имеющие слабо выраженный подкожный жировой слой. При мумификации труп теряет всю жидкость, масса его составляет V_{10} часть от первоначальной.

Мучения – умышленное действие, лишаящее человека необходимых условий для его существования – пищи, воды, воздуха, тепла, света и др.

Н

Наложения – микрочастицы всевозможных, связанных с преступлением, объектов биологической и небиологической природы, остающиеся на месте происшествия, орудиях преступления, теле и одежде преступника и потерпевшего.

Недоношенность младенца – ребенок, родившийся раньше срока (на 28 – 38 неделе внутриутробного развития), до окончания нормального периода внутриутробного развития. Масса тела менее 2500 г, а длина (рост) менее 45 см.

Неизгладимое обезображивание лица – устойчивое обезображивание лица относится к компетенции судебных органов. Судебно-медицинский эксперт определяет характер и степень тяжести телесного повреждения, исходя из определенных признаков. Под изгладимостью понимают уменьшение размеров рубца, изменения его окраски в связи с естественным процессом заживления или в результате лечения. Возможность устранения обезображивания лица с помощью косметической операции не должно при этом учитываться, такие повреждения считают неизгладимыми.

Некробиоз – более или менее длительный процесс необратимого нарушения жизнедеятельности тканей, предшествующий их гибели.

Некросадизм – половое извращение, при котором половое удовлетворение достигается осквернением или обезображиванием трупов.

Некрофетишизм – половое извращение, при котором половое удовлетворение наступает только тогда, когда рядом находится труп, или субъект создает его в своем воображении.

Некрофилия – половое извращение, при котором половое удовлетворение достигается при совершении полового акта с трупом.

Неоказание медицинской помощи – профессиональное преступление, заключающееся в отказе медицинского работника оказать медицинскую помощь, если этот отказ имел опасные последствия для жизни и здоровья больного (пострадавшего).

Несчастный случай – непредвиденное стечение обстоятельств и условий, при котором причиняется вред здоровью человека и наступает его смерть.

Нетрудоспособность – установленная врачом или врачебной комиссией потеря специальной или профессиональной трудоспособности вследствие несчастного случая, заболевания или других причин. Различают нетрудоспособность: временную, стойкую, полную и частичную.

Ногти – производное кожи, роговые пластинки на тыльной стороне концевых фаланг пальцев человека и приматов. Выполняют защитную функцию. Растут в среднем 0,1 – 0,15 мм в сутки. Полное обновление происходит примерно в течение 100 дней. Ногти могут быть объектом экспертного исследования с целью идентификации личности путем сопоставления срезанных или отломанных их кусочков с ногтями живого человека или трупа, иногда путем сопоставления рельефа кусочков лака, отпавших с поверхности ногтей, с рельефом соответствующей ногтевой пластинки. Идентификация основывается на системе взаимного расположения продольных гребешков, возникающих на ногтях в процессе их роста. Имеют значения косметическая обработка и заболевания ногтей, выполняемая работа и пр. От ногтей на теле человека возникают характерные следы – линейные, дуговидные (серповидные) ссадины, позволяющие констатировать причинение повреждений пальцами, нередко установить вид насилия. Частицы содранного эпидермиса, следы крови можно обнаружить под ногтями у нападавшего.

Нормоспермия – физиологическое состояние, при котором мужчина во время полового акта выделяет семенную жидкость, обладающую нормальной оплодотворяющей способностью. В норме объем эякуляте равен в среднем 3 – 3,5 мл (от 2 до 6 мл), в одном миллилитре его содержится примерно 60 – 120 млн сперматозоонов. Подвижные формы сперматозоонов состав-

ляют 70 – 90 %, морфологически нормальные – 75 – 80 %, незрелые клетки сперматогенеза – 0,5 – 2%. Подвижность – очень быстрое, прогрессирующее вперед движение. Несомненно, что для оплодотворения яйцевой клетки требуется один сперматозоон. Однако для того, чтобы наступило оплодотворение эякулят должен содержать много миллионов сперматозоонов. Наличие не менее 50 – 60 млн сперматозоонов в 1 мл семенной жидкости означает достоверную возможность оплодотворения. Степень оплодотворяющей возможности эякулята зависит больше от качественных свойств сперматозоонов, чем от их количества. Определение оплодотворяющей способности мужчины должно производиться специалистами в лабораторных условиях с применением современных морфологических и биохимических методов исследования. Семенную жидкость для исследования получают путем массажа семенных пузырьков и предстательной железы или путем мастурбации. При этом необходимо учитывать следующие предпосылки: 1) не менее, чем трехдневное, но не более, чем семидневное половое воздержание пациента; 2) исследование должно проводиться в течение первого часа после эякуляции.

О

Обувь – играет важную роль как вещественное доказательство. При травме на обуви могут остаться характерные повреждения и загрязнения, исследование которых помогает уточнить характер травмы, орудие травмы, ее механизм, иногда – решить другие вопросы. Характерны следы скольжения на подошвах обуви, возникающие при наезде автомашины на пешехода параллельно расположенные бороздки и валики в виде царапин линейной или дугообразной формы. По их особенностям и расположению можно судить о механизме их образования, положении и позе пешехода, направлении движения стопы в момент удара, о свойствах покрытия дороги. От переезда и влечения автотранспортом на обуви могут образоваться своеобразные следы (отпечатки протектора, разрывы, стертость материала). При электротравме, особенно при поражении молнией, на подошвах обнаруживают знаки выхода тока, оплавления гвоздей, разрывы обуви. Наличие различных наложений и загрязнений на ранах позволяет судить о пребывании человека в определенном месте. Обувь может быть использована в качестве сравнительного материала в процессе идентификации личности. Размеры обуви, как правило, соответствуют размерам стоп носившего ее человека, на ней могут находиться частицы волос и выделений организма. При длительном ношении на внутренней поверхности обуви могут отображаться отдельные детали строения стоп. Для сравнительного исследования делают гипсовые слепки внутреннего объема обуви. После затвердения гипса слепки извлекают и сравнивают с соответствующей стопой трупа (или живого человека). На гладкой блестящей поверхности обуви хорошо отпечатываются пальцевые узоры, оставляемые преступником в момент борьбы, при переворачивании и переноске трупа.

Одорология – наука об использовании запаха человека, совершившего преступление, одна из новых отраслей криминалистической техники. Применяют служебно-розыскных собак, обладающих высокочувствительным органом обоняния. По запаху собака может обнаружить человека, оставившего след, вещи, брошенные или спрятанные преступником и т. п. В настоящее время разработаны методы изъятия и консервирования запаха до момента, когда появится подозреваемый и будет возможно проверить, не он ли оставил запах на месте происшествия.

Ожог – повреждение тканей, возникшее от местного теплового, химического, электрического или радиационного воздействия.

Окостенение – превращение в костную ткань. В развитии скелета наблюдается три стадии: соединительно-тканная, хрящевая и костная. Эти стадии проходят почти все кости, за исключением костей свода черепа, большинства костей лица и др. В соответствии с этими стадиями различают следующие виды окостенения: эндесмальное, перихондральное, периостальное, энхондральное. Эндесмальное окостенение происходит в соединительной ткани первичных костей, где в определенном месте появляется островок костного вещества (ядро окостенения). Процесс распространяется во все стороны лучеобразно. Так, формируются, например, теменные кости. Перихондральное окостенение происходит по наружной поверхности хрящевых зачатков кости при участии надхрящницы. Дальнейшее отложение костной ткани идет за счет надкостницы – периостальное окостенение. Последние два вида окостенения связаны между собой и следуют одно за другим. Энхондральное окостенение совершается внутри хрящевых зачатков при участии надхрящницы, которая отпускает отростки, содержащие сосуды, внутрь хряща. Костеобразовательная ткань разрушает хрящ и образует в центре хрящевой модели кос-

ти островок костной ткани (ядро окостенения). Энхондрально окостеневают позвонки, грудина, эпифизы длинных костей конечностей; перихондрально – основание черепа, диафизы длинных костей конечностей и др.

Окоченение трупное – абсолютный ранний признак смерти, представляет собой своеобразное состояние мышечной ткани в виде уплотнения и укорочения мышц, фиксирующее труп в определенной позе. Окоченение трупное начинает ощущаться в первые 2 – 4 часа после смерти. Оно возникает одновременно во всех группах мышц, однако, как правило, по нисходящему типу: окоченевают, прежде всего, жевательные мышцы, затем, мышцы шеи, туловища и верхних конечностей и в последнюю очередь – нижних конечностей. Это зависит от величины соотношения физиологического поперечника мышцы к ее длине и места прикрепления мышцы к костным рычагам. Окоченение трупное определяется во всех группах мышц через 12 – 18 часов после смерти, достигает максимума через 20 – 24 часа и удерживается несколько суток, после чего разрешается. Оно развивается и в гладкой мускулатуре. Каталептическое окоченение трупное возникает в момент наступления смерти и сохраняет первоначальную позу трупа (например, при разрушении продолговатого мозга и т. п.). Окоченение трупное позволяет судить о давности смерти, фиксирует посмертную позу умершего, дает возможность решать вопрос о перемещении трупа и изменении его позы.

Омыление трупа – процесс образования жировоска из тканей трупа, протекающий в сырой почве или воде при отсутствии доступа воздуха.

Оплодотворение – слияние мужской половой клетки (сперматозоона) с женской (яйцеклеткой) и образование новой клетки (зиготы) с которой начинается развитие организма. Оплодотворение лежит в основе полового размножения и обеспечивает передачу наследственных признаков от родителей к потомкам. Встреча сперматозоона с яйцеклеткой происходит в расширенной части маточной трубы – ампуле. Из влагалища через канал шейки матки в ее полость проникает несколько миллионов сперматозоидов, а верхней части яйцевода достигает лишь 100 сперматозоонов. Продвижение длится 5 – 30 часов. У человека оплодотворение осуществляется обычно в течение первых 12 часов после выхода яйцеклетки из фолликула яичника. Сперматозооны в женских половых путях сохраняют способность к оплодотворению на протяжении 1 – 2 суток.

Опознание трупа – следственное действие, заключающееся в предъявлении трупа неизвестного человека опознающим лицам (родственникам, знакомым, свидетелям и т.п.) для его узнавания. Сначала у опознающих выясняют, какая одежда, вещи, предметы и их особенности были у покойного, затем устанавливают индивидуальные свойства (приметы особые, портрет словесный и пр.) по которым труп может быть опознан. Следует учитывать психологическое состояние лиц, опознающих труп. Нельзя предъявлять труп для опознания в помещении, где находятся тела других умерших. Сама обстановка может способствовать допущению ошибок. При опознании трупа целесообразно сначала предъявить одежду, вещи, предметы, обнаруженные и доставленные вместе с трупом, а затем сам труп. Весь процесс опознания трупа фиксирует следователь в протоколе. Необходимо убедиться по объективным данным о том, что опознан действительно труп того человека, которого разыскивают или личность которого необходимо удостоверить. Ошибки в опознании личности трупа могут вести к нежелательным и неприятным последствиям. Допускается опознание трупа по его фотографии.

Осаднение – поверхностное механическое повреждение кожи, представляющее собой совокупность близко расположенных ссадин, разделенных участками неповрежденной кожи.

Освидетельствование – медицинское обследование, проводимое в целях экспертизы (военно-медицинской, судебно-медицинской и пр.).

Останки костные – кости трупа, оставшиеся после полного или частичного распада мягких тканей и органов под влиянием естественных процессов (гниения, разрушения насекомыми и их личинками пр.). Останки костные могут сохраняться столетиями, являются объектом судебно-медицинского исследования. При обнаружении где-либо останков костных надо установить принадлежность их человеку, пропавшему без вести, т. е. установить личность умершего. С этой целью определяют анатомические особенности останков костных, видовую их принадлежность, пол, возраст, расу, рост, особенности строения тела по костям и пр. Пол, возраст и расу определяют по костям черепа, таза, состоянию зубов, другим костям, рост по длинным трубчатым костям, причем возможно определение роста по фрагментам костей. Кон-

кретная личность устанавливается по частным признакам – аномалиям анатомического строения, особенностям зубов, следам перенесенных травм и заболеваний и пр. Для решения вопроса о причине смерти исследуют повреждения на костях. Разработаны теоретические основы и предложены рациональные методы исследования останков костных, позволяющие определить давность захоронения трупа. Судебно-медицинскую экспертизу по останкам костным следует проводить в физико-технических отделениях Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Остановка сердца рефлекторная – внезапное прекращение работы сердца под влиянием резкого травматического воздействия на рефлексогенную зону, одна из причин смерти при повреждении. Наблюдается при ударах в область гортани, каротидных синусов, в область сердца, в зону солнечного сплетения, в наружные половые органы, особенно у мужчин, в беременную матку (во второй половине беременности), при сильном сотрясении тела и т. д. Вслед за ударом или внешним воздействием смерть наступает немедленно, внезапно, иногда при незначительных повреждениях. Признаки травмы могут даже отсутствовать. Такой вид смерти неправильно определяют как шок, хотя в этих случаях клинической картины шока нет, он не успевает развиться. Травматический шок развивается через несколько минут или в течение 24 и более часов после повреждения. Диагноз остановки сердца рефлекторной как причины смерти может быть установлен экспертом только по клинической картине, обстоятельствам происшествия, показаниям свидетелей. При вскрытии трупа остановку сердца рефлекторную установить нельзя, так как она не сопровождается какими-либо морфологическими изменениями. Характерна картина острой (быстро наступившей) смерти. Подлежат тщательному исследованию области рефлексогенных зон. Остановка сердца рефлекторная может наступить не только от травмы, но и от действия холода (быстрое погружение в холодную воду), электрического тока, от резкого физического напряжения, эмоционального возбуждения, стресса, от рефлекса из зоны матки при манипуляциях во время криминального аборта.

Отпечаток протектора – отпечаток рисунка протектора колеса – является специфичным для переезда следом. В большинстве случаев отпечатки являются поверхностными. Они могут быть позитивными – отображать выпуклые части протектора или негативными, повторяя рисунок его углублений. На одежде имеют вид грязевых наложений, на теле – ссадин или грязевых наложений позитивные отпечатки, негативные отпечатки протектора имеют вид кровоподтеков на теле вследствие того, что кровь из сосудов тех участков кожи, которые были сдавлены выступающими частями протектора, вытесняются в места, соответствующие углублениям протектора, с образованием внутрикожных кровоизлияний. Обнаружение отпечатков рисунка протектора позволяет решить ряд важных экспертных вопросов: наличие и вид автомобильной травмы, положение тела жертвы во время переезда, тип, марку, иногда конкретный экземпляр автомобиля. В некоторых случаях отпечаток рисунка протектора на одежде выявляется только после исследования ее в инфракрасных лучах.

II

Пастозность – при побледнении уменьшение эластичности кожи и подкожной клетчатки при их слабо выраженном отеке.

«Пергаментные» пятна – желтовато-коричневатые западающие участки эпидермиса на трупе, чаще на наиболее увлажненных при жизни поверхностях или в местах поверхностного повреждения кожи.

Перегревание организма – симптомокомплекс патологических явлений, вызванный накоплением в организме избыточного тепла вследствие нарушения соотношения между теплопродукцией и теплоотдачей в трудных для теплообмена условиях. Такими условиями являются: высокая температура окружающей среды (28 – 30 °С и более), усиленная мышечная деятельность, высокая влажность воздуха (80 – 90 %), нарушение деятельности эндокринной, выделительной и других функциональных систем. В результате перегревания организма повышается температура тела (до 40 – 42 °С и более), развиваются явления дегидратации как следствие потери воды тканями, нарушаются процессы обмена веществ, наступают изменения клеточного состава крови, затрудняется работа циркуляторного аппарата и дыхание. Перегревание организма нередко угрожает жизни человека. Оно проявляется в виде теплового или солнечного удара.

Перелом – повреждение кости с нарушением ее целостности. Различают вдавленный перелом – характеризующийся вдавлением костного отломка в костномозговую или другую полость, винтообразный, вколоченный, прямой, не прямой, по типу «зеленой ветки» и др.

«Перчатка смерти» – один из признаков длительного пребывания трупа в воде или какой-либо другой жидкой (полужидкой) среде.

Петехия – пятно на коже или слизистой оболочке диаметром 1 – 2 мм, обусловленное капиллярным кровоизлиянием.

Пневмоторакс – проникновение воздуха через поврежденную грудную стенку или из поврежденного легкого и скопление его между легочной и пристеночной плеврой, одно из грозных осложнений и проявления травмы груди. При этом легкое спадается, межплевральная щель превращается в полость. Различают пневмоторакс полный и частичный, одно- и двусторонний; травматический, хирургический, спонтанный и искусственный. Травматический пневмоторакс бывает открытым, закрытым и клапанным. При закрытом пневмотораксе воздух, попавший в полость плевры вскоре рассасывается (300 – 500 см воздуха рассасывается в течение 2 – 3 недель). При открытом и клапанном пневмотораксе развивается тяжелый симптомокомплекс сердечно-сосудистых и дыхательных расстройств, картина плевро-пульмонального шока, ведущего в ближайшие часы после ранения к смерти раненого (без оказания медицинской помощи).

Повреждение – нарушение анатомической целостности или функционального состояния ткани, органа или части тела, вызванное внешним воздействием.

Повреждения животными – повреждения, причиняемые человеку дикими, домашними и сельскохозяйственными животными. Чаще встречаются укусы собакой. Повреждения располагаются на нижней части тела, в особенности на нижних конечностях. На одежде остаются ограниченные, либо Г-образные разрывы. На коже от зубов собаки образуются две небольшие ссадины или округлые ранки разной глубины, наносимые клыками верхней челюсти. Каждая из этих ранок переходит в линейную ссадину или поверхностную ранку. Между ранками от клыков располагаются кровоподтеки в виде дуги, образованные шестью резцами. По расстоянию между ранами от клыков можно судить о размере челюсти и величине собаки. При укусах кошки повреждения в виде закругленной маленькой дуги, а отпечатки зубов весьма мелкие. Когтями собаки или кошки могут наносить глубокие царапины, узкие и длинные раны. Медведь при нападении, хватая человека зубами, причиняет обширные лоскутные раны с обрывками сухожилий, раздроблением костей и отрывами частей тела. Лошадь наносит удар копытом, а также кусается. Для удара копытом характерны его отпечатки в виде полукруглых, дуговидных ссадин или кровоподтеков, на фоне которых в области головы встречаются небольшие раны от выступающих частей копыта, его края или шипов подковы. Может возникнуть деформация головы, груди на ограниченном участке, вдавленные переломы костей черепа, переломы грудины, ребер, разрывы внутренних органов. Широкие, угловатые зубы лошади, располагаясь почти по одной линии, при укусе формируют дугообразные, значительной величины раны с дефектом большого участка кожи и подлежащих тканей. Рогатый скот (быки-производители, злонравные коровы) наносит повреждения боданием и ударом задней конечностью. От рогов возникают круглые, овальные, полосовидные ссадины, нередко – проникающие раны лучистой или неопределенной формы. Характерна локализация повреждений – передняя нижняя часть тела.

Половые преступления – преступления против личности, представляющие собой такие формы удовлетворения полового влечения, которые наносят ущерб здоровью и достоинству граждан (изнасилование, развратные действия с несовершеннолетними и др.).

Половые состояния спорные – общее название решаемых судебно-медицинской экспертизой вопросов, связанных с половой функцией (половая принадлежность, способность к совокуплению, зачатию, оплодотворению, наличие беременности или ее прекращение, девственность и др.).

Полоса давления – полоса на коже шириной 12 – 15 см, представляющая собой отпечаток рельса или колеса рельсового транспортного средства; подсыхая, уплотняется и приобретает бурый цвет.

Посмертные изменения – нарушение структуры органов и тканей организма, возникшие после смерти.

Поясок загрязнения – признак входного огнестрельного ранения на коже, образующегося в результате прохождения пули через кожу, который плотно охватывает пулю и стирает с поверхности часть копоти и грязи.

Поясок металлизации – признак входного отверстия на коже; при прохождении пули через кожу кожа плотно охватывает ее и стирает с ее поверхности металлические частицы, находящиеся как на поверхности пули и ствола, так и исходящие непосредственно из пули.

Поясок осаднения – признак входного огнестрельного ранения на коже, ободок шириной 1 – 2 мм, возникающий в результате растрескивания эпидермиса или повреждения его пулей.

Признаки смерти от переохлаждения – признаки, указывающие на смерть от общего действия холода на организм. Они многочисленны, но не все имеют одинаковое диагностическое значение. Их делят на наружные и внутренние. Наружные признаки смерти от переохлаждения: поза «калачиком»; подтаивание снега под телом с последующим образованием льда, иногда с примерзанием одежды или частей тела; сосульки льда у отверстий рта, носа и глаз; нередко – иней на ресницах; «гусиная кожа», «морозная» эритема на частях тела, свободных от гипостазов (пятна Кеферштейна) (участки озноблений или отморожений открытых частей тела); розово-красный оттенок трупных пятен; признаки Пупарева и Десятова. Внутренние признаки смерти от переохлаждения: значительное переполнение сердца кровью со свертками фибрина (особенно его левой половины) – признак Блосфельда (1860) – Диберга (1864) – Райского (1907); свертки крови в аорте и артериях крупного и среднего калибра; различие цвета крови в левой (светло-красного) и в правой (темно-красного) половинах сердца; резкое полнокровие внутренних органов, особенно органов брюшной полости, на фоне малокровия мышц и подкожной клетчатки (пятна Вишневого); признак Фабрикантова; переполнение мочевого пузыря прозрачной светлой мочой (признак Самсон-Гиммельштирна (1852)); исчезновение гликогена из внутренних органов, в частности из печени; признак Касьянова; четкообразное расширение сосудов желудка (микроскопически) (иногда – признак Краевского).

Поза «калачиком», или поза зябнувшего человека, – поза, наблюдающаяся при смерти от действия низкой температуры. Пытаясь сохранить тепло, человек сгибает руки в локтевых суставах и прижимает их к груди, а ноги подтягивает к животу, сгибая их в коленных суставах, т. е. стремится занять меньший объем, как бы «сжат в комок». Эта поза отличается от позы боксера, является прижизненной, поскольку человек принимает ее, будучи живым. Поза «калачиком» при смерти от действия холода наблюдается не всегда (25 – 30 %).

Предварительные сведения – данные, получаемые судебно-медицинским экспертом из материалов следствия, медицинских документов или других источников до проведения судебно-медицинской экспертизы.

Признак Касьянова – своеобразные морфологические пролиферативно-некробиотические изменения в прямых канальцах почек и в канальцах яичек, возникающие под влиянием холода. Они выражаются в том, что клетки канальцев принимают ненормальную, уродливую форму, количество ядер в них увеличивается, причем ядра приобретают продолговатую или веретенообразную форму (вместо круглой или овальной в норме). Такие изменения в дальнейшем переходят в некроз. Они описаны М.И. Касьяновым в 1954 г.

Признак Краевского – расхождение костей черепа по стреловидному и (или) венечному швам вследствие замерзания (оледенения) трупа. Автор объясняет этот признак так: под действием холода во время агонии развивается полнокровие и отек головного мозга, т. е. в полости черепа скапливается большое количество жидкости. При замерзании трупа жидкость, превращаясь в лед и расширяясь, разрывает череп по швам. На замороженных трупах лиц, умерших от других причин, расхождения костей черепа автор не наблюдал. Признак описан Ф. Краевским в 1860 г. Следует иметь в виду, что расхождение костей черепа по швам всегда процесс посмертный. Скопление в полости черепа большого количества жидкости может иметь место не только при смерти от холода.

Признаки Пупарева и Десятова – признаки действия холода на живой организм. Пупарев (1847) подметил, что во всех случаях смерти от действия низкой температуры, мошонка чрезвычайно сильно сокращена и морщиниста. Яички втянуты в паховый канал до такой степени, что картина напоминает паховую грыжу. Особенно часто это бывает, когда низ живота прикрыт легкой одеждой. В.П. Десятов (1967) обратил внимание еще на один признак – ярко-красный цвет головки полового члена, которая нередко припухшая. Этот признак отмечен на трупах только тех лиц, которые в холодную, сырую, ветреную погоду были одеты в короткую одежду, не прикрывавшую половых органов.

Признаки сотрясения тела – признаки, свидетельствующие о сотрясении: несоответствие между наружными и внутренними повреждениями (при относительно небольших наружных повреждениях значительные внутренние); множественные очаговые кровоизлияния в подвешивающий (связочный, фиксирующий) аппарат внутренних органов, в область их корней и

ворот, надрывы и разрывы связок, иногда отрывы органов; множественные растрескивания капсулы, трещины, щелевидные, зигзагообразные надрывы, разрывы паренхимы внутренних органов, расположенные параллельно друг другу. Наиболее отчетливо эти признаки наблюдаются при падении тела со значительной высоты, при наезде (ударе) автомобильным или железнодорожным транспортом.

Пятна Вишневого – один из наиболее достоверных признаков смерти от действия низкой температуры. Пятна Вишневого представляют собой поверхностные эрозии, кровоизлияния в слизистую оболочку желудка круглой или неопределенной формы, величиной от 0,1 до 0,6 см в диаметре, как правило, бурого или темно-коричневого цвета (вследствие действия на гемоглобин соляной кислоты желудка и образования соляно-кислого гемина), окруженные бледным ободком. Число их от нескольких до сотни, они группируются на вершинах складок, легко снимаются спинкой ножа при поглаживании или струей воды. Микроскопически пятна Вишневого встречаются в 75 – 90% всех случаев смерти от действия низкой температуры. Впервые описаны уездным врачом из Чебоксар Казанской губернии С.М. Вишневым в 1895 г.

Причина смерти – патологическое состояние, непосредственно приведшее к наступлению смерти.

Противоудар – механическое воздействие, возникающее в ответ на удар, следующее после него и формирующееся в противоположной от места приложения силы области. Имеет место в замкнутых полостях тела при тупой травме (в полости черепа – повреждение головного мозга на поверхности, противоположной месту приложения силы, в грудной полости – противоударные повреждения сердца, легких при падении со значительной высоты, при транспортной травме и т. д.). Считают, что противоударные повреждения головного мозга развиваются в связи с кавитацией и только в том случае, когда голова при ударе получает ускорение. Морфологически противоударные поражения представляют собой очаговые, нередко сливающиеся между собой, кровоизлияния, располагающиеся субарахноидально и в толще коры головного мозга, под серозными оболочками сердца (субэпикардially), легких (субплеврально) и т. п. По локализации противоударных повреждений можно установить направление удара. Ушибы головного мозга в области удара менее значительны и ограниченнее ушибов в области противоудара. Изменений головного мозга в области удара может и не быть, в то время как они хорошо выражены в области противоудара.

Пятна крови – давность образования пятен крови – время, прошедшее с момента возникновения следов крови до их обнаружения или исследования, помогает подтвердить или исключить связь кровяных следов с определенным происшествием. Давность образования пятен крови определяют по различной степени растворения пятен в воде или иных средах, по изменению цвета пятен, а также по изменению со временем свойств гемоглобина (гемоглобиновый метод), по снижению с течением времени активности ферментов крови (ферментный метод), по степени миграции ионов хлора из пятна (хлоридный метод). Гемоглобиновый метод основан на том, что в пятне крови происходит последовательное превращение гемоглобина в его производные: оксигемоглобин – метгемоглобин – гематин – карбоксигемоглобин – гемохромоген – гематопорфирин. Поскольку каждое из этих производных обладает только ему присущим спектром поглощения, то это позволяет с точностью определить его в пятне крови. На основании того, какое производное гемоглобина обнаружено в следах крови, эксперт ориентировочно (весьма в широких пределах) устанавливает давность образования пятен крови. Ферментный метод основан на снижении активности ферментов крови под воздействием внешних факторов. Количественный учет степени активности ферментов позволяет определить давность образования пятен крови. Хлоридный метод основан на определении содержания в крови хлоридов. Ионы хлора с течением времени выходят за границы пятна, пропитывают материал предмета-носителя, распространяясь все дальше от пятна и образуя вокруг него кайму. Хлориды можно обнаружить путем погружения пятна в 1% раствор азотнокислого серебра. По ширине полосы обнаружения хлоридов, пользуясь стандартами, можно установить давность образования пятен крови. Следует иметь в виду, что пятна крови изменяются не только от времени, но и от воздействия множественных факторов внешней среды (температуры, влажности, солнечной радиации, различных веществ и т.д.). Методы определения давности образования пятен крови не точны, сложны и трудоемки для осуществления, требуют дефицитных реактивов и значитель-

ного количества крови в пятне, поэтому они применяются в практике судебно-медицинской экспертизы редко.

Пятна Кеферштейна – светло-красные пятна на коже трупа, расположенные вне участков трупных пятен, один из признаков смерти от переохлаждения. Механизм их возникновения автор объясняет таким образом: в местах, подвергшихся действию холода, кровь в поверхностных сосудах частично замерзает, но кровообращение еще продолжается и оледеневшая кровь оттаивает. Вследствие происходящего при этом частичного гемолиза гемоглобин переходит в сыворотку, которая пропитывает окружающие ткани и окрашивает их в красноватый цвет. По мнению автора, такие пятна вне гипостазов – признак прижизненного действия холода. Пятна описал Кеферштейн в 1893 г.

Р

Разрушение трупа – уничтожение мягких тканей мертвого тела. В обычных условиях труп со временем под влиянием гниения превращается в скелет. Труп, находящийся на открытой местности, в сарае, в водоеме подвергается еще и разрушению насекомыми, птицами, животными, растениями. В летнее время труп довольно быстро превращается в скелет с помощью мух и личинок. Если на трупе есть раны, то яички и личинки мух появляются вокруг них в первую очередь. Они уничтожают многие признаки ран, имеющих экспертное значение. Муравьи способны уничтожить мягкие ткани за 1,5 – 2 мес. Участвуют в разрушении трупа жуки тараканы, жужелицы, кожееды, клещи и другие насекомые. Тараканы, нарушая целостность эпидермиса, оставляют пятна, которые после подсыхания могут быть приняты за ожоги, ссадины. Грызуны (мыши, крысы) объедают мягкие ткани и хрящи лица, открытые части конечностей повреждения от их зубов характеризуются четкими, фестончатыми, бескровными краями, которые часто подрыты. В области повреждений остаются экскременты грызунов. Трупы могут поедаться голодными собаками, кошками, лисицами, волками, свиньями, другими животными, птицами (воронами, коршунами, стервятниками и др.). От зубов животных на коже трупа образуются лоскутные повреждения неопределенной формы с зубчатыми краями, без признаков кровоизлияний. На костях видны характерные следы зубов. Возле трупа обнаруживают шерсть этих животных, их помет, помогающие определить вид животного. На коже трупа от действия клюва птиц могут возникнуть повреждения, сходные с колотой раной. В водоеме в разрушении трупа участвуют жуки, раки, хищные рыбы, пиявки и пр. Прикрытые одеждой части трупа обычно не повреждаются. Разрушать труп могут также растения (плесень, травы, побеги кустарника, корни растений, водоросли). Плесень оставляет на коже черные пятна, сходные со следами копоти. По побегам трав, кустарника, корням растения ботаник может определить возраст растения, что помогает установить время пребывания трупа в данном месте. Судебно-медицинское значение разрушения трупа заключается в том, что уничтожаются важные признаки повреждений, особые приметы и т. д., а также в том, что причиняемые посмертные повреждения могут симулировать прижизненные.

Размозжение – обширное нарушение тканей с утратой ими жизнеспособности, возникающее в результате грубого механического воздействия.

Рана – нарушение целостности кожи или слизистых оболочек на всю их толщину, вызванное механическим воздействием. Различают резаную, колотую, колото-резаную, ушибленную, рваную, огнестрельную, рубленную, скальпированную и др.

Раневая баллистика – учение о движении ранящего снаряда в органах и тканях и характере повреждающего действия на них.

Раневая полость – пространство, ограниченное стенками и дном раны; размеры и форма раневой полости определяются характером раны и степенью ее зияния.

Раневой канал – раневая полость, глубина которой значительно превосходит ее поперечные размеры.

Рассечение – разделение тканей с помощью какого-либо инструмента.

Растяжение – вид деформации, развивающийся под влиянием сил, равнодействующая которых направлена в противоположных направлениях. Обычно возникает при центробежном действии тупого предмета при травматическом воздействии. Элементы растяжения наблюдаются и при центростремительном действии силы: в местах давления ткани сдавливаются, а в соседних участках растягиваются. Растяжение вызывает трещины, надрывы, разрывы тканей,

отрывы частей тела. Механическая прочность тканей человека различна и определяется той предельной нагрузкой, которая необходима для полного разрыва испытуемого тела. Например, разрывающая сила для кости равна 800 кг/см^2 для сухожилий – 625, для сосудов – 13 – 15 и для мышц 4 – 5 кг/см^2 . Как установлено путем испытаний на трупном материале, чтобы вырвать бедренную кость из тазобедренного сустава, требуется приложить силу в 1000 кг/см^2 , т. е. большую, чем для разрыва кости и сухожилий в отдельности.

Растения ядовитые – растения, вырабатывающие и накапливающие вещества, вызывающие отравления человека и животных. Известно около 10000 видов растений ядовитых, распространенных практически повсеместно. Разные виды растений ядовитых могут вырабатывать одно или несколько ядовитых соединений – алкалоиды, гликозиды и т. п. Ядовитые вещества содержатся во всем растении или только в его отдельных частях (корне, плодах и пр.). Токсические свойства большинства растений ядовитых не теряются при высушивании. Наиболее часто отравления людей вызывают аконит, болиголов пятнистый, белена, дурман, белладонна (или красавка), вех ядовитый (или цикута), ягоды вороньего глаза, волчьего лыка, майского ландыша и др.

Реакция Такаяма – микрокристаллическая реакция, применяемая для определения наличия крови в пятне. На предметное стекло помещают соскоб из пятна, похожего на кровавое, или ниточку из пятна, добавляют несколько капель реактива Такаяма и покрывают покровным стеклом. При наличии крови под воздействием реактива через 1 – 2 мин образуются красно-вишневые кристаллы гемохромогена в виде игл, ромбов, звезд, пучков, снопов и других фигур, обнаруживаемые под микроскопом. Реактив состоит из 10 % раствора NaOH, пиридина и насыщенного водного раствора глюкозы. Его готовят следующим образом: в пробирку наливают 4 мл дистиллированной воды и растворяют в ней 7 г глюкозы при подогревании. Затем берут по 3 мл 10 % раствора NaOH, пиридина, приготовленного раствора глюкозы и смешивают их. К этой смеси добавляют 7 мл дистиллированной воды. Реактив становится пригодным для работы через сутки. На свету он разлагается. По истечении 3 – 4 недель теряет свои качества. Реактив предложен японским ученым Такаяма в 1922 г.

Резус-фактор (Rh-фактор или Rh) – антиген, содержащийся в эритроцитах 85 % людей и у обезьян макак резус, где он и был обнаружен. Кровь людей, в эритроцитах которых имеется резус-фактор, называется резус-положительной. Резус-фактор передается по наследству и не меняется в течение всей жизни. В систему резус входит ряд антигенов. Резус-фактор имеет большое значение при переливании крови. Если перелить резус-отрицательному лицу резус-положительную кровь, то в организме такого реципиента вырабатываются специальные резус-антитела. Повторное переливание таким лицам резус-положительной крови может вызвать гемолиз, нередко приводящий к смерти. Такое осложнение развивается через 1 – 2 ч после переливания крови. При браке резус-положительного мужчины с резус-отрицательной женщиной резус-положительный плод может вызвать в организме матери образование резус-антител, которые переходят через плаценту в плод и могут привести к внутриутробной гибели плода, к выкидышу, а при рождении живого ребенка – к гемолитической болезни новорожденного. Резус-конфликт возникает на 7 – 8 неделе беременности, когда начинает формироваться кроветворение у зародыша. Поэтому резус-отрицательной беременной нельзя переливать резус-положительную кровь. Резус-фактор обязательно определяют в жидкой крови и учитывают в судебно-медицинских экспертизах, связанных с определением групп и свойств крови, при решении вопроса может ли быть обнаруженная в том или ином месте кровь происходить от определенного лица, а также в экспертизах по гражданским делам о спорном отцовстве и материнстве или замене детей. Резус-фактор впервые выявлен австрийскими учеными К. Ландштейнером и Д. Виннером в 1940 г.

«Реставрация» трупа – совокупность воздействий, производимых на обезображенном трупе с целью восстановления внешнего облика умершего.

Роды посмертные – выдавливание плода через родовые пути из матки трупа беременной женщины газами, образовавшимися при гниении.

Ртуть – химический элемент побочной подгруппы II группы периодической системы Д.И. Менделеева. В медицине оксиды, органические и неорганические соли ртути используют как лекарственные средства, а кадмиевые и серебряные амальгамы в качестве пломбирочного материала в стоматологии. При экспертизе трупов людей, погибших в результате отравления

ртутью, обнаруживается ряд характерных морфологических изменений. Диагностика отравлений ртутью основывается на совокупности клинических и морфологических проявлений, результатах судебно-химических и гистологических исследований. Свинец – химический элемент IV группы системы Д.И. Менделеева. В медицине некоторые соединения свинца используют в качестве лекарственных средств.

Рука прачки – мацерация кожи кистей трупа в виде резкого сморщивания и побеления эпидермиса, развивающаяся на 2-е – 3-е сутки нахождения трупа в воде.

С

Свинец (особенно органические его соединения жирного ряда) – обладает высокой токсичностью. При экспертизе трупа человека, погибшего от отравлении неорганическими соединениями свинца, отмечается набухание и покраснение слизистой оболочки пищевода и желудка, покрытой белым или серым налетом, явления воспаления со стороны слизистой кишечника. В почках дистрофические изменения клеток канальцев нефронов, отложение солей мочевой кислоты.

Сжатие (сдавление) – вид деформации, развивающейся под влиянием сил, равнодействующая которых направлена навстречу друг другу. Наиболее отчетливо сжатие проявляется на длинных трубчатых костях (а также ребрах) при их переломах по типу изгиба от удара тупым предметом. В месте действия травмирующего агента кость подвергается сжатию, в то время как на противоположной стороне – растяжению (где и начинается разрушение кости). Многими исследователями установлено, что кость значительно прочнее на сжатие, чем на растяжение. Устойчивость к сжатию (давлению) бедренной кости составляет 1500 кг, межпозвоночных дисков у подростка – до 1400 кг, у пожилого человека – до 640 кг. Продолжительное локальное сжатие какого-либо участка тела приводит к омертвлению ткани – некрозу, пролежням и т. п.

Скелетирование трупа – разрушение мягких тканей трупа с обнажением скелета.

След-1. – в широком (общекриминалистическом) смысле – признак или результат любого материального изменения первоначальной обстановки, вызванного совершением преступления.

След-2. – в узком смысле (трассологическом) – это материально-фиксированное отображение внешнего строения одного объекта на другой, а также наслоение, отслоение и подобные им результаты механических, термических и химических и иных воздействий, не передающие внешнего строения воздействующего объекта. Отображающийся предмет является следообразующим, а получивший отображение – следовоспринимающим. Следы механического действия делят: по пространственным формам – на объемные и поверхностные; по направлению взаимодействия следообразующего и следовоспринимающего объекта – на статические и динамические; по особенностям перемещения вещественных частиц, участвующих в следообразовании – на оттиски, следы от деления и отпечатки; по способу действия – на следы нажима, удара, царапанья, соскабливания, строгания, сверления, распила, разреза, разруба, качения, скольжения (трения), уноса, поверхностного наслоения; по соотношению расположения следа и места взаимодействия соответствующих объектов – на следы локальные и периферические. Объемным является след, возникающий в результате деформации следовоспринимающего объекта и имеющий три измерения – длину, ширину и глубину (высоту). Поверхностным называется след, возникающий за счет поверхностного изменения следовоспринимающего объекта, в виде наслоения или отслоения вещества, и имеющий два измерения: длину и ширину. Глубина (высота) его настолько незначительна, что практически не принимается во внимание. Поверхностные следы подразделяют на следы – наслоения (например, отпечатки пальцев) и следы – отслоения (например, следы обуви на запыленной поверхности, образовавшиеся за счет уноса частиц пыли в месте контакта с подошвой). По степени различимости следы бывают видимыми, слабовидимыми и невидимыми.

Смегма (жир препуциальный) – продукт сальных желез полового члена и крайне плоти, вещество беловато-желтого или беловато-серого цвета, мазеподобной консистенции. Происхождение его окончательно не выяснено. Одни считают, что смегма – секрет тизоновых желез (типа сальных), другие – что смегма образуется только в результате слущивания и разложения эпителия головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Гистологически в составе смегмы найден секрет тизоновых желез и проекты слущенного эпителия. Главным химическим компонентом смегмы является жир. Наличие отложений смегмы у подозреваемого в

совершении полового преступления позволяет исключить его причастность к совершению полового акта в предшествующие 1 – 2 суток.

Смерть клиническая – состояние, при котором после прекращения дыхания и сердцебиения еще возможно восстановление жизненных функций организма. Началом смерти клинической условно считают последний вдох или последнее сердечное сокращение. После остановки сердца и дыхания организм остается еще жизнеспособным. Срок смерти клинической не превышает 5 – 6 мин, но может быть и более продолжительным при гипотермии. Чем дольше период умирания, тем более истощаются и быстрее становятся нежизнеспособными органы и ткани. Состояние смерти клинической определяют как «уже не жизнь, но еще не смерть». Развивающаяся после остановки сердца гипоксия приводит к необратимым изменениям, прежде всего в клетках ЦНС. Встречающиеся в печати сообщения о якобы успешном выведении организма из состояния клинической смерти после более длительной остановки сердца и дыхания вряд ли соответствуют действительности. Чаще они являются результатом неправильного толкования понятия смерть клиническая.

Сожжение трупа криминальное – уничтожение огнем трупа убитого человека с целью сокрытия следов преступления. Быстрота сожжения трупа зависит от его массы, устройства печи, качества топлива и других факторов. Для сожжения трупа новорожденного в обычной печи дровами требуется время 2 – 2,5 часа, трупа взрослого – примерно 20 часов. Обычно труп взрослого предварительно расчлняют и сжигают по частям. В.А. Кувшинов (1969) экспериментально установил, что трупы плодов и новорожденных превращаются в золу в среднем за 96 мин при расходовании сухих дров хвойных пород в среднем 11 кг; для сжигания расчлененного трупа взрослого человека требуется 21 – 29 кг дров, продолжительность сгорания 4 ч 15 мин – 4 ч 25 мин. При этом остается 2,5 – 3 кг золы. В случае сожжения трупа криминального следует произвести исследование золы для установления наличия в ней костной ткани. Кому принадлежит костная ткань (человеку или животному), определяют с помощью комплекса физико-технических методов исследования, в том числе микроскопического (непосредственная стереомикроскопия, люминесцентный анализ и пр.), рентгенологического, инфракрасной спектроскопии, эмиссионного спектрального анализа. В настоящее время возможно установление факта сжигания трупа, его видовой принадлежности, массы и в некоторых случаях возраста. Ряд признаков позволяет дифференцировать костную ткань от любого вида топлива.

Состояние терминальное – конечные этапы жизнедеятельности организма, пограничное состояние между жизнью и биологической смертью. В период смерти терминальной происходят глубокие, но обратимые изменения жизненно важных органов, вызванные развитием гипоксии. К состоянию терминальному относятся: тяжелая степень шока, кома, коллапс, преагония, терминальная пара, агония, мнимая и клиническая смерть. Сотрясение – сильное встряхивание, содрогание, резкое колебательное движение всего тела или отдельной его части; один из видов травматического воздействия, возникающего при ударе с большой силой движущимся массивным предметом, при падении с большой высоты. При этом поражаются в основном внутренние органы и кости. Сотрясение, вызванное не очень большой силой, не имеет заметных морфологических изменений, но может сопровождаться выраженными функциональными нарушениями (например, сотрясение головного мозга, сотрясение сердца и т. п.). На вскрытии отмечают некоторое набухание и неравномерное кровенаполнение органов, придающее ему пятнистый вид. Это, однако, не означает, что травма была легкой. В морфологическом и функциональном отношении сотрясение протекает на клеточном уровне. Характерны сосудистые нарушения, касающиеся просветов артерий, вен, капилляров, наличия и изменений в них крови, повышения проницаемости их стенок и образования небольших геморрагии и др., а также тканевые изменения – набухание стромы, появление в цитоплазме вакуолей, липоидов, пигмента и пр. Значительные сотрясения тела сопровождаются кровоизлияниями, разрывами и отрывами тканей и органов (легких, сердца пр.), переломами.

Спирт бутиловый – бесцветная прозрачная жидкость с характерным спиртовым запахом. Имеет 4 изомера: бутанол-1 (нормальный спирт бутиловый), изобутиловый спирт, бутанол-2 – жидкости, и триметилкарбинол (третичный спирт бутиловый) – кристаллическое вещество с запахом камфары. Наиболее распространены первые изомеры. Применяется в качестве растворителя нитролаков, экстрагента для жиров, для получения сложных эфиров. Токсичен,

обладает наркотическим действием. При отравлении спиртом бутиловым наступает кратковременное состояние опьянения. Вскоре появляется сильное головокружение, головная боль и резкая слабость, сонливость, тошнота, рвота. Затем снижается острота зрения, усиливается головная боль, появляется боль в груди и в пояснице, затрудняется дыхание. В тяжелых случаях развивается кома и через 1 – 2 суток наступает смерть. Смертельная доза спирта бутилового при приеме внутрь 150 – 250 мл. На вскрытии морфологические изменения не характерны. От органов, крови и полостей своеобразный сладковатый запах. Явления раздражения слизистых оболочек пищевода и желудка выражены не всегда. Избыточное отложение слизи на стенках желудка. Доказательное значение имеет лишь обнаружение спирта бутилового при судебно-химическом исследовании.

Спирт-сырец – этиловый спирт, получаемый путем перегонки перебродившей массы (учебных злаков, картофеля и т. п.), содержащий сивушное масло, вследствие чего очень ядовит. Картина отравления им в значительной степени сходна с отравлением амиловым спиртом.

Способность производительная – возможность организма воспроизводить потомство. Способность производительная у мужчин состоит из возможности полового сношения и оплодотворения, у женщин она складывается из способности к половому акту и зачатию. Мужчина может быть способен к половому сношению и неспособен к оплодотворению и наоборот. Эти функции необходимо исследовать и оценивать отдельно. Неспособность женщины к половому акту может быть обусловлена врожденными аномалиями развития наружных половых органов, атрезией влагалища, рубцовыми посттравматическими изменениями входа во влагалище, вагинизмом, другими заболеваниями. Неспособность к зачатию чаще всего связана с воспалительными процессами матки, фаллопиевых труб как следствие гонореи, туберкулеза, искусственных абортов и т. п., с пороками развития внутренних половых органов и пр.

Странгуляционная борозда – отпечаток петли на шее, нередко повторяющий строение материала, из которого петля изготовлена. При осмотре обращают внимание на направление, характер, вид, консистенцию, цвет странгуляционной борозды. По направлению различают типичную и атипичную, горизонтальную и косовосходящую, замкнутую и незамкнутую, одиночную и двойную, множественные странгуляционные борозды. По внешнему виду странгуляционные борозды могут быть бурыми и бледными, по консистенции плотными и мягкими. Могут быть прерывистые и непрерывные странгуляционные борозды. Микроскопически странгуляционные борозды характеризуются нарушением и нередко отслойкой рогового слоя эпителия, его уплощением вследствие сдавления остальных слоев эпидермиса.

Стресс – состояние напряжения, неспецифическая реакция организма на любое предъявляемое к нему повышенное требование. Установлено, что самые различные факторы, как например, механическая травма, ожог, физическое усилие, утомление, боль, страх, потеря крови, интоксикация лекарствами или ядами, гормоны, горе или радость и т. п. вызывают в организме одинаковую реакцию. Это явление не идентично эмоциональному возбуждению или нервному напряжению, так как может возникать у экспериментальных животных даже после полного хирургического выключения гипоталамуса, устранившего все нейрогенные воздействия. Все повышающие агенты (эндогенные и экзогенные), составляющие повышенные требования к жизнедеятельности, называют стрессорами. Различают два типа стрессорных эффектов: эустресс и дистресс. Объективными морфологическими показателями стресса являются: увеличение надпочечников, тимолимфатическая атрофия и острые желудочно-кишечные язвы. Синдром общий адаптационный (или синдром биологического стресса) – совокупность защитных реакций всего организма человека или животного при состоянии стресса. Он направлен на преодоление вредного действия чрезвычайного раздражителя и способствует выздоровлению. В развитии синдрома общего адаптационного выделяют 3 последовательно развивающиеся стадии. Начальная стадия стресса – реакция тревоги, во время которой клетки коры надпочечников вырабатывают гормоны и выделяют их в кровь, в надпочечниках снижается содержание кортикостероидов, наблюдается гемоконцентрация, гипохлоремия и преобладание катаболических (деструктивных, разрушительных) реакций в тканях. Если стрессор настолько сильный, что длительное его воздействие несовместимо с жизнью, организм погибает в стадии тревоги в первые часы или дни. Если организм выживает, начальная реакция переходит в стадию устойчивости (адаптации). При этом кора надпочечников особенно богата секреторными гранулами, имеет

место гемодилюция, рассредоточение крови, гиперхлоремия, преобладают анаболические (образование и обновление структурных частей клеток и тканей) реакции с тенденцией к восстановлению исходного уровня. Сопrotивляемость организма в это время выше нормы. Если сильный стрессор действует долговременно – наступает третья фаза – стадия истощения. Адаптационная энергия исчерпывается, вновь появляются признаки реакции тревоги, но теперь они необратимы, и организм умирает. Учение о синдроме общем адаптационном в судебной медицине позволяет правильно оценить и расширить представление о роли нейроэндокринной системы в адаптации, глубже понять танатогенез травмы, скоропостижной смерти, отравления многими ядами и т.п. В некоторых случаях позволяет определить темп умирания или даже причину и механизм смерти. Концепция стресса и синдрома общего адаптационного впервые сформулирована канадским патологом Г. Селье в 1936 г.

Судебно-медицинская трассология – раздел судебной медицины, разрабатывающий методы групповой и индивидуальной идентификации рянащего предмета по особенностям его следа в поврежденных тканях.

Т

Тензометрия – процесс измерения линейных перемещений или деформации твердых тел (например, конструкций, в судебно-медицинской травматологии – костей) под влиянием внешних воздействий. Тензометрия осуществляется тензометром – прибором, состоящим из чувствительного элемента – тензодатчика и регистрирующей части – регистратора.

Токсикология – наука, изучающая свойства и механизмы действия ядовитых и потенциально токсических веществ, особенности вызываемых ими отравлений и методы их предупреждения и лечения.

Травма – нарушение анатомической целостности тканей или органов с расстройством их функции, обусловленная воздействием различных факторов окружающей среды (механических, термических, химических, лучевых и т. д.).

Травматизм – совокупность травм, возникающих в определенной группе населения за ограниченный период времени.

Трассология – наука о следах, раздел криминалистической техники, представляющий собой систему научных положений, а также соответствующих им технических средств и методов обнаружения, фиксации, изъятия и исследования следов в узком смысле с целью расследования и предупреждения преступлений.

Трупное окоченение – процесс посмертного уплотнения скелетных мышц и гладкой мускулатуры внутренних органов.

Трупное охлаждение – процесс понижения температуры трупа до уровня температуры окружающей среды.

Трупное разложение – процесс разрушения органов и тканей трупа под действием собственных протеолитических ферментов и ферментов, вырабатываемых микроорганизмами.

Трупные изменения – общее название морфологических изменений, происходящих в организме после наступления смерти.

Трупные пятна – пятна на коже трупа, образующиеся в результате посмертного стекания крови в нижележащие отделы, переполнения и расширения сосудов кожи и пропитывания кровью окружающих сосуды тканей.

У

Удар – резкий толчок, прикосновение к кому-нибудь с силой, один из видов травматологического воздействия. Это кратковременное взаимодействие предмета и тела человека при движении. Скорость движения в таких случаях, как правило, значительная, от нее и массы предмета в основном зависит степень повреждений. Движущимся может быть предмет, либо тело человека, либо оба одновременно. Травмирующее действие при ударе бывает центростремительным (если сила направлена под прямым или близким к нему углом) или центробежным (приложение силы по касательной). Удар причиняет кровоподтек, ссадину, рану, перелом, разможжение, разрыв внутренних органов и тканей пр.

Умирание – последовательно развивающийся процесс прекращения жизнедеятельности организма в терминальном состоянии, предшествующий наступлению биологической смерти;

характеризуется постепенным угасанием функций различных систем, органов и тканей, протекающим, как правило, в порядке, обратном их созреванию в филогенезе.

Утопление – обтурация просвета дыхательных путей жидкой средой что приводит к механической асфиксии.

Ф

Фенотип – совокупность разнообразных признаков и свойств организма, сформировавшихся в процессе его индивидуального развития. Фенотип вырабатывается в результате взаимодействия наследственных факторов организма (генотипа) и условий среды обитания.

Х

Хлорофос (дилон, дилокс, формитокс и др. синонимы) – фосфорорганический инсектицид широкого спектра действия, вязкая жидкость, способная закристаллизовываться при стоянии. Растворяется в воде. Выпускается в виде гранулированного порошка, применяется для борьбы с колорадским жуком, клопом-черепашкой и др. Вызывает отравление при попадании в организм через рот, легкие или кожу. Клиника отравления сходна с клиникой отравления карбофосом. Смертельная доза хлорофоса 300 – 600 мг/кг массы. Морфологическая картина отравления хлорофосом аналогична отравлению тиофосом.

Ц

Цианотическая маска – диффузная припухлость и резкий цианоз кожных покровов с множественными экхимозами, не исчезающими при надавливании пальцем; развивается на голове шее и верхней части грудной клетки при ее сдавлении.

Цикута (вех ядовитый) – ядовитое многолетнее зонтичное травянистое растение, похожее на болиголов пятнистый и принадлежит с ним к одному семейству. Высота стебля 1 – 1,2 м. Имеет перистые листья и крупные соцветия мелких беловатых цветов. В России встречается почти повсеместно, растет по берегам водоемов, в болотистых, сырых местах. Ядовито все растение, но особенно крупное мясистое корневище, имеющее на продольном разрезе поперечно расположенные овальные пустоты. Корень цикуты похож на корень сельдерея или репу, имеет сладковатый вкус и может быть ошибочно применен в пищу. Содержит смолистое вещество цикутотоксин, обладающее очень высокой токсичностью. Цикутотоксин возбуждает рефлекторную деятельность спинного и центров продолговатого мозга, вызывая резкое нарушение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма. Отравление наступает быстро – через 0,5 – 1 ч после попадания цикуты внутрь. Появляется головокружение, общая слабость, тошнота, рвота, оцепенение, колики, возбуждение, тяжелые клонические судороги. Отравление сопровождается холодным потом, одышкой, цианозом кожи и видимых слизистых оболочек, слюнотечением, брадикардией. Затем дыхание затрудняется, развивается коллапс и наступает смерть вследствие паралича дыхательного центра обычно через 0,5 – 3 ч от начала отравления. Смертельная доза корневища цикуты точно не установлена. На вскрытии характерных изменений нет. Обнаруживаются признаки быстро наступившей смерти, множественные мелкоточечные кровоизлияния под серозными покровами. Экспертное значение имеют части корневища своеобразного строения, обнаруживаемые в содержимом желудка.

Ч

Членовредительство – умышленное причинение вреда своему здоровью с целью уклонения от выполнения определенных обязанностей.

Чрезвычайная ситуации – внешне неожиданная, внезапно возникшая обстановка при промышленных авариях и катастрофах, стихийных и экологических бедствиях, характеризующаяся неопределенностью и сложностью принятия решения, значительным экономическим ущербом, человеческими жертвами, вследствие этого необходимостью крупных людских, материальных и временных затрат на проведение эвакуационно-спасательных работ и ликвидации последствий этих аварий, катастроф и стихийных бедствий.

Ш

Штанц-марка – отпечаток контура дульного среза оружия на коже вокруг входного отверстия раны при выстреле в упор.

Э

Экзекуция – 1) жестокое телесное (физическое) наказание, издевательство; 2) исполнение приговора (о смертной казни и телесных наказаниях).

Экологическое бедствие – чрезвычайное событие, вызванное изменением под действием антропогенных факторов состояния суши, атмосферы, гидросферы и биосферы, и заключающееся в проявлении резкого отрицательного влияния этих изменений на здоровье людей, их духовную сферу, среду обитания, экономику или генофонд.

Экологическая катастрофа – экологическое бедствие особо крупных масштабов и наиболее тяжелых последствий, как правило, сопровождающееся необратимыми изменениями природной среды.

Экскременты – твердые и жидкие испражнения человека и животных (кал, меконий, моча). Обнаруженные на месте происшествия следы кала и мочи могут быть использованы в решении важных для следствия вопросов. Нередко кал и мочу оставляет преступник. По взаиморасположению кала и мочи можно заключить, отправлял ли естественные надобности мужчина или женщина, особенно в зимнее время. Обычно кал мужчины отстоит на несколько сантиметров от места замерзшей мочи, где в снегу или льду остается характерное углубление от струи теплой мочи. В кале иногда видны фруктовые косточки, семена яблок, груш, арбуза, дыни, зерна мака, проса, ячменя, риса, кусочки не переваренной пищи, рядом – куски газетной или писчей бумаги, конверта, куски материи, которыми пользовались после испражнения. Эти данные могут оказаться полезными при установлении личности преступника. При совершении преступлений на животноводческой ферме, в хлеву, в подвалах, разрушенных домах, оврагах (кража, убийство, изнасилование и пр.) преступник может наступить на кучу имевшегося там кала или испачкаться в нем. Сопоставление кала на обуви или одежде задержанного и экскрементов, изъятых из места происшествия, важны при изобличении подозреваемого. Исследования проводят в судебно-медицинской лаборатории с применением метода непосредственной микроскопии. Определить видовую и групповую принадлежность экскрементов реакциями агглютинации и преципитации в настоящее время практически невозможно. Обнаружение в отпечатках или мазках с полового члена элементов кала (мышечных и соединительно-тканых волокон, растительной клетчатки, крахмальных зерен, кишечной палочки и другой кишечной флоры, яиц глистов и т. п.) свидетельствует о введении полового члена в прямую кишку.

Эксперимент следственный – следственное действие, заключающееся в проведении следователем или судом опытов по проверке, могло ли произойти какое-либо действие, событие или явление в определенных условиях или определенным образом, с целью расследования или предупреждения преступлений. Опытные действия должны осуществляться в условиях, максимально приближенных к тем, в которых происходило проверяемое событие. Эксперимент следственный проводится в присутствии понятых, при необходимости в нем могут участвовать подозреваемый, обвиняемый, потерпевший, свидетель, специалист (например, судебно-медицинский эксперт, криминалист и т. п.). О производстве эксперимента следственного составляется протокол.

Электрометка – участок поврежденных тканей в месте контакта с проводником электрического тока значительной силы и (или) напряжения, характеризующийся сухим некрозом тканей (вплоть до обугливания) и импрегнацией их металлом проводника.

Я

Яды интракардиальные – яды, действующие непосредственно на нервный аппарат и мышцу сердца. Наибольшее значение имеют препараты наперстянки – дигоксин, дигитоксин, дигален-нео, а также адонилин, коргликон, строфантин и др., применяющиеся в качестве лекарств. Токсические дозы ядов интракардиальных блокируют мембранную аденозинтрифосфатазу, нарушая возврат калия, вышедшего во время сокращения мышцы, и выделения натрия, попавшего в клетку в момент возбуждения ее мембраны. В результате в миокарде снижается концентрация ионов калия и повышается концентрация ионов натрия, что ухудшает энергетическую, сократительную и автоматическую функции миокарда. Это приводит к снижению ударного и минутного объема крови, артериального давления, к развитию гипоксии, ацидоза, появлению цианоза, одышки, застоя крови в легких, брадикардии и т. п. Смертельные отравления ядами интракардиальными очень редки. Морфологические изменения не специфичны.

Ядро окостенения – начальный элемент из которого образуется костная ткань при эндемальном и энхондральном видах окостенения. Ядра окостенения возникают благодаря деятельности остеобластов (молодых клеток-костесозидателей), вырабатывающих межклеточное вещество, в котором позднее откладываются соли кальция. Возникновение и развитие ядер окостенения совершается в определенные сроки и в определенной последовательности. Это обстоятельство положено в основу определения зрелости плода, установления возраста. В нижнем эпифизе бедренной кости ядро окостенения появляется в начале 9-го месяца внутриутробной жизни. При вскрытии трупа младенца ядро окостенения выглядит темно-красным, неправильно округлой формы островком, расположенным на белесовато-голубоватом фоне хрящевой ткани. Величина его не менее 5 – 7 мм в диаметре и указывает на зрелость новорожденного. Этот признак сохраняется даже при значительном загнивании трупа. Ядро окостенения в нижнем эпифизе бедренной кости описано Бекляром в 1819 г. и носит его имя.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АВО – группы крови;
АД – артериальное давление;
АЭС – атомная электростанция;
БДУ – без дополнительных условий;
ВВ – взрывная волна;
ВИЧ – инфекция – вирус иммунодефицита человека;
ВУ – взрывное устройство;
ГК – гражданский кодекс;
ДВС – синдром – синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови;
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота;
ДТП – дорожно-транспортное происшествие;
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт;
ЗЧМТ – закрытая черепно-мозговая травма;
ИБС – ишемическая болезнь сердца;
КЧР – коэффициент человеческого развития;
МАО – моноаминоксидаза;
МВВ – метательные взрывчатые вещества;
МКБ – международная классификация болезней;
ОАО – острое алкогольное отравление;
ООИ – особо опасные инфекции;
ПБ – приставка бесшумная;
ПБС – приставка для бесшумной стрельбы;
ППД – пистолет-пулемет Дегтярева;
ППС – пистолет-пулемет Судаева;
ПТС – пиротехнический состав;
РНК – рибонуклеиновая кислота;
СВД – снайперская винтовка Драгунова;
СВСД – синдром внезапной смерти детей;
СВЧ – сверхвысокие частоты;
СМЭ – судебно-медицинская экспертиза;
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии;
УК – уголовный кодекс;
УПК – уголовно-процессуальный кодекс;
ЦНС – центральная нервная система;
ЧМТ – черепно-мозговая травма;
ЭКГ – электрокардиограмма;
ИЛ – идентификация личности;
ОЗЗ – острое заразное заболевание;
ОССН – острая сердечно-сосудистая недостаточность.

БЛАНКИ ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ

УПК РБ определено обязательное оформление процессуальных действий и решений на бланках, предусмотренных данным же Кодексом. Кроме того, им же установлен порядок их использования, который заключается в следующем:

– процессуальные документы могут быть выполнены типографским, электронным или иным способом. В случае отсутствия бланков процессуальных документов, выполненных типографским, электронным или иным способом, они могут быть написаны от руки;

– при использовании бланка процессуального документа допускается изменение наименования должности лица, осуществляющего процессуальное действие либо принимающего процессуальное решение, а также внесение в него дополнительных граф, строк, ссылок на статьи УПК РБ, если этого требует содержание процессуального действия или решения и если это не противоречит требованиям данного Кодекса;

– в бланке процессуального документа, выполненном электронным способом или написанным от руки, подстрочный текст не является обязательным.

Протоколы

ПРОТОКОЛ УСТНОГО ЗАЯВЛЕНИЯ О СОВЕРШЕННОМ ПРЕСТУПЛЕНИИ

г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, принявшего заявление)

в соответствии со ст.168 УПК Республики Беларусь принял устное заявление от:

Фамилия, имя, отчество заявителя _____

Число, месяц, год рождения _____

Место рождения _____

Должность и место работы _____

№ служебного телефона _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Домашний адрес, № телефона _____

Об уголовной ответственности за заведомо ложный донос по ст.400 УК Республики Беларусь предупрежден(а): _____

(подпись)

Подпись заявителя: _____

(прокурор, следователь, дознаватель)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ

г. _____ « _____ » _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

в связи с _____
(поступившим заявлением о совершении преступления / расследованием уголовного дела №) _____
с участием специалиста _____
(Ф.И.О., область специальных знаний)

а так же _____
(Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

с соблюдением требований стст. 203 и 204 УПК Республики Беларусь произвел осмотр _____
(наименование, адрес, место расположения объекта)

Перед началом осмотра в соответствии с требованиями стст.193 и 204 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено, что они вправе обращать внимание лица, производящего процессуальное действие, на все, что, по их мнению, может способствовать выяснению обстоятельств уголовного дела, а так же делать замечания, подлежащие занесению в протокол.

Специалисту, кроме того, в соответствии с требованиями ст. 200 УПК Республики Беларусь разъяснены его права и обязанности, предусмотренные ст. 62 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

Одновременно в соответствии со ст.193 УПК Республики Беларусь все присутствующие лица уведомлены о том, что в ходе осмотра будут применяться _____
(наименование и порядок использования научно-технических средств)

Осмотр начат в _____ ч _____ мин и окончен в _____ ч _____ мин. Производился в _____ время суток при _____ освещении.

ОСМОТРОМ УСТАНОВЛЕНО:

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА ПОМЕЩЕНИЯ (ЖИЛИЩА, ЗАКОННОГО ВЛАДЕНИЯ)

г. _____ « _____ » _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

на основании _____
(согласия собственника Ф.И.О. (проживающих лиц Ф.И.О.))

(главы дип. представительства, консульского учреждения / постановления)
с участием понятых: _____
(Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

а так же специалиста _____
(Ф.И.О., область специальных знаний)

в присутствии _____
(Ф.И.О. проживающего в жилище, законном владении / представителя ЖЭО,

_____ местного исполнительного или распорядительного органа /

_____ представителя юридического лица / представителя МИД, прокуратуры РБ)
с соблюдением требований стст. 203 и 204 УПК Республики Беларусь произвел осмотр:

_____ (наименование помещения, место расположения, адрес)

Перед началом осмотра в соответствии с требованиями стст.193 и 204 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено, что они вправе обращать внимание лица, производящего процессуальное действие, на все, что, по их мнению, может способствовать выяснению обстоятельств уголовного дела, а так же делать замечания, подлежащие занесению в протокол.

Кроме того, в соответствии с требованиями стст.200 и 202 УПК Республики Беларусь специалисту и понятым были разъяснены их права, предусмотренные, соответственно, стст. 62 и 64 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст.133 УПК Республики Беларусь.

Одновременно в соответствии со ст.193 УПК Республики Беларусь все присутствующие лица были уведомлены о том, что в ходе осмотра будут применяться _____

_____ (наименование научно-технических средств)

Перед началом осмотра _____ было предъявлено постановление об этом от « _____ » _____ 20__ г.

Осмотр начат в _____ ч в _____ мин и окончен в _____ ч _____ мин. Производился в _____ время суток при _____ освещении.

ОСМОТРОМ УСТАНОВЛЕНО:

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА ТРУПА

г. _____ « _____ » _____ 20__ г.

(должность, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

в связи с наличием достаточных данных полагать, что могут быть _____

(обнаружены следы преступления и иные материальные объекты / выяснены обстоятельства, имеющие значение для дела)

с участием врача _____
(Ф.И.О. специалиста в области судебной медицины, иного врача)

а так же _____
(Ф.И.О. другого привлеченного специалиста)

которым в соответствии с требованиями стст. 200 УПК Республики Беларусь разъяснены их права и обязанности, предусмотренные ст. 62 УПК Республики Беларусь, а так же разъяснена ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

в присутствии _____
(Ф.И.О. присутствующих)

с соблюдением требований стст. 200, 203 и 205 УПК Республики Беларусь произвел осмотр трупа:

(Ф.И.О. / не установленного лица)
обнаруженного _____
(дата и место обнаружения)

Перед началом осмотра в соответствии с требованиями стст. 193 и 204 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено, что они вправе обращать внимание лица, производящего процессуальное действие, на все, что, по их мнению, может способствовать выяснению обстоятельств уголовного дела, а так же делать замечания, подлежащие занесению в протокол.

Одновременно в соответствии со ст. 193 УПК Республики Беларусь все присутствующие лица были уведомлены о том, что в ходе осмотра будет применяться _____
(наименование научно-технических средств)

Осмотр начат в ____ ч ____ мин. и окончен в ____ ч ____ мин. Производился в _____ время суток при _____ освещении.

ОСМОТРОМ УСТАНОВЛЕНО:

ПРОТОКОЛ ЛИЧНОГО ОБЫСКА

Г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, производящего процессуальное действие)

с участием понятых: _____
(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

с соблюдением требований стст. 208, 210 и 211 УПК Республики Беларусь _____

(на каком основании, в связи с чем)

произвел личный обыск _____
(Ф.И.О. обыскиваемого, место производства обыска)

В соответствии с требованиями ст.193 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено, что они вправе обращать внимание лица, производящего процессуальное действие, на все, что по их мнению может способствовать выяснению обстоятельств уголовного дела, а так же делать замечания, подлежащие занесению в протокол.

Кроме того, в соответствии с требованиями ст. 202 УПК Республики Беларусь понятым были разъяснены их права, предусмотренные ст. 64 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст.133 УПК Республики Беларусь.

Перед началом личного обыска _____
(кому)

было предложено добровольно выдать подлежащие изъятию орудия преступления, предметы, документы и ценности, которые могут иметь значение для уголовного дела, на что _____

(Ф.И.О. обыскиваемого(ой), его (ее) заявление об отсутствии таковых / добровольно выдал)

После этого был произведен обыск, в результате которого обнаружено и изъято:

№ п/п	Перечень изъятых предметов, с указанием количества меры, веса, индивидуальных признаков	Место обнаружения	Стоимость
1	2	3	4

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА ПРЕДМЕТОВ (ДОКУМЕНТОВ)

г. _____ « _____ » _____ 2003г.

(должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

с участием _____
(Ф.И.О. приглашенного специалиста, область специальных знаний)

которому в соответствии с требованиями стст. 200 УПК Республики Беларусь разъяснены его права и обязанности, предусмотренные ст. 62 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

а так же _____
(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства других привлеченных лиц)

с соблюдением требований стст. 203 и 204 УПК Республики Беларусь произвел осмотр:

(предметов / документов, обстоятельства получения)

Перед началом осмотра в соответствии с требованиями стст. 193 и 204 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено, что они вправе обращать внимание лица, производящего процессуальное действие, на все, что, по их мнению, может способствовать выяснению обстоятельств уголовного дела, а так же делать замечания, подлежащие занесению в протокол.

Одновременно в соответствии со ст.193 УПК Республики Беларусь все присутствующие лица уведомлены о том, что в ходе осмотра будет применяться _____
(наименование научно-технических средств)

Осмотр начат в ____ ч ____ мин и окончен в ____ ч ____ мин. Производился в _____ время суток при _____ освещении.

ОСМОТРОМ УСТАНОВЛЕНО:

ПРОТОКОЛ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ ДЛЯ ОПОЗНАНИЯ ЛИЦА

г. _____ « _____ » _____ 20__ г.

_____ (должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

с участием понятых: _____ (фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

а также _____ (фамилия, имя, отчество, статус по уголовному делу)

с соблюдением требований стст. 223 и 224 УПК Республики Беларусь предъявил ранее допрошенному _____

(Ф.И.О. опознающего, статус по уголовному делу)

для опознания _____ сходных по внешности _____ (количество) _____ (пол лица)

Опознающему _____ их фамилии не назывались. (фамилия опознающего)

Анкетные данные лиц, предъявляемых для опознания, указаны в справке, которая прилагается к настоящему протоколу

В соответствии с требованиями ст. 193 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено их право делать замечания, подлежащие занесению в протокол, а понятым, кроме того, их права и обязанности, предусмотренные ст. 62 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

Переводчику _____ разъяснены его права и обязанности, предусмотренные ст. 63 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, предусмотренная стст. 401 и 402 Уголовного кодекса Республики Беларусь за заведомо неправильный перевод, а также отказ либо уклонение без уважительных причин от исполнения возложенных на него обязанностей.

_____, являясь по настоящему уголовному делу подозреваемым (обвиняемым), заявил о своем желании провести процессуальное действие своего защитника.

(в присутствии / в отсутствии)

В соответствии со ст. 193 УПК Республики Беларусь все присутствующие лица уведомлены о том, что в ходе проведения настоящего процессуального действия будет применяться:

_____ (наименование научно-технических средств)

Перед началом опознания, в отсутствие опознающего _____, понятым было предложено _____

(разложить объекты, какие при этом сделаны бирки, надписи и т. д.)

после чего был приглашен _____

После этого _____, явившийся по настоящему уголовному делу,

предупрежден об уголовной ответственности за отказ либо уклонение от дачи показаний (за исключением показаний в отношении себя самого и близких родственников) или за дачу заведомо ложных показаний по стст. 401 и 402 УК Республики Беларусь.

и ему (ей) было предложено указать на лицо, о котором он (она) ранее дал(а) показания. На указанное предложение опознающий _____

(процессуальное положение, фамилия, инициалы опознающего)
осмотрел(а) предъявленных для опознания лиц и заявил(а) _____

(на что указал (а), либо не опознал ничего;
содержание показаний о приметах, по которым опознал)

Заявления и замечания от участников предъявления для опознания _____

(не поступали или их краткое содержание, если они были и от кого поступили)

Опознание проводилось с ___ ч ___ мин до ___ ч ___ мин. в _____ время суток при _____ освещении.

Протокол опознания прочитан. Записан правильно.

Опознающий(ая): _____

Опознанный(ая): _____

Переводчик: _____

Специалист: _____

Участники опознания: _____

Понятые: _____

Опознание произвел и протокол составил: _____

(прокурор, следователь, дознаватель)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

СПРАВКА

(заполняется после составления протокола опознания)

(фамилия, имя, отчество и адреса места жительства лиц, предъявленные для опознания)

Среди предъявленных для опознания лиц _____

является _____ по уголовному делу, а _____

и _____ отношения к делу не имеют.

(прокурор, следователь, дознаватель)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

ПРОТОКОЛ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

на основании постановления от « ____ » _____ 20__ г., с участием врача

(Ф.И.О. привлекаемого к освидетельствованию врача)

а так же _____

(Ф.И.О. другого привлекаемого к освидетельствованию специалиста)

при участии понятых: _____

(Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

с соблюдением требований ст. 206 УПК Республики Беларусь, произвел освидетельствование: _____

(Фамилия, имя, отчество, статус)

Перед началом освидетельствования в соответствии с требованиями ст. 193 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено, что они вправе обращать внимание лица, производящего процессуальное действие, на все, что, по их мнению, может способствовать выяснению обстоятельств уголовного дела, а так же делать замечания, подлежащие занесению в протокол.

Кроме того, в соответствии с требованиями стст. 200 и 202 УПК Республики Беларусь специалисту и понятым были разъяснены их права, предусмотренные, соответственно, стст. 62 и 64 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

Одновременно в соответствии со ст. 193 УПК Республики Беларусь все присутствующие лица были уведомлены о том, что в ходе освидетельствования будут применяться

(наименование и порядок использования медицинских и научно-технических средств)

После этого _____ было предъявлено постановление об освидетельствовании от « ____ » _____ 20__ г., в связи с чем он (она) заявил(а):

ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕМ ВЫЯВЛЕНО:

ПРОТОКОЛ ВЫЕМКИ

г. _____ «__» _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)
на основании постановления от «__» _____ 20__ г., с участием понятых:

1. _____

2. _____

а так же специалиста _____

(Ф.И.О., область специальных знаний)

в присутствии _____

(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

с соблюдением требований стст. 209 и 210 УПК Республики Беларусь произвел выемку

(где, у кого, по какому адресу)

В соответствии с требованиями ст. 193 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено, что они вправе обращать внимание лица, производящего процессуальное действие, на все, что, по их мнению, может способствовать выяснению обстоятельств уголовного дела, а так же делать замечания, подлежащие занесению в протокол. Кроме того, в соответствии с требованиями стст. 200 и 202 УПК Республики Беларусь специалисту и понятым были разъяснены их права, предусмотренные, соответственно, стст. 62 и 64 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

До начала производства процессуального действия в соответствии со ст. 193 УПК Республики Беларусь присутствующие лица были уведомлены о том, что в ходе выемки будет применяться _____

(наименование научно-технических средств)

Перед началом выемки гр-ну(ке) _____ было предъявлено постановление об этом от «__» _____ 20__ г., и предложено добровольно выдать подлежащие изъятию орудия преступления, предметы, документы и ценности, которые могут иметь значение для уголовного дела, на что он (она) _____

заявление об отсутствии таковых / добровольно выдал(а)

После этого была произведена выемка, в результате которой обнаружено и изъято:

№ п/п	Перечень изъятых предметов, с указанием количества меры, веса, индивидуальных признаков	Место обнаружения	Стоимость
1	2	3	4

Предметы (документы), указанные в пп. _____ настоящего протокола, после предъявления их участникам процессуального действия упакованы в, _____ и опечатаны печатью № _____, (наименование органа)

а так же скреплены подписями участников процессуального действия.

Предметы (документы), указанные в пп. _____ настоящего протокола не упаковывались и не опечатывались.

Выемка начата в ___ ч ___ мин и окончена в ___ ч ___ мин.

Замечания по поводу выемки и содержания протокола _____

_____ Протокол прочитан. Записан правильно.

Лицо, у которого проводилась выемка _____

(подпись) (Фамилия, инициалы)

Поняты:

(подпись) (Фамилия, инициалы)

(подпись) (Фамилия, инициалы)

Специалист:

(подпись) (фамилия, инициалы)

Выемку произвел и протокол составил:

(прокурор, следователь, дознаватель) (подпись) (Фамилия, инициалы)

Копию настоящего протокола получил « ___ » _____ 20__ г.

(подпись) (фамилия, инициалы)

ПРОТОКОЛ СЛЕДСТВЕННОГО ЭКСПЕРИМЕНТА

г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

с участием специалиста (эксперта) _____

(Ф.И.О., область специальных знаний)

а так же _____

(Ф.И.О. статус по уголовному делу)

с соблюдением требований ст. 207 УПК Республики Беларусь произвел следственный эксперимент с целью _____

Перед началом следственного эксперимента в соответствии с требованиями стст.193 и 207 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено, что они вправе делать замечания, подлежащие занесению в протокол, а так же порядок проведения эксперимента. Кроме того, в соответствии с требованиями ст. 200 УПК Республики Беларусь специалисту и эксперту разъяснены их права и обязанности, предусмотренные, соответственно, стст.61, 62 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

В соответствии с требованиями ст. 195 УПК Республики Беларусь обвиняемому (подозреваемому) разъяснены его права и обязанности, предусмотренные стст. 21, 43 (41) и 194 УПК Республики Беларусь, в связи с чем он заявил о своем желании провести настоящее процессуальное действие _____

_____ в присутствии (в отсутствие) защитника

– адвоката юридической консультации _____

(Ф.И.О.)

Одновременно, в соответствии со ст. 193 УПК Республики Беларусь, все присутствующие лица были уведомлены о том, что в ходе следственного эксперимента будут применяться _____

(наименование научно-технических средств)

Следственный эксперимент начат в ____ ч ____ мин и окончен в ____ ч ____ мин. Производился в _____ время суток при _____ освещении.

ПРОТОКОЛ ПРОВЕРКИ ПОКАЗАНИЙ НА МЕСТЕ

г. _____ «__» _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

с участием понятых: _____

(Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

а так же специалиста _____

(Ф.И.О. , область специальных знаний)

с соблюдением требований ст. 225 УПК Республики Беларусь произвел проверку показаний на месте ранее допрошенного _____

(Ф.И.О., статус)

Перед началом процессуального действия, в соответствии с требованиями ст. 195 УПК Республики Беларусь ему были разъяснены его права и обязанности, предусмотренные УПК Республики Беларусь, включая право требовать его дополнительного допроса, в связи с проводимым процессуальным действием.

_____, являясь подозреваемым (обвиняемым) по настоящему уголовному делу, заявил о своем желании провести настоящее процессуальное действие _____

_____ в присутствии (в отсутствие) защитника

Одновременно, в соответствии с требованиями ст. 193 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено их право делать замечания, подлежащие занесению в протокол, а специалисту и понятым, кроме того, права, предусмотренные, соответственно, стст. 62 и 64 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

В соответствии со ст. 193 УПК Республики Беларусь все присутствующие лица были уведомлены о том, что в ходе проведения настоящего процессуального действия будут применяться _____

Проверка показаний начата в ___ ч ___ мин и окончена в ___ ч ___ мин.

Производилась в _____ время суток при _____ освещении.

Ход и результаты проверки показаний на месте:

ПРОТОКОЛ ОЗНАКОМЛЕНИЯ ПОДОЗРЕВАЕМОГО, ОБВИНЯЕМОГО,
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОДОЗРЕВАЕМОГО, ОБВИНЯЕМОГО,
ПОТЕРПЕВШЕГО (ненужное зачеркнуть) С ПОСТАНОВЛЕНИЕМ
О НАЗНАЧЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ

«___» _____ 200__ г. г. _____

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, составившего протокол)

в соответствии со ст. 227 УПК Республики Беларусь в помещении _____

(где)

_____ с участием _____

(фамилия и инициалы лица, участвующего в следственном действии, его процессуальное положение)

_____ ознакомил

подозреваемого, обвиняемого, законного представителя подозреваемого, обвиняемого,
потерпевшего (ненужное зачеркнуть) _____

фамилия, имя, отчество

с постановлением от «___» _____ 200__ г. о назначении _____

_____ экспертизы

_____ по уголовному делу № _____

(какой)

и разъяснил ему права, установленные ст. 229 УПК Республики Беларусь, то есть, что при назначении и проведении экспертизы подозреваемый, обвиняемый, их законные представители, а также потерпевший имеют право:

- 1) знакомиться с постановлением о назначении экспертизы;
- 2) заявлять отвод эксперту или ходатайствовать об отстранении экспертного учреждения от проведения экспертизы в случае установления обстоятельств, ставящих под сомнение не заинтересованность в исходе уголовного дела руководителя экспертного учреждения, в котором работает сведущее лицо;
- 3) просить о привлечении в качестве экспертов указанных ими лиц или специалистов конкретных судебно-экспертных учреждений;
- 4) представить дополнительные вопросы для получения по ним заключения эксперта;
- 5) присутствовать с разрешения следователя, дознавателя при проведении экспертизы, давать объяснения эксперту;
- 6) знакомиться с заключением эксперта или сообщением о невозможности дать заключение.

(подпись)

Подозреваемый, обвиняемый, законный представитель, потерпевший (ненужное зачеркнуть), ознакомившись с постановлением о назначении экспертизы, заявил:

(содержание заявления подозреваемого, обвиняемого, законного представителя, потерпевшего)

Ознакомление подозреваемого, обвиняемого, законного представителя, потерпевшего (ненужное зачеркнуть) с постановлением о назначении экспертизы производилось с «__» ч «__» мин до «__» ч «__» мин.

Замечания, поступившие от участников следственного действия: _____

Протокол прочитан, записан правильно.

(прокурор, следователь, дознаватель)	(подпись)	(фамилия и инициалы)
Подозреваемый:	_____	_____
	(подпись)	(фамилия и инициалы)
Обвиняемый:	_____	_____
	(подпись)	(фамилия и инициалы)
Законный представитель:	_____	_____
	(подпись)	(фамилия и инициалы)
Потерпевший:	_____	_____
	(подпись)	(фамилия и инициалы)

ПРОТОКОЛ ОЗНАКОМЛЕНИЯ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ,
СООБЩЕНИЕМ, ОБЪЯСНЕНИЕМ ЭКСПЕРТА

« ___ » _____ 200__ г. г. Новополоцк

Следователь _____
(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, составившего протокол)

на основании ст. 238 УПК Республики Беларусь в помещении _____

(где)

_____ с участием

_____ (фамилия и инициалы лица, участвующего в следственном действии, его процессуальное положение)

ознакомил подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, свидетеля (ненужное зачеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество)

с заключением, сообщением о невозможности дачи заключения, объяснением, протоколом допроса эксперта от « ___ » _____ 200__ г. № _____. До начала ознакомления подозреваемому, обвиняемому, потерпевшему, свидетелю (ненужное зачеркнуть) разъяснено, что в соответствии с ч. 1 ст. 238 УПК Республики Беларусь он вправе давать свои объяснения и заявлять ходатайства по выводам эксперта.

_____ (подпись)

Ознакомившись с заключением, сообщением о невозможности дачи заключения, объяснением, протоколом допроса эксперта, подозреваемый, обвиняемый, потерпевший, свидетель (ненужное зачеркнуть) заявил: _____

_____ (содержание заявления подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, свидетеля)

Ознакомление подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, свидетеля (ненужное зачеркнуть) с заключением, сообщением о невозможности дачи заключения, объяснением, протоколом допроса эксперта производилось с « ___ » ч « ___ » мин до « ___ » ч « ___ » мин.

Замечания, от участников следственного действия: _____

Протокол прочитан, записан правильно.

_____ (прокурор, следователь, дознаватель)	_____ (подпись)	_____ (фамилия и инициалы)
Подозреваемый:	_____ (подпись)	_____ (фамилия и инициалы)
Обвиняемый:	_____ (подпись)	_____ (фамилия и инициалы)
Потерпевший:	_____ (подпись)	_____ (фамилия и инициалы)
Свидетель:	_____ (подпись)	_____ (фамилия и инициалы)

ПРОТОКОЛ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ ДЛЯ ОПОЗНАНИЯ ПО ФОТОГРАФИИ

г. _____ « _____ » _____ 20__ г.

_____ (должность, классный чин, звание и фамилия лица, производящего процессуальное действие)

с участием понятых: _____

_____ (фамилия, имя, отчество, адрес места жительства)

а также _____

_____ (фамилия, имя, отчество, статус по уголовному делу)

с соблюдением требований стст. 223 и 224 УПК Республики Беларусь предъявил ранее допрошенному _____

_____ (Ф.И.О. опознающего, статус по уголовному делу)

для опознания фототаблицу, которая является приложением к настоящему протоколу, содержащую фотографии _____ сходных по внешности _____.

_____ (количество)

_____ (пол лица)

Фотографии наклеены на фототаблицу, имеют порядковые номера _____ и скреплены печатью _____

Данные о лицах, изображенных на фотографиях, приведены в прилагаемой к протоколу справке.

Опознающему _____ их фамилии не назывались.

_____ (фамилия опознающего)

В соответствии с требованиями ст. 193 УПК Республики Беларусь, всем присутствующим разъяснено их право делать замечания, подлежащие занесению в протокол, а понятым, кроме того, их права и обязанности, предусмотренные ст. 62 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, установленная ст. 133 УПК Республики Беларусь.

Переводчику _____ разъяснены его права и обязанности, предусмотренные ст. 63 УПК Республики Беларусь, а так же ответственность, предусмотренная стст. 401 и 402 Уголовного кодекса Республики Беларусь за заведомо неправильный перевод, а также отказ либо уклонение без уважительных причин от исполнения возложенных на него обязанностей.

_____, являющийся по настоящему уголовному делу _____ предупрежден об уголовной ответственности за отказ либо уклонение от дачи показаний (за исключением показаний в отношении себя самого и близких родственников) или за дачу заведомо ложных показаний по стст. 401 и 402 Уголовного кодекса Республики Беларусь.

_____, являясь по настоящему уголовному делу подозреваемым (обвиняемым), заявил о своем желании провести процессуальное действие _____ своего защитника.

_____ (в присутствии / в отсутствие)

В соответствии со ст. 193 УПК Республики Беларусь все присутствующие лица уведомлены о том, что в ходе проведения настоящего процессуального действия будет применяться _____

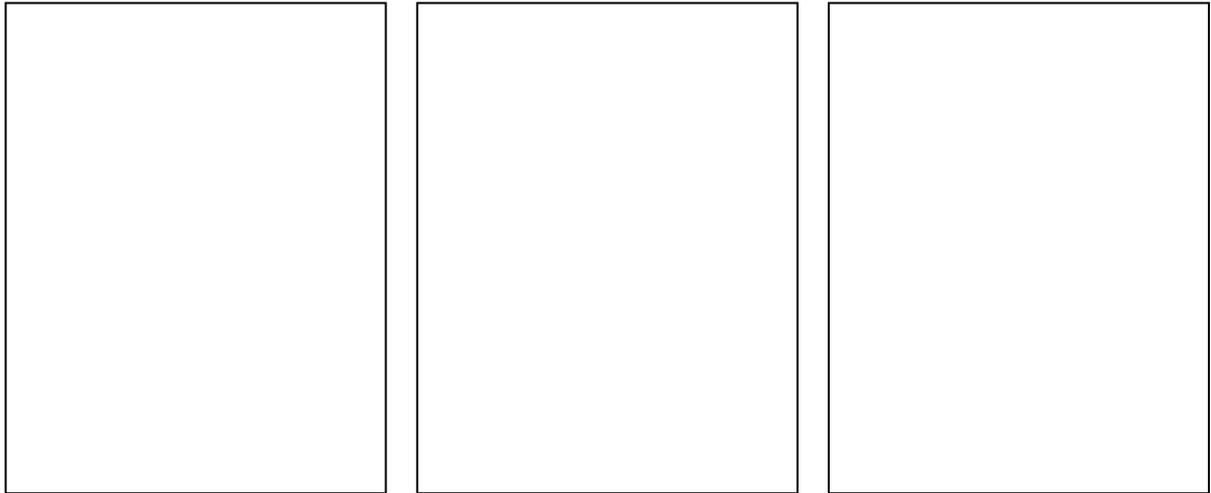
_____ (наименование научно-технических средств)

ФОТОТАБЛИЦА

- 1. _____

- 2. _____

- 3. _____



_____	_____	_____
подпись опознающего	подпись опознающего	подпись опознающего
_____	_____	_____
подпись понятого	подпись понятого	подпись понятого
_____	_____	_____
подпись понятого	подпись понятого	подпись понятого
_____	_____	_____
(прокурор, следователь, дознаватель)	(подпись)	(фамилия, инициалы)

Примечание: Опознающий и понятые подписываются только под той фотокарточкой, на которой изображено лицо, опознанное опознающим.

СПРАВКА

(заполняется после составления протокола опознания)

На фотокарточке под № _____ изображен _____
(фамилия, имя, отчество)

на фотокарточках под № № _____ изображены лица, не имеющие отношения к данному делу.

_____	_____	_____
(прокурор, следователь, дознаватель)	(подпись)	(фамилия, инициалы)

ПРОТОКОЛ ДОПРОСА ЭКСПЕРТА

г. _____ «___» _____ 200__ г.

Допрос начат в «___» час. «___» мин.,
окончен в «___» час. «___» мин.

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, составившего протокол)

на основании ст. 237 УПК Республики Беларусь в помещении _____

(где)
_____ с соблюдением требований стст. 193 и 194 УПК
Республики Беларусь допросил в качестве эксперта:

1. Фамилия, имя, отчество: _____

2. Число, месяц и год рождения: _____

3. Место рождения: _____

4. Гражданство: _____

5. Родной язык: _____

6. Образование: _____

7. Когда и какое заведение закончил: _____

8. Специальность: _____

9. Ученая степень и звание: _____

10. Место работы и должность: _____

11. Стаж научной работы или работы по специальности: _____

12. Отношения к потерпевшему, подозреваемому, обвиняемому _____

13. Документ, удостоверяющий личность _____

Когда и кем выдан _____

Об уголовной ответственности за отказ либо уклонение без уважительных причин от исполнения возложенных на меня обязанностей по ст. 402 УК Республики Беларусь и за разглашение данных предварительного расследования без разрешения органа, ведущего уголовный процесс, по ст. 407 УК Республики Беларусь предупрежден.

(фамилия, инициалы) (подпись)

В порядке разъяснения данного мною заключения № _____ от «___»
_____ 200__ г. поясняю: _____

(показания эксперта)

ПРОТОКОЛ РАЗЪЯСНЕНИЯ ЭКСПЕРТУ ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ

г. _____ « ____ » _____ 200__ г.

(должность, классный чин, звание, фамилии и инициалы лица, составившего протокол),

в соответствии со ст. 231 УПК Республики Беларусь в помещении _____

(где)

с участием _____

(фамилия и инициалы лица, участвующего в следственном действии,
его процессуальное положение)

_____ разъяснил _____ ,

(фамилия, имя, отчество)

назначенному экспертом по уголовному делу № _____ для проведения

(какой)

_____ экспертизы, права и обязанности
эксперта, предусмотренные ст. 61 УПК Республики Беларусь, то есть, что:

1) эксперт имеет право:

- знакомиться с материалами, относящимися к предмету экспертизы, и выписывать из них необходимые сведения;
- заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения: о привлечении к проведению экспертизы других экспертов, о принятии мер по обеспечению его безопасности, членов семьи, близких родственников и иных лиц, которых он обоснованно считает близкими, а также имущества;
- с разрешения органа, ведущего уголовный процесс, участвовать в производстве следственных и других процессуальных действий, задавать допрашиваемым и другим лицам, участвующим в этих действиях, вопросы, относящиеся к предмету экспертизы;
- давать заключения, как по поставленным вопросам, так и по входящим в его компетенцию обстоятельствам, выявившимся при производстве экспертизы;
- знакомиться с протоколом следственного или другого процессуального действия, в котором он участвовал, а также в соответствующей части – с протоколом судебного заседания и делать подлежащие внесению в протокол замечания относительно полноты и правильности записи его действий и заключения;

- пользоваться бесплатной помощью переводчика;
- подавать жалобы на действия органа, ведущего уголовный процесс, ограничивающие его права при производстве экспертизы;
- получать возмещение расходов, понесенных при производстве экспертизы;
- получать возмещение понесенных им расходов и вознаграждение за выполненную им работу, не входящую в круг его прямых служебных обязанностей;

2) эксперт не вправе помимо органа, ведущего уголовный процесс, вести переговоры с участниками уголовного процесса по вопросам, связанным с проведением экспертизы; самостоятельно собирать материалы для исследования; проводить исследования, которые могут повлечь полное или частичное уничтожение объектов экспертизы либо изменение их внешнего вида или основных свойств, если на это не было специального разрешения органа, ведущего уголовный процесс;

3) эксперт обязан:

- дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;
- отказаться от дачи заключения, если поставленные вопросы выходят за пределы его специальных знаний или если представленные ему материалы недостаточны для ответа на эти вопросы, а также отказаться от дальнейшего проведения экспертизы, если он придет к выводу о невозможности дачи заключения, о чем письменно уведомить лицо, поручившее ему производство экспертизы, с обоснованием этого отказа;
- представить органу, ведущему уголовный процесс, документы, подтверждающие его специальную квалификацию;
- сообщить по требованию органа, ведущего уголовный процесс, а также сторон в судебном заседании сведения о своем профессиональном опыте и отношениях с лицами, участвующими в производстве по материалам и уголовному делу;
- являться по вызовам органа, ведущего уголовный процесс, для представления его участникам уголовного процесса и дачи ответов на их вопросы, а также для разъяснения содержания данного им заключения;
- представить по требованию органа, ведущего уголовный процесс, смету расходов на производство экспертизы, а также отчет о понесенных расходах;
- соблюдать порядок при производстве следственных действий и во время судебного заседания;
- не разглашать сведения об обстоятельствах уголовного дела и иные сведения, ставшие ему известными в связи с проведением экспертизы, если он был предупрежден об этом органом уголовного преследования или судом;

3) эксперт в соответствии со ст. 85 УПК Республики Беларусь не может принимать участие в производстве по уголовному делу:

- при наличии оснований, указанных в части первой ст. 77 УПК Республики Беларусь. Предыдущее его участие в производстве по данному уголовному делу в качестве эксперта не является основанием для отвода;
- если он находился или находится в служебной или иной зависимости от дознавателя, следователя, защитника, подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца, гражданского ответчика, представителей или производил по данному уголовному делу ревизию;
- в случае обнаружения его некомпетентности.

Не является основанием для отвода эксперта его участие в производстве по данному уголовному делу в качестве специалиста.

Кроме этого эксперту разъяснено, что:

- за неисполнение без уважительных причин процессуальных обязанностей и неподчинение законным распоряжениям органа, ведущего уголовный процесс, на эксперта в соответствии со ст. 133 УПК Республики Беларусь может быть наложено денежное взыскание в размере от трех до десяти минимальных заработных плат;
- за разглашение данных предварительного расследования или закрытого судебного заседания без разрешения органа, ведущего уголовный процесс, эксперт несет уголовную ответственность в соответствии со ст. 407 УК Республики Беларусь;
- за дачу заведомо ложного заключения, а также за отказ либо уклонение без уважительных причин от исполнения возложенных на него обязанностей эксперт несет уголовную ответственность в соответствии со стст. 401 и 402 УК Республики Беларусь.

Разъяснение эксперту его прав и обязанностей производилось с «__» ч «__» мин до «__» ч «__» мин.

Замечания, поступившие от участников следственного действия: _____

Протокол прочитан, записан правильно.

_____	_____	_____
(прокурор, следователь, дознаватель)	(подпись)	(фамилия и инициалы)

Эксперт: _____

(подпись) (фамилия и инициалы)

ПОДПИСКА ЭКСПЕРТА

Сообщаю, что указанных выше обстоятельств, в силу которых я не могу принимать участие в производстве экспертизы по данному делу, не имеется. Права и обязанности эксперта мне разъяснены. Об ответственности по ст. 133 УПК Республики Беларусь и стст. 401, 402 и 407 УК Республики Беларусь предупрежден.

«__» _____ 200__ г. Эксперт: _____

(подпись) (фамилия и инициалы)

Протокол составил, права и обязанности эксперту разъяснил, подписку отобрал:

_____	_____	_____
(прокурор, следователь, дознаватель)	(подпись)	(фамилия и инициалы)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о назначении _____ экспертизы

(какой)

г. _____ «__» _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, вынесшего постановление)

рассмотрев материалы уголовного дела № _____,

УСТАНОВИЛ:

Учитывая, что для установления _____

(чего)

необходимо проведение исследований с использованием специальных познаний, руководствуясь стст. 173, 226, 227, 228 и _____ УПК Республики Беларусь,

ПОСТАНОВИЛ:

1. Назначить по настоящему уголовному делу _____

_____ экспертизу,

(какую)

поручив производство ее _____

(кому)

2. Поставить на разрешение экспертов следующие вопросы:

3. Предоставить в распоряжение экспертов следующие материалы:

(перечень, предметов, документов и иных материалов, предоставляемых экспертам)

(прокурор, следователь, дознаватель)

(подпись)

(фамилия и инициалы)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о назначении _____ экспертизы
(судебно-медицинской, судебно-психиатрической)
с помещением _____ в государственное медицинское учреж-
дение (подозреваемого, обвиняемого)

г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание фамилия и инициалы лица, вынесшего постановление)

рассмотрев материалы уголовного дела № _____,

УСТАНОВИЛ:

Учитывая, что для установления _____
(чего)

необходимо проведение исследований с использованием специальных познаний и при этом возникает необходимость в стационарном наблюдении за подозреваемым, обвиняемым (ненужное зачеркнуть), руководствуясь стст. 173, 226, 227, 228, 230 и 235 УПК Республики Беларусь,

ПОСТАНОВИЛ:

1. Назначить по настоящему уголовному делу судебно-медицинскую, судебно-психиатрическую экспертизу (ненужное зачеркнуть), поручив производство ее

(кому)

2. Поставить на разрешение экспертов следующие вопросы: _____

3. Поместить подозреваемого, обвиняемого (ненужное зачеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество)

экспертиза (ненужное зачеркнуть), для стационарного наблюдения в _____

(куда)

4. Предоставить в распоряжение экспертов следующие материалы: _____

(перечень материалов, документов и иных материалов, предоставляемых экспертам)

(прокурор, следователь, дознаватель)

(подпись)

(фамилия и инициалы)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ О ПОЛУЧЕНИИ ОБРАЗЦОВ
ДЛЯ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

г. _____ « ____ » _____ 200__ г.

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, вынесшего постановление)

рассмотрев материалы уголовного дела № _____,

УСТАНОВИЛ:

По настоящему уголовному делу возникла необходимость в производстве _____
_____ экспертизы.

(какой)

Для проведения сравнительных исследований должны быть получены у подозреваемо-
го, обвиняемого, потерпевшего (ненужное зачеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество)

образцы _____

(чего)

На основании изложенного, руководствуясь ст. 234 УПК Республики Беларусь,

ПОСТАНОВИЛ:

Получить у подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего (ненужное зачеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество)

Для проведения сравнительных исследований образцы _____

(чего)

Получение образцов произвести в _____

(где)

_____ с участием (без участия) специалиста

(какого именно, его фамилия и инициалы)

Прокурор, следователь, дознаватель

подпись

фамилия и инициалы

Подозреваемый:

(подпись)

(фамилия и инициалы)

Обвиняемый:

(подпись)

(фамилия и инициалы)

Потерпевший:

(подпись)

(фамилия и инициалы)

Специалист:

(подпись)

(фамилия и инициалы)

САНКЦИОНИРУЮ

Прокурор гор. _____

(должность, звание, фамилия, инициалы)

«__» _____ 200__ г.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ О ПРОИЗВОДСТВЕ ОСМОТРА

г. _____ «__» _____ 200__ г.

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, вынесшего постановление)

_____,
рассмотрев материалы уголовного дела № _____,

УСТАНОВИЛ:

В производстве _____ находится настоящее
(наименование организации)

уголовное дело № _____, возбужденное по ч. 2 ст. 295 УК
Республики Беларусь в отношении _____

Фамилия, имя, отчество

На основании изложенного, _____

могут быть обнаружены следы преступления и иные материальные объек-
ты, имеющие значение для, руководствуясь ст. 204 УПК Республики Беларусь,

ПОСТАНОВИЛ:

1. _____

(должность, звание)

УСК _____ Республики Беларусь

(фамилия, инициалы)

Постановление мне объявлено «__» _____ 20__ г.

(подпись)

(фамилия)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ПРЕДМЕТОВ (ДОКУМЕНТОВ)
ВЕЩЕСТВЕННЫМИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАМИ

г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, вынесшего постановление)
_____, рассмотрев материалы уголовного дела № _____,

УСТАНОВИЛ:

« ____ » _____ 20__ г. в ходе _____

(название процессуального действия, место проведения)

_____ были

(обнаружены и изъяты; кем добровольно представлены; какие предметы, документы)
Указанные предметы (документы) осмотрены и подробно описаны в протоколе(лах)
осмотра от « __ » _____ 20__ г.

На основании изложенного, принимая во внимание, что вышеперечисленные предметы
(документы) _____

(являлись орудиями, объектами преступления \
являются ценностями, добытыми преступным путем /

/ могут служить средствами по установлению фактических обстоятельств дела,
степени виновности и ответственности)

руководствуясь, стст. 96, 97 УПК Республики Беларусь,

ПОСТАНОВИЛ:

1. Признать _____

(конкретное наименование предметов, документов, ценностей)
вещественными доказательствами и приобщить к материалам уголовного дела.

2. вещественные доказательства хранить: _____

(с материалами уголовного дела, или указать место хранения, лицо,
которому вещественные доказательства передаются на хранение под подпись)

(прокурор, следователь, дознаватель)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

УТВЕРЖДАЮ

Начальник СО ОПР (ОД ОПР)
_____ Республики Беларусь

(должность, звание, фамилия, инициалы)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ ЭКСПЕРТУ ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ

г. _____ «_____» 200__ г.

(должность, классный чин, звание, фамилия и инициалы лица, вынесшего постановление),
рассмотрев материалы уголовного дела № _____ ,

УСТАНОВИЛ:

Постановлением от «_____» _____ 200__ г. по настоящему уголовно-
му делу назначена _____ экспертиза, которую проводил
(какая)
эксперт _____ .
(фамилия, имя, отчество)

Обязанности эксперта _____ выполнялись не в порядке служебного
задания, в связи с чем он согласно ст. 162 УПК Республики Беларусь имеет право на
вознаграждение за производство данной экспертизы.

Из представленных экспертом расчетов вытекает, что для производства указанной экс-
пертизы им затрачено «__» часов, которые в соответствии Инструкцией*** подлежат
оплате из расчета _____ рублей за один час работы.

На основании изложенного, руководствуясь Инструкцией*** и ст. 162 УПК Респуб-
лики Беларусь, -

ПОСТАНОВИЛ:

Выплатить эксперту _____ за производство по настоящему
уголовному делу судебно-товароведческой экспертизы _____ рублей в связи
с выполнением обязанностей эксперта не в порядке служебного задания.
Настоящее постановление направить для исполнения главному бухгалтеру _____ .

(фамилия и инициалы лица, производящего расчет)

Следователь:

(подпись)

(фамилия и инициалы)

ПОДПИСКА О НЕДОПУСТИМОСТИ РАЗГЛАШЕНИЯ
ДАННЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СЛЕДСТВИЯ

г. _____ «__» _____ 20__ г.

Я _____

(процессуальное положение лица)

в соответствии с ч. 2 ст. 198 УПК Республики Беларусь даю настоящую подписку _____
_____ в том, что сего числа в «__» час «__» мин.
я предупрежден(а) о недопустимости разглашения данных предварительного следствия
(дознания), которые станут мне известны в связи с _____
_____ по уголовному делу № _____ .

Одновременно я предупрежден(а) об уголовной ответственности по ст. 407 УК Респуб-
лики Беларусь, за разглашение данных предварительного следствия (дознания).

_____	_____	_____
(процессуальное положение лица)	(подпись)	(фамилия, инициалы)
Подписку принял:		
_____	_____	_____
(прокурор, следователь, дознаватель)	(подпись)	(фамилия, инициалы)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНСКИХ СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ
УПРАВЛЕНИЕ ПО ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

(индекс, республика, город, № строения)

(наименование учреждения, адрес, реквизиты)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА №

На основании _____ .

В помещении _____ .

Государственный судебно-медицинский(е) эксперт(ы) _____ .

_____ .
(должность, место работы, ФИО, стаж, квалификационная категория, ученая степень и звание)

Произвел (и) судебно-медицинскую экспертизу _____ .

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 61 УПК Республики Беларусь, разъяснены, об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения эксперта и за отказ либо уклонение эксперта от исполнения возложенных на него обязанностей по стст. 401, 402 УК Республики Беларусь, а также об ответственности, предусмотренной ст. 133 УПК Республики Беларусь за неисполнение без уважительных причин процессуальных обязанностей и неподчинение законным распоряжениям органа, ведущего уголовный процесс, предупрежден (ы).

Эксперты: _____

При экспертизе присутствовали: _____

(подпись)

(имя, фамилия)

Экспертиза начата

(дата, время)

Экспертиза окончена

(дата, время)

Экспертиза окончена на страницах

(дата, время)

ФРАГМЕНТ ОБРАЗЦА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Лист № 2 к заключению эксперта № ___ от «__» ___ 200__ г.

Обстоятельства дела. Из протокола осмотра трупа, составленного 21.04.200__ г. ст. следователем прокуратуры Заводского р-на г. Пинска мл. советником юстиции Сидельниковым А.С. известно следующее: «Труп гр-на С, на момент осмотра, в 14.08. находился по адресу: ул. Боровая д. 23 кв. 63. Труп лежит на диване, на левом боку головой к окну, правая нога вытянута вперед, левая – на полу, левая рука под голову, правая – согнута в локте. Признаков насильственной смерти на трупе не обнаружено».

В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы поставлены вопросы:

1. Какова основная и непосредственная причины смерти?
2. Какова давность ее наступления?
3. Употреблял ли гр-н С. спиртные напитки?
4. Имеются ли на теле гр-на С. следы механических воздействий?

Из амбулаторной карты № 15472, выданной поликлиникой № 9 на имя гр-на С, работавшего машинистом башенного крана, известно, что он наблюдался в поликлинике с 200 __ г. по поводу различных простудных заболеваний, страдал хроническим алкоголизмом. Последнее обращение в феврале 200 __ г. Другой информации к моменту исследования трупа не поступило.

Наружное исследование. На трупе надета следующая одежда: трусы серого цвета, на внутренней поверхности загрязнены веществом бурого цвета, другой одежды на трупе нет. Труп мужского пола, правильного телосложения, умеренного питания, длина тела 187 см. Кожные покровы вне трупных пятен серовато-желтого цвета, холодные на ощупь. Трупные пятна на лице, шее, животе, внутренней поверхности бедер, на голених островчатые сине-фиолетового цвета, на спине трупные пятна более разлитые. В подвздошной области определяются пятна грязно-зеленого цвета. При надавливании пальцем трупные пятна не бледнеют. Мышечное окоченение почти полностью отсутствует во всех группах мышц. Голова овальной формы, волосы на голове темно-русого цвета, длина волос в области лба до 10 см. Лицо синюшное, одутловатое, веки отечные. Глазные яблоки упругие, наблюдается незначительный экзофтальм, зрачки 0,5 см. Хрящи и кости носа на ощупь целы. Отверстия носа и ушей свободны, чистые. Рот закрыт. Слизистая оболочка преддверия рта синюшного цвета, блестящая. Язык выступает за линию зубов. Видимые зубы верхней челюсти естественные, целы. На нижней челюсти первые два зуба слева отсутствуют, лунки – зарощены. Из рта выделяется жидкость желто-бурого цвета слизистого характера. На коже шеи повреждений нет. Грудная клетка цилиндрической формы, живот выше уровня реберных дуг. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, выделений из мочеиспускательного канала нет, бурые пергаментные пятна на передней поверхности мошонки. Отверстие заднего прохода испачкано каловыми массами. Кости конечностей на ощупь целы.

Повреждения: над рукояткой грудины отмечается ссадина овальной формы размером 0,3 x 0,4 см, корочка над ней сухая, выступает над уровнем кожи. Других повреждений не обнаружено.

Внутреннее исследование: Внутренняя поверхность кожных покровов головы красно-синюшная с множественными точечными кровоизлияниями. Кости свода и основания черепа целы. В продольном синусе жидкая кровь. Твердая мозговая оболочка несколько напряжена, при её вскрытии выделилось 50 мл розовой, прозрачной жидкости. С внутренней поверхности твердая мозговая оболочка розовато-серая. Мягкие мозговые оболочки мутные, сосуды кровенаполнены. Полушария мозга симметричны, извилины и борозды слабо выражены. Граница между серым и белым веществом отчетливая. В желудочках до 5 мл розоватой прозрачной жидкости. Поверхность желудочков мутная с кровенаполненной сетью сосудов. Сосудистые сплетения синюшные, отечные. Сосуды основания мозга тонкие спавшиеся. Подкорковые образования, варолиев мост, мозжечок, продолговатый мозг с выраженным анатомическим строением. При послойном разрезе обильно выделяются капли крови, снимаются спинкой ножа. Мозг дряблый, быстро разрушается при исследовании. Масса мозга 1450 гр. Подкожно-жировой слой на уровне грудины 0,3см., на уровне пупка 1,2 см. Скелетные мышцы буровато-синюшного цвета. Повреждений мягких тканей шеи, груди, живота не обна-

ружено. Внутренние органы расположены правильно. Легкие спавшиеся, не выполняют полости плевр, лежат свободно. Кишечник резко, но равномерно вздут, лежит свободно, зеленовато-черного цвета. Сальник лежит свободно, грязно-желтого цвета. Брюшина блестящая, грязновато-серого цвета. В брюшной полости до 50 мл розовой прозрачной жидкости. В сердечной сорочке 50 мл прозрачной красной жидкости. Печень из-под реберной дуги не выступает. Слизистая языка серая с желто-белым налетом, выражены сосочками, в толще языка кровоизлияний нет. Вход в глотку, гортань, пищевод свободный. Пищевод проходим, слизистая блестящая, в нижней трети пищевода слизистая буро-черного цвета, особенно по ходу сосудов. Хрящи гортани, подъязычная кость целы. В окружающих мягких тканях кровоизлияний нет. Голосовая щель разомкнута, в гортани содержится большое количество желтоватой слизи. Слизистая дыхательных путей блестящая темно-коричневого цвета, имеется слизистое содержимое темно-красного цвета. Щитовидная железа размерами: левая доля 5,5 x 3 x 1 см, правая – 5,5 x 3,5 x 1,5 см, дряблая коричневатосинюшная, на разрезе мелкозернистая. В грудном отделе аорты определяется атеросклеротическая бляшка размером 3,5 x 1,5 см, возвышающаяся над уровнем, интима пропитана кровью темно-красного цвета. Плевра гладкая блестящая. Передние отделы легких розовато-синюшные, задние отделы интенсивно темно-красного цвета. На задней поверхности верхней доли левого легкого единичные расплывчатые кровоизлияния. Легкие тестообразной консистенции, на разрезе ткань пористая, интенсивного темно-красного цвета. С поверхности разрезов обильно стекает розоватая пенная жидкость. Сердце размерами: 14 x 13 x 5 см, масса 410 г, верхушка закруглена, поверхность блестящая, обильно покрыта жировой тканью. В полостях – жидкая кровь и небольшие темно-красные свертки. Клапаны сформированы правильно, клапаны и эндокард пропитаны в темно-красный цвет. Сухожильные нити тонкие, сосочки и трабекулярные мышцы увеличены. Толщина эпикардального жира до 1 см. Толщина левого желудочка 2 см, межжелудочковая перегородка 2 см, правый желудочек 0,3 см. Ширина аортального клапана 8 см. Венечные сосуды свободные с единичными плоскими бляшками. Мышца сердца дряблая, серо-синюшного цвета, в области левого желудочка с множественными белесоватыми прослойками. В области межжелудочковой перегородки наблюдается неравномерное кровенаполнение. Селезенка размерами: 13,5 x 7 x 1,5 см, массой 122 г, капсула серо-синюшная. На разрезе интенсивно темно-красная. Белая пульпа не выражена. Печень размерами 35 x 20 x 14,5 x 5 см, массой 2100 г, капсула гладкая, нижний край закруглен, ткань буровато-коричневого цвета с зеленоватым оттенком, желтоватыми участками, дряблая. В желчном пузыре 20 мл желчи оливкового цвета, слизистая мелко-складчатая, пропитанная желчью в оливковый цвет. Поджелудочная железа размерами 22 x 4,5 x 1,5 см, дряблая, розовато-грязного цвета с бурым оттенком по ходу сосудов, в толще железы желтоватые участки. Надпочечники плоские, треугольной формы, корковый слой серого цвета, мозговой – темно-коричневого. Почки размерами: левая – 13 x 6,5 x 4 см, массой 240 г, правая – 13,5 x 7 x 3 см, массой 200 г. Паренхима почек синюшно-красного цвета, рисунок выражен, слизистая лоханок блестящая, серо-синюшного цвета, просвет лоханок свободен, лоханки умеренно покрыты жировой тканью. Ткань почек дряблая, капсула снимается легко. Мочевой пузырь пуст, слизистая серо-желтого цвета, блестящая. Про-

стата 4 x 3 x 1,5 см, розовато-серая, блестящая однородная. Яички 5,5 x 3 x 3 см, оболочки блестящие, с кровенаполненной сосудистой сетью, ткань серовато-желтого цвета, при потягивании пинцетом нити тянутся. В желудке до 600 мл содержимого желто-серого цвета с остатками вермишели и овощей. Слизистая серо-синюшного цвета, с множественными точечными кровоизлияниями на задней стенке. По малой кривизне желудка имеется опухолевидное образование размерами 2 x 1,5 x 1 см поверхность блестящая, синюшная с кровоизлияниями на верхушке. В двенадцатиперстной кишке желто-коричневого цвета содержимое, слизистая складчатая блестящая, грязно-желтого цвета, на слизистой множественные вздутия. В тонкой кишке жидкие массы буроватого цвета, слизистая складчатая серовато-желтого цвета с зеленоватым оттенком. В толстой кишке полуоформленные каловые массы темно-желтого цвета, слизистая складчатая блестящая с зеленоватым оттенком. Позвоночник, ребра, кости таза повреждений не имеют. Спинномозговой канал не вскрывался ввиду отсутствия показаний. От полостей и органов посторонний запах не отмечено. Для лабораторных исследований изъято: кровь на алкоголь, кусочки внутренних органов: мозг – 2, легкое – 2, сердце – 3 + 1 сосуд, почка – 1, печень – 1, поджелудочная железа – 1, опухолевидное образование желудка – 1.

Патолого-анатомический диагноз:

Алкогольная болезнь. Кардиомиопатия: Гипертрофия сердца (410 г), избыточное отложение эпикардального жира, закругленная верхушка, дряблая, тусклая сердечная мышца. Жировой гепатоз. Хронический бронхит. Эмфизема легких. Кардиосклероз. Атеросклероз грудного отдела аорты с участками кальциноза и распада. Венозное полнокровие и отек мягких мозговых оболочек. Асцит. Гидроперикард. Ссадина над рукояткой грудины.

Заключение:

На основании данных судебно-медицинского исследования трупа гражданина С. 37 лет и принимая обстоятельства дела, прихожу к заключению, что смерть его настала от ОССН от кардиомиопатии, о чем свидетельствует увеличенная масса сердца (410г.), избыточное отложение эпикардального жира, закругленная верхушка, дряблая, тусклая сердечная мышца. Кардиосклероз. Обнаруженная ссадина над рукояткой грудины могла возникнуть задолго до смерти от воздействия острого предмета и в причинной связи со смертью не находится. Других повреждений не обнаружено. От полостей и органов посторонний запах не исходит.

ОБРАЗЦЫ ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНЫХ ЛИСТОВ

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Полоцкий государственный университет»

Юридический факультет
Кафедра уголовного права и криминалистики

Контрольная работа

по дисциплине «Судебная медицина»
на тему:

№ Варианта

Курс. Группа
Фамилия, имя, отчество
Домашний адрес
Номер зачетной книжки

Новополоцк 200_

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Полоцкий государственный университет»

Юридический факультет
Кафедра уголовного права и криминалистики

РЕФЕРАТ
на тему:

Выполнил: _____ студент гр. ФИО
Проверил: _____ должность, ФИО

Новополоцк 200_

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Полоцкий государственный университет»

Юридический факультет
Кафедра уголовного права и криминалистики

Доклад

на студенческую научную конференцию.
Секция уголовного права и криминалистики
На тему:

Выполнил: _____ студент гр.; ФИО
Проверил: _____ должность; ФИО

Новополоцк 200_

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Гражданский кодекс Республики Беларусь: Принят Палатой Представителей 28 октября 1998 г.: Одобрен Советом республики 19 ноября 1998 г. // Ведомости национального собрания Республики Беларусь от 5 марта 1999 г. – № 7 – 9 (297 – 299); Ст. 101.
2. Гражданский кодекс Республики Беларусь: с комментариями к разделам / Комментарий В.Ф. Чигира. – Мн.: Амалфея, 1999.
3. Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь: Принят Палатой представителей 10 декабря 1998 г.: Одобрен Советом Республики 18 декабря 1998. // Ведомости национального собрания Республики Беларусь от 5 апреля 1999 г. – № 10 – 12. (300 – 302); Ст.102.
4. Декларация о трансплантации человеческих органов: Принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей. Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.
5. Закон Республики Беларусь «О нормативных правовых актах Республики Беларусь» от 13 января 2000 г. (в ред. от 4 января 2002 г.) // Национальный реестр правовых актов. – 2002. – № 3
6. Закон Республики Беларусь «О погребении и похоронном деле» от 12 ноября 2001 г. // Национальный реестр правовых актов. – 2002. – № 6.
7. Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» от 4 марта 1997 г. // Звезда. – 1997. – 6 марта. – № 46.
8. Инструкция о констатации смерти и порядке изъятия органов для трансплантации, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 июня 1997 г. №150. // Национальный реестр правовых актов. – 2000. – № 9.
9. Инструкция о порядке констатации биологической смерти и прекращения применения мер по искусственному поддержанию жизни пациента, утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 июля 2002 г. №47. // Звезда. – 2002. – 27 июля, № 156.
10. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями). Принята на республиканском референдуме 24 ноября 1996 г. – 3-е изд. – Мн.: Амалфея, 2002.
11. О здравоохранении Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ // Ведомасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь. – 1993. – № 24; Ст. 290
12. О милиции: Закон Республики Беларусь от 26 февраля 1991 г. №637- ХІІ: По состоянию на 5 апреля 2004 г. – Мн.: Дикта, 2004.
13. О некоторых вопросах оборота оружия на территории Республики Беларусь Указ Президента Республики Беларусь от 4 апреля 2003 г. № 134 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2003. – № 43, 1/4505; Опубликован – 16 апреля 2003 г.
14. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании Закон Республики Беларусь от 1 июля 1999 г. № 274-З // Ведомасці Нацыянальнага сходу Рэспублікі Беларусь. – 1999. – № 25; Ст.421
15. О судебной экспертизе по уголовным делам Постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 29 марта 2001 г. № 1 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2001. – № 39, 6/276; Опубликован - 24 апреля 2001 г.
16. Об оперативно-розыскной деятельности: Закон Республики Беларусь от 9 июля 1999 г. № 289-з: Принят Палатой представителей 24 июня 1999 г. Одобрен Советом Республики Национального собрания Республики Беларусь 30 июня 1999 г. // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь 1999 г. – № 57.

17. Об утверждении Инструкции о порядке выявления и фиксации идентификационных признаков неопознанных трупов: Постановление Министерства внутренних дел Республики Беларусь от 1 ноября 2004 г. № 241/01-11/1727; Государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь от 1 ноября 2004 г. № 241/01-11/1727 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2004 г., № 178, 8/11672; Опубликовано – 18 ноября 2004 г.

18. Об утверждении Инструкции о порядке производства судебных экспертиз и специальных исследований в Научно-исследовательском учреждении «Научно-исследовательский институт проблем криминологии, криминалистики и судебной экспертизы Министерства юстиции Республики Беларусь» Постановление Министерства юстиции Республики Беларусь от 31 июля 2003 г. № 20 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2003. – № 91, 8/9858.

19. Об утверждении Инструкции об использовании наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в оперативно-розыскной, экспертной деятельности и для подготовки служебных собак Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 12 февраля 2003 г. № 167 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2003. – № 22, 5/11956;

20. Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 1 июня 1998 г. № 868 // Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь. – 1998. – № 16; Ст.432; Опубликован – 24 февраля 2003 г.

21. Об утверждении Положения о независимой медицинской экспертизе: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 25 июля 2002 г. № 1006 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2002. – № 88, 5/10866; Опубликован – 8 августа 2002 г.

22. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь: Принят Палатой представителей 24 июня 1999 г.: Текст Кодекса по состоянию на 9 февраля 2004 г. – Мн.: Амалфея, 2004.

23. Уголовный кодекс Республики Беларусь: Принят Палатой представителей 2 июня 1999 г.: Одобрен Советом Республики 24 июня 1999 г.: Текст Кодекса с изменениями и дополнениями по состоянию на 10 февраля 2003 г. – Мн.: Беларусь, 2003.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акименко К. Защита прав человека на жизнь и индивидуальность // Юстиция Беларуси. – 2003. – № 4. – С. 63 – 64.

2. Бородулин В.В. Осмотр трупа со следами насилия (криминалистическая тактика): Учеб. пособие. – Домодедово: ВИПК МВД РФ, 1999.

3. В.Л. Попов, Н.П. Попова Правовые основы медицинской деятельности. – СПб., 1999.

4. Виноградова Е.Б., Марченко М.И. Использование температурных параметров развития мух в судебно-медицинской практике // Судебно-медицинский эксперт. – 1984. – № 1. – С. 16 – 19.

5. Датий А.В. Некоторые методы распознавания симулятивных проявлений у спейконтингентов ИТУ и СИЗО. – Тирасполь, 1993.

6. Зароастров О.М., Семячков А.К. О порядке назначения судебно-медицинской экспертизы // Судебно-медицинская экспертиза. – 1990. – Т. 33. – № 1.

7. Зверева Е.Л., Марченко М.И. Одно из направлений повышения точности энтомологических исследований при определении давности наступления смерти // Зверева Е.Л., Марченко М.И. Внедрение в практику новых методов судебной медицины и криминалистики. – Каунас. – 1987. – С 37 – 38.
8. Казак А.Н., Марченко М.И., Муратов В.А. Следственный эксперимент для установления возможности нахождения трупа в определенном месте и в определенное время // Казак А.Н., Марченко М.И., Муратов В.А. Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. – Л., 1982. – С. 140 – 141.
9. Кондратьев Ф, Ковалев М. Социальные и юридические аспекты самоубийства // Законность. – 1992. – № 8/9.
10. Ладю И.В. Совершенствование законодательства в сфере здравоохранения. // Чалавек. Грамадства. Свет. – 2003. – № 4. – С. 80 – 88.
11. Локтев В.Е., Федосюткин Б.А. Определение давности наступления смерти на месте происшествия. – М., 1992.
12. Марченко М. И. К вопросу о разрушении трупа насекомыми // Судебно-медицинский эксперт. – 1978. – № 1. – С. 17 – 20.
13. Марченко М.И. Влияние одежды и ее загрязнений на скорость разложения трупа насекомыми. // Марченко М.И. Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – Алма-Ата. – 1980. С. 51 – 53.
14. Марченко М.И. Источники посмертных повреждений трупа // Марченко М.И. I съезд судебных медиков Лат. ССР. – Рига. – 1985. – С. 259 – 260.
15. Марченко М.И. К определению времени наступления смерти по энтомофауне трупа // Марченко М.И. Научная конференция судебных медиков. – Л., 1973. – С. 78 – 79.
16. Марченко М.И. Классификация энтомофауны трупа. Биология мух и их судебно-медицинское значение // Судебно-медицинский эксперт. – 1980. – № 2. С. 17 – 20.
17. Марченко М.И. Методика лабораторного исследования цикла развития энтомофауны трупа для установления времени наступления смерти // Марченко М.И. Современные лабораторные методы определения давности процессов и объектов, судебно-медицинской экспертизы. – Труды 2-го МОЛГМИ. – М. – 1978. – С. 97 – 100.
18. Марченко М.И. Методика ретроспективного определения начала развития насекомых на трупе // Судебно-медицинский эксперт. – 1989. № 1. – С. 17 – 20.
19. Марченко М.И. Саморегуляция процесса разложения трупа // Марченко М.И. Мет. и практ. суд. мед. – Харьков, 1990. – С. 38 – 41.
20. Марченко М.И. Состояние и перспективы развития судебной энтомологии // Судебно-медицинский эксперт. – 1990. – № 3. – С. 39 – 42.
21. Марченко М.И. Эколого-фаунистическое исследование двукрылых, развивающихся на трупе, в условиях Северо-запада СССР. // Марченко М.И. Спячка энтомофауны Сев. Европы и Сибири. Тр. Зоолог, пнет. АН СССР. – Л., 1988. – С. 90 – 93.
22. Марченко М.И., Виноградова Е.Б. Влияние сезонных изменений температуры на скорость разложения трупа личинками мух // Судебно-медицинский эксперт. – 1984. – № 4. – С. 11 – 14.
23. Марченко М.И., Наинис Й-В.И. Судебно-медицинское исследование ложа трупа // Судебно-медицинский эксперт. – 1986. – № 1. – С. 16 – 18.

24. Марченко М.И., Скрижинский С.Ф. Энтомологические исследования при судебно-медицинской экспертизе трупа // Судебно-медицинский эксперт. – 1985. – № 3. – С. 42 – 44.
25. Медицинское право: Учеб. пособие / Под ред. С.В. Агиевец. – Гродно: ГрГУ, 2003.
26. Н.Н. Панков К вопросу управления и защите прав личности в области здравоохранения // Проблемы управления. – 2004. - №1. – С.99 -101.
27. Назаров Г.Н., Николенко Л.П. Судебно-медицинское исследование электротравмы. – М., 1992.
28. Найнис Й-В.И., Марченко М.И. Методика исследования фауны при судебно-медицинской экспертизе трупа // Судебно-медицинский эксперт. – 1989. – № 4. – С. 3 – 6.
29. Найнис Й-В.И., Марченко М.И., Казак А.Н. Расчетный метод установления времени нахождения трупа на месте его обнаружения по энтомофауне трупа // Судебно-медицинский эксперт. – 1982. – № 4. – С. 21 – 23.
30. Наумов В.Н. Установление механизма образования телесного повреждения у живого лица в условиях неочевидности // Судебно-медицинская экспертиза. – 1995. – Т. 38. – № 3.
31. Об уголовно-правовой защите прав человека от общественно опасных нарушений биоэтики / Н.Е. Крылова // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 11. Право. – 2003. – С. 38 – 58.
32. Озеров А.Л. К изучению трупных мух Дальнего Востока СССР // Архив Зоологического музея Мос. государственного института. – 1989. – № 27. – С. 114 – 142.
33. Озеров А.Л. Каллифориды и карниды (Diptera, Calliphoridae, Carnidae) Зейского государственного заповедника // Труды Зоологического института АН СССР. – 1986. – № 146. – С. 79 – 86.
34. Озеров А.Л. Некробионтные двукрылые (Diptera) лесов юга Дальнего Востока СССР: Автореф. дис. канд. биолог, наук. – М., 1988.
35. Охрана здоровья: прочие вопросы: Законодательство. Документы и комментарии // Закон. – 2000. – №2. – С. 75 – 84.
36. Павлов Ю.В., Алисеевич В.И. О некоторых современных методах судебно-медицинского исследования спермы: Учебно-методическое пособие. – М., 1995.
37. Петров В.П. Об определении давности смерти при исследовании трупов, длительно находившихся на местности // Мат. 2-й расшир. научно-практ. конф. суд. мед. и пат. анат. Эст. ССР. – Таллинн, 1966. – № 2. – С. 250 – 251.
38. Петров В.П. Судебно-медицинская экспертиза при установлении личности умершего человека: Автореф. дис. д-ра. мед. наук. – Л., 1968.
39. Петров В.П. Фауна трупа и ее значение для судебной экспертизы // Тез. докл. к 11-й расшир. конф. – Ленинград, отд. ВНОСМнК н научи, сессии Ин-та суд. мед. МЗ СССР 27 – 30 июня 1961 г. – Л., 1961. – С. 156 – 157.
40. Плевинскис П.В. Участие судебного медика в следственных действиях по проверке показаний в случаях повреждений острыми орудиями // Судебно-медицинская экспертиза. – 1995. – № 1.
41. Римма Ключко Условия правомерности изъятия органов и тканей POST MORTEM // Юстиция Беларуси. – 2004. – № 1. – С. 73 – 75.
42. Савенок А.Л. Уголовное право Республики Беларусь: Особенная часть: Учеб.-метод. пособие / А.Л. Савенок, В.С. Ялович. – Мн.: Технология, 2001.

43. Сальников В.П., Стеценко С.Г. Трансплантация органов и тканей человека: Проблемы правового регулирования. – СПб., 2000.
44. Самойличенко А.Н. О классификации девственной плевы // Судебно-медицинская экспертиза. – 1990. – Т. 33. – № 1.
45. Самойличенко А.Н. Основы судебно- медицинской гинекологии. – Караганда, 1994.
46. Солохин А.А. Диссертации по судебной медицине 1987 – 1989 гг. // Судебно-медицинская экспертиза. – 1990. – Т. 33. – № 3.
47. Сорокин В.И., Гаевский А.В., Дектерев Е.В., Волков С.К. Использование экспресс-тестов при исследовании наркотических средств и сильнодействующих веществ: Учеб. пособие. – М., 1997.
48. Социологическая оценка правового регулирования органного донорства для трансплантации в России. / Е.Н. Степанова // Вестник Моск. Ун-та. Серия 18, Социология и политология. – 2002. – № 4. – С. 174 – 178.
49. Спещиц В.К. Судебно-медицинская экспертиза при дорожно-транспортных происшествиях. – Мн., 1976.
50. Справочник следователя: Практическая криминалистика: подготовка и назначение судебных экспертиз. – Вып. 3-й. – М., 1992.
51. Стегнотова Т.В. О некоторых ошибках при судебно-медицинском исследовании вещественных доказательств // Судебно-медицинская экспертиза. – 1989. – Т. 32. – № 3.
52. Судебная медицина Учебник / Под ред. Г.А. Пашиняна. – М., 202.
53. Султанов М.Н. Укусы ядовитых животных. – М., 1977.
54. Торвальд Ю. Век криминалистики. – М., 1984.
55. Туребаев О.Н. К установлению давности образования пятен крови // Судебно-медицинская экспертиза. – 1985. – Т. 28. – № 4.
56. Уголовное право Республики Беларусь. Особенная часть: Учеб. пособие / Н.Ф. Ахраменка, Н.А. Бабий, В.В. Борода и др.; Под ред. Н.А. Бабия и И.О. Грунтова. – Мн.: Новое знание, 2002.
57. Федосюткин Б.А. Получение идентификационной и розыскной информации о личности погибшего (умершего): Учеб. пособие. – М., 1988.
58. Хижнякова К.И. Возможности судебно-медицинской экспертизы при определении времени наступления смерти: Учеб. пособие. Ч. 1. – М., 1973.
59. Этика биомедицинских исследований / Под ред. Б.Г. Юдина. – М., 1989.
60. Юсупов Р.М. Судебно-медицинское значение патологических изменений волос // Судебно-медицинская экспертиза. – 1985. – Т. 28. – № 2.
61. Якупов Р.А. Оценка тяжести расстройства функций некоторых органов и систем в результате странгуляции шеи // Судебно-медицинская экспертиза. – 1986. – Т. 29. – № 3.

СОДЕРЖАНИЕ

От автора	3
Введение	5
Практическое занятие № 1	7
Практическое занятие № 2	19
Практическое занятие № 3	72
Практическое занятие № 4	82
Практическое занятие № 5	90
Практическое занятие № 6	105
Практическое занятие № 7	118
Практическое занятие № 8	138
Практическое занятие № 9	146
Методические указания по выполнению контрольных работ	154
Критерии оценки знаний по рейтинговой системе	166
Вопросы к постановлениям о назначении	170
Судебно-медицинских экспертиз	196
Проблемы идентификации в судебной медицине	219
Материалы для анализа к практическим занятиям	274
Бланки процессуальных документов	308
Нормативные правовые акты	354
Литература	355

Учебное издание

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
для студентов специальности 1-24 01 02 «Правоведение»
дневной и заочной форм обучения

В двух частях

Часть 2

Автор-составитель

Лузгин Иван Иванович

Редактор Ю.Г. Зеленко

Дизайн обложки И.С. Васильевой

Подписано в печать 26.04.2006. Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Гарнитура Таймс. Бумага офсетная.
Печать трафаретная. Усл. печ. л. 20,88. Уч.-изд. л. 22,44. Тираж 144. Заказ 567

Издатель и полиграфическое исполнение –
Учреждение образования «Полоцкий государственный университет»

ЛИ № 02330/0133020 от 30.04.04

ЛП № 02330/0133128 от 27.05.04

211440 г. Новополоцк, ул. Блохина, 29