

Учреждение образования
«Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»
кафедра уголовно-правовых дисциплин

С. Б. Третьяков

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности 1-24 01 02 «Правоведение»

Брест
БрГУ имени А.С. Пушкина
2021



Начало

Содержание



Страница 1 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

УДК 340.6(476)(075.8)

*Рекомендовано редакционно-издательским советом
Учреждения образования
«Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»*

Автор-составитель:

старший преподаватель кафедры уголовно-правовых дисциплин
С.Б. Третьяков

Рецензенты:

кафедра специальных юридических дисциплин Частного учреждения
образования «БИП – Институт правоведения» Гродненского филиала

кандидат юридических наук, доцент кафедры уголовно-правовых дисциплин
УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»
С.М. Храмов



Начало

Содержание



Страница 2 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

Третьяков, С. Б.

Судебная медицина : учеб.-метод. комплекс / Авт.-сост. С. Б. Третьяков ; Брест. гос. ун-т имени А.С. Пушкина. – Брест : БрГУ, 2021. – 257 с.

Учебно-методический комплекс включает содержание учебной дисциплины, теоретический раздел (конспект лекций), материалы к практическим занятиям, вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой, примерные вопросы для подготовки к зачету, список нормативных правовых актов и специальной литературы, что позволяет обеспечить целостность и системность учебного процесса, организовать самостоятельную работу студента.

Предназначен для студентов юридических факультетов вузов, обучающимся по специальности 1-24 01 02 «Правоведение». Может быть использован в правоприменительной деятельности и при организации повышения квалификации судей и сотрудников правоохранительных органов.



Начало

Содержание



Страница 3 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

© УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», 2021
Учебно-методический комплекс «Судебная медицина» студентов юридического
факультета специальности 1-24 01 02 «Правоведение»

Автор-составитель: **С.Б. Третьяков**



Начало

Содержание



Страница 4 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
Содержание учебной дисциплины	10
Тематические планы	18
Теоретический раздел	20
Тема 1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований	21
Тема 2. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц	45
Тема 3. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа	67
Тема 4. Механические повреждения	107
Тема 5. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания	122
Тема 6. Повреждения и смерть от физических факторов	133
Тема 7. Судебно-медицинская токсикология	143
Тема 8. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств	157
Тема 9. Судебно-медицинские исследования по вопросам ответственности медицинских работников, правовое регулирование медицинской деятельности	171
Практическая часть	181
Семинарские занятия: темы, планы	181
Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе	187
Примерные вопросы для подготовки к зачету	214
Список нормативных правовых актов и специальной литературы	217
Словарь основных судебно-медицинских понятий и терминов.	223



Начало

Содержание



Страница 5 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Введение

Предназначен для студентов юридического факультета, проходящих обучение по специальности «Правоведение».

«Судебная медицина» – учебная дисциплина, предмет изучения которой теория и практика специальных исследований для решения медико-биологических вопросов, возникающих в уголовном и административном процессе, в судебном производстве по гражданским делам. Содержание судебной медицины составляет использование медицинских знаний для решения правовых задач.

Цели и задачи дисциплины:

- обеспечение усвоения студентами знаний для решения правовых задач, составляющих содержание дисциплины, а также организации производства судебно-медицинских экспертиз и структуры медицинских судебных экспертных учреждений;

- формирование у студентов умений в области судебной медицины.

Основные задачи изучения дисциплины «Судебная медицина»:

формирование у студентов знаний:

- об основных нормативных правовых актах, определяющих судебно-медицинскую деятельность;

- об основных положениях судебно-медицинской танатологии;

- о принципах описания трупа и вещественных доказательств на месте происшествия;

- об общих положениях судебной травматологии;

- об общих положениях исследования обвиняемых, потерпевших и других лиц;

- о методах и возможностях судебно-медицинских исследований вещественных доказательств;

- о положениях судебно-медицинской токсикологии;



Начало

Содержание



Страница 6 из 257

Назад

На весь экран

Закреть



- об ответственности медицинских работников в профессиональной деятельности. выработка умений;
- формулировать задачи и вопросы для проведения судебно-медицинских экспертиз;
- определять задачи специалисту при осмотре трупа на месте его обнаружения и по изъятию вещественных доказательств;
- оценивать научную достоверность и доказательственное значение результатов судебно-медицинских исследований;
- распознавать и характеризовать трупные явления;
- классифицировать смерть по категории и роду;
- определять повреждения на теле человека в соответствии с характером и анатомической локализацией, понимать механизм возникновения повреждений.

Основные задачи изучения дисциплины «Судебная медицина»:

сформировать у студентов **знания:**

- об основных нормативных правовых актах, определяющих судебно-медицинскую деятельность, принципов проведения судебно-медицинских исследований;
- о современных особенностях организации судебно-медицинских исследований;
- об основных положениях судебно-медицинской танатологии;
- о принципах описания трупа и вещественных доказательств на месте происшествия;
- об общих положениях травматологии;
- об общих положениях исследования физических лиц;
- о методах судебно-медицинских исследований вещественных доказательств и их возможностей;
- о положениях судебно-медицинской токсикологии;
- о вопросах ответственности медработников в профессиональной деятельности.

[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 7 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Сформировать у студентов умения:

- формулировать задачи и вопросы для проведения судебно-медицинских экспертиз;
- определять задачи специалисту при осмотре трупа на месте его обнаружения и по изъятию вещественных доказательств;
- оценивать научную достоверность и доказательственное значение результатов судебно-медицинских исследований;
- распознавать и характеризовать трупные явления;
- классифицировать смерть по категории и роду;
- определять повреждения на теле человека в соответствии с характером и анатомической локализацией, понимать механизм возникновения повреждений.

В результате изучения дисциплины «Судебная медицина» студенты должны **владеть:**

- умением применять базовые научно-теоретические знания для решения теоретических и практических задач.
- системным и сравнительным анализом.
- исследовательскими навыками.
- умением работать самостоятельно.
- быть способным вырабатывать новые идеи (обладать креативностью).
- междисциплинарным подходом при решении проблем, умением учиться, повышать свою квалификацию в течение всей жизни.

Содержание дисциплины раскрывается и усваивается в процессе чтения лекций, проведения семинарских занятий, самостоятельной работы студентов. Основными являются активные методы: проблемное обучение (проблемное изложение, частично-поисковый и исследовательский методы), разбор ситуаций, деловые игры, решение задач. При изучении дисциплины необходимо применять следующие основные научные методы познания: формально-юридический метод; метод статистического анализа; сравнительно-правовой метод; исторический метод.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 8 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

В итоге студент должен приобрести базовые знания и навыки практического применения судебной медицины. Вопросы судебной медицины тесно связаны с изучением криминалистики, а также с такими дисциплинами, как «Уголовный процесс», «Уголовное право», «Гражданское право», «Гражданский процесс».

С целью достижения названных целей и решения поставленных задач появилась необходимость создания учебно-методического комплекса. Таковой включает содержание учебной дисциплины, теоретический раздел (конспект лекций), материалы к практическим занятиям, вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой, примерные вопросы для подготовки к зачету, список нормативных правовых актов и специальной литературы. Указанное позволяет обеспечить целостность и системность учебного процесса, а так же организовать самостоятельную работу студента и минимизировать затраты времени на изучение дисциплины.

Основу пособия составил теоретический раздел – конспект лекций, в содержание которых, помимо актуальной теоретической части, включены также практико-ориентированные элементы. Конспект основан на действующих нормативных правовых актах Республики Беларусь, теоретических источниках советских, белорусских и российских ученых.

УМК позволяет сократить объем конспектируемой на лекциях информации, дает возможность ознакомления с теоретическим материалом и нормативными источниками до лекций, обеспечивает их углубленное изучение после лекции.

УМК предназначен для студентов юридического факультета, обучающихся по специальности 1-24 01 02 «Правоведение». Наряду с теоретическими положениями пособие содержит практические рекомендации по формулированию вопросов в случаях назначения судебно-медицинских экспертиз. Может быть использовано в правоприменительной деятельности, а также при организации повышения квалификации судей и сотрудников правоохранительных органов.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 9 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)

Содержание учебной дисциплины

Тема 1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований.

Судебная медицина как наука, врачебная специальность и учебная дисциплина. Предмет судебной медицины и его содержание.

Развитие судебной медицины в Республике Беларусь и в зарубежных странах. Современная система медицинских судебных экспертных учреждений в Республике Беларусь. Основные этапы развития системы медицинских экспертных учреждений в Республике Беларусь. Судебно-медицинские экспертные учреждения за рубежом.

Виды деятельности в судебной медицине. Содержание понятия «специальные знания» в применении к судебно-медицинским исследованиям. Цель, задачи, виды судебно-медицинских исследований. Содержание понятия «медицинская судебная экспертиза». Объекты судебно-медицинской экспертизы и исследований специалистом.

Основания для назначения и случаи обязательного назначения судебно-медицинских экспертиз. Порядок назначения судебно-медицинской экспертизы. Особенности назначения судебно-медицинской экспертизы в стадии возбуждения уголовного дела, на предварительном расследовании, в судебном производстве. Судебно-медицинские экспертизы по уголовным и гражданским делам, делам об административных правонарушениях. Процессуальная регламентация проведения судебно-медицинской экспертизы. Виды судебно-медицинских экспертиз по объекту, последовательности, количеству и составу участвующих экспертов. Случаи проведения судебно-медицинских экспертиз комиссией экспертов.

Документация при назначении и проведении медицинских судебных экспертиз. Производство экспертиз на платной основе по обращениям физических и юридических лиц.



Начало

Содержание



Страница 10 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Участие специалиста в области судебной медицины в следственных действиях, в судебном производстве.

Права, обязанности, ответственность эксперта и специалиста. Правовое положение юридически заинтересованных лиц в связи с экспертизой. Основания для отвода судебно-медицинского эксперта.

Тема 2. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц

Освидетельствование в уголовном и гражданском процессе, исследование специалистом подозреваемых, обвиняемых, потерпевших и других лиц, пределы компетенции и регламентация проведения.

Судебно-медицинская экспертиза подозреваемых, обвиняемых, потерпевших и других лиц; виды в зависимости от задач исследования. Правовое положение лиц, в отношении которых выполняется судебно-медицинская экспертиза. Проведение судебно-медицинской экспертизы при необходимости стационарного наблюдения за лицом.

Судебно-медицинская экспертиза характера и тяжести телесных повреждений, решаемые вопросы. Определение понятия «телесные повреждения»; понятие о травматическом факторе, вызывающем телесные повреждения. Критерии степеней тяжести телесных повреждений. Способы причинения телесных повреждений.

Судебно-медицинская экспертиза возраста. Биологический и хронологический (паспортный) возраст, возрастные биологические периоды.

Судебно-медицинская экспертиза и медицинские исследования состояния здоровья человека, а также в случаях обмана в отношении состояния здоровья (при симуляции, диссимуляции, аггравации, самоповреждениях, искусственных заболеваниях).

Судебно-медицинская экспертиза и медицинские исследования при определении вреда здоровью, разрешаемые вопросы. Определение понятия «вред здоровью».



Начало

Содержание



Страница 11 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Установление причинения вреда здоровью. Медицинский компонент физических и нравственных страданий при моральном вреде.

Судебно-медицинская экспертиза и медицинские исследования при половых преступлениях, пределы компетенции и решаемые задачи.

Судебно-медицинская экспертиза и медицинские исследования репродуктивной функции человека, при спорных половых состояниях, при криминальном аборте.

Тема 3. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа

Основные положения танатологии: умирание как процесс, терминальные состояния, смерть, констатация смерти. Смерть клиническая, смерть биологическая, смерть мозга, мнимая смерть. Понятие о переживании тканей, значение признаков переживания тканей. Социально-правовая классификация смерти. Ситуационная характеристика (род) насильственной смерти. Ненасильственная смерть: естественная, прогнозируемая, скоропостижная.

Трупные изменения, значение их исследования для решения судебно-медицинских задач. Ранние трупные изменения: трупные пятна, окоченение, высыхание, охлаждение, аутолиз внутренних органов. Поздние разрушающие трупные изменения (гниение и его виды, разрушение насекомыми, животными и др.). Консервирующие трупные изменения (мумификация, жировоск, торфяное дубление и др.). Причины трупных изменений. Способы сохранения трупа (бальзамирование, пластинация).

Определение давности наступления смерти по трупным изменениям и признакам переживания тканей.

Участие государственного медицинского судебного эксперта (врача иной специальности) в осмотре трупа на месте его обнаружения и при эксгумации трупа.

Судебно-медицинская экспертиза трупа, решаемые вопросы. Особенности исследования и решаемые вопросы при судебно-медицинской экспертизе расчлененных трупов, костных останков, трупов новорожденных, при



Начало

Содержание



Страница 12 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

скоропостижной смерти, в случаях смерти от инфекционных заболеваний. Общее понятие о судебно-гистологических, судебно-химических, биохимических и других исследованиях (экспертизах) при производстве судебно-медицинской экспертизы трупа.

Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта при решении вопросов о категории, роде и виде смерти. Общее понятие о судебно-медицинском диагнозе. Врачебное свидетельство о смерти.

Значение судебно-медицинской экспертизы и особенности ее проведения в случаях массовой гибели людей при природных и техногенных катастрофах.

Тема 4. Механические повреждения

Понятие о механической травме и механизмах повреждения тканей (удар, сдавливание, растяжение, сдвиг, изгиб, кручение, сотрясение).

Определение понятий «ссадина», «кровоподтек», «рана», «кровоизлияние», «гематома», «перелом», «вывих», «разрыв», «расчленение»; механизмы их образования. Нарушение физиологических функций при механических травмах. Заживление повреждений, изменчивость процессов. Определение давности причинения повреждений. Общие принципы судебно-медицинского изучения и регистрации повреждений. Причины смерти при механических повреждениях.

Повреждения тупыми предметами: классификация тупых предметов, механизмы травматизации тканей, вызываемые повреждения.

Повреждения острыми предметами: классификация острых предметов, механизмы травматизации тканей, вызываемые повреждения.

Транспортная травма: автотравма (определение понятия, классификация, механизмы травматизации), железнодорожная травма и ее особенности, авиационная травма и ее особенности. Моделирование ситуации транспортной травмы по характеру и особенностям повреждений, механизм возникновения совокупности повреждений.



Начало

Содержание



Страница 13 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Повреждения при падении с высоты и на плоскости: определение понятий, особенности повреждений, механизм возникновения совокупности повреждений.

Огнестрельные повреждения: определение понятия. Пулевые огнестрельные повреждения. Виды действия пули. Дополнительные факторы выстрела. Составляющие элементы огнестрельной раны. Определение дистанции выстрела (в упор, с близкой и неблизкой дистанции). Особенности повреждения из дробового оружия. Повреждения из газового ствольного оружия. Повреждения холостыми зарядами и из атипичного оружия. Взрывная травма: механизмы возникновения повреждений, их характеристика.

Вопросы, решаемые при различных видах механических повреждений. Возможности судебной медицины при установлении рода смерти в случаях механической травмы.

Признаки нанесения повреждений собственной рукой (самоповреждений).

Тема 5. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания

Гипоксические состояния, причины. Понятие об асфиксии. Развитие процесса кислородного голодания и общие признаки асфиксии.

Механическая асфиксия. Классификация (виды) механических асфиксий. Странгуляционные асфиксии: повешение, удушение петлей, удушение руками, сдавливание шеи различными предметами или частями тела. Обтурационные асфиксии: закрытие дыхательных отверстий рта и носа, закрытие просвета дыхательных путей твердыми телами, сыпучими материалами, жидкостями (аспирация жидкостей, утопление), аспирация рвотных масс. Компрессионная асфиксия: сдавливание живота, груди.

Асфиксия замкнутого пространства. Характерные признаки при различных видах механических асфиксий.



Начало

Содержание



Страница 14 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Тема 6. Повреждения и смерть от физических факторов

Повреждения и смерть от действия технического и атмосферного электричества.

Повреждения и смерть от действия изменений барометрического давления: острая баротравма, кессонная болезнь, высотная (горная) болезнь.

Локальное и общее действие крайних температур. Отморожения. Смерть от переохлаждения. Смерть от действия высокой температуры. Ожоги, их степени, ожоговая болезнь. Причины смерти при пожарах, признаки прижизненного действия высоких температур и пламени.

Повреждения лучистой энергией.

Изменения от действия физических факторов на человека, отдаленные последствия. Решаемые вопросы в случаях повреждений и смерти от действия физических факторов.

Тема 7. Судебно-медицинская токсикология

Понятие о яде (токсине). Условия действия яда. Устойчивость и повышенная чувствительность организма к воздействию ядовитых веществ. Пути попадания ядов в организм.

Классификации ядов по происхождению. Группы ядовитых веществ по механизму воздействия: яды местного и общего действия. Особенности отравлений ядами различных групп: коррозионными, функциональными, деструктивными, кровяными. Отравление как травма и заболевание.

Исходы отравлений. Причины смерти при отравлениях. Острые и хронические отравления. Пищевые отравления. Лекарственные отравления. Общие принципы лабораторного определения ядовитых веществ. Вопросы, решаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа в случаях отравления или при подозрении на отравление.

Понятие наркотических и психотропных веществ. Группы наркотиков по характеру психофизиологического действия.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 15 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Отравление алкоголем. Степени алкогольного опьянения (отравления). Алкоголизм, наркомания, токсикомания как заболевания, их правовые, социальные и медицинские аспекты.

Тема 8. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств

Судебно-медицинская классификация вещественных доказательств.

Обнаружение на месте происшествия объектов биологического происхождения, их изъятие, упаковка, направление на судебно-медицинскую экспертизу, решаемые вопросы.

Виды следов крови на месте происшествия в зависимости от механизма образования (следы крови от падения, растекания, соприкосновения), возможности судебно-медицинского исследования следов крови.

Возможности судебно-медицинского исследования спермы, волос, слюны, влагалищного отделяемого содержимого и других объектов биологического происхождения.

Отождествление личности по биологическим следам: понятие о полиморфных факторах, общие сведения о генотипе. Групповые серологические (белковые) факторы, понятие «выделительство». Возможности судебно-генетической (генотипоскопической) экспертизы. Вопросы, решаемые при судебно-медицинской экспертизе биологических объектов. Судебно-биологические генетические исследования при экспертизе родства по гражданским и уголовным делам.

Судебно-медицинское исследование в качестве вещественных доказательств объектов небиологического происхождения. Идентификация различных предметов по повреждениям на теле и одежде человека.

Возможности лабораторной идентификации костных останков: определение пола, возраста давности захоронения восстановление черт лица по черепу, идентификация по рентгенограммам и прижизненным фотографиям.



Начало

Содержание



Страница 16 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Тема 9. Судебно-медицинские исследования по вопросам ответственности медицинских работников, правовое регулирование медицинской деятельности

Профессиональные правонарушения, влекущие уголовную ответственность медицинских работников. Гражданская ответственность медицинских работников при оказании медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза качества медицинской помощи.

Неоказание медицинской помощи. Причинение вреда при оказании медицинской помощи. Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Оценка необходимости и длительности медицинских мероприятий по оказанию помощи и понятие их достаточности. Понятия о врачебной ошибке и несчастном случае в медицинской практике. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинскими исследованиями при неоказании и ненадлежащем оказании медицинской помощи, пределы компетенции специальных медицинских исследований. Возможности судебной медицины по улучшению качества оказания медицинской помощи.

Регламентация профессиональных прав и обязанностей медицинских работников; основные нормативные акты, регулирующие медицинскую деятельность. Судебно-медицинские знания в правовом регулировании вопросов трансплантации, стерилизации мужчин и женщин, искусственного оплодотворения, экспериментов по клонированию. Понятие врачебной тайны. Судебно-медицинские знания и исследования при установлении актов гражданского состояния (рождения, смерти, установлении отцовства).

Этика судебно-медицинских исследований.



Начало

Содержание



Страница 17 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

Тематические планы

Дневная форма получения образования

Тема	Количество аудиторных часов		
	Лекции	Семинарские занятия	Всего
1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований	4	4	8
2. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц	2	2	4
3. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа	2	2	4
4. Механические повреждения	2	2	4
5. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания	2	2	4
6. Повреждения и смерть от физических факторов	2	2	4
7. Судебно-медицинская токсикология	2	2	4
8. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств	2	2	4
9. Судебно-медицинские исследования по вопросам ответственности медицинских работников, правовое регулирование медицинской деятельности	2	2	4
Итого	20	20	40



Начало

Содержание



Страница 18 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

Заочная форма получения образования

Тема	Количество аудиторных часов		
	Лекции	Семинарские занятия	Всего
1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц	4	4	8
2. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа. Механические повреждения. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания	2	2	4
3. Повреждения и смерть от физических факторов. Судебно-медицинская токсикология. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств. Судебно-медицинские исследования по вопросам ответственности медицинских работников, правовое регулирование медицинской деятельности	2	2	4
Итого	6	6	12



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 19 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Заочная сокращенная форма получения образования

Тема	Количество аудиторных часов		
	Лекции	Семинарские занятия	Всего
1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц	4	4	8
2. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа. Механические повреждения. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания	2	2	4
3. Повреждения и смерть от физических факторов. Судебно-медицинская токсикология. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств. Судебно-медицинские исследования по вопросам ответственности медицинских работников, правовое регулирование медицинской деятельности	2	-	2
Итого	6	4	10



Начало

Содержание



Страница 20 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Теоретический раздел

Тема 1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований

Вопросы:

1. Судебная медицина как наука, врачебная специальность и учебная дисциплина. Предмет, задачи и методы судебной медицины.
2. Развитие судебной медицины в Республике Беларусь и зарубежных странах. Организация медицинской судебной экспертизы в Республике Беларусь на современном этапе.
3. Уголовно-процессуальный порядок назначения и проведения экспертиз. Правовое положение эксперта.
4. Организация и порядок проведения судебно-медицинских экспертиз в Республике Беларусь.

1. Судебная медицина как наука, врачебная специальность и учебная дисциплина. Предмет, задачи и методы судебной медицины.

Современная судебная медицина – это мультидисциплинарная наука, изучающая и решающая медико-биологические вопросы, возникающие в судебно-следственной практике, в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных, административных и гражданских дел.

Предметом судебной медицины являются теория и практика судебно-медицинской экспертизы, т.е. конкретное применение медицинских знаний для целей следственной и судебной практики.

Судебная медицина, как показывает само название, имеет отношение к двум отраслям знания – медицине и праву. По своему содержанию это наука медицинская, в которой можно найти разделы различных медицинских специальностей, и ее



Начало

Содержание



Страница 21 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

развитие тесно связано с развитием медицины и естествознания. Существенной особенностью судебной медицины как специальности является то, что она изучает не один вид расстройства или нарушения одного определенного органа, а имеет объектом исследования всего человека в его нормальном физиологическом и патологическом состояниях. Однако объем судебной медицины определяется потребностями науки права: в судебную медицину входят только избранные отделы медицинских специальностей и естествознания – именно те, содержание которых необходимо для судебных целей. Этими же причинами объясняется существование в судебной медицине таких разделов, которые ни в какой другой медицинской специальности не встречаются.

Судебная медицина развивается на основе своих собственных научных исследований, используя в то же время как достижения других медицинских наук, так и данные физики, химии, криминалистики и техники. Наиболее близко судебная медицина связана с такими медицинскими дисциплинами, как патологическая анатомия, физиология, клиническая токсикология, акушерство и гинекология, травматология, педиатрия и др.

Судебно-медицинская практика заключается, прежде всего, в исследовании объектов судебно-медицинской экспертизы по определенным поводам. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются живые лица, трупы, вещественные доказательства биологического происхождения, материалы следственных и судебных дел и др. Специалисты, выполняющие эти действия, именуются медицинскими судебными экспертами.

Методы, используемые судебной медициной в научной и практической работе, характеризуются большим разнообразием, что обусловлено многообразием и сложностью объектов исследования, специфичностью решаемых задач.

К общенаучным методам судебной медицины относятся системы приемов и правил, рекомендаций по изучению конкретных объектов, предметов, фактов – наблюдение, описание, сравнение, эксперимент, моделирование, математическая обработка и др.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 22 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Специальными методами исследования являются, прежде всего, частные методы исследования, применяемые в других отраслях медицины (рентгенография, компьютерная томография, магнитная резонансная томография, электромиография и т.д.). При исследовании трупов используются гистологические, микробиологические, инструментальные и другие методы. Поскольку судебная медицина решает специфические проблемы, разрабатываются оригинальные методы исследования для решения вопросов экспертной и правовой практики – установление давности наступления смерти, диагностика прижизненных и посмертных повреждений, идентификация человека и орудия преступления, установление механизма травмы и др.

Содержание судебно-медицинской науки составляют судебно-медицинская танатология, судебно-медицинская травматология, судебно-медицинское акушерство и гинекология, судебно-медицинская токсикология и др.

Судебно-медицинская экспертиза – это процессуальное действие, осуществляемое экспертом (экспертами) по постановлению (определению) органа (лица), назначившего экспертизу, в целях разрешения вопросов медико-биологического характера, возникающих у органа (лица), назначившего экспертизу, при разрешении заявлений и сообщений о преступлениях, в ходе предварительного расследования уголовных дел, судебного разбирательства, рассмотрения дел об административных правонарушениях и состоящее в проведении научно-практического исследования (исследований) и даче заключения эксперта либо сообщении о невозможности дачи заключения эксперта на основе специальных знаний в сфере судебной медицины в целях установления фактических данных и (или) обстоятельств, имеющих значение для разрешения материала или дела, рассматриваемого в административном, гражданском, уголовном или хозяйственном процессе.

Проведение экспертизы основывается на принципах:

– законности;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 23 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

- соблюдения прав и свобод личности, прав и законных интересов индивидуального предпринимателя и юридического лица;
- независимости эксперта;
- объективности, всесторонности и достаточности судебно-экспертных исследований.

2. Развитие судебной медицины в Республике Беларусь и зарубежных странах. Организация медицинской судебной экспертизы в Республике Беларусь на современном этапе.

Развитие судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы как ее практического воплощения в Республике Беларусь основывалось на достижениях науки советского периода. К концу 80-х годов XX в. судебно-медицинская экспертиза в Беларуси представляла собой хорошо организованную систему экспертных учреждений, кафедр и курсов судебной медицины высших учебных заведений. В республике имелось восемь бюро судебно-медицинских экспертиз с 35 межрайонными и районными отделениями, которые входили в состав местных органов здравоохранения, и три кафедры судебной медицины в медицинских институтах.

С распадом СССР и сопровождавшими его общественно-политическими и экономическими изменениями стало резко ухудшаться материально-техническое обеспечение экспертных учреждений. Практически прекратила развиваться сеть районных и межрайонных отделений. Для исправления сложившейся неблагоприятной ситуации был подготовлен и проведен начальный этап реорганизации судебно-медицинской службы. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19 июля 1993 г. № 474 служба судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Беларусь была преобразована в Государственную судебно-медицинскую экспертизу Республики Беларусь.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 24 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Проведенная реформа сыграла положительную роль в развитии и становлении судебно-медицинской экспертизы, однако были сохранены подчинение экспертных учреждений местным органам здравоохранения и обусловленная этим децентрализация финансирования и управления их деятельностью. Поэтому реформа 1993 г. носила половинчатый характер и в силу этого не смогла решить весь комплекс проблем, стоящих перед судебными медиками.

Для их решения был издан Указ Президента Республики Беларусь от 28 января 1997 г. № 112 «О Государственной службе судебно-медицинской экспертизы при Министерстве здравоохранения», согласно которому региональные подразделения судебно-медицинской экспертизы были выведены из подчинения местных органов здравоохранения и подчинены Главному государственному судебно-медицинскому эксперту республики. Это позволило улучшить управление структурными подразделениями Службы, повысить координацию деятельности ее региональных учреждений, устранить административно-территориальный принцип организации их работы и заметно увеличить число районных и межрайонных отделений. Финансирование Службы непосредственно из республиканского бюджета способствовало значительному улучшению ее материально-технического обеспечения.

Вместе с тем возникли противоречия между реально сложившейся практикой деятельности Службы и формально существовавшим ее статусом, вытекающим из нахождения при Министерстве здравоохранения. Это было обусловлено, в том числе, проведением судебно-медицинских экспертиз по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников. В целях обеспечения независимости экспертной деятельности и повышения ее роли в борьбе с преступностью Указом Президента Республики Беларусь от 6 ноября 1998 г. № 532 была создана Белорусская государственная служба судебно-медицинской экспертизы, подчиненная непосредственно Правительству Республики Беларусь.

В дальнейшем в процессе совершенствования системы республиканских органов государственного управления и иных государственных организаций,



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 25 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

подчиненных Правительству Республики Беларусь, Указом Президента Республики Беларусь от 29 декабря 2001 г. № 808 Белорусская государственная служба судебно-медицинской экспертизы была преобразована в Государственную службу медицинских судебных экспертиз, непосредственно подчиняющуюся Генеральному прокурору Республики Беларусь. На Службу дополнительно были возложены функции организации и производства судебно-психиатрических экспертиз, ранее выполнявшихся в учреждениях Министерства здравоохранения Республики Беларусь, а также контроль качества оказания медицинской помощи населению лечебно-профилактическими учреждениями, независимо от форм собственности.

При этом Служба не стала структурным подразделением прокуратуры. Она являлась самостоятельным государственным учреждением, которое финансировалось непосредственно из республиканского бюджета.

Государственная служба медицинских судебных экспертиз имела штатную численность свыше 3 600 сотрудников, развитую сеть областных, районных и межрайонных подразделений (более 100) и являлась на тот момент наиболее крупным экспертным учреждением Республики Беларусь.

В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 22 апреля 2013 г. № 202 «Об образовании Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь» с 1 июля 2013 г. на базе Государственной службы судебных медицинских экспертиз, экспертно-криминалистических подразделений органов внутренних дел и других ведомств был образован Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь, который является военизированной организацией и представляет централизованную систему государственных органов, осуществляющих в соответствии с законодательными актами полномочия в сфере судебно-экспертной деятельности.

Основным нормативным правовым актом, регулирующим его деятельность, является Закон Республики Беларусь от 15 июля 2015 г. № 293-З «О Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь». В ст. 3 этого Закона



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 26 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

определено, что деятельность Государственного комитета судебных экспертиз основывается на принципах: законности; соблюдения интересов государства, защиты прав и законных интересов граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства; объективности, всесторонности и полноты проведения судебных экспертиз, экспертиз (исследований), экспертиз; допустимости и достоверности методов, используемых при проведении экспертных исследований; независимости от деятельности других государственных органов, политических партий, других общественных объединений и иных организаций, должностных лиц при осуществлении своих полномочий в сфере судебно-экспертной деятельности.

Ст. 4. Закона определяет основные задачи Государственного комитета судебных экспертиз:

- реализация единой государственной политики в сфере судебно-экспертной деятельности, включая ее научно-методическое обеспечение;
- осуществление судебно-экспертной деятельности;
- определение и реализация основных направлений совершенствования судебно-экспертной деятельности, внедрение в практику достижений науки и техники, положительного опыта, прогрессивных форм и методов организации и проведения экспертных исследований;
- организация подготовки и обучения по образовательным программам дополнительного образования взрослых лиц, намеревающихся осуществлять (осуществляющих) судебно-экспертную деятельность, научных работников в пределах своей компетенции;
- организация и развитие в пределах своей компетенции международного сотрудничества в сфере судебно-экспертной деятельности.

В систему Государственного комитета судебных экспертиз входят следующие государственные органы:

- 1) центральный аппарат Государственного комитета судебных экспертиз;
- 2) территориальные органы Государственного комитета судебных экспертиз:



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 27 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

– управления Государственного комитета судебных экспертиз по областям и г. Минску;

– районные (межрайонные), городские, районные (межрайонные) в г. Минске отделы Государственного комитета судебных экспертиз.

Ст. 10 Закона определяет функции и полномочия Государственного комитета судебных экспертиз.

В каждой области и городе Минске созданы Управления государственного комитета судебных экспертиз. Возглавляет управление начальник, у которого имеются три заместителя, в том числе и заместитель начальника управления – главный государственный областной судебно-медицинский эксперт.

Из судебно-медицинских структур в областное управление входят:

1) управление судебно-медицинских экспертиз, состоящее из отделов общих экспертиз и медицинской криминалистики;

2) управление лабораторных исследований вещественных доказательств биологического характера, состоящее из отделов судебно-биологических экспертиз, судебно-химических экспертиз, судебно-генетических экспертиз и судебно-гистологических экспертиз;

3) управление судебно-психиатрических экспертиз.

Рассматривая вопрос о состоянии судебной медицины за рубежом, следует отметить, что структура её в странах мира весьма разнообразна. Во многих странах организованы институты судебной медицины, в которых проводится интенсивная научная деятельность. В ряде стран (Англия, Франция и др.) существуют научные судебно-медицинские общества, издающие свои журналы. В 1938 г. была организована Международная академия судебной и социальной медицины, которая регулярно созывает съезды и конгрессы.

В отдельных государствах врачи, производящие судебно-медицинскую экспертизу, подчинены прокуратуре. В Финляндии судебные медики находятся в ведении Министерства внутренних дел. Судебно-медицинские исследования трупов



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 28 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

производятся чаще всего наружным осмотром, иногда частичным вскрытием. Вещественные доказательства исследуются в полицейских управлениях.

В Китае в настоящее время высшими научными и экспертными инстанциями по судебной медицине являются Институт судебных наук Министерства национальной безопасности (Пекин) и Главный институт судебной медицины Министерства юстиции (Шанхай). Лабораторные отделения институтов хорошо оснащены, что дает возможность проводить судебно-биологические, токсикологические и медико-криминалистические исследования на высоком уровне.

В Австралии (на примере штата Виктория) функционирует институт судебной патологии, который подчиняется совету директоров, состоящему из руководителей штата (генерального прокурора, начальника полиции, министра здравоохранения, coronera), а также ректора университета и директоров всех институтов этого же университета. Данный совет подчинен парламенту штата, который финансирует институт.

В США и поныне существуют две системы судебно-медицинской экспертизы – «коронеров» и медицинских экспертов. Коронеры – это следователи, которые избираются на 3–4 года. В их обязанности входит не только проведение дознаний в случаях смерти, подозрительной на применение насилия, но и исследование трупов (осмотр и иногда вскрытие). Экспертизу живых лиц производят лечащие врачи. В большинстве штатов coronerami могут быть лица, не имеющие медицинского образования (священнослужители, владельцы похоронных бюро, торговцы, аптекари и др.). В ряде штатов имеются главные судебно-медицинские эксперты, организованы институты судебной медицины. В штате Флорида судебно-медицинские эксперты работают в роли танатологов. Они только в последнее время по просьбе следователей начинают проводить освидетельствование живых лиц.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 29 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

3. Уголовно-процессуальный порядок назначения и проведения экспертиз. Правовое положение эксперта.

В Республике Беларусь судебно-медицинская экспертиза служит целям и задачам правосудия и осуществляется на основе и с соблюдением действующего уголовного и гражданского, уголовно-процессуального и гражданского процессуального, административного и процессуально-административного законодательства, а также ведомственных положений, правил, приказов и инструкций.

В Республике Беларусь нормативную правовую базу проведения медицинских судебных экспертиз в настоящее время составляют:

- 1) Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь (далее – УПК);
- 2) Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь (ГПК);
- 3) Процессуально-исполнительный кодекс Республики Беларусь об административных правонарушениях (ПИКоАП);
- 4) Закон Республики Беларусь от 15 июля 2015 г. № 293-З «О Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь»;
- 5) Указ Президента Республики Беларусь от 01 июля 2013 г. № 292 «Вопросы Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь» (вместе с «Положением о порядке прохождения службы в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь», «Дисциплинарным уставом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь»);
- 6) Инструкция о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз (утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 11 апреля 2014 г. № 104);
- 7) Инструкция о порядке производства судебно-медицинской экспертизы трупа в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь (утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 13 июля 2015 г. № 147);



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 30 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

8) Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений (утв. постановлением Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 24.05.2016, № 16);

9) Инструкция о порядке рассмотрения информации, заявлений (сообщений) о смерти (гибели) граждан, выезда на места происшествий по указанным фактам и направления трупов на исследование (утв. постановлением Следственного комитета Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 сентября 2013 г. № 210/436/99);

10) Постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 29 марта 2001 г. № 1 «О судебной экспертизе по уголовным делам» и др.

Объектами исследований в ходе судебно-медицинской экспертизы являются трупы и их части, живые лица, вещественные доказательства, документы, предметы, животные, образцы для сравнительного исследования, а также материалы дела, по которому производится судебная экспертиза.

Виды проводимых судебно-медицинских экспертиз:

1) экспертиза трупов в случаях насильственной смерти, а также при обоснованном подозрении на насильственную смерть;

2) экспертиза участников процесса для определения характера и степени тяжести телесных повреждений, возраста, когда это имеет значение для дела, половых состояний и разрешения других вопросов, требующих специальных познаний в сфере судебной медицины;

3) экспертиза вещественных доказательств (экспертиза органов, тканей и выделений человека, а также травмирующих предметов и следов их воздействия на теле, одежде и обуви человека с помощью применения лабораторных методов исследования);

4) экспертиза по материалам и делам.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 31 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Общие положения назначения и проведения экспертиз по уголовным делам определяются УПК. Заключение эксперта является одним из источников доказательств в уголовном процессе Республики Беларусь. В соответствии со ст. 95 УПК заключение эксперта – это процессуальный документ, удостоверяющий факт и ход исследования экспертом материалов, представленных органом, ведущим уголовный процесс, и содержащий выводы по поставленным перед экспертом вопросам, основанные на специальных знаниях эксперта в области науки, техники, искусства, ремесла и иных сферах деятельности. Заключение эксперта не является обязательным для органов уголовного преследования и суда, однако несогласие их с заключением должно быть ими мотивировано.

Ст. 226 УПК «Основания назначения экспертизы» определяет, что экспертиза назначается в случаях, когда при производстве дознания, предварительного следствия необходимы специальные знания в науке, технике, искусстве или ремесле. До возбуждения уголовного дела в соответствии со ст. 173 УПК допускается назначение судебно-медицинской экспертизы для определения причин смерти и степени тяжести телесных повреждений и иных экспертиз, выводы которых могут иметь существенное значение для решения вопроса о возбуждении уголовного дела. Вместе с тем до возбуждения уголовного дела не могут назначаться экспертизы, связанные с применением мер процессуального принуждения в отношении физических лиц.

В соответствии со ст. 227 УПК следователь, лицо, производящее дознание, признав необходимым назначение экспертизы, выносят об этом постановление, в котором указываются основания назначения экспертизы; фамилия эксперта или наименование организации, в которой должна быть проведена экспертиза; вопросы, поставленные перед экспертом; материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Постановление следователя, лица, производящего дознание, о назначении экспертизы обязательно к исполнению лицами, организациями, которым оно адресовано и в компетенцию которых это входит.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 32 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Ст. 228 УПК устанавливает, что назначение и проведение экспертизы обязательно, если необходимо установить:

- 1) причину смерти, характер и степень тяжести телесных повреждений;
- 2) возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы о возрасте отсутствуют или вызывают сомнение;
- 3) психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе;
- 4) психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания.

Экспертом является не заинтересованное в исходе уголовного дела лицо, обладающее специальными знаниями в науке, технике, искусстве, ремесле и иных сферах деятельности, которому поручено производство экспертизы.

Общие права и обязанности эксперта определены ст. 61 УПК. В частности, эксперт имеет право:

- 1) знакомиться с материалами, относящимися к предмету экспертизы, и выписывать из них необходимые сведения;
- 2) 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;
- 3) 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;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 33 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

4) давать заключения как по поставленным вопросам, так и по входящим в его компетенцию обстоятельствам, выявившимся при производстве экспертизы;

5) 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 и др.

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, могущие 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.

Эксперт обязан:

1) дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

2) 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;

3) представить органу, ведущему уголовный процесс, документы, подтверждающие его специальную квалификацию;

4) 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;

5) 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;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 34 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

6) представить по требованию органа, ведущего уголовный процесс, смету расходов на производство экспертизы, а также отчет о понесенных расходах;

7) соблюдать порядок при производстве следственных действий и во время судебного заседания;

8) 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.

За разглашение данных предварительного расследования или закрытого судебного заседания без разрешения органа, ведущего уголовный процесс, эксперт несет ответственность в соответствии со статьей 407 Уголовного кодекса Республики Беларусь (далее – УК).

За дачу заведомо ложного заключения, а также за отказ либо уклонение без уважительных причин от исполнения возложенных на него обязанностей эксперт несет ответственность в соответствии со статьями 401 и 402 УК.

Права и обязанности судебных экспертов, в т.ч. медицинских судебных экспертов, конкретизируются Инструкцией о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз (утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 11 апреля 2014 г. № 104).

Инструкцией определено, что помимо прав, установленных законодательством, судебный эксперт имеет следующие права:

1) группировать поставленные перед ним вопросы, не изменяя их формулировку, излагать их в той последовательности, которая обеспечивает наиболее целесообразный порядок проведения исследования, а при необходимости обращаться к инициатору назначения экспертизы за разъяснением их содержания;

2) изменять формулировку поставленных перед ним вопросов по письменному согласованию с инициатором назначения экспертизы, о чем указывать в заключении эксперта;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 35 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

3) заявлять ходатайство о привлечении к участию в производстве судебной экспертизы других судебных экспертов или иных лиц, если их специальные знания необходимы для производства судебной экспертизы;

4) давать письменные и устные консультации инициатору назначения экспертизы по вопросам ее назначения;

5) обжаловать в установленном порядке действия и решения руководителя, нарушающие права судебного эксперта.

Судебный эксперт не вправе решать вопросы, выходящие за пределы его компетенции и специальных знаний.

Помимо обязанностей, установленных законодательством, судебный эксперт имеет следующие обязанности:

1) принимать к производству судебную экспертизу, порученную ему руководителем, если не имеется предусмотренных законодательством оснований, исключающих возможность его участия в производстве судебной экспертизы;

2) незамедлительно письменно информировать руководителя, поручившего производство судебной экспертизы, о наличии предусмотренных законодательством оснований, исключающих возможность его участия в производстве судебной экспертизы;

3) применять научно-обоснованные методики (методы, методические материалы) и имеющиеся в его распоряжении технические средства для решения поставленных перед ним вопросов;

4) не разглашать без разрешения руководителя сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права, свободы и интересы граждан.



Начало

Содержание



Страница 36 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

4. Организация и порядок проведения судебно-медицинских экспертиз в Республике Беларусь.

Общий порядок проведения всех экспертиз определяется Инструкцией о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз (утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 11 апреля 2014 г. № 104).

Виды судебно-медицинской экспертизы:

- 1) первичная, дополнительная, повторная;*
- 2) проводимая одним экспертом, комиссионная, и комплексная.*

Первичной экспертизой называется первое исследование объекта. Такая экспертиза в большинстве случаев бывает и окончательной. Возможно назначение дополнительной и повторной экспертиз (ст. 239 УПК).

Дополнительная экспертиза назначается при недостаточной ясности или неполноте заключения, а также в случае возникновения новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств. Ее проведение поручается тому же или другому эксперту (экспертам).

Повторная экспертиза может быть назначена в случае необоснованности заключения эксперта, наличия сомнений в его правильности. Ее проведение поручается другому эксперту (экспертам).

Как правило, экспертизы проводятся экспертом единолично. Вместе с тем возможны случаи назначения комиссионной и комплексной экспертиз.

Комиссионная экспертиза (ст. 232 УПК) проводится несколькими экспертами одной специальности (профиля) в случае необходимости проведения сложных экспертных исследований.

Инструкцией о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз (утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 11 апреля 2014 г. № 104) определено, что комиссионная судебная экспертиза проводится несколькими судебными экспертами одной специальности (профиля):



Начало

Содержание



Страница 37 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



- 1) в случае необходимости проведения сложных исследований;
- 2) при производстве повторных судебных экспертиз;
- 3) если имеется прямое указание об этом в постановлении (определении) о назначении экспертизы;
- 4) при производстве судебных экспертиз по делам (материалам) о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей;
- 5) при производстве судебных экспертиз по установлению **возраста**;
- 6) в иных случаях по решению руководителя.

Комплексная экспертиза (ст. 233 УПК) проводится экспертами различных специальностей (например, судебно-медицинского эксперта, судебного химика, эксперта-автотехника и других) в пределах своей компетенции в случаях, когда для производства исследований необходимы познания в разных отраслях знаний.

При комплексной экспертизе применяются медицинские, криминалистические, химические, физические, технические и другие методы исследования. Например, комплексные медико-криминалистические экспертизы проводят при идентификации орудий и механизмов травмы, при установлении транспортного средства и решении вопроса, кто находился за рулем при транспортной травме, в некоторых других случаях. Главным условием проведения такой экспертизы является структурное единство объекта – носителя свойств, используемых лицами, являющимися специалистами в судебной медицине и криминалистике. В зависимости от целей комплексные медико-криминалистические экспертизы могут быть разделены на идентификационные и диагностические.

С целью полного обеспечения прав и интересов граждан в Республике Беларусь разрешается производство судебно-медицинской экспертизы на платной основе по обращениям частных лиц, учреждений и организаций. Подобное возможно только в случаях первичных экспертиз при условии отсутствия постановления о назначении экспертизы. Если первичная экспертиза была проведена по

[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 38 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

постановлению, дальнейшее её проведение (дополнительное, повторное) на платной основе исключается.

Порядок назначения экспертизы, права и обязанности участников уголовного процесса при ее назначении и проведении, порядок помещения подозреваемого или обвиняемого в государственную организацию здравоохранения для проведения экспертизы, основания допроса эксперта и порядок его участия в судебном разбирательстве определены уголовно-процессуальным законодательством.

Большую роль при назначении экспертизы играет правильное формулирование вопросов, которые следователь ставит на разрешение эксперта. Их характер зависит от объекта экспертизы и специфических особенностей, подлежащих выяснению при различных обстоятельствах смерти, а равно от целей экспертизы живых лиц. Если при формулировании вопросов у следователя возникают затруднения, то ему целесообразно предварительно проконсультироваться со специалистом в области судебной медицины или даже с тем экспертом, которому предполагается поручить производство экспертизы.

Общие требования к заключению эксперта определены ст. 236 УПК, где сказано, что после проведения исследования с учетом его результатов эксперт (эксперты) от своего имени составляет заключение, в котором должно быть указано, когда, где, кем (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы по специальности, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), на каком основании проведена экспертиза; отметка, удостоверенная подписью эксперта, о том, что он предупрежден об ответственности, установленной законодательными актами, а также об уголовной ответственности за отказ или уклонение от исполнения без уважительных причин возложенных на него обязанностей или за дачу заведомо ложного заключения; кто присутствовал при проведении экспертизы и какие давал пояснения; какие материалы использовал эксперт и какие произвел исследования; поставленные эксперту вопросы и его мотивированные ответы. Если при проведении экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для уголовного



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 39 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

Заключение дается в письменной форме и подписывается экспертом (экспертами). К нему должны быть приложены оставшиеся после исследования вещественные доказательства, образцы, полученные экспериментальным путем и используемые для сравнения, а также фотографии, схемы, графики, таблицы и другие дополнительные материалы, подтверждающие выводы эксперта. Приложение к заключению также подписывается экспертом.

Если эксперт убеждается, что поставленные вопросы выходят за пределы его специальных знаний или предоставленные ему материалы непригодны или недостаточны для дачи заключения и не могут быть восполнены, либо если состояние науки и экспертной практики не позволяет ответить на поставленные вопросы, он составляет мотивированное сообщение о невозможности дачи заключения и направляет его в орган, ведущий уголовный процесс и назначивший экспертизу.

Содержание заключения судебного эксперта конкретизируется Инструкцией о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз (утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 11 апреля 2014 г. № 104).

Заключение эксперта состоит из вводной, исследовательской частей и выводов.

Во вводной части заключения эксперта указываются:

- 1) сведения об органе Государственного комитета;
- 2) дата начала (при необходимости время) и окончания производства судебной экспертизы (дата приостановления и возобновления производства судебной экспертизы, если данные обстоятельства имели место), ее регистрационный номер, вид;
- 3) сведения о судебном эксперте (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, образование, специальность, стаж экспертной работы, квалификационная категория, ученая степень, ученое звание, иные сведения);



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 40 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

4) основания производства судебной экспертизы, номер уголовного, гражданского дела, дела об административном правонарушении, дела, связанного с осуществлением предпринимательской и иной хозяйственной (экономической) деятельности, материала доследственной проверки, иные обстоятельства, относящиеся к предмету судебной экспертизы;

5) сведения об инициаторе назначения экспертизы, дата вынесения постановления (определения) о назначении экспертизы;

6) сведения об участниках процесса и иных лицах присутствовавших при производстве судебной экспертизы;

7) вопросы, поставленные перед судебным экспертом (экспертами);

8) объекты, предоставленные судебному эксперту (экспертам) для производства судебной экспертизы, при необходимости – дата их поступления;

9) ходатайства судебного эксперта с указанием дат их заявления и получения ответов, результатов их рассмотрения;

10) при производстве повторной судебной экспертизы – сведения о судебных экспертах, проводивших все предшествующие судебные экспертизы, сообщение о невозможности дачи заключения, выводы предшествующих судебных экспертиз либо обоснование сообщения о невозможности дачи заключения, а также мотивы назначения повторной судебной экспертизы;

11) иные сведения, имеющие значение для производства судебной экспертизы.

В исследовательской части заключения эксперта излагается процесс исследования и его результаты, дается научно обоснованное объяснение установленным фактам. Описание должно быть четким, понятным, по своей структуре соответствовать решаемым вопросам.

Исследовательская часть заключения эксперта должна содержать следующие сведения:

1) вид и описание состояния упаковки объектов и самих объектов, поступивших на судебную экспертизу, их признаки и особенности, выявленные в ходе исследования;



Начало

Содержание



Страница 41 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

2) условия производства судебной экспертизы, имеющие значение для экспертного исследования (освещение, температура воздуха и др.);

3) примененные при исследовании средства, методы и полученные результаты;

4) проведенные эксперименты (их цель, содержание, условия, количество, устойчивость полученных результатов, использованные для их фиксации средства и методы);

5) выявленные в результате исследования существенные признаки и свойства объектов;

6) способы и приемы сравнительного исследования выявленных признаков, результаты оценки установленных между ними совпадений и различий, их обоснование;

7) сведения об израсходованных (уничтоженных) в процессе проведения исследования объектах с указанием их наименования и количества;

8) выявленные судебным экспертом по собственной инициативе обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы;

9) ссылки на нормативные правовые акты, методики (методы, методические материалы), используемые при производстве судебных экспертиз, другие информационные источники, которыми судебный эксперт руководствовался при разрешении поставленных вопросов;

10) факт упаковки объектов после проведенного исследования.

Выводы в заключении эксперта оформляются в соответствии с поставленными на разрешение судебной экспертизы вопросами. Они формулируются на основе всестороннего, глубокого и объективного анализа и синтеза результатов, полученных при исследовании объектов. В выводах в краткой, четкой, не допускающей различных толкований форме излагаются ответы на поставленные перед судебным экспертом вопросы.

В случаях, если вывод не может быть сформулирован без подробного описания результатов исследования, изложенных в исследовательской части заключения



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 42 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

эксперта и содержащих исчерпывающий ответ на поставленный вопрос, допускаются ссылки на исследовательскую часть заключения эксперта.

Выводы об обстоятельствах, которые были установлены судебным экспертом по собственной инициативе, излагаются в последнюю очередь.

Выводы могут быть:

- 1) категорические (положительные или отрицательные);
- 2) вероятные (положительные или отрицательные);
- 3) о невозможности решения вопроса.

При обосновании положительных выводов идентификационных судебных экспертиз, помимо совпадающих признаков, отмечается и наличие имеющих различий, а также дается объяснение причин их существования.

Если судебный эксперт дает вероятный вывод, то в исследовательской части заключения эксперта обязан изложить причины, по которым не представилось возможным решить вопрос в категорической форме.

Если в ходе исследования (с применением инструментальных методов) судебный эксперт убеждается, что объект не содержит достаточного объема признаков для положительного или отрицательного вывода либо предоставленные ему материалы непригодны или недостаточны для дачи заключения, судебный эксперт дает вывод о невозможности решения вопроса.

К заключению эксперта прилагаются оставшиеся после исследования объекты судебной экспертизы, образцы, полученные экспериментальным путем и используемые для сравнения, а также фотографии, схемы, графики, таблицы и другие дополнительные материалы, подтверждающие выводы судебного эксперта.

При оформлении иллюстративного материала допускаете размещение иллюстраций по тексту заключения эксперта. При этом в исследовательской части заключения эксперта приводится краткая характеристика использовавшихся устройств фотофиксации (вид, модель).

В иллюстративном материале должно быть отражено:



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 43 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)

- 1) упаковка объектов (возможные повреждения упаковки);
- 2) предоставленные объекты исследования, их конкретные свойства (признаки);
- 3) иные иллюстрации, подтверждающие выводы.

Каждое приложение сопровождается пояснительными надписями, подписывается судебным экспертом и заверяется печатью соответствующего структурного подразделения органа Государственного комитета судебных экспертиз.

Если по одним вопросам судебный эксперт дает заключение, а по другим имеются основания для сообщения о невозможности дачи заключения, составляется единый документ – заключение эксперта.

Заключение эксперта, а также все прилагаемые к нему материалы, подтверждающие выводы судебного эксперта, составляются в двух экземплярах, один из которых передается инициатору назначения экспертизы, а другой остается на хранении в архиве экспертного структурного подразделения органа Государственного комитета в течение сроков, устанавливаемых Государственным комитетом.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 44 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)

Тема 2. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц

Вопросы:

1. Освидетельствование живых лиц.
2. Характеристика телесных повреждений.
3. Судебно-медицинская экспертиза телесных повреждений.
4. Иные виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц.

1. Освидетельствование живых лиц.

Освидетельствование – это одно из следственных действий в уголовном процессе. Как определено статьей 206 УПК, для обнаружения на теле человека особых примет, следов преступления, телесных повреждений, выявления состояния опьянения или иных свойств и признаков, имеющих значение для уголовного дела, если для этого не требуется проведения экспертизы, может быть проведено освидетельствование подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего в случае совершения в отношении его тяжкого или особо тяжкого преступления. О проведении освидетельствования следователь, лицо, производящее дознание, выносят постановление.

Постановление о проведении освидетельствования обязательно для подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего. В случае отказа они могут быть освидетельствованы принудительно. Освидетельствование проводится следователем, лицом, производящим дознание, а при необходимости – с участием врача или иного специалиста.

Следователь, лицо, производящее дознание, не присутствуют при освидетельствовании лица другого пола, если освидетельствование сопровождается обнажением тела этого лица. В этом случае освидетельствование проводится врачом в присутствии понятых одного пола с освидетельствуемым.

О проведении освидетельствования составляется протокол с соблюдением требований ст.ст. 193 и 194 УПК. В соответствии со ст. 99 УПК протокол



Начало

Содержание



Страница 45 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

освидетельствования, составленный в порядке, предусмотренном УПК, и удостоверяющий обстоятельства и факты, установленные при освидетельствовании, является одним из источников доказательств по уголовному делу.

В судебном заседании, как определено ст. 338 УПК, подлежат оглашению полностью или частично протоколы следственных действий, удостоверяющие обстоятельства и факты, установленные в т.ч. при освидетельствовании. Оглашение протоколов следственных действий и документов производится в любой момент судебного следствия как по ходатайству сторон, так и по инициативе суда.

Освидетельствование в соответствии со ст. 343 УПК может быть проведено и в судебном заседании по определению (постановлению) суда в случаях, предусмотренных ст. 206 УПК. Освидетельствование, сопровождающееся обнажением освидетельствуемого, проводится в отдельном помещении врачом, которым составляется и подписывается акт освидетельствования. После этого указанные лица возвращаются в зал судебного заседания, где в присутствии сторон сообщают суду о следах и приметах на теле освидетельствованного, если они обнаружены, отвечают на вопросы сторон и судей. Акт освидетельствования приобщается к уголовному делу.

2. Характеристика телесных повреждений.

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц является одним из наиболее частых видов экспертиз. Ее еще называют судебно-медицинской экспертизой живых лиц. Экспертизу живых лиц проводят в судебно-медицинских структурах Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь.

Статьей 228 УПК определены случаи, когда назначение и проведение судебно-медицинской экспертизы обязательно. Применительно к теме 2 это случаи:

1) если необходимо установить характер и степень тяжести телесных повреждений;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 46 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

2) если необходимо установить возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы о возрасте отсутствуют или вызывают сомнение;

3) если необходимо установить физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе;

4) если необходимо установить физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания.

Подавляющее количество экспертиз проводится по факту причинения телесных повреждений.

Судебно-медицинская экспертиза в целях определения характера и степени тяжести телесных повреждений проводится путем медицинского обследования потерпевших. Производство экспертизы только по медицинским документам допускается в исключительных случаях и лишь при наличии подлинных полноценных документов – истории болезни, рентгеновских снимков и т.д. По копиям документов, в том числе заверенным, экспертиза не проводится.

Вред здоровью человека выражается в причинении телесных повреждений, а также в заболеваниях человека или патологических состояниях, возникающих в результате воздействия факторов внешней среды.

Регламентирует проведение судебно-медицинских экспертиз в отношении живых лиц Инструкция о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений (утверждена постановлением Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 24.05.2016, № 16).

Как определено в п. 2 Инструкции, под телесным повреждением понимаются возникшие в результате травмирующего воздействия физических, химических, биологических, психических и других факторов внешней среды объективно



Начало

Содержание



Страница 47 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

установленные нарушения анатомической целостности и (или) физиологических функции тканей, органов и (или) систем организма человека.

В соответствии с уголовным законодательством Республики Беларусь телесные повреждения подразделяются на три степени:

- 1) тяжкие телесные повреждения;
- 2) менее тяжкие телесные повреждения;
- 3) легкие телесные повреждения.

Легкие телесные повреждения, в свою очередь, подразделяются на:

- 1) легкие телесные повреждения, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности, и
- 2) легкие телесные повреждения, не повлекшие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.

По характеру повреждающих свойств возможно выделить следующие группы травмирующих факторов:

- 1) физические факторы;
- 2) химические факторы;
- 3) биологические факторы;
- 4) психические факторы.

С позиций судебной медицины следует четко разделять такие понятия, как «телесное повреждение» и «заболевание».

Заболевание (болезнь) представляет собой нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникшее при действии на него повреждающих факторов или обусловленное пороками развития, а также генетическими дефектами.

В Гражданском кодексе Республики Беларусь (ст. ст. 953, 954, 955 ГК и др.) употребляются термины «вред здоровью» и «повреждение здоровья» как равнозначные, под которыми следует понимать либо телесные повреждения; либо заболевания, спровоцированные или вызванные внешним воздействием.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 48 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Основные критерии разграничения телесных повреждений по степени тяжести:

- 1) опасность для жизни (все повреждения, опасные для жизни, признаются тяжкими телесными повреждениями);
- 2) длительность расстройства здоровья, то есть общий срок стационарного и амбулаторного лечения, определяемый в днях и месяцах;
- 3) степень утраты общей трудоспособности, которая определяется в процентах (%).

Виды **трудоспособности**, человека:

- 1) **общая трудоспособность**, – способность к неквалифицированному труду и самообслуживанию;
- 2) **профессиональная трудоспособность**, – способность к труду в определенной профессии;
- 3) **специальная трудоспособность**, – способность к труду в определенной специальности.

При определении степени тяжести телесных повреждений учитывается только утрата общей трудоспособности. Утрата трудоспособности как критерий тяжести повреждений во всех случаях должна быть стойкой, т.е. иметь постоянный характер.

Определение степени стойкой утраты общей трудоспособности производится экспертами согласно Таблице процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате травмирующего воздействия физических, химических, биологических, психических и других факторов внешней среды (далее Таблица). Данная Таблица приведена в Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений в качестве приложения.

Степень тяжести телесных повреждений устанавливается в соответствии с признаками, которые определены для каждой степени телесных повреждений УК и Инструкцией. Для установления степени тяжести телесных повреждений достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков.



Начало

Содержание



Страница 49 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

В ст. 147 УК определено понятие тяжкого телесного повреждения – это повреждение, опасное для жизни, либо повлекшее за собой потерю зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство (заболевание), иное расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть, либо вызвавшее расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета, на срок свыше четырех месяцев, либо выразившееся в неизгладимом обезображении лица или шеи.

В постановлении Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 29 марта 2006 г. № 1 «О судебной практике по делам об умышленном причинении тяжкого телесного повреждения» сказано, что содержащийся в ч. 1 ст. 147 УК перечень признаков тяжкого телесного повреждения является исчерпывающим. При этом для признания причиненного телесного повреждения тяжким достаточно наличия хотя бы одного из них. Если будет установлено несколько признаков, характеризующих причиненное телесное повреждение как тяжкое, все они должны указываться в постановлении о привлечении лица в качестве обвиняемого и приговоре суда.

Тем самым *признаками тяжкого телесного повреждения* (в соответствии со ст. 147 УК и Инструкцией) являются:

- 1) опасность для жизни;
- 2) потеря зрения; речи; слуха, какого-либо органа или утрата органом его функций;
- 3) прерывание беременности;
- 4) психическое расстройство (заболевание);
- 5) расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть;
- 6) расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета, на срок свыше четырех месяцев;
- 7) неизгладимое обезображение лица или шеи.



Начало

Содержание



Страница 50 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Таким образом, тяжкие телесные повреждения подразделяются на две группы:

- 1) повреждения, опасные для жизни;
- 2) повреждения, не опасные для жизни, но относящиеся к тяжким по своим последствиям.

Опасность для жизни. В Инструкции (п. 24.1) определено понятие опасных для жизни телесных повреждений – это повреждения, которые по своему характеру непосредственно создают угрозу для жизни, либо повреждения, вызвавшие угрожающие жизни состояние.

Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не принимается во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений.

В п. 24.1 Инструкции содержится исчерпывающий перечень опасных для жизни телесных повреждений:

- рана головы, проникающая в полость черепа в том числе и без повреждения головного мозга;
- перелом свода и (или) основания черепа, за исключением изолированной трещины их наружной или внутренней костной пластинки;
- ушиб головного мозга средней степени или травматическое эпидуральное или субдуральное кровоизлияние, или субдуральная гигрома, или субарахноидальное кровоизлияние, или внутримозговой кровоизлияние, или кровоизлияния в желудочки головного мозга при наличии угрожающего для жизни состояния;
- ушиб головного мозга тяжелой степени, диффузное аксональное повреждение головного мозга;
- рана шеи, проникающая в полость черепа, или плевральную полость, или в просвет глотки, или гортани, или трахеи, или пищевода;
- перелом подъязычной кости или хрящей гортани: щитовидного, или перстневидного, или черпаловидного, или надгортанного, или рожкового, или трахеальных хрящей при наличии угрожающего жизни состояния;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 51 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

- оскольчатый перелом тела (с повреждением его дорсальных отделов) шейного позвонка или двусторонний перелом дуги шейного позвонка, или перелом зуба второго шейного позвонка, односторонний перелом дуги шейного позвонка с нарушения функций спинного мозга; односторонний перелом дуг двух и более шейных позвонков, в том числе без нарушения функций спинного мозга;

- односторонний вывих одного шейного позвонка ампсс нарушением функций спинного мозга, двусторонний вывих шейного позвонка или односторонний вывих двух и более шейных позвонков, в том числе без нарушения функций спинного мозга, травматический разрыв межпозвонкового диска на уровне шейного отдела позвоночника с нарушением функций спинного мозга;

- ушиб шейного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

- рана грудной клетки, проникающие в плевральную полость, или в полость перикарда, или в брюшную полость, в том числе без повреждения внутренних органов;

- закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) органов шеи и грудной полости: сердца, или легкого, или бронхов, или трахеи, или пищевода, или вилочковой железы, или диафрагмы, или лимфатического грудного протока;

- множественные двусторонние или односторонние переломы ребер с образованием подвижного участка грудной стенки по типу «реберного клапана»;

- перелом тела или дуги грудного позвонка с нарушением функции спинного мозга;

- вывих грудного позвонка или травматический разрыв межпозвонкового диска в грудном отделе с нарушением функций спинного мозга;

- ушиб грудного отдела спинного мозга с нарушением его функции;

- рана живота, проникающие в брюшную или грудную полость, в том числе и без повреждения внутренних органов;

- закрытое повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) органов брюшной полости: селезенки, или печени, или (и) желчного пузыря, или желудка, или



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 52 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

тонкой кишки, или толстой кишки (за исключением нижней трети прямой кишки), или большого сальника, или брыжейки толстой и (или) тонкой кишки, органов забрюшинного пространства (поджелудочной железы, или почки, или надпочечника, или мочеточника);

- рана живота, или спины, или таза, проникающая в забрюшинное пространство с повреждением органов забрюшинного пространства: поджелудочной железы, или почек, или надпочечников, или мочеточника либо горизонтальной части двенадцатиперстной кишки или восходящей либо нисходящей части ободочной кишки;

- перелом тела или дуги поясничного позвонка с нарушением функции спинного мозга и (или) корешков «конского хвоста»;

- вывих поясничного позвонка или травматический разрыв межпозвонкового диска в поясничном, пояснично-крестцовом отделе с нарушением функций спинного мозга и (или) корешков «конского хвоста»;

- ушиб поясничного отдела спинного мозга с нарушением его функции и (или) корешков «конского хвоста»;

- повреждение (размозжение, отрыв, разрыв) яичка или тазовых органов: открытое и (или) закрытое повреждение мочевого пузыря, или яичника, или маточной (фаллопиевой) трубы, или матки, или предстательной железы;

- переломы диафизов длинных трубчатых костей (плечевой, бедренной, большеберцовой), за исключением поднадкостничных переломов у лиц в возрасте до 18 лет;

- ротационно-нестабильные или вертебрально-нестабильные переломы костей таза: двусторонние переломы переднего тазового полукольца с нарушением непрерывности; односторонние переломы костей таза в заднем отделе с нарушением непрерывности тазового кольца;

- изолированные переломы крестца с нарушением функции корешков «конского хвоста»;



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 53 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

- рана, проникающая в позвоночный канал шейного, или грудного, или поясничного, или крестцового отдела позвоночника, в том числе без повреждения спинного мозга и «конского хвоста»;

- закрытое повреждение спинного мозга: полный или неполный перерыв спинного мозга, разможжение спинного мозга;

- кровоизлияние внутри канала спинного мозга с нарушением его функций;

- повреждение (разрыв, отрыв, рассечение, травматическая аневризма) крупных кровеносных сосудов: аорты, или сонной артерии (общей, наружной, внутренней), или вертебрального отдела позвоночной артерии, или подключичной, или подмышечной, или плечевой, или подвздошной (общей, наружной, внутренней), или бедренной, или подколенной артерии и (или) сопровождающих их магистральных вен;

- тупая травма рефлексогенных зон: области гортани, каротидных синусов, солнечного сплетения, наружных половых органов при наличии угрожающего для жизни состояния;

- термические, или химические, или электрические, или лучевые ожоги III–IV степени, превышающие 10 процентов поверхности тела, ожоги III степени, превышающие 15 процентов поверхности тела, ожоги II степени, превышающие 20 процентов поверхности тела;

- отморожения III–IV степени с площадью поражения, превышающей 10 процентов поверхности тела; отморожения III степени с площадью поражения, превышающей 15 процентов поверхности тела; отморожения II степени с площадью поражения, превышающей 20 процентов поверхности тела;

- лучевые поражения, проявляющиеся острой лучевой болезнью тяжелой и крайне тяжелой степени;

- острое отравление химическими и биологическими веществами при наличии угрожающего жизни состояния;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 54 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)

- различные виды механической асфиксии, последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма), последствия воздействия высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь), последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электротравма), последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма) при наличии угрожающего жизни состояния;

- повреждение, вызвавшее угрожающее жизни состояние.

Угрожающее жизни состояние представляет собой расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и без оказания медицинской помощи обычно заканчивается смертью. При этом, возникновение угрожающего жизни состояния должно быть непосредственно связано с причинением телесных повреждений.

К угрожающим жизни состояниям относятся:

- шок тяжелой (III–IV) степени;
- кома различной этиологии;
- гнойно-септическое состояние и др.

В Инструкции дано определение угрожающему жизни состоянию, которое представляет собой расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и без оказания медицинской помощи обычно заканчивается смертью. Возникновение угрожающего жизни состояния должно быть непосредственно связано с причинением телесных повреждений.

Согласно Инструкции к таковым относятся:

- шок тяжелой (III-IV) степени;
- кома различной этиологии и др.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 55 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)



Потеря зрения – полная стойкая слепота на оба глаза или такое необратимое состояние, когда в результате травмы у физического лица возникло ухудшение зрения, что соответствует остроте зрения, равной 0,04 и ниже без учета коррекции.

Потеря слуха – полная стойкая глухота на оба уха или такое необратимое состояние, когда физическое лицо не слышит разговорную речь на расстоянии 3-5 см от ушной раковины без учета коррекции.

Потеря какого-либо органа или утрата органом его функции. Под указанным состоянием понимают потерю руки или ноги, т.е. отделение их от туловища (не ниже локтевого и коленного суставов), или стойкая утрата ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их функции);

Так же к данному критерию относится потеря репродуктивной способности, выражающейся у мужчин в способности к совокуплению или оплодотворению, у женщин – в способности к совокуплению, или зачатию, или вынашиванию, или деторождению.

Расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть – стойкая утрата (свыше 33 процентов) функций тканей, органов и (или) систем организма, приводящая к нарушениям, в том числе ограничениям жизнедеятельности (ограничение способности к самообслуживанию независимо от квалификации и профессии (специальности) физического лица, потеря способности физического лица к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

Прерывание беременности – прекращение течения беременности, вызванное причиненными телесными повреждениями, с развитием выкидыша, гибелью плода, преждевременными родами (22-26 недель гестации) либо нарушением течения беременности, обусловившее необходимость медицинского вмешательства по ее прерыванию.

[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 56 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Неизгладимое обезображивание лица или шеи – неустранимое без оперативного вмешательства (например, косметической операции) повреждение, в том числе нарушение симметрии лица, мимики, рубцы, изъязвления лица или шеи, отделение носа, губы, уха и другие изъяны лица или шеи, причиненное механическим воздействием, воздействием пламени, агрессивных веществ, и иное.

При установлении медицинского критерия квалифицирующего признака данного телесного повреждения судебным экспертом устанавливается неизгладимость повреждений лица или шеи. Степень тяжести телесного повреждения на лице судебным экспертом устанавливается исходя из обычных критериев.

Вопрос о признании телесных повреждений лица или шеи обезображивающими не относится к компетенции судебного эксперта. Степень тяжести телесных повреждений, выразившихся в неизгладимом обезображении лица или шеи, определяется судебным экспертом после установления органом уголовного преследования или судом таких повреждений обезображивающими.

По поводу оценки телесного повреждения как неизгладимого повреждения лица или шеи в постановлении Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 29 марта 2006 г. № 1 «О судебной практике по делам об умышленном причинении тяжкого телесного повреждения» разъясняется: неизгладимое обезображение лица или шеи представляет собой неустранимое без оперативного вмешательства (косметической операции) повреждение, в том числе нарушение симметрии лица, мимики, глубокие шрамы, рубцы, изъязвление лица или шеи, отделение носа, губы, уха и другие изъяны лица или шеи, причиненное механическим воздействием, воздействием пламени, агрессивных веществ и т.п., которое придает внешности человека неприятный, отталкивающий вид. Неизгладимость повреждений лица или шеи является понятием медицинским и устанавливается судебно-медицинским экспертом. Вопрос о признании таких повреждений обезображивающими относится к компетенции органа уголовного преследования и суда и решается с учетом сложившихся в обществе эстетических представлений.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 57 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Психическое расстройство (заболевание). Возникновение данного расстройства (заболевания) должно находиться в причинно-следственной связи с причиненными телесными повреждениями, то есть быть их последствием.

Расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета, на срок свыше четырех месяцев (122 дней) – длительность расстройства здоровья исходя из сроков консолидации перелома без учета времени дальнейшего восстановления утраченной в результате перелома кости функции, лечения патологических последствий травмы со стороны мягких тканей суставов и медицинской реабилитации пострадавшего физического лица.

Понятие *менее тяжкого телесного повреждения* дается в ст. 149 УК – это повреждение, не опасное для жизни и не повлекшее последствий, предусмотренных ст. 147 УК, но вызвавшее длительное расстройство здоровья на срок до четырех месяцев либо значительную стойкую утрату трудоспособности менее чем на одну треть.

В Инструкции (п. 28) сказано, что медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении менее тяжелых телесных повреждений являются:

- для длительного расстройства здоровья - временное нарушение функций тканей, органов и (или) систем организма, непосредственно связанное с телесным повреждением, его последствием, на срок свыше трех недель (21 дня), но не более четырех месяцев (122 дней) включительно;

- для значительной стойкой утраты общей трудоспособности менее чем на одну треть - стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 33 процентов включительно.

Согласно Инструкции (п. 29) медицинскими критериями квалифицирующих признаков в отношении *легких телесных повреждений* являются:

- для кратковременного расстройства здоровья – временное нарушение функций тканей, органов и (или) систем организма продолжительностью свыше 6 дней, но не более трех недель от момента причинения травмы;

- для незначительной стойкой утраты общей трудоспособности – стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 процентов.



Начало

Содержание



Страница 58 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Телесные повреждения, имевшие незначительные скоропреходящие последствия, длившиеся не более 6 дней включительно, расцениваются как **телесные повреждения, не повлекшие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности.**

3. Судебно-медицинская экспертиза телесных повреждений.

В Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, определен порядок проведения таковой экспертизы.

Удостоверение личности физического лица обязательно, после чего судебным экспертом изучаются представленные медицинские и другие документы, выясняются обстоятельства, при которых было причинено телесное повреждение, жалобы на состояние здоровья, иные сведения, необходимые для определения степени тяжести телесных повреждений.

Проводится обследование подэкспертного, которое организуется в экспертном учреждении. Если физическое лицо не может явиться в экспертное учреждение (нахождение в больнице, в местах содержания под стражей и др.), обследование проводится судебным экспертом по месту нахождения этого лица.

В процессе обследования экспертом фиксируются характер телесного повреждения, количество, локализация и иные необходимые признаки. Указываются сведения из медицинских и иных документов.

В случае, когда телесные повреждения имеют различную давность образования, экспертом указывается давность возникновения и степень тяжести каждого из них раздельно.

Если непосредственное обследование невозможно, экспертиза может проводиться по медицинским документам, представляемым лицом назначившим экспертизу. В этом случае должны быть предоставлены оригиналы медицинских документов,



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 59 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

содержащих исчерпывающие данные о характере повреждений и их клиническом течении, а также иные сведения, необходимые для производства экспертизы физического лица.

Оценка продолжительности заболевания или нарушения функций тканей, органов и систем организма, связанных с телесным повреждением, производится судебным экспертом только на основании объективных медицинских данных, установленных в процессе проведения экспертизы.

Следует отметить, что обострение предшествующих заболеваний после причинения телесного повреждения, а также другие последствия телесного повреждения, возникающие в силу случайных обстоятельств, индивидуальных особенностей организма, недостатков в оказании медицинской помощи, не являются основанием для изменения степени тяжести телесного повреждения.

В случае, если у физического лица имелись какая-либо предшествующая телесному повреждению травма или заболевание с полностью или частично утраченной функцией ткани, органа и (или) систем организма, то учитывается только телесное повреждение, вызванное настоящей травмой и причинно с ней связанное. Степень тяжести телесных повреждений болезненно измененного внутреннего органа устанавливается без учета имеющейся патологии.

Согласно Инструкции (п.24) имеется ряд условий, когда степень тяжести телесных повреждений не определяется, если:

- в процессе медицинского обследования физического лица, изучения медицинских и иных представленных документов, в том числе представленных по заявленному судебным экспертом ходатайствам, фактически установить наличие телесных повреждений не представляется возможным;

- на момент медицинского обследования физического лица не ясен исход телесных повреждений, не опасных для жизни человека;

- физическое лицо, в отношении которого назначена экспертиза, не явилось и не может быть доставлено на экспертизу либо физическое лицо отказывается от



Начало

Содержание



Страница 60 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

медицинского обследования, в том числе повторного, что лишает судебного эксперта возможности правильно оценить характер телесного повреждения, его клиническое течение и исход;

- необходимые медицинские документы не представлены, в том числе по заявленным судебным экспертам ходатайствам, либо в них не содержится достаточных сведений, включая результаты инструментальных и лабораторных методов исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и степени тяжести телесных повреждений.

В указанных случаях судебный эксперт в заключении либо сообщении о невозможности дачи заключения излагает причины, не позволяющие определить степень тяжести телесного повреждения. Указывает, какие сведения необходимы для решения данного вопроса (медицинские документы, результаты дополнительных исследований или другое). В случае, когда на момент медицинского обследования физического лица не ясен исход телесных повреждений, эксперт указывает период времени, через который физическое лицо может быть повторно направлено для проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений.

Заключение эксперта либо сообщение о невозможности дачи заключения оформляется в письменном виде и передается органу (лицу), назначившему экспертизу.

Запрещается замена «Заключения эксперта» выпиской или другими документами.

4. Иные виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц.

Судебно-медицинское определение возраста в практике экспертизы встречается гораздо реже.

В своей жизни человек проходит следующие возрастные периоды.

1) детский возраст – до 12 лет (имеет несколько подпериодов);



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 61 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

- 2) подростковый возраст – от 12 до 17 лет;
- 3) юношеский возраст – от 17 до 21 года;
- 4) зрелый (средний) возраст – от 22 до 60 лет;
- 5) пожилой возраст – от 60 до 75 лет;
- 6) старческий возраст – свыше 75 лет.

Особенности анатомического и физиологического развития людей в разных возрастных периодах дают возможность устанавливать анатомо-физиологический возраст с различной степенью точности. Признаки «взросления» и «старения» используются как для установления возраста живых лиц, так и для трупов.

Старение кожи приводит к образованию складок и морщин.

В частности:

- первые признаки морщин на лбу появляются примерно в 20 лет, после 35 лет они значительно усиливаются;
- носогубные складки начинают проявляться в 25 лет, становятся отчетливыми в 45 лет;
- морщины у внутренних и наружных углов глаз начинают появляться после 25 лет и становятся хорошо заметными к 45 годам;
- в 55-60 лет появляются морщины на мочке уха.

В результате исследования эксперт должен учитывать факторы, ускоряющие или замедляющие возрастные изменения и вносить коррективы.

Достаточно достоверные данные в случаях определения возраста могут быть получены при изучении степени стертости зубов человека.

Во всех возрастных группах при изучении черепа учитывают степень заращения швов.

Возрастные изменения костей играют большую роль в определении возраста. Используют для определения возраста и морфолого-функциональные характеристики полового созревания. В возрастной период от 14 до 18 лет наиболее интенсивно происходит половое созревание юношей и девушек.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 62 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Таким образом, учитывая в совокупности результаты отдельных методов и методик, а также пол, антропологический тип, национальность, место проживания, наличие или отсутствие патологических изменений, других обстоятельств, судебные медики и антропологи формулируют вывод о возрасте лица.

В отдельных случаях требуется установить физическое состояние или состояние здоровья лиц, задействованных в предварительном или судебном следствии. Как правило, экспертизы состояния здоровья проводятся судебно-медицинскими экспертами с обязательным привлечением в состав комиссий врачей различных специальностей.

Для решения вопросов о состоянии здоровья врачебной комиссией выполняются следующие действия:

- 1) изучаются медицинские документы (при проведении экспертизы они должны быть приобщены к делу);
- 2) при необходимости организуется стационарное обследование свидетельствуемого;
- 3) изучается анамнез (история развития заболевания со слов свидетельствуемого);
- 4) производится непосредственный осмотр свидетельствуемого лица;
- 5) в необходимых случаях проводятся лабораторные исследования.

Судебно-медицинская экспертиза **искусственных** и **притворных** болезней проводятся в тех случаях, когда такие болезни являются основанием для привлечения к уголовной ответственности.

Самоповреждение – это умышленное, противоправное причинение вреда своему здоровью в виде повреждений, вызываемых различными средствами и способами самостоятельно или при помощи других лиц.

При искусственной болезни лицо тоже причиняет вред своему здоровью различными способами. Только появление этого вреда имеет характер не механической или химической травмы, а протекает в виде заболевания, которое может быть принято не за самоповреждение, а за обычное заболевание.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 63 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Симуляция – это притворство. При симуляции здоровый субъект только притворяется, изображает болезнь, применяя для этого иногда и некоторые средства, не причиняющие вреда здоровью.

Аггравация – это преувеличение симптомов действительно имеющегося заболевания. Разница между симуляцией и аггравацией заключается в том, что симулянт в действительности здоров и болезнь или симптомы болезни только изображает, а аггравант – больной человек, преувеличивающий остроту симптомов своего заболевания.

Диссимуляция – понятие, обратное симуляции, при диссимуляции больной человек притворяется здоровым, скрывает свое заболевание.

В уголовном законодательстве установлена ответственность за насильственные и ненасильственные преступления против половой неприкосновенности или половой свободы, которые традиционно называют половыми преступлениями. Это изнасилование, насильственные действия сексуального характера, половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, развратные действия; понуждение к действиям сексуального характера. При расследовании и рассмотрении этих преступлений в суде проводятся судебно-медицинские экспертизы.

Достоверными признаками, подтверждающими заявление женщины об изнасиловании (ст. 166 УК) и (или) насильственных действиях сексуального характера (ст. 167 УК), могут быть:

- 1) повреждения в области половых органов или заднего прохода;
- 2) повреждения на теле потерпевшей: кровоподтеки, ссадины, царапины от действия пальцев и ногтей рук, от укусов;
- 3) нарушение целостности девственной плевы (у лиц, не живших половой жизнью).
- 4) обнаружение спермы во влагалище, прямой кишке (заднем проходе), полости рта (с обязательным исследованием для определения групповой принадлежности спермы);



Начало

Содержание



Страница 64 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

- 5) беременность, совпадающая по сроку со временем изнасилования;
- 6) заражение ВИЧ или венерической болезнью.

Девственная плева – анатомическое образование, расположенное при входе во влагалище в виде дубликатуры слизистой оболочки, частично перекрывающее этот вход. Разрыв девственной плевы при первом половом сношении называют дефлорацией.

В среднем через 10-14 дней разрывы девственной плевы зарубцовываются, после чего точное установление давности ее нарушения уже невозможно.

Развратные действия (ст. 169 УК) могут сопровождаться незначительными повреждениями, отмечаются поверхностные ссадины, кровоподтеки в слизистых оболочках наружных половых органов, их покраснение, которые через 2–3 дня проходят. Реже встречаются повреждения девственной плевы – надрывы, разрывы, кровоизлияния. В большинстве случаев развратные действия не оставляют никаких следов. В области половых органов и на одежде могут быть обнаружены следы спермы.

Экспертиза определения полового состояния по уголовным и гражданским делам может быть связана с необходимостью:

- 1) установления истинного пола;
- 2) установления половой зрелости;
- 3) установления способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию;
- 4) установления половой неприкосновенности;
- 5) установления наличия беременности, ее отсутствия, бывших родов, аборта.

Установление пола необходимо при неопределенном половом состоянии (гермафродитизме), когда имеются внешние признаки и того и другого, или противоположного пола.

В настоящее время различают:

- 1) истинный гермафродитизм;
- 2) мужской псевдогермафродитизм;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 65 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

3) женский псевдогермафродитизм.

В связи с исключительной сложностью диагностики и клиническим разнообразием форм детальное обследование таких лиц должно производиться только с участием соответствующих специалистов.

Для решения вопросов, возникающих в ходе экспертиз по установлению пола и половых состояний, существенную помощь оказывает метод генотипоскопии.

Установление беременности, бывших родов и аборта требует акушерско-гинекологических познаний. В связи с этим судебные медики проводят указанные экспертизы с участием соответствующих специалистов.

Многие вопросы могут быть решены только по совокупности данных, полученных при экспертизе, исследовании медицинских документов и других материалов дела, а также по результатам осмотра места происшествия. Сбор этих сведений должен быть произведен должностными лицами органов уголовного преследования при участии судебных медиков.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 66 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)

Тема 3. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа

Вопросы:

1. Судебно-медицинская танатология: основные положения.
2. Осмотр места обнаружения трупа: организационные положения.
3. Работа судебно-медицинского эксперта при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия).
4. Судебно-медицинское исследование трупа.

1. Судебно-медицинская танатология: основные положения.

Танатология – это раздел теоретической и практической медицины, изучающий состояние организма в конечной стадии патологического процесса, динамику и механизмы умирания, непосредственные причины смерти, клинические, биохимические и морфологические проявления постепенного прекращения жизнедеятельности организма. Термин «танатология» был введен по предложению И.И. Мечникова.

Наступление смерти проявляется в необратимом нарушении основных жизненных функций организма с последующим прекращением жизнедеятельности отдельных тканей и органов.

Смерть делится на две категории:

- 1) насильственная смерть;
- 2) ненасильственная смерть.

Насильственной считается смерть, наступившая в результате действия на организм человека внешнего фактора.

Причины (роды) насильственной смерти:

- 1) лишение жизни человека человеком (умышленно; по неосторожности; при обстоятельствах, исключающих преступность деяния – необходимая оборона, задержание преступника и т.д.; невиновно);
- 2) самоубийство (лишение жизни себя);



Начало

Содержание



Страница 67 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

3) несчастный случай (по собственной неосторожности, в результате действия природных явлений и т.д.).

Вид смерти определяют по характеру фактора, который привел человека к смерти. Факторы группируют по механизму их действия и иным признакам.

Ненасильственная смерть вызывается заболеваниями и (или) глубокими возрастными изменениями (от старости); при этом не нарушаются какие-либо правовые нормы.

Виды ненасильственной смерти:

- 1) естественная смерть;
- 2) прогнозируемая смерть;
- 3) скоропостижная смерть.

Ненасильственная смерть наступает от заболеваний сердечно-сосудистой системы; заболеваний органов дыхания, заболеваний центральной нервной системы, заболеваний органов пищеварения и др.

Обычное умирание состоит из нескольких стадий, последовательно сменяющих друг друга:

- 1) предагональное состояние;
- 2) **агония**;
- 3) клиническая смерть;
- 4) биологическая смерть.

С момента наступления клинической смерти начинают развиваться посмертные изменения тела человека.

Для установления факта смерти используются ориентирующие признаки, указывающие на наступление смерти:

- 1) отсутствие чувствительности (реакции) к различным раздражениям (термическим, болевым);
- 2) отсутствие рефлексов со стороны роговицы и зрачков;
- 3) отсутствие дыхания;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 68 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)

4) отсутствие кровообращения и др.

Виды посмертных процессов, развивающихся на трупе:

- 1) ранние трупные явления;
- 2) поздние трупные явления.

Ранние трупные явления:

- 1) трупные пятна;
- 2) трупное окоченение;
- 3) охлаждение трупа;
- 4) трупное высыхание;
- 5) трупный аутолиз.

Трупные пятна – это участки тканей тела, посмертно пропитанные кровью. Образуются вследствие того, что после остановки кровообращения кровь, содержащаяся в кровеносной системе, под действием силы тяжести постепенно опускается в нижележащие отделы тела, переполняя главным образом венозную часть кровеносного русла. Просвечивающаяся через кожные покровы кровь придает им характерную окраску. По трупным пятнам может быть получена разнообразная информация.

Для исследования трупных пятен используют следующий прием: надавливают на трупное пятно и отмечают его реакцию. По тому, исчезает ли трупное пятно, бледнеет или не реагирует на давление, определяют время наступления смерти.

Необычный цвет трупных пятен может свидетельствовать о причине смерти. Если человек умер при явлениях значительной кровопотери, то трупные пятна будут выражены очень слабо. При смерти от отравления угарным газом они яркие, красные из-за наличия карбоксигемоглобина, при действии цианидов – красно-вишневые и т.д.

Трупное окоченение – состояние мышц трупа, при котором они уплотняются и фиксируют части трупа в определенном положении. Окочевшее мертвое тело как бы деревенеет. Причина этого – после прекращения основных процессов



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 69 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

жизнедеятельности во всех мышцах тела начинаются сложные биохимические процессы, связанные с преобразованием аденазинтрифосфорной кислоты (АТФ) и высокомолекулярных структур актина и миозина.

Процесс окоченения развивается одновременно во всей скелетной и гладкомышечной мускулатуре. Но его проявление имеет нисходящий характер и наступает поэтапно – сначала в мускулатуре лица, шеи, потом верхних конечностей и затем уже нижних конечностей. Выраженные признаки окоченения отмечаются спустя уже 2-4 часа после наступления смерти. Нарастание трупного окоченения происходит в период до 10-12 часов от момента смерти. Еще около 12 часов окоченение держится на одном уровне, а затем оно начинает исчезать. Судебные медики используют термин «разрешение трупного окоченения» для обозначения процесса постепенного исчезновения окоченения мышц трупа.

Охлаждение трупа, ощутимое на ощупь, отмечается на кистях трупа уже через 2 часа после наступления смерти. Тепло под одеждой сохраняется спустя 6-8 часов. В норме у живого человека температура тела, измеряемая в подмышечной впадине, находится в пределах от $+36,4^{\circ}\text{C}$ до $+36,9^{\circ}\text{C}$. Во внутренних органах и в тканях тела температура выше на 0,3-0,5 градуса.

Обязательно измерение температуры термометром. Измерять температуру, по возможности, следует с интервалом 1 час в течении времени осмотра места происшествия. Полное охлаждение трупа до комнатной температуры (в условиях комнатной температуры) происходит примерно за 24 часа. Скорость охлаждения трупа зависит от многих внешних и внутренних факторов.

Трупное высыхание начинается непосредственно после смерти. С наиболее увлажненных и незащищенных участков поверхности тела начинается испарение жидкости, которое приводит к высыханию и уплотнению ткани, эти участки ткани темнеют. На трупе первыми начинают подсыхать прижизненные и посмертные повреждения, глазные яблоки, мошонка и головка полового члена у мужчин, половые губы у женщин, область красной каймы губ, кончик выступающего из рта языка, позднее кончик носа, ушные раковины, кончики пальцев и др.



Начало

Содержание



Страница 70 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Трупный аутолиз – самопереваривание тканей и органов. Происходит с наступлением смерти под воздействием ферментов. Самоперевариванию подвергаются, прежде всего, ткани и органы, богатые ферментами – поджелудочная железа, надпочечники, печень и др. Внутренние органы под влиянием аутолиза тускнеют, становятся дряблыми, пропитываются окрашенной в красный цвет кровяной плазмой. Слизистая оболочка желудка под влиянием пищеварительных соков подвергается быстрому самоперевариванию.

Поздние трупные изменения:

- 1) разрушающие трупные изменения;
- 2) консервирующие трупные изменения.

Разрушающие поздние трупные изменения:

- 1) гниение;
- 2) скелетирование.

Гниение развивается в результате воздействия на ткани трупа микроорганизмов, под воздействием которых происходит разрушение тканей на более простые биохимические и химические составляющие.

Гнилостные бактерии являются обычными обитателями кишечника человека, поэтому вздутие кишечника можно отметить уже через 6-12 часов после смерти. К концу вторых суток появляется грязно-зеленое окрашивание в подвздошных областях. Признаки гнилостной венозной сети отмечаются на 3-4 сутки после смерти. На 6-10 сутки эпидермис полностью отслаивается и может быть легко удален вместе с ногтями и волосами. Полный гнилостный распад мягких тканей трупа может произойти через 3-4 недели. После этого срока сохраняются кости, связки, хрящи, образования, состоящие из большого количества соединительной ткани.

Скелетирование – посмертное явление, когда посредством гнилостного расплавления и вследствие поедания тканей трупа насекомыми мягкие ткани трупа полностью исчезают с костной основы. Хорошо заметные признаки скелетирования могут быть отмечены на трупе уже после 1 месяца нахождения



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 71 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

трупа в соответствующих условиях. Почти полное скелетирование может произойти за 3-6 месяцев. Через год скелет распадается на отдельные кости, так как большая часть связочного аппарата разрушается.

Консервирующие поздние трупные изменения:

- 1) **мумификация;**
- 2) **жировоск;**
- 3) **торфяное дубление.**

Мумификация – процесс посмертного изменения тканей трупа, при котором из них практически полностью испаряется влага. Ткани при этом уплотняются, уменьшаются в объеме, вес полностью мумифицированного трупа составляет не более одной десятой части от первоначального.

Для развития мумификации необходимы: хорошая вентиляция места нахождения трупа; высокая температура (хотя мумификация может проходить и при комнатной температуре в условиях очень хорошей вентиляции и сухого воздуха); низкая влажность воздуха. При самых благоприятных условиях полная мумификация трупа человека среднего телосложения может наступить за 4-6 месяцев. Частичная мумификация может быть обнаружена на трупах уже через 1-2 месяца.

Жировоск (омыление) – трупное изменение, образующееся при высокой влажности среды и минимальном доступе воздуха. Омыление развивается в воде, в плотных и влажных почвах и в других подобных условиях. Первые признаки жировоска появляются по прошествии от 25 дней до 3 месяцев после смерти. Полное омыление трупа наступает не ранее 6-12 месяцев на трупах взрослых людей, на трупах детей возможно несколько быстрее.

Торфяное дубление – уплотнение тканей под действием кислой среды. Попадая в такие условия, например, в торфяное болото, ткани тела умершего человека подвергаются длительному воздействию гумусовых кислот, в результате чего кожа трупов и внутренние органы уплотняются и приобретают темную окраску, а из костей вымывается кальций, вследствие чего они становятся мягкими и гибкими.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 72 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Трупы в состоянии торфяного дубления сохраняются очень долго. На таких трупах можно обнаруживать и изучать повреждения.

К группе консервирующих трупных изменений разными авторами отнесены посмертные процессы:

1) засаливание трупов – явление, при котором на труп воздействуют концентрированные растворы солей или соли в сухом виде;

2) консервация трупов – явление, при котором на труп воздействуют консервирующие химические вещества (формалин, нефть, некоторые спирты и др.).

Низкая температура – один из факторов, способных сохранять трупы в неизменном виде долгое время.

Бальзамирование – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение гниения трупа. Процедура бальзамации заключается в пропитывания органов и тканей умершего специальными химическими веществами, препятствующими разложению мягких тканей. Чаще всего используют бальзамирующие смеси на основе формалина, что гарантирует хорошую сохранность тканей и полное отсутствие гнилостного запаха.

Пластинация – это создание из человеческих тел своеобразных пластиковых мумий. С помощью технологии, разработанной в 1978 г. доктором Гунтером фон Хагенсом, в телах умерших людей вода и жир заменяются полимером.

2. Осмотр места обнаружения трупа: организационные положения.

Порядок осмотра места происшествия регулируется УПК, тактика проведения осмотра изучается в курсе криминалистики.

Порядок осмотра места обнаружения трупа конкретизируется Инструкцией о порядке рассмотрения информации, заявлений (сообщений) о смерти (гибели) граждан, выезда на места происшествий по указанным фактам и направления трупов на исследование (утв. постановлением Следственного комитета Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.09.2013 г. № 210/436/99).



Начало

Содержание



Страница 73 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

При получении от гражданина или должностного лица государственного органа или иной организации информации, заявления (сообщения) о смерти (гибели) человека вне организации здравоохранения без видимых признаков насильственной смерти (обоснованного подозрения на нее) отсутствуют основания для выбытия на место происшествия следственно-оперативной группы (СОГ) и, соответственно, осмотра места происшествия и трупа, а также проведения судебно-медицинской экспертизы.

В таком случае оперативный дежурный оперативно-дежурной службы милиции общественной безопасности органа внутренних дел (ОВД) обеспечивает прием, регистрацию данной информации, заявления (сообщения) и направление сотрудника ОВД на место обнаружения трупа, а также сообщает о факте смерти в государственную организацию здравоохранения (больницу, поликлинику, амбулаторию, организацию скорой (неотложной) медицинской помощи). Выбывший на место обнаружения трупа сотрудник ОВД составляет письменный рапорт о проведенных проверочных мероприятиях с приложением копии посмертного эпикриза.

Обязательно выбытие на место происшествия следственно-оперативной группы (СОГ) для проведения осмотра места происшествия и других следственных действий в случаях:

- 1) мертворождения или гибели новорожденного при родах, произошедших вне организации здравоохранения;
- 2) обнаружения неопознанного трупа;
- 3) обнаружения трупа несовершеннолетнего;
- 4) обнаружения трупа иностранного гражданина;
- 5) обнаружения трупа задержанного, лица, содержащегося под стражей или в местах лишения свободы;
- 5) наличия признаков насильственной смерти (гибели) (обоснованного подозрения на нее);



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 74 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

- 6) наступления смерти (гибели) при неясных обстоятельствах;
- 7) несогласия совершеннолетних близких родственников (законных представителей) на оформление факта смерти без проведения вскрытия;
- 8) поступления информации, заявления (сообщения) от гражданина или должностного лица государственного органа или иной организации о преступлении;
- 9) выявления иных сведений, указывающих на возможное совершение преступления.

Об этих обстоятельствах медицинский работник, сотрудник ОВД должен незамедлительно сообщить оперативному дежурному ОВД и до прибытия следственно-оперативной группы (СОГ) удалить всех посторонних лиц с места происшествия, обеспечить охрану места происшествия.

В свою очередь, оперативный дежурный ОВД организует выбытие на место происшествия следственно-оперативной группы (СОГ), врача-специалиста в области судебной медицины и других необходимых специалистов.

По прибытии следственно-оперативной группы (СОГ) сотрудник ОВД, обеспечивающий охрану места происшествия, докладывает ее руководителю (следователю, начальнику подразделения Следственного комитета) о конкретных обстоятельствах, послуживших основанием для выбытия СОГ, и о проведенных проверочных мероприятиях.

Судебно-медицинская экспертиза обязательно проводится в ходе проверок:

- 1) по заявлениям (сообщениям) о смерти (гибели) граждан, указывающим на признаки преступления;
- 2) при перечисленных выше обстоятельствах;
- 3) при отказе в оформлении факта смерти (гибели) на основании посмертного эпикриза без проведения вскрытия вследствие отсутствия в медицинских документах умершего (погибшего) вне организации здравоохранения информации о заболеваниях, которые могут служить причиной смерти (гибели); тогда амбулаторно-поликлиническая организация здравоохранения незамедлительно



Начало

Содержание



Страница 75 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

информирует об этом соответствующие орган внутренних дел и подразделение Следственного комитета с целью организации направления трупа на судебно-медицинскую экспертизу;

4) если в процессе патологоанатомического исследования обнаружены признаки насильственной смерти; тогда врач-патологоанатом обязан остановить патологоанатомическое исследование, немедленно сообщить о случившемся в направившую труп на патологоанатомическое исследование организацию здравоохранения, подразделение Следственного комитета и орган внутренних дел по месту смерти (гибели) гражданина, принять меры для сохранения трупа до назначения судебно-медицинской экспертизы.

В названных случаях подразделениями Следственного комитета Республики Беларусь обязательно проводится проверка в соответствии с требованиями статей 173 и 174 УПК для принятия решения о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела. В ходе проверки назначается и проводится судебно-медицинская экспертиза трупа для установления причины смерти и выяснения иных вопросов.

Порядок проведения осмотра как следственного действия регламентирован уголовно-процессуальным законодательством.

Осмотр трупа может быть проведен:

- 1) на месте, где наступила смерть человека – в ходе осмотра места происшествия;
- 2) на месте, где был обнаружен труп (при его перемещении с места наступления смерти);
- 3) в морге.

Осмотр – это следственное действие, которое может быть проведено как в ходе предварительного расследования, так и до возбуждения уголовного дела. Протокол осмотра места происшествия, протокол осмотра трупа являются источниками доказательств.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 76 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

В соответствии со ст.ст. 203–205 УПК основанием для проведения осмотра места происшествия, трупа, местности, помещения, жилища и иного законного владения является наличие достаточных данных полагать, что в ходе этих следственных действий могут быть обнаружены следы преступления и иные материальные объекты, выяснены другие обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела.

Осмотр трупа, вещественных доказательств, других объектов осуществляется на месте производства следственного действия. Если для проведения осмотра потребуется продолжительное время или осмотр на месте обнаружения следов преступления и иных материальных объектов значительно затруднен, объекты должны быть изъяты, упакованы, опечатаны и без повреждений доставлены в другое удобное для осмотра место.

В необходимых случаях при осмотре используются научно-технические средства, проводятся измерения, составляются планы и схемы, изготавливаются слепки и оттиски следов. При возможности изымаются сами следы вместе с предметом или его частью. Изъятию подлежат только те объекты, которые могут иметь отношение к уголовному делу. Изъятые объекты упаковываются, опечатываются за подписью следователя, лица, производящего дознание, и лиц, участвующих в осмотре. Все обнаруженное и изъятые при осмотре должно быть предъявлено участникам осмотра.

К участию в осмотре следователь, лицо, производящее дознание, вправе привлечь подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, свидетеля, а также специалиста.

Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения проводят следователь, лицо, производящее дознание, как правило, с участием врача – специалиста в области судебной медицины. Для осмотра трупа могут привлекаться также другие специалисты.

Неопознанные трупы подлежат обязательному фотографированию и дактилоскопированию.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 77 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

При необходимости извлечения трупа из места захоронения (эксгумации) для осмотра Председатель Следственного комитета Республики Беларусь, Председатель Комитета государственной безопасности Республики Беларусь или лица, исполняющие их обязанности, а также следователь выносят постановление. Постановление следователя должно быть санкционировано прокурором или его заместителем. Постановление обязательно для администрации места захоронения, членов семьи и родственников умершего.

Извлечение трупа из места захоронения и его осмотр проводятся с участием врача – специалиста в области судебной медицины, а также, при необходимости, других специалистов. О проведении извлечения трупа из места захоронения составляется протокол с соблюдением требований УПК.

Организация и проведение осмотра места происшествия (места обнаружения трупа) – прерогатива следователя. Тактика осмотра места происшествия (места обнаружения трупа) рассматривается в курсе «Криминалистика», в том числе действия следователя при подготовке к выезду на место, тактические приемы и правила осмотра, обнаружения, фиксации и изъятия доказательств. Здесь обратим внимание на ключевые моменты подготовки к осмотру трупа на месте его обнаружения и проведения такого осмотра.

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. Поэтому, получив сообщение об обнаружении трупа, следователь до выезда на место происшествия (место его обнаружения) должен вызвать судебно-медицинского эксперта и других необходимых участников, при необходимости организовать их доставку к месту осмотра.

Выбор тактических приемов осмотра места происшествия осуществляется в ходе общего ознакомления с местом происшествия. На этом этапе следователь определяет границы места происшествия и узловые объекты. Одним из узловых объектов



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 78 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

является труп. В процессе ознакомления с местом происшествия целесообразно сразу осуществить ориентирующую и обзорную фотосъемку, сделать видеозапись.

Оптимальным считается начало осмотра места происшествия от трупа, т.е. от центра к периферии. При таком порядке осмотра необходимо сразу позаботиться о сохранении следов, удаленных от узловой точки (трупа). После осмотра трупа целесообразно движение далее по спирали. Возможен и обратный порядок осмотра – от периферии к центру, т.е. трупу, особенно когда движение к трупу участников осмотра может привести к утрате следов.

При любом варианте осмотра места происшествия необходимо соблюдать правило двух стадий – вначале осуществляется статический осмотр узла, участка, всего места происшествия, а затем динамический.

В первой статической стадии исключается перемещение трупа, других предметов и их частей; производятся измерение, фотографирование, видеозапись. Во второй динамической стадии труп, предметы и их части могут передвигаться в целях более полного их осмотра с обязательным фотографированием.

Необходимо обратить внимание на то, что осмотр места происшествия в целом и по частям, в т.ч. осмотр трупа, должен проводить лично следователь. Остальные участники этого следственного действия лишь помогают ему и действуют по его указаниям. Иные участники, в т.ч. эксперт, самостоятельно, по своей инициативе ничего не делают.

3. Работа судебно-медицинского эксперта при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия).

Работа медицинского судебного эксперта на месте обнаружения трупа регламентирована Инструкцией о работе государственного медицинского судебного эксперта в качестве специалиста при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) (приказ Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 03.09.2015 № 240).



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 79 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Следователь после окончания осмотра должен обеспечить возвращение эксперта к месту работы, 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).

При осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) судебно-медицинский эксперт 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, 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 эксперт, при необходимости, должен лично принять необходимые меры по реанимации (искусственное дыхание, закрытый массаж сердца и др.), используя для этого возможные 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.

При осмотре трупа на месте его обнаружения судебно-медицинский 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);



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 80 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

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:

– 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 измерения температуры), а также указывать температуру окружающей среды;

6) при наличии поздних трупных изменений (гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление и пр.) указать степень их выраженности и локализацию;

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;

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;

9) состояние кистей рук, содержимое ладоней (зажатое в кулак и между пальцами), содержимое в подногтевых пространствах;



Начало

Содержание



Страница 81 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

10) состояние кожных покровов под молочными железами у женщин;

11) наличие повреждений на теле трупа, их локализация, характер, размеры, форма, особенности краев, характер наложений, включения, потеки, похожие на кровь.

При осмотре ран (повреждений) запрещается:

1) производить зондирование ран (повреждений) и другие действия, влекущие за собой изменения первоначального вида или свойства повреждения;

2) обмывать раны (повреждения), 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.

По окончании наружного осмотра трупа на месте его обнаружения и изучения обстановки на месте происшествия (обнаружения трупа) судебно-медицинский эксперт в устной форме имеет право высказать следователю свои предположения:

1) о давности наступления смерти (примерно);

2) изменялось ли положение трупа после смерти;

3) о механизме причинения телесных повреждений и предполагаемом орудии (оружии) травмы;

4) является ли место обнаружения трупа местом происшествия;

5) при наличии на трупе и окружающих его предметах следов, похожих на кровь, по их локализации и характеру судить о механизме их образования (с целью реконструкции событий после наружного кровотечения);

6) какова возможная причина смерти.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 82 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Окончательное решение интересующих следствие вопросов возможно только после полного судебно-медицинского вскрытия трупа и производства всех необходимых дополнительных исследований.

На месте обнаружения трупа судебно-медицинский эксперт:

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;

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;

3) обращает внимание следователя и понятых на все особенности, в том числе и негативные обстоятельства, которые имеют значение для конкретного случая;

4) по ходу проведения исследований дает пояснение производимых действий и полученных результатов.

Судебно-медицинский эксперт, участвующий в осмотре трупа на месте происшествия, обязан обращать внимание следователя на особенности:

- 1) при описании следов, которые могли образоваться от крови;
- 2) при поиске и описании следов спермы, иных выделений (слюны, мочи, пота и т.д.);
- 3) при поиске волос;
- 4) при обнаружении частиц тканей человека;
- 5) осмотра трупов при различных видах смерти (при дорожно-транспортной травме, при повреждениях тупыми и острыми предметами, при огнестрельных повреждениях и т.д.); эти особенности подробно изложены в названных Правилах работы государственного судебно-медицинского эксперта при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) в Республике Беларусь.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 83 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)



При осмотре трупа на месте его обнаружения важное значение для установления времени наступления смерти, среди прочих показателей, имеет термометрия трупа. Термометрию рекомендуется проводить через каждый час в течение осмотра места обнаружения (происшествия) с фиксацией результатов в протоколе осмотра.

Следователь после окончания осмотра должен обеспечить возвращение эксперта к месту работы, 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).

Организация доставления трупа в морг возлагается на органы внутренних дел.

4. Судебно-медицинское исследование трупа.

Судебно-медицинское исследование трупа производится по постановлению следователя, лица, производящего дознание, о назначении судебно-медицинской экспертизы.

Данное исследование регламентировано Инструкцией о порядке производства судебно-медицинской экспертизы трупа в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь (утверждена приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 13 июля 2015 г. № 147, далее – Инструкция).

Инструкцией определено, что судебно-медицинская экспертиза трупа (далее – экспертиза трупа) производится судебными экспертами, имеющими квалификацию судебного медицинского эксперта. Объектами исследования в рамках экспертизы трупа являются тело умершего человека, его части, останки. При экспертизе трупа также могут исследоваться доставляемые с трупом одежда и иные предметы, медицинские документы, материалы.

[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 84 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Экспертизу трупа проводят для установления причины смерти, наличия телесных повреждений и механизма их образования, а также разрешения иных вопросов, изложенных в постановлении (определении) о назначении экспертизы. При наличии в постановлении (определении) о назначении экспертизы вопросов о характере и степени тяжести телесных повреждений они устанавливаются в порядке, предусмотренном Инструкцией о порядке производства судебно-медицинской экспертизы по определению характера и степени тяжести телесных повреждений в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь.

Экспертиза трупа включает:

- 1) ознакомление с постановлением (определением) о назначении экспертизы и другими документами, представленными судебному эксперту, и их изучение;
- 2) определение порядка исследования трупа;
- 3) организацию работы персонала со средним специальным медицинским образованием, медицинских регистраторов медицинской судебной экспертизы и санитаров (вспомогательного персонала) по подготовке необходимого оснащения, инструментария, посуды, инвентаря, упаковочного и другого материала;
- 4) вскрытие трупа, включающее наружное и внутреннее исследование трупа;
- 5) изъятие биологических и иных объектов (далее – биологический материал) для направления и производства экспертиз в иных структурных подразделениях органов Государственного комитета;
- 6) составление вводной и исследовательской частей заключения эксперта;
- 7) оформление при необходимости ходатайств о предоставлении дополнительных материалов и документов, необходимых для дачи заключения, и изучение предоставленных материалов и документов;
- 8) составление судебно-медицинского диагноза на основании сведений, содержащихся в представленных судебному эксперту документах, комплексной оценки результатов вскрытия трупа и экспертиз изъятых биологического материала;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 85 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

9) обоснование и составление выводов;

10) оформление заключения эксперта.

Объем и методики экспертных исследований при экспертизе трупа определяет судебный эксперт, которому поручено ее производство, исходя из вопросов, поставленных на разрешение в постановлении (определении) о назначении экспертизы.

Экспертиза трупа проводится комиссией судебных экспертов в случаях исследования:

1) трупа, поступившего из организации здравоохранения, при наличии обстоятельств, указывающих на недостатки в оказании медицинской помощи;

2) трупа ребенка, умершего до достижения им возраста одного года;

3) эксгумированного трупа;

4) в иных случаях, установленных законодательством и правовыми актами Государственного комитета.

Вскрытие трупа проводится в судебно-медицинских моргах органов Государственного комитета или в моргах организаций здравоохранения после формирования ранних трупных явлений (охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение).

В исключительных случаях допускается проведение вскрытия эксгумированного трупа на открытом воздухе в теплое время года в сухую погоду при наличии достаточного естественного освещения и иных необходимых условий для работы.

Предварительное уведомление органа (лица), назначившего экспертизу трупа, о времени и месте вскрытия трупа является обязательным в случаях, если это предусмотрено постановлением (определением) о назначении экспертизы. Неявка предварительно уведомленного о времени и месте экспертизы трупа должностного лица органа (лица), назначившего экспертизу, не является препятствием для вскрытия трупа.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 86 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Экспертиза трупа имеет комплексный характер. Как правило, при экспертизе трупа производится комплекс экспертиз изъятых из трупа биологического материала, результаты которых оформляются в виде отдельных заключений эксперта.

Изъятие и направление биологического материала в структурные подразделения органов Государственного комитета, где проводятся соответствующие экспертизы объектов биологического происхождения, производятся в порядке, установленном настоящей Инструкцией и иными правовыми актами Государственного комитета. Судебный эксперт, производящий экспертизу трупа, в установленном порядке передает изъятый биологический материал органу (лицу), назначившему экспертизу, при необходимости производства соответствующих экспертиз, которые не могут быть произведены в органах Государственного комитета.

Наружное исследование трупа начинается с исследования одежды, в ходе которого перечисляются отдельные ее предметы и их положение на трупе в момент осмотра, отмечается предполагаемый вид материала (шелк, шерсть и другое), цвет, степень изношенности, сохранность петель, пуговиц и застежек (на одежде трупов неизвестных лиц отмечается также наличие характерного рисунка, меток, фабричных ярлыков и других особенностей), перечисляется и описывается содержимое карманов и другие предметы, доставленные с трупом.

При наличии повреждений и загрязнений на одежде указывается точная локализация (при этом приводятся стандартные наименования частей одежды и обуви), форма, размеры, расстояние от швов и других конкретных деталей одежды (карманов, клапанов, края бортов и другого), направление, характер краев и концов и другие особенности, устанавливается взаиморасположение повреждений и загрязнений на одежде с повреждениями и следами на трупе. Повреждения и загрязнения измеряются и фотографируются.

При обнаружении повреждений с признаками разрывов, разрезов, следов скольжения, дефектов ткани, опаления и т.д. или характерных изменений



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 87 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

(отпечатки протектора, наложения смазки, частиц краски, копоты и другие), или следов, похожих на кровь, следов рвотных масс, лекарственных средств, едких или иных химических веществ судебный эксперт обязан принять меры к их сохранению для последующего исследования судебными экспертами других специальностей и исключению возможности дополнительных повреждений, загрязнений или деформации этих следов. С этой целью одежду при необходимости просушивают, упаковывают и в установленном порядке передают органу (лицу), назначившему экспертизу.

Перед снятием одежды исследуются (с указанием точного времени) трупные явления:

1) определяется на ощупь охлаждение трупа в прикрытых одеждой и открытых частях тела. При необходимости не менее чем двукратно с часовым перерывом измеряется температура в подмышечной впадине и в прямой кишке, а при возможности в ткани печени;

2) устанавливается 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.

В ходе наружного исследования трупа после снятия одежды:

1) определяются по внешним признакам пол, возраст, телосложение, степень упитанности, измеряется длина трупа;

2) взвешиваются трупы детей в возрасте до одного года;

3) определяется телосложение – крепкое (атлетическое, гиперстеническое), среднее (нормостеническое), слабое (астеническое); при необходимости отмечают параметры отдельных частей тела;

4) отмечается (с указанием точного времени) наличие (отсутствие) трупных пятен, их локализация в конкретных областях тела; распространенность, интенсивность (островковые, сливные, обильные, скудные), характер, цвет, наличие кровоизлияний на их фоне; описываются участки, лишенные пятен (отпечатки



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 88 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

одежды и предметов); трехкратно надавливается на трупное пятно с силой 2 кг/см^2 и фиксируется время восстановления первоначальной окраски (в секундах, минутах); отмечается сохранение способности к перемещению трупных пятен при изменении положения тела и степень отличия от первоначально возникших трупных пятен; делаются надрезы кожи для дифференциации трупных пятен и кровоизлияний;

5) определяются локальные подсыхания кожи в области прижизненных и посмертных механических повреждений (пергаментные пятна), сдавлений кожи, отмечаются их локализация (как правило, на выступающих участках тела соответственно подлежащей кости), форма, размеры, выраженность контуров, уровень расположения (выступают, западают) по отношению к неизменной окружающей их коже, устанавливаются помутнение роговицы (пятна Ляйрше), подсыхание слизистой оболочки каймы губ, тонких слоев кожи – концов пальцев, мошонки, между складок кожи в местах опрелости и других;

6) диагностируется признак Белоглазова (изменение формы зрачка при надавливании на глазное яблоко), а также устанавливаются прижизненные реакции: зрачковая проба, механическое раздражение мышц плеча или бедра, раздражение скелетных мышц электричеством, берутся при необходимости отпечатки или мазки крови, секрета молочной железы, поверхности роговицы, кусочки кожи и мышц и направляются на лабораторное исследование;

7) при наличии поздних трупных явлений отмечаются гнилостный запах и увеличение размеров трупа («гигантский труп»), степень выраженности трупной зелени, гнилостной венозной сети кожи, гнилостных пузырей, гнилостной эмфиземы, указываются их локализация, цвет, размеры, форма, признаки выпадения прямой кишки, матки, отмечаются наличие участков жировоска, локализация, консистенция, цвет и сохранность структуры тканей на фоне этого участка, устанавливаются 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). При



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 89 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

необходимости обнаруженные на трупе мухи, их личинки, куколки помещаются в пробирки и направляются на лабораторное энтомологическое исследование, указываются локализация, цвет, высота, размеры колоний и участков плесени на коже и одежде трупа, осторожно снимается плесень стерильным пинцетом, помещается в стерильную пробирку для определения времени развития.

При осмотре кожных покровов отмечается их цвет и особенности (кожа сухая, влажная, синюшная, «гусиная» и т. д.), степень оволосения (в том числе и длину волос на голове), наличие следов инъекций, высыпаний, припухлостей, струпов, изъязвлений, врожденных и приобретенных анатомических и иных индивидуальных особенностей (рубцы, родимые пятна, татуировки и прочее). При необходимыми, например, при исследовании трупа неизвестного лица, наряду с составлением словесного портрета, сигналетической фотографией, обнаруженные анатомические и другие индивидуальные особенности фотографируются с масштабной линейкой.

При исследовании головы проводится ее ощупывание, в ходе которого отмечается состояние костей мозгового и лицевого черепа, наличие подвижности, деформации и других особенностей. Особо тщательно осматривается волосистая часть, отмечается цвет и длина волос, облысение и т.д. При исследовании также:

1) указывается, открыты ли глаза, определяется цвет радужной оболочки и диаметр зрачков, консистенция глазных яблок, отмечается состояние белочной и соединительной оболочек (бледность, желтушность, экхимозы и др.), наличие одутловатости лица;

2) указывается отсутствие или наличие выделений из отверстий рта, носа и ушей и характер выделений;

3) осматриваются кайма и слизистая оболочка губ, отмечается, открыт ли рот, сомкнуты ли зубы, имеется ли ущемление языка, указываются цвет и особенности зубов, наличие и количество коронок и протезов, в том числе из желтого металла; при этом перечисляются отсутствующие зубы и описывается состояние альвеолярной поверхности десен на их месте;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 90 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

4) указывается наличие или отсутствие в полости рта крови, частичек пищевых масс, порошков, иных инородных предметов.

При подозрении на баротравму исследуется состояние барабанных перепонок, используя лобное зеркало и ушную воронку.

Осматриваются шея, грудь, живот, спина, верхние и нижние конечности, подмышечные впадины, складки кожи под молочными железами, промежность и область заднего прохода.

При исследовании трупов женщин определяются форма и размеры молочных желез, пигментация околососковых ареолов и белой линии живота, наличие выделений из сосков при надавливании на молочные железы, рубцов беременности и других особенностей.

Исследуются наружные половые органы. У мужчин определяется состояние крайней плоти, наружного отверстия мочеиспускательного канала, мошонки; у женщин осматриваются область лобка, большие и малые половые губы, клитор, наружное отверстие мочеиспускательного канала, вход во влагалище, девственная плева, промежность, задний проход. Указывается на отсутствие или наличие выделений, повреждений, рубцов, язв и других особенностей.

Ощупываются кости скелета, отмечается наличие патологической подвижности или деформации.

Исследование наружных повреждений производится вначале невооруженным глазом, а при необходимости и с помощью лупы или стереомикроскопа, операционного микроскопа. Исследование производится с полнотой, обеспечивающей получение необходимых фактических данных для последующей реконструкции обстоятельств происшествия (установление механизма образования повреждений, выявление видовых, групповых или индивидуальных признаков орудия травмы и т.д.). Все обнаруженные наружные повреждения описываются при последовательном осмотре различных областей трупа либо отдельно, либо при завершении описания наружного исследования.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 91 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Для каждого повреждения в отдельности указываются его вид (кровоподтек, ссадина, рана), точная анатомическая локализация, форма, размеры, направление по оси тела, цвет, характер краев и концов, особенности рельефа ссадин, наличие раневого канала, признаки воспаления или заживления, наложения и загрязнения, состояние окружающих тканей. При наличии множества однотипных повреждений допускается их группировка при описании по отдельным анатомическим областям с соблюдением требований настоящего пункта. При этом следы повреждений указываются с учетом следующих особенностей:

1) при определении локализации повреждения указывается соответствующая анатомическая область и расстояние от повреждения до ближайших анатомических точек-ориентиров, используя систему прямоугольных координат, а также при необходимости (транспортная травма, огнестрельные, колото-резаные повреждения и другие) измеряется расстояние от нижнего уровня каждого повреждения до подошвенной поверхности стоп;

2) форма повреждений указывается применительно к геометрическим фигурам (треугольная, округлая, овальная и другая);

3) для обозначения цвета повреждений используются основные цвета и оттенки;

4) размеры повреждений указываются только по метрической системе мер с использованием линеек из твердого материала (металла, пластмассы, дерева);

5) при исследовании наложений, загрязнений и области повреждений отмечается предполагаемый их характер (кровь, копоть, смазочные масла, краски, песок и другое) и локализация;

6) при исследовании состояния тканей, прилежащих к повреждению, отмечаются наличие или отсутствие отека (припухлости) и кровоизлияния, цвет, форма, интенсивность, четкость границ и размеры; для выявления указанных изменений при необходимости производятся крестообразные разрезы.

Для уточнения характера и особенностей повреждений или болезненных изменений костей скелета вначале при возможности производится их



Начало

Содержание



Страница 92 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

рентгенография, затем рассекаются мягкие ткани, исследуются кости и окружающие ткани на месте. При необходимости поврежденную кость извлекают, очищают костные фрагменты от мягких тканей и склеивают для дальнейшего исследования. Указывается точная локализация перелома, направление в плоскости (возможно, в градусах), наличие и характер смещения, а также другие морфологические особенности, характеризующие вид деформации (зазубрины, трещины, их характер, расположение и направление, состояние надкостницы и костных пластинок, наличие и особенности осколков).

В случае транспортной травмы или при подозрении на нее, при падении с различной высоты (в том числе при ходьбе или из положении стоя), а также в других случаях повреждений тупыми предметами, когда не исключается возможность возникновения кровоизлияний в глубоких мышцах и разрывов связок, мышц и повреждений костей, производятся разрезы мягких тканей задней поверхности тела (от затылочного бугра до крестца по линии остистых отростков позвонков и далее через ягодицы по задней поверхности бедер и голеней) и их препаровка для обнаружения (исключения) указанных повреждений. В зависимости от особенностей случая смерти исследование тканей задней поверхности тела может производиться после окончания внутреннего исследования трупа.

Составляется схема наружных повреждений на контурных изображениях (схемах) частей тела человека, зарисовываются повреждения и характерные следы на одежде и обуви.

Повреждения на теле фотографируются. Снимки производятся не только обзорного характера (общий вид тела с повреждениями), но и отдельных повреждений с обязательным использованием масштабной линейки.

Если органом (лицом), назначившим экспертизу, не указано, что одежда подлежит направлению на лабораторное исследование, при необходимости фотографируются имеющиеся на ней повреждения и загрязнения. Фотографирование повреждений на теле и одежде производит судебный эксперт или вспомогательный персонал под руководством судебного эксперта.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 93 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

В соответствии с ранее намеченным и скорректированным в ходе наружного исследования комплексом лабораторных исследований производится изъятие материала, который может быть загрязнен или изменен при последующем вскрытии трупа (например, изымается кожа для исследования наличия следов смазочных веществ, краски, наложений металлов), берутся мазки содержимого полости рта, влагалища, прямой кишки, образцы волос, делаются смывы кожи и ее загрязнений.

В конце исследовательской части заключения делается запись обо всех произведенных действиях и манипуляциях, связанных с забором биологического материала для производства экспертиз в иных структурных подразделениях органов Государственного комитета.

При внутреннем исследовании трупа в обязательном порядке исследуется полость черепа, грудная и брюшная полости. Позвоночник и спинной мозг подлежат исследованию при наличии их повреждений или заболеваний, а также при черепно-мозговой травме, дорожно-транспортных происшествиях, падении с различной высоты, в остальных случаях – при необходимости.

Последовательность и приемы исследования полостей и органов определяет судебный эксперт, руководствуясь предварительными сведениями об обстоятельствах смерти, конкретными особенностями случая смерти, задачами исследования и соответствующими методическими материалами, придерживаясь при возможности системного порядка при исследовании и оформлении его результатов (центральная система, сердечно-сосудистая система и т.д.).

Анатомические разрезы, отсепаровка мягких тканей, выделение и исследование внутренних органов производятся самим судебным экспертом. Распил костей черепа, позвоночника и выделение других костей скелета может производить санитар под руководством судебного эксперта и обязательно в его присутствии.

Повреждения, причиненные в процессе экспертизы трупа (переломы ребер, хрящей гортани, костей черепа и т.п.), должны быть отражены в исследовательской части заключения эксперта.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 94 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

При подозрении на пневмоторакс или воздушную газовую эмболию предварительно производится соответствующая проба (прокалываются плевральные полости или желудочки сердца под водой). Перед проведением пробы при возможности проводится рентгенография.

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 другое), при исследовании трупов женщин фертильного возраста, умерших при невыясненных обстоятельствах или при подозрении на аборт.

Разрезы мягких тканей производятся по возможности не затрагивая наружные повреждения, операционные раны, свищи, дренажи, катетеры, канюли, выпускники и другое, а также инородные предметы, оставшиеся в ранах. Отмечаются цвет мышц, наибольшая толщина подкожно-жирового слоя, наличие (отсутствие) травматических или патологических изменений.

До извлечения органов шеи, грудной и брюшной полостей они осматриваются на месте. При этом указывается правильность расположения органов, пороки развития, степень выполнения легкими плевральных полостей, высота стояния диафрагмы, наличие спаек в плевральной и брюшной полостях, состояние пристеночной плевры и брюшины, брыжейки, лимфатических узлов, области солнечного сплетения, вздутие или спадение желудка и петель кишечника, степень кровенаполнения верхней и нижней полых вен. Указывается на наличие или отсутствие постороннего запаха от полостей и органов. При обнаружении забрюшинной гематомы определяются ее размеры и уровень расположения.

В необходимых случаях для обнаружения или исключения тромбоэмболии или инородных тел в дыхательных путях до извлечения органокомплекса производятся вскрытие и осмотр основного ствола и главных ветвей легочной артерии либо соответственно гортани и трахеи.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 95 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

При подозрении на отравление накладываются лигатуры на пищевод, желудок и кишечник.

При подозрении на утопление запрещается обмывать водой инструменты, перчатки и органы трупа до взятия материала для исследования на наличие планктона.

Все органы измеряются и исследуются с поверхности и на разрезах. При этом:

- 1) отмечается их консистенция, выраженность анатомической структуры, цвет, кровенаполнение, специфический запах;
- 2) тщательно исследуются и описываются изменения и повреждения;
- 3) в полых органах определяется характер и объем содержимого;
- 4) при необходимости взвешивается головной мозг, сердце, легкие (раздельно), печень, селезенка, почки (раздельно);
- 5) при подозрении на наличие патологических изменений взвешивается щитовидная, зобная и поджелудочная железы, надпочечники, гипофиз, эпифиз и иные органы.

При исследовании головы отмечается состояние внутренней поверхности мягких покровов: цвет, влажность, консистенция, кровенаполнение, отсутствие или наличие кровоизлияний, их локализация, цвет, форма и размеры (включая толщину); осматриваются с поверхности и на разрезе височные мышцы. Измеряется толщина лобной, височных, теменных и затылочных костей на распиле, а также продольный и поперечный размеры черепа (при черепно-мозговой травме). Исследуются повреждения свода черепа, отмечается состояние швов черепа.

Описываются степень напряжения и цвет твердой мозговой оболочки, плотность сращения ее с костями, кровенаполнение сосудов и пазух, прозрачность и кровенаполнение мягких мозговых оболочек, характер подпаутинного содержимого и цистерн, отмечаются симметричность полушарий, степень выраженности рельефа борозд и извилин, отсутствие или наличие полос от давления краем серповидного отростка, намета мозжечка, большого затылочного отверстия. На поперечных



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 96 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

или продольных (в зависимости от избранного судебным экспертом метода) разрезах мозга отмечается выраженность общего рисунка строения мозговой ткани и ее анатомических структур, в особенности в стволовом отделе, а также степень ее влажности и кровенаполнения. Описывается содержимое желудочков, состояние эпендимы и сплетений, определяется, не расширены ли желудочки. Исследуются сосуды основания мозга, отмечаются наличие анатомических аномалий, атеросклеротических изменений, аневризм.

При обнаружении внутричерепных кровоизлияний, очагов размягчения или ушибов мозга, опухолей указываются их точная локализация в пределах полушария, доли и ее поверхности, размеры, масса, объем, вид и форма с поверхности и на разрезах, состояние вещества головного мозга по периферии очага.

После удаления твердой мозговой оболочки осматриваются кости основания черепа и отмечаются их повреждения и особенности, при необходимости вскрываются придаточные пазухи, отмечается отсутствие или наличие в них содержимого.

Кости свода черепа распиливаются полностью, не допускается насильственное разъединение свода и основания черепа при неполном распиле костей.

При исследовании позвоночного канала обращается внимание на наличие в нем жидкости или крови, состояние твердой оболочки спинного мозга. Извлекается спинной мозг, описывается вид оболочек и состояние мозговой ткани на последовательных (по сегментам) поперечных разрезах. Осматриваются позвонки и межпозвоночные диски со стороны позвоночного канала и отмечаются их особенности, повреждения, деформации, болезненные изменения. Исследуется область атланта-окципитального сочленения для обнаружения или исключения кровоизлияний, разрывов связок, переломов.

При необходимости вскрываются магистральные артерии шеи. Отмечаются наличие или отсутствие их патологической извитости, сдавления остеофитами, надрывов внутренней оболочки сосудов, осматриваются мягкие ткани и сосудисто-нервные пучки шеи для исключения кровоизлияний.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 97 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Исследуются язык, миндалины, гортань, трахея, глотка, щитовидная и паращитовидная железы, лимфатические узлы, проверяется целостность подъязычной кости и хрящей гортани.

Исследование органов грудной полости включает осмотр переднего и заднего средостения, исследование зубной железы, легких, сердца, аорты, пищевода и бронхов.

Далее проводится исследование области брюшной полости и забрюшинного пространства, а также органов таза.

Изъятие биологического материала из трупа для производства экспертиз в иных структурных подразделениях органов Государственного комитета осуществляется непосредственно судебным экспертом, осуществляющим вскрытие трупа, с учетом особенностей, установленных правовыми актами Государственного комитета. Судебный эксперт определяет количество и характер изымаемых объектов, а также необходимые виды их исследований, исходя из поставленных на разрешение экспертизы труп вопросов и обстоятельств смерти. Вспомогательный персонал оказывает техническую помощь в ходе вскрытия и фиксации его результатов, маркирует и упаковывает биологический материал под руководством и контролем судебного эксперта.

Обязательному изъятию подлежат:

1) кровь и моча для определения наличия и количественного содержания этилового спирта во всех случаях смерти (за исключением случаев смерти взрослых лиц, находящихся в организации здравоохранения в стационарных условиях более одних суток);

2) кровь для биологического исследования и помещения в архив – при насильственной смерти, сопровождавшейся наружными повреждениями или кровотечением, убийствах или подозрениях на них, половых преступлениях или подозрениях на них, исследовании трупов неизвестных лиц;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 98 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

3) кусочки внутренних органов и тканей для гистологического (гистохимического) исследования;

4) органы и ткани трупа для определения наличия и количественного содержания отравляющих веществ;

5) подногтевое содержимое пальцев рук – при убийстве или подозрении на него, половых преступлениях;

6) тампоны и мазки содержимого влагалища для обнаружения спермы, изучения морфологических особенностей влагалищного эпителия и другого – при половых преступлениях или подозрении на них; при подозрении на совершение полового акта в извращенной форме берутся тампоны и мазки со слизистой оболочки рта и прямой кишки у трупов обоего пола; при подозрении на половые преступления берутся смывы на тампоны с кожи из окружности половых органов и заднего прохода;

7) волосы с головы (лобная, височные, теменная, затылочная области) и лобка для сравнительного исследования – при убийствах или подозрении на них, половых преступлениях или подозрении на них, транспортных травмах, повреждениях волосистой части головы, исследовании трупов неизвестных лиц;

8) волосы с головы, ногти, большой коренной зуб (6-7-8 зубы на верхней челюсти) без болезненных изменений, фрагмент трубчатой кости с костным мозгом, мышечная ткань для определения группоспецифических антигенов – при исследовании гнилошно измененных, мумифицированных, расчлененных и скелетированных трупов неизвестных лиц или при необходимости опознанных трупов;

9) жидкость из пазухи основной кости, нескрытая почка либо 50-100 г костного мозга из бедренной или плечевой кости для исследования на диатомовый планктон, для контроля изымается легкое – при подозрении на утопление;

10) кусочки из различных областей матки, труб, яичников и сосудов околоматочной клетчатки для гистологического исследования, содержимое полости и часть стенки матки для судебно-химического исследования, тампоны и мазки



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 99 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

выделений влагалища и молочных желез для цитологического исследования – при подозрении на смерть в результате аборта, произведенного вне организации здравоохранения; при аборте, осложненном сепсисом, дополнительно изымается материал для бактериологического исследования;

11) одежда, 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 предметами;

12) костные останки скелетированных и неопознанных обгоревших трупов после исследования в морге – для определения вида, пола, возраста и роста погибшего;

13) при наличии соответствующего предписания кисти или пальцы рук с посмертными изменениями кожи концевых фаланг – для дактилоскопирования, отчлененная голова неопознанного трупа – для последующего идентификационного исследования.

Биологический материал, предназначенный для направления на экспертизу в иные структурные подразделения органов Государственного комитета, изымается, упаковывается и опечатывается. Направление изъятого биологического материала на экспертизу в иные структурные подразделения органов Государственного комитета осуществляется в соответствии с правовыми актами Государственного комитета.

В случае установления при производстве экспертизы трупа повреждений, иных обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела (для решения вопроса о возбуждении уголовного дела), о которых не было известно органу (лицу), назначившему экспертизу, судебный эксперт незамедлительно сообщает о таких обстоятельствах своему непосредственному руководителю, который принимает решение об информировании органа (лица), назначившего экспертизу.

В случае обнаружения у трупа нераспознанного при жизни особо опасного инфекционного заболевания руководитель или судебный эксперт в установленном



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 100 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

порядке сообщают об этом в территориальный центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья и (или) орган управления здравоохранением.

При выявлении в процессе вскрытия трупа недостатков диагностики и лечения в организации здравоохранения (например, наличие в тканях и полостях трупа тампонов, изделий медицинского назначения и т.п.) судебный эксперт незамедлительно его приостанавливает и извещает об этом своего непосредственного руководителя. При получении указания о необходимости дальнейшего исследования трупа комиссией судебных экспертов вскрытие возобновляется после формирования в установленном порядке комиссии судебных экспертов. Обнаруженные при вскрытии трупа инородные тела в тканях и полостях после их описания и фотографирования изымаются и передаются лицу (органу), назначившему экспертизу трупа.

По результатам экспертизы трупа оформляется заключение эксперта. Вводная и исследовательская части заключения эксперта, составляющие протокольную часть, оформляются в течение пяти рабочих дней после вскрытия трупа на основании данных, зафиксированных непосредственно в ходе вскрытия (допускается их оформление непосредственно в ходе вскрытия трупа).

В вводной части заключения эксперта кроме сведений, указанных в Инструкции о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз, указываются:

- 1) сведения об умершем лице, если они известны: фамилия, собственное имя, отчество (при его наличии), год рождения (возраст), место жительства;
- 2) обстоятельства, при которых наступила смерть, наименование и реквизиты документов, ставших источником таких сведений;
- 3) место, время начала и условия, в которых проводилось вскрытие трупа.

Исследовательская часть заключения эксперта является объективной основой для составления и обоснования экспертных выводов. В исследовательской части судебный эксперт последовательно описывает процесс исследования



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 101 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

трупа, материалов и документов, все установленные в ходе исследования факты. Исследовательская часть состоит из разделов «Наружное исследование», «Внутреннее исследование».

Описание хода исследования в исследовательской части должно быть четким и понятным. Отражаются все дополнительные и диагностические наружные разрезы. Не допускается подмена подробного описания диагнозами (например, «абсцесс», «входное огнестрельное ранение») либо выражениями (например, «в норме», «без особенностей»).

В исследовательской части заключения эксперта кроме сведений, указанных в Инструкции о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз, указываются:

1) данные медицинских документов, изученных до начала вскрытия трупа, с отражением следующих сведений:

- наименование организации здравоохранения, в которой составлен медицинский документ, его номер и дата составления;
- время поступления и продолжительность пребывания пациента в организации здравоохранения;
- состояние здоровья пациента при поступлении в организацию здравоохранения и его динамику;
- результаты медицинского освидетельствования состояния алкогольного опьянения и (или) состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, результаты токсикологических исследований биологических сред;
- проведенные оперативные вмешательства и иные диагностические и лечебные мероприятия;
- осложнения, возникшие в результате заболевания (травмы), ятрогенные осложнения;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 102 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

– дата и время констатации биологической смерти; сведения о проведении операции эксплантации внутренних органов от трупного донора (дата, время, основания для ее проведения, изъятые органы, зафиксированные их особенности); заключительный клинический диагноз;

- 2) состояние одежды, обуви и иных предметов, доставленных с трупом;
- 3) описание наружного и внутреннего исследования трупа;
- 4) произведенные пробы на воздушную эмболию, пневмоторакс, живорожденность и другие;
- 5) исследования, выполненные судебным экспертом с применением специальных приборов (например, стереомикроскопа) либо специальных методик секционного исследования отдельных областей или органов трупа;
- 6) перечень биологического материала, направленного на экспертизу в иные структурные подразделения органов Государственного комитета;
- 7) перечень объектов, переданных лицу (органу), назначившему экспертизу, для обеспечения проведения иных исследований;
- 8) результаты лабораторных экспертиз, номер и дата заключения эксперта;
- 9) иные сведения, предусмотренные процессуальным законодательством и Инструкцией.

В исследовательской части заключения эксперта могут констатироваться не только обнаруженные травматические или болезненные изменения, состояние отдельных органов и тканей, посторонние запахи и другие признаки, но и отсутствие имеющих значение для уголовного дела (материала проверки) изменений или особенностей (например, отсутствие кровоизлияний, повреждений или запаха).

Судебно-медицинский диагноз составляется на основании объективных данных, полученных при вскрытии трупа, результатов экспертиз, выполненных в иных структурных подразделениях органов Государственного комитета, и имеющихся в распоряжении судебного эксперта клинических, инструментальных и лабораторных данных, полученных из медицинских документов организаций



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 103 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

здравоохранения (например, из медицинской карты стационарного пациента и (или) медицинской карты амбулаторного больного). Судебно-медицинский диагноз должен быть структурирован, рубрифицирован, записан в следующем виде: основное заболевание, осложнение основного заболевания и сопутствующие заболевания. В обязательном порядке проставляются коды заболеваний. При выявлении этилового алкоголя после данных рубрик указывается его концентрация в биологических тканях.

Судебно-медицинский диагноз оформляется на основании вводной и исследовательской частей заключения эксперта.

Определение нозологических форм заболеваний и причин смерти осуществляется в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

После проведения всех исследований, связанных с экспертизой трупа, и оформления судебно-медицинского диагноза судебный эксперт составляет выводы в соответствии с Инструкцией о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз.

Судебно-химическое исследование жидкостей, органов и тканей тела человека проводится для определения наличия и количественного содержания различных химических веществ.

Гистологическое исследование кусочков органов и тканей, осуществляется для изучения микрокартины строения тканей.

Биологическое исследование – исследование крови и других составляющих тела человека в целях определения разного рода биологических характеристик.

Медико-криминалистические исследования – исследования, проводимые в целях решения разных вопросов с использованием технических и физических методов и методик.

При необходимости могут быть проведены и другие дополнительные исследования.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 104 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Особенностями отличаются следующие экспертизы:

1) исследование трупа при скоропостижной смерти; скоропостижной называется смерть, наступившая неожиданно для окружающих на фоне кажущегося здоровья; причиной скоропостижной смерти является какое-либо скрыто протекавшее заболевание или заболевание, течение которого по своему характеру не предвещало наступления смерти;

2) исследование трупов новорожденных; новорожденным в судебной медицине принято называть ребенка в период первых двух дней жизни; смерть плода и новорожденного может наступить от разных причин еще в утробе матери, во время родов и после их окончания; смерть ребенка от внутренних или внешних факторов до момента родов называют гибелью плода; смерть ребенка после рождения может быть несчастным случаем, убийством (умышленным лишением жизни) либо причинением смерти по неосторожности;

3) исследование расчлененных трупов; ответ на вопрос о принадлежности обнаруженных частей тела к одному трупу или к разным может быть дан после изучения морфологии имеющих частей; наиболее успешной бывает генотипическая идентификация (идентификация по молекулам ДНК);

4) экспертиза костных останков; при этом устанавливается принадлежность костей человеку (одному или нескольким, определенному человеку, пропавшему без вести), их анатомическая характеристика, видовая принадлежность, определяются пол, возраст, рост, строение черепа по костям и т.д.;

5) экспертиза трупа в случаях инфекционных заболеваний; при подозрении на особо опасную инфекцию (чума, холера, КВГЛ (контагиозная вирусная геморрагическая лихорадка) и др.) вскрытие временно приостанавливается до прибытия консультантов-специалистов по особо опасным инфекциям; дальнейшую работу в секционном зале выполняют в специальной защитной одежде; после прибытия консультантов дальнейшее вскрытие, забор материала для исследования проводится стерильными инструментами под их руководством; во время вскрытия проводится текущая дезинфекция;



Начало

Содержание



Страница 105 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

б) экспертиза в случаях массовой гибели людей при природных и технических катастрофах, для которых характерны внезапное возникновение чрезвычайной ситуации и многочисленные человеческие жертвы; задачей судебных медиков является производство экспертиз трупов и останков с целью установления причины смерти, характера, механизма и давности образования повреждений, а также, при необходимости, выполнение идентификационных исследований.



Начало

Содержание



Страница 106 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

Тема 4. Механические повреждения

Вопросы:

1. Механическая травма и механизм повреждения тканей.
2. Характеристика видов механических повреждений (повреждения тупыми предметами; повреждения острыми предметами; транспортная травма; падение с высоты; огнестрельные повреждения).

1. Механическая травма и механизм повреждения тканей.

Механизм образования повреждений (механизм травмы) – это процесс взаимодействия повреждающего фактора и повреждаемой части тела или организма в целом.

В судебной медицине все предметы, которыми могут быть причинены повреждения, подразделяют на:

- 1) твердые тупые предметы,
- 2) острые предметы,
- 3) огнестрельное оружие и
- 4) взрывные устройства.

Виды повреждающих факторов (в зависимости от механизма травмы):

- 1) удар – кратковременное механическое взаимодействие травмирующего предмета и тела; действие травмирующих сил – центростремительное;
- 2) сдавление – действие двух и более травмирующих предметов на тело; действие сил – центростремительное.
- 3) трение (скольжение) – механическое взаимодействие травмирующего предмета и тела, движущихся в касательном (тангенциальном) направлении относительно друг друга;
- 4) растяжение – действие двух и более травмирующих предметов на тело; действие сил – центробежное; образуются разрывы и отрывы;



Начало

Содержание



Страница 107 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

5) сотрясение – резкое инерционное смещение органов тела человека при сильных ударах в сторону, противоположную направлению движения.

Виды телесных повреждений в результате механической травмы:

- 1) ссадины;
- 2) кровоподтеки;
- 3) раны;
- 4) вывихи;
- 5) переломы;
- 6) разрывы органов;
- 7) размятия тела;
- 8) расчленения тела.

Ссадина – нарушение целостности эпидермиса, поверхностное или до сосудистого слоя, с нарушением лимфатических и кровеносных сосудов.

Кровоподтек образуется вследствие разрывов сосудов в месте удара или сдавливания с последующим кровоизлиянием в подкожную клетчатку или глубже лежащие ткани.

Рана – повреждение, нарушающее целостность всей толщи кожи или слизистых оболочек и обычно проникающее в глубже лежащие ткани; характер раны зависит от особенностей предмета, которым она была причинена.

Вывихи – полное и стойкое смещение костей в суставах.

Переломы костей – нарушения целостности всей толщи костей скелета.

Виды переломов костей (в зависимости от нарушения целостности кожи):

- 1) закрытые переломы (без нарушения целостности кожи);
- 2) открытые переломы (с разрывом кожных покровов).

Виды переломов костей (в зависимости от места приложения силы):

- 1) прямые переломы (возникают в месте приложения силы);
- 2) не прямые переломы (образуются не в месте удара, возникают при сдавливании между двумя тупыми твердыми предметами).



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 108 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Разрывы внутренних органов возникают либо в результате прямого удара или сдавливания тела (например, разрыв печени при ударе в живот), либо при сотрясениях его (например, разрывы печени, селезенки при падении человека с высоты).

Размятие (размозжение) тканей, органов или всего тела наблюдается при сдавливании тела с большой силой между двумя массивными твердыми тупыми предметами.

Расчленения и отрывы частей тела чаще всего наблюдаются при транспортных травмах, при попадании в движущиеся машины, при взрывах, реже от действия рубящих орудий (например, топора и т.п.).

При исследовании телесных повреждений важное значение имеют их правильное описание и регистрация. Для каждого повреждения в отдельности указывают его вид, точную локализацию, форму, размеры и т.д. Составляют схему наружных повреждений на контурных изображениях частей тела. Производится фотографирование повреждений.

Важной задачей эксперта является установление давности и прижизненности повреждений. Посмертные повреждения могут возникать на теле после смерти в результате различных причин.

Прижизненные повреждения – это травмы, причиненные при сохранении вегетативных функций организма, среди которых наиболее значима функция кровообращения.

Давность повреждения – время, прошедшее с момента причинения повреждения до смерти (в случае исследования трупа) либо до момента исследования (для живых лиц).

Для определения давности и прижизненности повреждений используют местные и общие, макро- и микроскопические реакции тканей и органов на повреждение.

Причины смерти при механических повреждениях весьма разнообразны. Первичные причины смерти непосредственно в момент причинения травмы ведут



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 109 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

к прекращению жизненных функций организма. Вторичные причины смерти вызывают гибель пострадавших через некоторый промежуток времени после травмы.

2. Характеристика видов механических повреждений (повреждения тупыми предметами; повреждения острыми предметами; транспортная травма; падение с высоты; огнестрельные повреждения).

Повреждения от тупых предметов в практике распространены, поскольку различные тупые предметы широко используются в быту и на производстве. Главным отличием тупых предметов является отсутствие у них острых краев или концов.

От действия тупых предметов образуются кровоподтеки, ссадины, ушибленные, рваные, рвано-ушибленные и некоторые другие раны; переломы; вывихи; разрывы и разможнения внутренних органов; раздавливание и отчленение частей тела; а также сложные комбинации этих повреждений.

В повреждениях на теле человека могут отображаться форма и размеры ударяющей поверхности.

К острым орудиям относятся предметы, край или конец которых заострен.

Виды острых орудий (предметов):

- 1) колющие (шило, гвоздь, заточка, иголка);
- 2) режущие (бритва, нож столовый, лезвие);
- 3) колюще-режущие (кинжал, штык-нож, финский нож);
- 4) рубящие (топор, сабля);
- 5) пилящие (пила, ножовка);
- 6) комбинированного действия.

Повреждения, нанесенные каждым из перечисленных видов орудий, имеют свои особенности, которые дают возможность определить вид орудия, причинившего ранение.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 110 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Вместе с тем для всех ран, причиненных острыми орудиями, имеются общие особенности: ровные края, отсутствие осаднений на краях и по окружности раны, отсутствие перемычек на дне и ряд других.

К колющим относятся предметы, имеющие цилиндрический или многогранный стержень (игла, шило, гвоздь), заканчивающиеся острием, которое, внедряясь и раздвигая кожу и ткани, причиняет повреждение.

К режущим относятся предметы, имеющие плоский клинок с острозаточенным лезвием (столовый нож, бритва и т.п.) без острия. Раны от их действия образуются в результате давления лезвия орудия на поверхность тела с одновременным движением по ней.

Колюще-режущие предметы (кинжал, финский, охотничий, перочинный ножи, ножницы и т.д.) имеют острый колющий конец и одно или два лезвия. Колото-резаное ранение образуется за счет вкалывания острия и последующего разрезания тканей, поэтому края кожной раны и стенки раневого канала обычно бывают ровными. Сама кожная рана чаще всего имеет прямолинейную или веретенообразную форму, а характер ее концов будет зависеть от заточки клинка.

Рубящие орудия (топоры, косы, сабли, шашки, таяпки и пр.) причиняют обычно обширные повреждения.

Пилами причиняются прямолинейные раны с несколько зазубренными и осадненными краями, перемычками тканей на дне, царапинами и насечками на концах раны. В окружности раны, по ее краям и в глубине раневого канала наблюдают большое количество мелких частиц мягких тканей и костного вещества.

Под транспортной травмой понимают повреждения, возникающие в результате действия на организм человека движущегося транспортного средства или при выпадении из него.

В настоящее время принята следующая классификация транспортных травм (в зависимости от вида транспорта):

1) автодорожная;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 111 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

- 2) железнодорожная;
- 3) авиационная;
- 4) воднотранспортная.

Виды автодорожных травм:

- 1) автомобильная;
- 2) тракторная;
- 3) мотоциклетная.

Виды **автомобильных** травм:

- 1) травма от наезда автомобиля на человека (основной компонент – удар какими-либо частями автомобиля по телу человека);
- 2) переезд человека колесами автомобиля (основной отличительный компонент – перекатывание колеса автомобиля через тело человека, полное или неполное);
- 3) выпадение человека из движущегося автомобиля;
- 4) травма внутри автомобиля;
- 5) сдавление тела между частями автомобиля и другими предметами;
- 6) комбинация перечисленных видов травм.

Каждый из указанных видов автомобильной травмы складывается из нескольких следующих друг за другом фаз, сопровождающихся определенным характером повреждений и их локализацией.

Травма от столкновения движущегося автомобиля с человеком:

1-я фаза – соударение частей автомобиля с человеком (первичный контакт). От первичного удара автомобилем образуются самые разнообразные повреждения: ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны, переломы, разрывы, отрывы внутренних органов. Передним бампером могут причиняться поперечные и оскольчатые переломы костей бедра и голени («**бампер-переломы**»). В результате первичного удара автомашиной на подошве и каблуках обуви пешехода образуются следы скольжения, которые косвенно могут указывать на направление удара.



Начало

Содержание



Страница 112 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



2-я фаза – падение тела на автомобиль, повреждения возникают от удара телом об автомобиль, сотрясения и трения. Падение на капот обычно приводит к образованию повреждений головы и грудной клетки, которые могут отражать форму и размеры выступающих деталей капота и конструкций рамы лобового стекла.

3-я фаза – отбрасывание тела и падение его на дорогу; повреждения образуются от удара телом о покрытие дороги и сотрясения.

4-я фаза – скольжение тела по дороге; повреждения также образуются от трения о покрытие дороги.

Переезд через тело колесом (колесами) автомобиля пострадавшего бывает полным и неполным (по типу придавливания).

Фазы травмирования и механизм образования повреждений:

1-я фаза – соударение вращающегося колеса с телом: повреждения возникают от удара и трения колесом.

2-я фаза – продвижение и перемещение тела колесом: повреждения формируются от трения тела о дорогу.

3-я фаза – накатывание колеса на тело с формированием первичного «щипка» (повреждения от трения и растяжения). Трение при въезде колеса сопровождается образованием широких осаднений и может приводить к разрывам и отслойке (нередко циркулярной) поверхностных слоев мягких тканей с образованием полостей (карманов), заполненных кровью и размозженными тканями.

4-я фаза – перекачивание колеса через тело; повреждения от сдавления тела между колесом и дорогой. При этом образуются многооскольчатые переломы костей скелета с повреждением внутренних органов.

5-я фаза – вторичное инерционное продвижение тела колесом по дороге; при этом формируются повреждения от трения тела о покрытие дороги.

Механизмы образования повреждений при травме внутри салона автомобиля: сотрясение тела; соударение тела с внутренними частями автомобиля; сдавление тела между сместившимися частями автомобиля.

[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 113 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Приведенные ниже характерные повреждения для водителя и пассажира переднего сиденья автомобиля образуются при отсутствии в комплектации автомобиля подушек безопасности либо при несрабатывании таковых в момент столкновения с препятствием.

Повреждения, характерные для водителя:

- 1) локализация повреждений на передней и левой поверхностях тела;
- 2) рвано-ушибленные раны в области первого межпальцевого промежутка;
- 3) раны и ссадины на тыльной поверхности кисти, иногда сочетающиеся с переломо-вывихом основной фаланги I пальца;
- 4) ушиб локтя левой руки (кровоподтеки по локтевому краю предплечий);
- 5) поперечные переломы средней трети плечевой и бедренной костей;
- 6) переломо-вывих голеностопного сустава;
- 7) дугообразный кровоподтек на груди от рулевого колеса;
- 8) прямые переломы грудины и ребер (при ударе о руль);
- 9) переломы надколенника и ушибленные раны коленной области (при ударе о край приборной доски);
- 10) перелом левой ключицы от ремня безопасности;
- 11) при исследовании предметов одежды могут отмечаться следы скольжения на подошве, отрыв ее в передних отделах, отрыв каблука. В частности, на подошве правого ботинка образуется след от педали торможения (вследствие активных действий водителя в момент удара).

Повреждения, характерные для пассажира переднего сиденья:

- 1) раны и ссадины на основании ладони и в нижней части предплечья правой руки (образуются при рефлекторном выбросе руки вперед и упоре ее в переднюю панель автомобиля);
- 2) раны и ссадины на нижней части подбородка;
- 3) разрыв шейно-затылочного сочленения;



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 114 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

4) ушибленные и резаные раны на лбу и лице, переломы черепа в лобной области и лицевых костей от ударов об окантовку ветрового стекла и само стекло;

5) повреждения мозга с преимущественным поражением лобных и височных долей;

6) перелом правой ключицы от ремня безопасности;

7) возможны повреждения нижних конечностей и органов брюшной полости от ударов о панель приборной доски.

Железнодорожная травма характеризуется значительной тяжестью и, как правило, приводит пострадавшего к смертельному исходу на месте происшествия. Для неё характерны:

1) типичные повреждения, возникающие в результате перекатывания через тело колес транспорта (полосы давления и обтирания, расчленение тела);

2) типичные повреждения, не связанные с действием колес (следы волочения, отрывы конечностей, сдавливание тела между буферами или в автосцепном механизме);

3) повреждения нетипичные и симулирующие другие виды травмы.

Полоса давления – это отпечаток колеса на поверхности кожи; ширина колеблется от 7 до 13 см.

Полоса обтирания – это участок осаднения кожи по краю полосы давления, он образуется при трении кожи о боковые поверхности колеса; ширина колеблется в значительных пределах от 2 до 15 см.

Авиационной травмой называют повреждения, возникающие у членов экипажа, пассажиров самолетов и других летательных аппаратов и других лиц в процессе эксплуатации и обслуживания этой техники.

В зависимости от условий и обстоятельств происшествия авиационные травмы делят на следующие виды:

1) травма внутри самолета (другого летательного аппарата) во время полета;

2) травма при покидании летящего самолета (другого летательного аппарата);



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 115 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

3) травма внутри самолета (другого летательного аппарата) при падении его на землю;

4) травма внутри самолета (другого летательного аппарата), находящегося на земле;

5) травма лиц, находящихся на земле вне самолета (другого летательного аппарата);

6) комбинированные травмы.

Характер и тяжесть повреждений, возникающих у человека при падении с высоты, зависит от многих причин и, прежде всего, от высоты падения, особенностей поверхности и предметов, на которые произошло падение, позы пострадавшего. Одновременно имеет значение область тела, которой оно ударилось в момент падения, наличие или отсутствие выступающих предметов, о которые тело пострадавшего могло удариться при падении и, конечно, состояние здоровья и индивидуальные особенности потерпевшего. Высота падения варьирует в широких пределах: от высоты роста человека (падение на плоскость) до нескольких десятков или сотен метров (падение с большей высоты).

Под огнестрельными повреждениями понимают такой вид механической травмы, который происходит в результате выстрела из огнестрельного оружия, взрыва снаряда, гранаты, запала или какого-либо взрывчатого вещества. Характер огнестрельных ранений зависит от особенностей оружия и боеприпасов.

При классических огнестрельных повреждениях основным повреждающим фактором является снаряд, имеющий небольшую массу и значительную кинетическую энергию. Особенности повреждающего действия снаряда определяются запасом кинетической энергии, которая оказывает ряд действий на жертву.

Виды повреждающего действия снаряда:

1) разрывное действие – наблюдается при кинетической энергии снаряда в несколько тысяч джоулей, ранении разорвавшимися пулями, пулями со



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 116 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

смещенным центром тяжести, при выстреле в упор, в зонах действия ударных и баллистических волн;

2) пробивное действие – снаряд выбивает часть ткани, образуя дефект круглой или овальной формы;

3) клиновидное действие – снаряд растягивает и разрывает ткани, при этом образуются щелевидные и звездчатые раны без дефекта ткани.

4) контузионное действие, когда снаряд действует на излете (потеря кинетической энергии); может причинить ссадину, кровоподтек;

5) гидродинамическое действие – наблюдается при попадании снаряда с достаточным запасом кинетической энергии в полый орган, заполненный жидкостью или газом (желудок), либо орган с жидким содержимым (сердце, мозг); в зоне действия ударных и баллистических волн проявляется разрывами органов, выбрасыванием частей мозга и т.д.

Из канала ствола вместе со снарядом вылетают несколько сопровождающих его факторов (дополнительные факторы выстрела или сопутствующие компоненты выстрела), которые при тех или иных условиях могут участвовать в повреждении тела жертвы.

Виды действия дополнительных факторов выстрела:

1) механическое, при котором образуются различные повреждения – от контузии мягких тканей (кольцо воздушного осаднения) до разрывов и отслойки мягких тканей с формированием штанцмарки (см. ниже);

2) химическое – большое количество монооксида углерода в пороховых газах приводит к образованию карбоксигемоглобина в крови и карбоксимиоглобина в мышцах, что проявляется в виде розоватой окраски мягких тканей по краям огнестрельной раны;

3) термическое – ожог кожи, опаление волос и одежды.

Дополнительные факторы выстрела в той или иной мере и на различных для каждого из них расстояниях откладываются на теле жертвы:



Начало

Содержание



Страница 117 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



1) предпулевой воздух распространяется на расстояние 3–5 см; оказывает механическое действие (формирует первую ударную волну); может принимать участие в образовании дефекта ткани, радиальных разрывов по краям входной огнестрельной раны, пояса осаднения, кольца воздушного осаднения вокруг входной раны;

2) пламя выстрела распространяется на расстояние 3–10 см; оказывает термическое действие; возникает во время взрыва продуктов неполного сгорания пороха;

3) **пороховые газы** распространяются на расстояние 10–15 см; обладают большой кинетической энергией.

4) копоть выстрела – частицы оксидов металлов покрытия пули, чаще меди или свинца, а также частицы углерода; распространяется на расстояние 30–50 см;

5) прочие компоненты выстрела (несгоревшие порошинки; частицы металла, стирающиеся с канала ствола, поверхности пули или гильзы; капли ружейной смазки) распространяются на расстояние 1–2 м.

Входная огнестрельная рана возникает, когда пуля входит в тело и образуется отверстие, которое имеет:

- 1) дефект ткани;
- 2) **поясок осаднения**;
- 3) **поясок обтирания**;
- 4) кольцо металлизации.

Раневым каналом называется совокупность участков тканей, травмированных пулей по ходу ее продвижения в теле жертвы от входной огнестрельной раны до выходной.

Раневые каналы по форме и характеру:

- 1) прямые;
- 2) ломаные;
- 3) прерванные.

[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 118 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Выходные огнестрельные раны обычно имеют щелевидный характер. Края их неровные, могут быть немного как бы вывернуты наружу. Отложения копоти, осаднения, обтирания и других следов–наложений не наблюдается.

Важное значение имеет определение **дистанции выстрела**. В судебной медицине различают дистанции выстрела:

- 1) выстрел в упор;
- 2) выстрел в неполный упор;
- 3) выстрел с близкой дистанции;
- 4) выстрел с неблизкой дистанции.

Выстрел в упор – когда повреждение причиняется из оружия, дульный срез которого соприкасается с поверхностью одежды или тела.

Признаки выстрела в упор (основные):

- 1) радиальные разрывы мягких тканей;
- 2) отсутствие следов дополнительных факторов выстрела (копоть, порошинки и др.) на коже вокруг входной огнестрельной раны и наличие их в просвете раневого канала;
- 3) розоватая (алая) окраска мягких тканей начального отдела раневого канала;
- 4) **штанцмарка** – отпечаток контура дульного среза оружия на коже человека, одежде или обуви вокруг входного отверстия раны при выстреле в упор.

Выстрел с близкой дистанции – когда повреждение причиняется из оружия, дульный срез которого расположен от тела (одежды) в среднем до 1,5 м. Это расстояние, при котором повреждение возникает в пределах действия дополнительных факторов выстрела, т.е. пороховых газов со взвешенными частицами – порошинками, копотью, частицами металла, смазки.

Выстрел с неблизкой дистанции – с расстояния, при котором повреждения причиняются огнестрельным снарядом (пулей, дробью) за пределами действия дополнительных факторов выстрела.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 119 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

При выстреле из охотничьего гладкоствольного оружия, когда применялся патрон, снаряженный дробью, различают:

- 1) сплошное (компактное) действие дроби: дробь вылетает как один снаряд и летит кучно на расстояние 0,5 м;
- 2) относительно сплошное (относительно компактное) действие дроби – при выстреле с расстояния до 5 м;
- 3) действие осыпи дроби – при выстреле с расстояния более 5 м.

Газовое оружие – особый тип гражданского химического оружия, которое предназначено для временного физического или психического поражения живой цели токсичными веществами, выбрасываемыми из канала ствола энергией пороховых газов или капсюльного состава.

Повреждения, возникающие при выстрелах холостыми зарядами, обусловлены действием пламени выстрела, которое оказывает термическое действие на кожу, волосы, ворс одежды. Также поражающе действуют на пострадавшего пороховые газы, которые оказывают механическое, химическое и термическое действия.

При выстрелах из самодельного и переделанного оружия особенности повреждений определяются деформацией и фрагментацией пули, ее неустойчивым полетом.

Взрывная травма – следствие взрыва. Взрыв – это быстро протекающий процесс разложения твердого и жидкого взрывчатого вещества с высокоскоростным расширением сильно разогретых газообразных продуктов, оказывающих разрушительное воздействие на окружающие тела. Наиболее часто взрывы осуществляются с помощью взрывчатых веществ, к которым относятся тротил, аммонал, мелинит и многие другие.

Взрывное устройство содержит взрывчатое вещество и средство инициирования взрыва (детонатор, запал). Взрывные устройства могут быть в оболочке (металлической, деревянной, пластмассовой) или без оболочки.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 120 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Необходимо уметь определить признаки нанесения повреждений собственной рукой (самоповреждений). Локализация и морфологические особенности повреждений, обнаруженных при осмотре трупа, зачастую дают возможность эксперту высказать суждение о том, что они нанесены собственной рукой. Обычно такие повреждения располагаются в доступных местах на передней или боковых поверхностях тела; нередко они являются множественными, сосредоточенными в одной области тела; большинство их являются поверхностными; нередко на одежде в соответствующем месте повреждения отсутствуют.



Начало

Содержание



Страница 121 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

Тема 5. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания

Вопросы:

1. Понятие механической асфиксии.
2. Характеристика видов механической асфиксии.

1. Понятие механической асфиксии.

При нарушении механизма поступления кислорода в организм человека или процессов его транспортировки и использования в тканях тела человека развивается кислородное голодание – гипоксия.

Наиболее чувствительными к кислородной недостаточности являются клетки центральной нервной системы.

В судебной медицине разные виды гипоксий рассматриваются в разных разделах. Например, гипоксия от действия угарного газа – в разделе отравлений, а гипоксия, возникающая при закрытии дыхательных путей инородным телом, в разделе механических асфиксий.

Механическая асфиксия – это кислородное голодание, развившееся в результате механических воздействий, препятствующих дыханию, и сопровождающееся острым расстройством функций центральной нервной системы и кровообращения.

Виды механической асфиксии:

1) странгуляционная асфиксия:

- повешение;
- сдавление петель;
- сдавление руками;

2) обтурационная асфиксия:

- закрытие дыхательных отверстий носа и рта;
- закрытие дыхательных путей инородными телами;
- утопление;



Начало

Содержание



Страница 122 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

3) компрессионная асфиксия:

- от сдавливания груди и живота сыпучими предметами;
- от сдавливания груди и живота массивными предметами.

2. Характеристика видов механической асфиксии.

Странгуляционная асфиксия:

- 1) повешение;
- 2) удавление петлей;
- 3) удавление руками.

Повешение – такой вид механической асфиксии, при котором петля, наложенная на шею, затягивается под тяжестью самого тела. Это самый распространенный вид странгуляционной асфиксии.

Повешение является таким видом гипоксии, при котором механизм смерти развивается наиболее типично для острого кислородного голодания. При повешении можно проследить все фазы развития гипоксии.

При наложении петли на шею и последующем ее затягивании корень языка поднимается в направлении задней стенки глотки и закрывает просвет верхних дыхательных путей, вследствие чего и развивается гипоксия. Однако нужно иметь в виду, что просвет гортани не всегда закрывается полностью.

В механизме смерти при повешении большое значение имеет сдавливание сосудисто-нервного пучка, в частности, сонных артерий, блуждающих нервов, давление на каротидный синус, где имеются обширные рефлексогенные зоны. Сдавливание сосудисто-нервного пучка приводит к быстрой потере сознания вследствие расстройства и прекращения мозгового кровообращения. Быстрая потеря сознания и объясняет тот факт, что повесившийся никогда самостоятельно не освобождается из петли. Смерть при повешении наступает обычно через 4-5 минут после сдавливания шеи от паралича дыхательного центра. Сердечная деятельность продолжается некоторое время после остановки дыхания.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 123 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Судебно-медицинская диагностика смерти от повешения не представляет особой сложности при выраженной картине гипоксии. При исследовании трупов выделяются три группы признаков.

Первая группа – признаки быстро наступившей смерти:

- 1) рано появившиеся (к концу первого часа после смерти) разлитые интенсивные темные трупные пятна;
- 2) синюшность кожных покровов лица и шеи (может исчезать после снятия петли);
- 3) мелкоточечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз;
- 4) непроизвольные мочеиспускание и дефекация у мужчин и женщин, семяизвержение у мужчин.

Вторая группа – признаки быстрой смерти, обнаруживаемые при вскрытии:

- 1) темная жидкая кровь в сердечно-сосудистой системе;
- 2) переполнение кровью правой половины сердца;
- 3) венозное полнокровие внутренних органов;
- 4) кровоизлияния под наружные оболочки сердца и легких.

Третья группа признаков – признаки, специфичные для конкретного вида механической асфиксии в случае повешения, в первую очередь, признаки местного действия петли.

След от воздействия материала петли на кожу шеи называется **странгуляционной бороздой**. При повешении странгуляционная борозда оказывается, как правило, незамкнутой: между ее концами имеется свободный от давления промежуток кожи в связи с тем, что концы петли поднимаются по направлению к узлу. Узел, упирающийся в кожу на некотором расстоянии от странгуляционной борозды и выше ее, иногда также оставляет на коже след, который может приниматься за знак насилия – ссадину и т.д.

В тех случаях, когда странгуляционная борозда образовывалась несколькими ходами петли, между оборотами последней иногда ущемляются валики кожи,



Начало

Содержание



Страница 124 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

на вершине которых можно обнаружить точечные кровоизлияния, что является доказательством прижизненного происхождения борозды.

Борозда образуется за счет давления материала петли на кожу и подлежащие ткани. Происходит слущивание эпидермиса в месте контакта материала петли и кожи. После снятия петли участки травмированного эпидермиса быстро подсыхают и уплотняются.

При изучении и описании странгуляционной борозды учитываются следующие ее параметры: ширина; глубина; расположение борозды; наличие или отсутствие кровоизлияний в области борозды; строение борозды (двойная, одинарная и т.п.); отображение рельефа материала петли и другое.

При определенном механизме воздействия петли на ткани шеи могут возникнуть еще некоторые повреждения дополнительно к указанным: переломы хрящей гортани и рожков подъязычной кости, разрывы и надрывы внутренней оболочки сонных артерий.

Удавление петель представляет собой сдавление шеи петлей, затягиваемой посторонней или собственной рукой или же какой-нибудь тяжестью, а также движущейся частью машины; отличается от повешения, при котором петля на шее затягивается тяжестью самого тела, опускающегося в петле. При осмотре трупа следует обращать внимание на те же особенности, что и при повешении.

Материалом для петли, как и при повешении, служат различные предметы, обычно имеющиеся под рукой: веревка, предметы туалета, шнурки, тесемки, полотенце и т.п. Иногда на шее обнаруживают не одну, а несколько петель (из различных материалов), наложенных одна на другую.

Расположение петли при удавлении горизонтальное. В петле иногда обнаруживаются вставленные посторонние предметы – «закрутки» (например, палки, щепки). Это делается для того, чтобы туго затянуть петлю. Расположение узлов также имеет значение. При наложении петли посторонней рукой узел располагается чаще всего сзади, но это совсем не обязательно. При наложении



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 125 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

петли человеку, находившемуся в беспомощном состоянии (например, пьяному), узел может быть завязан и спереди.

При затягивании петли на шее сдавливаются шейные вены и сонные артерии, просвет которых может быть закрыт полностью. Одновременно сдавливаются и нервные стволы. Приток крови к головному мозгу и отток резко нарушаются. Остро развивающаяся гипоксия сопровождается резким венозным застоем. Появляются судороги, опорожняется кишечник и мочевого пузырь, и в ближайшие 4-5 минут наступает смерть.

Для наступления смерти имеет значение, во-первых, острое и резкое расстройство мозгового кровообращения, развитие кислородного голодания центральной нервной системы и, во-вторых, сдавливание блуждающих нервов, его ветвей и каротидных синусов.

Странгуляционная борозда располагается соответственно имевшейся петле, повторяет ее ходы и обороты. Странгуляционная борозда при удавлении петель располагается горизонтально по отношению к продольной оси тела, тем самым отличается от расположения странгуляционной борозды при повешении. Обычно борозда замкнута, глубоко вдавлена. Кожа по краям борозды может иметь синюшный оттенок и кровоизлияния.

При внутреннем исследовании трупа обнаруживается резкий венозный застой в мозге и его оболочках. В слизистой полости рта, в области корня языка, задней и боковой стенок глотки, надгортанника нередко встречаются крупные экхимозы (точечные кровоизлияния). Кровоизлияния наблюдаются в клетчатке по ходу пищевода. Могут быть обнаружены также кровоизлияния в мышцах по ходу странгуляционной борозды. Встречаются переломы рожков подъязычной кости, щитовидного хряща и хрящей гортани.

При удавлении руками смерть может наступить от гипоксии либо от шока в результате рефлекторной остановки сердца вследствие раздражения ветвей блуждающего нерва, особенно верхнегортанных нервов.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 126 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)



При наружном осмотре трупа вскоре после наступления смерти кожа лица обычно резко синюшна. В конъюнктивах имеются мелкие и крупные кровоизлияния (экхимозы). Также обнаруживаются и признаки, характерные для удавления руками, а именно множественные ссадины различной величины и формы, располагающиеся на боковых поверхностях шеи, иногда на ее передней поверхности, в области подбородка, углов нижней челюсти, окружности отверстий носа и рта, когда удавление рукой сопровождается и закрытием дыхательных отверстий.

Наряду с ссадинами в тех же областях встречаются и множественные подкожные кровоподтеки обычно округлой формы, диаметром около 1 см, синевато-багрового цвета, которые легко обнаруживаются при наружном осмотре трупа.

При внутреннем исследовании, проводимом судебным медиком, в мягких тканях шеи как в подкожной клетчатке, так и в мышцах, в клетчатке вокруг гортани и пищевода могут обнаруживаться кровоизлияния, в некоторых случаях весьма обширные. Наблюдаются кровоизлияния в щитовидную железу и вокруг гортани, особенно при повреждениях хрящей гортани, рожков подъязычной кости и щитовидного хряща.

Обтурационная асфиксия:

- 1) закрытие дыхательных отверстий носа и рта;
- 2) закрытие дыхательных путей инородными телами;
- 3) утопление.

При механической асфиксии вследствие закрытия отверстий носа и рта происходит обычное развитие острого кислородного голодания – гипоксии, от чего и наступает смерть. Отверстия носа и рта могут закрываться руками. В этих случаях на коже в окружности носа и рта остаются следы от давления пальцами в виде ссадин, царапин, кровоподтеков. Нередко обнаруживаются незначительные повреждения слизистой губ, особенно на внутренней их поверхности. Они могут зависеть и от прижатия губ к зубам, вследствие чего образуются кровоподтеки, ссадины и даже небольшие ранки слизистой.

[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 127 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

При внутреннем исследовании наблюдаются изменения, свойственные острой смерти: резкое застойное полнокровие внутренних органов, темная жидкая кровь в полостях сердца и венозных сосудов, многочисленные экхимозы под серозными покровами легких, сердца, кровоизлияния в слизистые дыхательных путей.

Отсутствие каких-либо изменений при наружном и внутреннем исследованиях трупа представляет значительные трудности для судебно-медицинской диагностики этого вида задушения.

При закрытии дыхательных путей инородными телами механизм наступления смерти сложен и не одинаков в различных случаях. В дыхательные пути попадают инородные тела, которые в одних случаях закрывают вход в дыхательные пути, в других – проникают в дыхательные пути и закрывают полностью или частично их просвет, в третьих, вследствие своего незначительного объема, не закрывая дыхательные пути, они вызывают раздражение дыхательных путей – гортани, голосовых связок, что вызывает рефлекторную остановку сердца.

В судебной медицине под **утоплением** понимают полное погружение тела в воду. Случаи смерти людей от попадания жидкости в дыхательные пути без погружения тела в эту жидкость называют аспирацией жидкости.

При погружении человека в воду происходит рефлекторная задержка дыхания, продолжающаяся 1-1,5 минуты и даже больше в зависимости от тренировки. Первые вдохи в воде сопровождаются сильным кашлем, поскольку рефлексы еще сохранились. Затем обычно человек теряет сознание, а в середине или в конце второй минуты после погружения в воду у него развиваются судороги скелетной мускулатуры вследствие распространения по центральной нервной системе процесса перевозбуждения. Потом тело делается неподвижным вследствие наступления разлитого охранного торможения коры головного мозга. Активное сопротивление утоплению полностью прекращается, вследствие чего тело погружается на дно. В этот период аспирация жидкости происходит в наибольшем объеме. Судебно-медицинская диагностика утопления не всегда достаточно проста вследствие



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 128 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

возможности разнообразного протекания механизма умирания, она затруднена также при длительном пребывании трупов в воде.

Об утоплении в воде могут в той или иной степени свидетельствовать признаки, обнаруживаемые при наружном исследовании трупов:

- 1) бледность кожных покровов более выраженная, чем при смерти от других причин;
- 2) трупные пятна с сероватым оттенком с розоватым окрашиванием по периферии;
- 3) наличие так называемой «гусиной кожи»;
- 4) обнаружение розовато-белой пены у отверстий рта и носа (через пару дней она высыхает и в местах ее расположения остается только сетчатая грязно-серая пленка).

При исследовании трупа в морге обнаруживаются:

- 1) ярко выраженная эмфизема легких;
- 2) под плеврой наблюдаются расплывчатые розоватые пятна – пятна Рассказова-Лукомского (при нахождении трупа в воде более двух недель эти пятна могут исчезать);
- 3) в желудке большое количество жидкости;
- 4) жидкость в повышенных количествах находится и в других полостях и пазухах тела жертвы;
- 5) выявляются и другие признаки утопления.

Важное значение для диагностирования утопления имеет метод обнаружения планктона в органах и тканях тела человека. Планктон – мельчайшие животные и растительные организмы, живущие в воде естественных, не сильно загрязненных водоемов. Состав планктона достаточно характерен для каждого конкретного водоема или участка крупного водоема, такого как река. Поэтому, сравнив планктон, выделенный из органов трупа, с планктоном, полученным в пробах воды, изъятых в месте обнаружения трупа, можно установить, в этом или ином месте



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 129 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

произошло утопление. Поэтому в судебно-медицинскую лабораторию необходимо предоставлять пробы воды из места обнаружения трупа. Забор воды должен производить только с применением специальной методики, иначе результат не принесет должного эффекта.

По состоянию тканей трупа возможно приблизительно установить давность его пребывания в воде. Для определения давности важное значение имеет явление мацерации.

Мацерация – это влажное размягчение, разрыхление тканей человека вследствие пропитывания жидкостью, прежде всего, в области подошв, ладоней при длительном соприкосновении с водой (так называемые «банная кожа», «кожа прачек»).

На кистях рук трупа, находящегося в воде, происходит быстрое набухание и сморщивание эпидермиса (образно такое состояние эпидермиса называют «руки прачки»). Затем начинается отделение эпидермиса от подлежащего дермального слоя кожи, в итоге он практически полностью отслаивается от подлежащего слоя кожи – дермы и может быть снят с кисти в виде перчатки. Такое явление получило название «перчатка смерти». Наличие одежды на кистях и стопах задерживает развитие мацерации.

Труп может получать повреждения в воде при ударах о твердые предметы (например, когда его несет быстрое течение), от водных транспортных средств. При наличии трупоядных животных он может быть ими объеден в той или иной степени.

Компрессионная асфиксия:

- 1) от сдавливания груди и живота сыпучими предметами;
- 2) от сдавливания груди и живота массивными предметами.

Смерть в результате компрессионной асфиксии вызывается препятствиями для дыхания вследствие сдавливания грудной клетки и живота. Механизм смерти при данном виде задушения таков же, как и при других видах механической гипоксии, и смерть наступает быстро. При осмотре трупа на месте происшествия отмечают локализацию и позу трупа, часть тела, которая была придавлена, указывают сдавливающий предмет, его размеры и приблизительную массу.



Начало

Содержание



Страница 130 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



При этом виде асфиксии обнаруживаются весьма характерные морфологические изменения. Кожа трупа, особенно верхней его половины, за исключением участков, подвергшихся давлению, представляется резко цианотичной, темного, сине-багрового цвета. На фоне ее появляется огромное количество мелких экхимозов, особенно в коже лица, коже век и в конъюнктивах. На склерах они могут быть в виде крупных кровоизлияний. Лицо трупа нередко представляется одутловатым («экхимотическая маска»).

При вскрытии отмечается резкий венозный застой во внутренних органах. Легкие – резко застойные с рассеянными в них мелкими и крупными кровоизлияниями. Иногда легкие бывают светло-красного цвета – это так называемый «карминовый» отек легких. Также отмечается большое количество субплевральных экхимозов (кровоизлияний, расположенных под плеврой легких). На разрезах в легких часто обнаруживаются крупные очаги кровоизлияний. Полости сердца и венозные сосуды переполнены темной кровью. Обширные кровоизлияния наблюдаются в мышцах груди, шеи, спины. Паренхиматозные органы брюшной полости (печень, почки) – плотные, резко застойные. Такой же вид имеет и селезенка.

В некоторых случаях этот вид задушения сопровождается повреждениями внутренних органов, возникающими в связи с сдавливанием груди и живота – переломами ребер, разрывами внутренних органов – печени, сердца, селезенки, кровоизлияния в полости тела. В подобных случаях речь может идти о конкуренции причин смерти – гипоксии, шоке, кровотечении.

Асфиксия от недостатка кислорода в воздухе чаще всего наблюдается при пребывании человека в замкнутом пространстве вследствие постепенного расходования кислорода и увеличения содержания углекислого газа в воздухе. Особой разновидностью данного вида механической асфиксии является задушение в пластиковом мешке, чаще это самоубийство, весьма редко – несчастный случай.

[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 131 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Морфологическая особенность данного вида механической асфиксии – слабая выраженность даже так называемых общеасфиксических признаков при практически полном отсутствии видовых отличий.

Однако асфиксия возможна и в неполнозамкнутых помещениях при наличии условий, приводящих к дефициту кислорода (брожение, гниение, работа механизмов, накопление других газов). В этих случаях возможно сочетание асфиксии от недостатка кислорода с отравлением ядовитыми газами, например, углекислым газом. Такая смерть возможна в помещениях, где хранится вино, в овощехранилищах и силосных ямах, в колодцах, тоннелях и цистернах.

При недостатке кислорода в воздухе пострадавший быстро теряет сознание и не способен самостоятельно выбраться из замкнутого помещения, однако смерть может наступить не сразу. В частности, при низкой температуре атмосферного воздуха обмен веществ замедляется, что приводит к затяжному течению асфиксии. При своевременном извлечении на свежий воздух состояние пострадавших быстро улучшается, чего не бывает при отравлениях.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 132 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Тема 6. Повреждения и смерть от физических факторов

Вопросы:

1. Повреждения и смерть от действия электричества и изменений барометрического давления.
2. Повреждения и смерть от действия крайних температур и лучистой энергии.

1. Повреждения и смерть от действия электричества и изменений барометрического давления.

К физическим факторам, причиняющим телесные повреждения и смерть, относятся:

- 1) электричество;
- 2) барометрическое давление;
- 3) крайние температуры (низкие и высокие);
- 4) лучистая энергия.

Чаще приходится встречаться с повреждениями электрическим током в быту и на производстве, значительно реже с поражениями атмосферным электричеством.

Наибольшее значение для возможного травмирования имеют следующие характеристики тока: постоянный или переменный; напряжение; частота (для переменного тока); сила тока.

Возможность поражения человека находится в обратной зависимости от сопротивления участка тела, контактирующего с токонесителем. К примеру, сухая и толстая кожа ладоней рук оказывает значительное сопротивление прохождению тока и поэтому для травмы через это место необходимы большие показатели напряжения и силы тока.

Кроме места на теле, в котором происходит контакт с токонесущим проводником, большое значение имеет путь прохождения тока через тело жертвы. Электрический ток кратчайшим путем проходит через тело человека. Если на пути этого движения находится мозг или сердце, то смертельное поражение происходит почти наверняка.



Начало

Содержание



Страница 133 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Если же путь электричества не лежит через жизненно важные органы, то поражение может закончиться расстройством здоровья или местными повреждениями.

При высоком напряжении электрического тока повреждение человека может происходить без непосредственного контакта с проводником на расстоянии от него, особенно в сырую погоду, когда воздух обладает повышенной электропроводностью.

При судебно-медицинском исследовании трупов лиц, погибших от действия электрического тока, выявляются признаки, свидетельствующие о быстром наступлении смерти. Отмечаются полнокровие и отек головного мозга, выявляются кровоизлияния в вещество мозга и мягкие мозговые оболочки.

Важнейшее значение имеет исследование мест входа и выхода тока. Эти места называются **электрометками**. Особенно важно для установления причины и обстоятельств смерти изучение повреждения, расположенного на входе электрического тока в тело. В области электрометки может быть обнаружен металл, из которого изготовлен токонесущий проводник. Иногда форма электрометки повторяет форму контактной поверхности проводника. Гистологические исследования электрометок выявляют достаточно специфические особенности строения кожи в этих местах.

Молния (атмосферное электричество) – электрический разряд, напряжение тока в котором достигает миллионов вольт, сила тока – сотен тысяч ампер. Продолжительность действия ограничивается долями секунды.

Для решения вопроса о наступлении смерти от действия молнии важное значение имеет осмотр места происшествия. Энергия атмосферного электричества оставляет следы разрушения не только на человеке – жертве несчастного случая, но и на окружающих предметах. Непосредственно на теле жертвы обнаруживаются ожоги, опаления волос, а также рисунок в виде расширенных сосудов кожи, называемые «знаки молнии», «**фигуры молнии**». На трупе фигуры молнии могут исчезать уже через 1,5-2 часа. На одежде выявляются следы обгорания, оплавленные металлические детали.



Начало

Содержание



Страница 134 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



При внутреннем исследовании трупа выявляется картина быстрого наступления смерти, сходная с поражением электрическим током в быту или на производстве.

При значительном повышении или понижении барометрического давления у человека возникают отклонения в работе органов и систем, которые могут привести к нарушению здоровья или смерти. Изменения давления, способные привести к травме, чаще всего встречаются во время разного рода деятельности человека в особых условиях, например при водолазных, высотных и тому подобных работах.

Последствия изменения барометрического давления:

- 1) острая баротравма;
- 2) кессонная болезнь;
- 3) высотная (горная) болезнь.

Причина острой баротравмы – повышенное давление, оно чаще всего проявляется при подводных работах на значительной глубине. Так, человек, опустившийся на глубину 20 метров, ощущает на себе давление, в три раза превышающее атмосферное.

Наибольшая нагрузка при повышении давления ложится на ткани тела, пограничные с полостями (легкие, желудочно-кишечный тракт, среднее ухо и им подобные). Значительная разница между наружным и внутренним давлением в области полостей и является основным травмирующим фактором. В результате баротравмы возникают гиперемии, кровоизлияния, кровотечения, разрывы внутренних органов, в первую очередь, легочной ткани.

Баротравма возникает при резких перепадах давления, особенно в момент всплытия. По статистике при неправильной работе с аквалангами или при их неисправности смерть в 80% случаев наступает от травм легких. Наблюдаются разрывы бронхов и альвеол, сопровождающиеся кровоизлияниями и кровотечениями; разрывы ткани легких приводят к пневмотораксу, газовой эмболии, тканевой и подкожной эмфиземе.

[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 135 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)



При некоторых видах работ, связанных с погружением на глубину, а также в медицине, используется кислород под большим давлением. От действия кислорода под давлением может развиваться так называемая кислородная интоксикация.

От баротравмы отличается декомпрессионная болезнь (кессонная болезнь), которая развивается при сходных внешних условиях. При этом варианте развития травмы при уменьшении давления в крови происходит образование пузырьков газа (так называемое вскипание газов), которые, распространяясь по сосудистому руслу, закупоривают мелкие сосуды, тем самым вызывая болезненные расстройства в органах и тканях, а при выраженности процесса приводят к смерти.

При исследовании трупов лиц, погибших от газовой эмболии при баротравме или от кессонной болезни, по специальной методике выявляют наличие газов в сосудистом русле.

Высотная (горная) болезнь вызывается понижением барометрического давления при нахождении человека в высокогорье, при полетах на летательных аппаратах и т.д. Повреждающее действие на организм человека в условиях пониженного давления оказывают: гипоксия от уменьшения количества кислорода в воздухе; декомпрессионные проявления наподобие тех, которые возникают при переходе от повышенного давления к обычному.

При подъеме на высоту вначале нехватка кислорода компенсируется за счет адаптационных механизмов. По мере дальнейшего снижения барометрического давления при подъеме на высоту 5000-7000 м возникает выраженное кислородное голодание. Смерть наступает от остановки сердечной или дыхательной деятельности.

При исследовании трупов лиц, умерших в условиях пониженного барометрического давления, обнаруживаются признаки смерти от гипоксии: обильные трупные пятна; цианоз кожных покровов; кровоизлияния в оболочки глаз: жидкая темная кровь; полнокровие внутренних органов; кровоизлияния под оболочки легких и сердца; малокровие селезенки и другие признаки.

[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 136 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

2. Повреждения и смерть от действия крайних температур и лучистой энергии.

Повреждения человека от действия повышенной температуры могут быть следствием перегревания организма в целом или результатом локального воздействия термического фактора.

В судебно-медицинской практике имеют место случаи общего перегревания, развивающиеся в результате нахождения человека в воздушной среде с повышенной температурой или при воздействии на тело человека, в первую очередь на голову, тепловых (солнечных) лучей.

Локальные ожоги возникают как следствие контакта кожи или слизистых оболочек дыхательных путей со средами (твердыми телами, жидкостями, паром или газами), нагретыми до температуры более $+50-80^{\circ}\text{C}$.

Нормальное функционирование организма человека возможно только при постоянной внутренней температуре тела около $+37^{\circ}\text{C}$. При значительных отклонениях температурных и иных показателей внешней среды наступает перегревание организма. При внутренней температуре тела начиная с $+42^{\circ}\text{C} - +44^{\circ}\text{C}$ наступает смерть.

Повышение температуры воздуха, окружающего человека, влечет усиление теплоотдачи через потоотделение. Влага уходит из организма и должна восполняться. Если запасы влаги не восполняются, то механизмы терморегуляции не выдерживают.

При тепловом ударе больше других страдает функция кровообращения. Из-за нарушения кровотока во внутренних органах развивается гипоксия, нарушается обмен веществ. В сердечной мышце истощаются резервы и развивается сердечно-сосудистая недостаточность, которая вместе с дыхательной недостаточностью приводит к смерти.

Перегревание и смерть человека могут происходить от действия тепловых лучей не на все его тело в целом, а только на голову. В этом случае преимущественные



Начало

Содержание



Страница 137 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

проявления нарушений будут следствием поражения центральной нервной системы, так называемый солнечный удар. При этом появляются признаки расстройства дыхания и кровообращения, сначала только в виде ускорения, а потом и в виде нарушения ритма. Позднее развивается сумеречное состояние, помрачение сознания, галлюцинации, могут быть судороги. Смерть наступает от остановки дыхания и кровообращения.

При судебно-медицинском исследовании трупов лиц, погибших от теплового или солнечного удара, каких-либо специфических признаков не обнаруживается.

Ожоги – местные повреждения от воздействия повышенной температуры (термический фактор).

Классификация ожогов в судебно-медицинской практике:

1) ожог первой степени – ожоги, при которых на коже отмечаются признаки воспаления – покраснение и припухание; в коже не происходит необратимых изменений, через 5–7 дней признаки повреждения практически исчезают, не оставляя следов;

2) ожог второй степени – ожоги, характеризующиеся появлением на коже пузырей, заполненных воспалительной жидкостью; вокруг пузырей наблюдается воспаление кожи; на 3–4-й день после травмы пузыри уменьшаются, а к 10–12 дню исчезают, на месте пузырей явно проявляются признаки образования нового рогового (верхнего) слоя кожи; при ожогах второй степени ростковый слой кожи не подвергается необратимым изменениям, поэтому после таких ожогов рубцов не остается;

3) ожог третьей степени – термические повреждения, которые характеризуются омертвением (некрозом) кожи практически на всю ее глубину; от таких ожогов остаются рубцы, которые хорошо видны на фоне неповрежденной кожи;

4) ожог четвертой степени – необратимые изменения охватывают не только кожу, но и ткани, лежащие под кожей; глубина повреждений может быть разной; от действия открытого пламени ожоговые повреждения могут быть в виде обугливания.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 138 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)



При оценке ожогов большое значение имеет площадь поражения тела человека. В большинстве случаев ожоги 40–50% площади кожи тела несовместимы с жизнью.

Площадь передней поверхности туловища составляет 18% от площади всего тела, площадь задней поверхности туловища такая же, площадь головы – 9%, площадь верхней конечности – 9%, нижней – 18%, шеи – 1%.

Ожоговая травма может приводить человека к смерти разными путями. Непосредственно при получении ожогов или вскоре после этого смерть может наступить от ожогового шока.

Функции кожи человека многочисленны: выведение вредных веществ, участие в контактах с внешней средой и др., эти функции нарушаются при ожогах. Самое главное – при ожогах очень сильно страдает защитная функция кожи. При сильных и глубоких ожогах возникают поражения печени, почек, часто развивается сепсис. Все эти осложнения могут быть причиной смерти при ожоговой травме.

В результате заживания глубоких ожогов образуются выраженные рубцовые изменения кожи и подлежащих тканей. Такие рубцы приводят к нарушению двигательных функций и обезображиванию внешности.

Сложна и трудоемка экспертиза трупов, обнаруженных на пожарищах.

В первую очередь правоохранительные органы интересуют вопросы: «Живой или мертвый человек подвергся воздействию термического фактора?» и связанный с ним – «От чего наступила смерть?»

Прижизненное воздействие на человека факторов горения устанавливается судебным медиком по ряду признаков. Наиболее показательными из них являются:

- 1) наличие высокой концентрации карбоксигемоглобина в крови;
- 2) наличие копоти в дыхательных путях, особенно в мелких бронхах;
- 3) ожоги верхних дыхательных путей;
- 4) не обгоревшие и не закопченные участки морщин около глаз, возникающие вследствие прищуривания глаз живым человеком, и некоторые другие признаки.

[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 139 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Соответственно, отсутствие этих признаков дает основание для вывода о посмертном попадании тела в огонь.

Если обгорание тела не выражено, а отмечаются лишь ожоги, по их характеристикам судебные медики могут определить, прижизненно или посмертно эти ожоги возникли.

Белки мышц при значительном термическом воздействии теряют влагу и сокращаются, поэтому мышцы конечностей и тела трупов, обнаруживаемых на пожарищах, сокращаются. Тело принимает так называемую позу «боксера», при которой руки и ноги наполовину согнуты (сгибательная мускулатура сильнее).

Смертельное переохлаждение от действия низких температур в воздушной среде может наступить при температуре ниже $+10^{\circ}\text{C}$, однако этот процесс при плюсовой температуре протекает длительно (несколько часов). Если человек находится в плотной охлажденной среде, чаще всего на практике это вода, то смертельное переохлаждение может развиваться намного быстрее (буквально за десятков минут), так как скорость теплоотдачи в плотной среде выше, чем на воздухе. В холодной воде человек погибает еще до развития глубокой гипотермии (охлаждения) от сосудистого коллапса, холодового шока или тонет в бессознательном состоянии.

Длительность сопротивления организма человека действию холодового фактора обусловлена наличием хороших защитных механизмов. Если холодовой фактор продолжает действовать, то защитные механизмы истощаются и сопротивление организма падает. Наступает понижение температуры тела, что тормозит биохимические процессы. В конечном итоге наступают глубокие нарушения дыхания и кровообращения, которые приводят к остановке сначала дыхания, затем кровообращения, что и является непосредственной причиной смерти. Смерть наступает при снижении внутренней температуры тела до $+22^{\circ}\text{C}$ – $+24^{\circ}\text{C}$.

О прижизненном замерзании человека свидетельствуют признаки, которые выявляются при осмотре:



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 140 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

1) поза погибшего, как правило, человек сворачивается «калачиком» (поза «эмбриона»), даже находясь в бессознательном состоянии;

2) от действия тепла тела человека на снег подтаивает, затем подтаившие участки замерзают, образуя корочки льда, возможно примерзание одежды на таких участках;

3) у отверстий рта и носа обнаруживаются сосульки;

4) трупные пятна имеют розоватый оттенок, и другие признаки в зависимости от конкретной ситуации.

При вскрытии трупа в морге судебные медики обнаруживают отек мягкой мозговой оболочки, полнокровие внутренних органов, наличие светлой крови в сосудах и полостях сердца, переполнение мочевого пузыря мочой, на слизистой оболочке желудка примерно в 80% случаев выявляются кровоизлияния, названные именем открывшего их врача – **пятнами Вишневого**.

Биохимическими методами обнаруживается истощение запасов гликогена (одного из питательных веществ) в печени, мышцах и некоторых других органах.

Местное действие холодового фактора приводит к образованию отморожений. Выделяют четыре степени отморожения:

1) при первой отмечаются отек кожи и багровая окраска, заживление наступает на 5–8 день, в дальнейшем сохраняется повышенная чувствительность данного места на коже к воздействию холода;

2) при второй степени отморожения образуются кровянистые пузыри с отеком и гиперемией вокруг, заживление наступает на 15–25 день без образования рубцов, длительно сохраняется повышенная чувствительность к воздействию холода на место отморожения;

3) при третьей степени наблюдаются некроз (отмирание) кожи с развитием пограничного воспаления, отмороженные ткани со временем отторгаются, на местах повреждений остаются рубцовые изменения;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 141 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

4) при отморожении четвертой степени развивается глубокий некроз, захватывающий костную ткань, в дальнейшем происходит отторжение поврежденных тканей, омертвевшие части тела ампутируются.

Повреждения от действия лучистой энергии (ионизирующего излучения), в отличие от повреждений иного происхождения, не вызывают у человека в момент воздействия болевые, тепловые и другие ощущения, характерные для воздействия на организм большинства физических факторов. Тяжесть поражения зависит от дозы поглощенной энергии и времени поражения.

Внешними факторами облучения чаще всего являются альфа-частицы, бета-частицы, гамма-лучи (источник – атомное оружие или специальные установки), рентгеновские лучи (источник – высоковольтные электрические установки) и нейтроны (образуются при ядерных реакциях).

В зависимости от величины поглощенной дозы и длительности воздействия развивается лучевая болезнь, в течении которой различают выделяют острую и хроническую стадии.

Проявления местной травмы от ионизирующего облучения образуются на коже.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 142 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Тема 7. Судебно-медицинская токсикология

Вопросы:

1. Судебно-медицинская токсикология. Отравление ядами.
2. Отравление наркотическими средствами, психотропными веществами и алкоголем.
3. Судебно-химическая экспертиза.

1. Судебно-медицинская токсикология. Отравление ядами.

Токсикология (от греческого *toxikon* – яд) – это наука, изучающая свойства и механизм действия ядовитых и потенциально токсичных веществ, особенности вызываемых ими отравлений и методы их предупреждения и лечения.

Судебная токсикология в качестве отравления рассматривает расстройство здоровья, возникшее от действия ядовитых или сильнодействующих веществ, поступивших в организм извне.

Расстройство здоровья или смерть, вызванные действием ядовитых или сильнодействующих веществ, поступивших в организм извне, называется отравлением.

Яды – это вещества, которые, будучи введенными в организм в малых количествах, способны вызвать расстройство здоровья либо смерть.

Исход воздействия ядов на организм человека:

- 1) полное выздоровление после некоторого периода интоксикации;
- 2) возникновение осложнений в виде необратимых процессов в органах и тканях;
- 3) смерть.

Яд – понятие относительное. Одно и то же вещество в зависимости от дозы может привести к смертельному отравлению, вызвать лечебный эффект или оказаться индифферентным.

Выраженность действия ядов на организм человека предопределяется многими факторами:



Начало

Содержание



Страница 143 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

- 1) доза (количество) ядовитого вещества;
- 2) концентрация;
- 3) растворимость;
- 4) быстрота всасывания и выведения из организма;
- 5) пути поступления яда в организм;
- 6) наличие кумулятивного эффекта;
- 7) повторное воздействие вещества.

В небольших дозах (количестве) ядовитое вещество может оказывать лечебный эффект или вообще не воздействовать на организм человека, в больших – дает отравляющий (токсический) эффект.

Концентрация – это содержание ядовитого вещества в каком-либо нейтральном веществе, к примеру, этилового спирта в воде. Одна и та же доза ядовитого вещества в более концентрированном виде подействует быстрее и сильнее.

Растворимость – это способность вещества образовывать растворы с каким-либо иным веществом. Ядовитые твердые вещества могут попадать в организм, если только они растворены в веществе, способном проникать через стенку желудочно-кишечного тракта. Нерастворимые яды способны оказывать только местное действие.

Быстрота всасывания в кровь и возможность выведения ядовитого вещества из организма определяют, какая концентрация ядовитого вещества может создаваться в крови. Концентрация яда в крови определяет силу его воздействия на организм человека.

Пути поступления яда в организм:

- 1) через желудочно-кишечный тракт (перорально – через рот);
- 2) через органы дыхания;
- 3) через кожу;
- 4) путем инъекционного введения под кожу, в мышцы или непосредственно в сосудистое русло.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 144 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Чем быстрее ядовитое вещество будет доставлено к точке своего приложения в организме человека, тем быстрее наступает отравление.

Кумулятивный эффект – свойство вещества накапливаться в организме человека, когда оно не выводится из него, а задерживается. Тогда возможно его накопление до такой концентрации, при которой проявляется токсическое действие. К примеру, накапливаются соли тяжелых металлов, некоторые лекарственные препараты и другие вещества.

Некоторые вещества при повторном введении могут оказывать иное, нежели при однократном, действие на человека. Например, вещества аллергического плана при повторном введении могут вызвать резкие нарушения в виде аллергической реакции. Препараты наркотического плана при неоднократном воздействии вызывают привыкание организма и в дальнейшем человеку очень сложно отказаться от их постоянного приема. Постоянный же их прием вызывает разрушение организма.

Классификация ядов:

1) едкие яды – вызывают резкие морфологические изменения в месте их контакта с организмом (химический ожог): концентрированные кислоты, щелочи, перекись водорода и др.;

2) деструктивные яды – их действие связано с образованием дистрофических и некротических изменений органов и тканей, включая и место контакта яда с организмом: соли тяжелых металлов (ртути, меди, цинка), фосфор, мышьяк, органические соединения ртути и др.;

3) окись углерода и метгемоглобинообразующие яды (бертолетова соль, анилин, нитрит натрия и др.);

4) яды, оказывающие преимущественное действие на центральную нервную систему (ЦНС) и периферическую нервную систему (ПНС).

Кислоты – химические соединения, содержащие водород, который при взаимодействии кислот с другими веществами достаточно легко отсоединяется и проявляет высокую химическую активность.



Начало

Содержание



Страница 145 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



При попадании кислоты на тело человека ионы водорода активно отнимают воду у тканей, обезвоживание приводит к свертыванию белков, возникает так называемый сухой некроз тканей. Повреждающее воздействие может возникать после употребления кислот внутрь, при попадании их на кожу и слизистые, при воздействии концентрированных паров.

Едкие щелочи используются в быту и на производстве для различных целей. Для неспециалистов наиболее известен нашатырный спирт – гидроксид аммония. В практике, кроме отравлений нашатырным спиртом, могут встретиться отравления гидроксидом натрия, гидроксидом калия и некоторыми другими.

Смертельная доза при употреблении внутрь концентрированного нашатырного спирта примерно 30–40 мл.

В общих чертах развитие картины отравления едкими щелочами напоминает отравление кислотами. Сходны внешние проявления и морфологические последствия действия яда.

Оксид углерода (угарный газ) – это продукт неполного сгорания углерода, образуется там, где углеродсодержащие вещества сгорают в условиях недостаточного доступа воздуха. Оксид углерода (СО) обладает большим сродством к гемоглобину – сложному белку, осуществляющему перенос кислорода. Поэтому, попадая в легкие, оксид углерода вступает в необратимую связь с гемоглобином, образуется комплекс – **карбоксигемоглобин**, который не способен присоединять и переносить кислород. После связывания окисью углерода более половины гемоглобина может наступить смерть дыхательного центра.

Для смерти от отравления угарным газом характерен яркий красновато-розовый цвет трупных пятен, т.к. кровь, насыщенная карбоксигемоглобином, имеет яркий алый цвет. При судебно-химическом исследовании крови от трупа устанавливают наличие карбоксигемоглобина в концентрациях от 55% до 80% и даже более.

К ядам, образующим метгемоглобин, относятся бертолетова соль (хлорноватокислый калий), нитриты (азотистокислые соли натрия), анилин,

Начало

Содержание



Страница 146 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

динитробензол и некоторые другие. Эти вещества широко используются в промышленности и в медицинской практике.

Метгемоглобин – вещество, которое образуется путем окисления железа, находящегося в гемоглобине. Образованное стойкое соединение препятствует присоединению кислорода к гемоглобину, тем самым нарушается процесс доставки кислорода к клеткам органов и тканей.

Внешний признак, присущий отравлениям такими ядами – темно-серые с буроватым оттенком трупные пятна, так как кровь из-за большого количества метгемоглобина имеет коричневатый оттенок.

При вскрытии полостей трупа обнаруживаются характерная окраска внутренних органов, полнокровие внутренних органов, мелкие кровоизлияния во внутренние органы и некоторые другие изменения.

Химическое исследование крови позволяет установить наличие и количественное содержание метгемоглобина. При смертельном отравлении обычно находят количество метгемоглобина в крови не менее 60–70%.

Яды, оказывающие преимущественное действие на центральную нервную систему (ЦНС) и периферическую нервную систему (ПНС):

- 1) яды, возбуждающие ЦНС (атропин, фенамин, фенатин);
- 2) судорожные яды (стрихнин, эрготамин);
- 3) яды, угнетающие ЦНС – наркотические (морфин, кодеин, хлороформ, этиленгликоль, этиловый и метиловый спирт и др.);
- 4) снотворные яды (барбитураты);
- 5) яды, парализующие ЦНС (цианистые и фосфорорганические соединения);
- 6) яды, действующие в основном на периферическую нервную систему (естественные и синтетические миорелоксанты).

Синильная кислота – это цианисто-водородная кислота (HCN), жидкость с характерным запахом горького миндаля. Оказывает действие, парализующее ЦНС. Соли этой кислоты и другие соединения, образуемые ею, называют цианистыми,



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 147 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)



в судебно-медицинской практике наиболее известны цианистый калий, цианистый натрий и цианистая ртуть. В семенах некоторых косточковых растений (персика, абрикоса, вишни, сливы, миндаля и др.) содержится вещество, при расщеплении которого вместе с другими веществами образуется и синильная кислота. Поэтому в некоторых случаях могут возникнуть случайные отравления той или иной степени при употреблении семян этих растений, подвергшихся какому-либо воздействию.

Смертельная доза чистой синильной кислоты – примерно 0,06 г, цианистого калия – 0,154 г. При употреблении больших доз цианидов смерть наступает очень быстро – в течение одной минуты. Место приложения цианидов – дыхательная функция тканей.

При исследовании трупов обнаруживаются признаки быстрого наступления смерти. Трупные пятна вишневого цвета. От органов и полостей трупа ощущается запах миндаля. Судебно-химические исследования позволяют обнаружить цианиды в крови и во внутренних органах.

Отравление снотворными препаратами проявляется в угнетении центральной нервной системы. Чаще всего в судебно-медицинской практике встречаются отравления снотворными средствами барбитурового ряда (циклобарбитал, гексабарбитал, барбамил, фенobarбитал, этаминал-натрий, барбитал-натрий). Встречаются отравления и снотворными небарбитурового ряда (ноксироном, оксибутиратом и др.).

Ядохимикаты – это используемые в сельском хозяйстве и в быту органические и неорганические химические соединения для борьбы с вредными растениями и представителями животного мира (насекомыми, болезнетворными микроорганизмами и др.). Могут вызвать смертельные или несмертельные отравления.

Основные группы ядохимикатов (по химическому составу):

- 1) хлорорганические (гексахлоран, хлоридан, гептахлор и др.);
- 2) фосфорорганические (тиофос, карбофос, меркаптофос и др.);

[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 148 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

3) медьсодержащие соединения (сульфат меди, бордоская жидкость и др.);

4) иные ядохимикаты.

Пищевыми отравлениями в судебной медицине принято называть отравления, вызванные недоброкачественными продуктами питания, если их недоброкачественность является следствием естественных процессов.

Виды пищевых отравлений:

1) собственно пищевые отравления;

2) пищевые токсикоинфекции и бактериальные интоксикации;

3) пищевые микотоксикозы.

Пищевые отравления могут вызываться:

1) продуктами, ядовитыми по своей природе (к примеру, ядовитыми грибами);

2) продуктами, ставшими ядовитыми в силу каких-то внутренних процессов (например, при неправильном хранении);

3) продуктами, содержащими ядовитые примеси, попавшие в них из окружающей среды (к примеру, проникновение пестицидов при выращивании овощей).

Пищевые токсикоинфекции и бактериальные интоксикации возникают при употреблении:

1) пищи, содержащей микроорганизмы – возбудители заболеваний (например, сальмонеллы);

2) пищи, содержащей токсины, вырабатываемые бактериями (например, токсин ботулизма).

Пищевые микотоксикозы вызываются употреблением продуктов, пораженных грибковой инфекцией.

При установлении причин смертельного или несмертельного пищевого отравления большое значение имеют действия, направленные на получение предварительной информации о причине отравления.

При судебно-медицинском исследовании трупов лиц, умерших от пищевых отравлений, наибольшее значение для установления причины смерти имеет судебно-



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 149 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

химическое исследование содержимого желудка и кишечника. В определенных случаях положительный результат получают, применяя микробиологические исследования.

К смертельному отравлению лекарственными препаратами могут привести:

- 1) передозировка лекарственного средства;
- 2) несовместимость лекарственных средств;
- 3) аллергическая реакция на лекарственные средства;
- 4) усиление токсического действия лекарственного средства за счет находящихся в организме алкоголя или наркотиков;
- 5) токсичность лекарственного средства ввиду наличия у человека серьезных заболеваний, являющихся противопоказанием для использования конкретного лечебного средства.

Судебно-медицинская диагностика отравлений зачастую затруднительна. Необходимо использовать три источника судебно-медицинских доказательств отравления:

- 1) все данные, которые относятся к периоду до наступления смерти и до исследования трупа;
- 2) исследование трупа;
- 3) лабораторное исследование.

Судебно-химическое исследование проводится качественно и количественно. В процессе такого анализа прделывается весьма трудоемкая работа. При этом судебный химик должен выделить ничтожно малое количество яда из относительно больших масс биологического материала.

Только совокупность полученных результатов позволяет сделать конкретный вывод о смертельном отравлении человека тем или иным веществом.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 150 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

2. Отравление наркотическими средствами, психотропными веществами и алкоголем.

Отравление может вызвать употребление наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов.

Наркотики, или наркотические средства (от греческого *narkotikos* – приводящий в оцепенение) – природные и синтетические вещества, способные вызвать развитие наркомании, включенные в Республиканский перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь.

Психотропные вещества – вещества, влияющие на психику человека и применяемые с целью лечения психических заболеваний, включенные в Республиканский перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь.

К психотропным веществам относятся:

- 1) антидепрессанты;
- 2) нейролептики;
- 3) психостимуляторы;
- 4) седативные средства;
- 5) транквилизаторы.

Некоторые из психотропных веществ вызывают пристрастие, психическую и физическую зависимость.

Аналоги наркотических средств и психотропных веществ – это химические вещества, структурные формулы которых образованы заменой в структурных формулах наркотических средств, психотропных веществ или базовых структурах одного или нескольких атомов водорода на заместители атомов водорода, включенные в перечень заместителей атомов водорода в структурных формулах наркотических средств, психотропных веществ или базовых структурах, установленный Государственным комитетом судебных экспертиз Республики Беларусь.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 151 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Эти интоксиканты различаются по специфике воздействия на организм человека, что положено в основу Международной классификации наркотиков и психотропных веществ:

- 1) препараты опия;
- 2) снотворные и седативные средства;
- 3) барбитураты;
- 4) транквилизаторы снотворные;
- 5) кокаин;
- 6) препараты индийской конопли;
- 7) психостимуляторы;
- 8) галлюциногены.

При судебно-медицинском исследовании трупов лиц, умерших от токсического действия наркотических средств и психотропных средств, выявляются характерные признаки остро наступившей смерти (общесфиктические признаки):

- 1) синюшность кожи;
- 2) сужение зрачков – миоз (сохраняется не всегда);
- 3) полнокровие внутренних органов;
- 4) жидкое состояние крови;
- 5) мелкоточечные кровоизлияния под наружные оболочки внутренних органов и др.

Специфические изменения во внутренних органах не обнаруживаются.

Для установления причины смерти большое значение имеют данные осмотра места происшествия, медицинские документы, данные судебно-медицинского исследования трупа, данные лабораторных методов исследования.

Токсикомания – совокупность болезненных состояний, характеризующихся влечением и привыканием к приёму лекарственных средств и других веществ, не относимых законодательством к наркотическим средствам и психотропным веществам. Характеризуются хронической интоксикацией, наличием синдромов психической и/или физической зависимости.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 152 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Медико-биологических различий между токсикоманией и наркоманией не существует. Отличие, в первую очередь, заключается в типе употребляемых веществ – токсикоманы предпочитают химические вещества, обладающие опьяняющим или галлюциногенным действием, но официально не причисленные к наркотическим средствам и психотропным веществам (их аналогам).

Причиной смерти может быть отравление этиловым спиртом. Этиловый спирт в составе алкогольных напитков или в виде водного раствора, как правило, поступает в организм человека через рот. Около 20% его всасывается уже в желудке, остальные 80% в кишечнике. Чем выше концентрация раствора алкоголя, тем интенсивнее он всасывается. Максимальная концентрация этилового алкоголя в крови при отсутствии замедляющих и ускоряющих всасывание факторов устанавливается примерно через 40–90 минут, при замедлении – через 90–180 минут. На этот процесс большое влияние оказывают индивидуальные особенности конкретного человека.

После полного всасывания этилового алкоголя из желудочно-кишечного тракта концентрация этилового алкоголя в крови начинает снижаться, а в моче повышаться. В связи с этим примерно через 3–4 часа после однократного приема алкоголя его концентрация в моче превышает концентрацию в крови. Если не происходит повторного приема алкоголя, то такое соотношение сохраняется до полного очищения организма от алкоголя.

При приеме больших доз алкоголя развивается опьянение тяжелой степени, которое характеризуется угнетением коры головного мозга. Вследствие этого отмечается помрачение сознания, угнетаются центры дыхания и кровообращения, нарушаются функции вегетативной нервной системы, которая регулирует деятельность внутренних органов человека. Может происходить непроизвольное мочеиспускание. При опьянении тяжелой степени наблюдается амнезия (полная потеря памяти на события, происходившие с опьяненным человеком).

В судебно-медицинской практике при определении степени опьянения учитывают показатели концентрации этилового алкоголя в крови.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 153 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Необходимо подчеркнуть, что проявления опьянения и возможность наступления смерти от отравления алкоголем очень индивидуальны.

У лиц, злоупотребляющих этиловым алкоголем, появляются симптомы алкогольной болезни.

В судебно-медицинской работе с трупами большое внимание уделяется исследованиям на предмет установления наличия алкоголя в тканях трупа и взаимосвязи фактов обнаружения алкоголя с причиной наступления смерти. Информативны гистологические исследования органов и тканей. Для судебно-химического анализа на алкоголь забираются кровь и моча.

Встречаются отравления суррогатами алкоголя (метилловый спирт, пропиловый спирт, бутиловый спирт, амиловый спирт, этиленгликоль, тетраэтилсвинец (ТЭС), ацетон и другие).

3. Судебно-химические экспертизы.

Судебно-химические экспертизы производят с целью выделения, идентификации и количественного определения или исключения ядовитых, наркотических и сильнодействующих веществ, продуктов их превращения в органах и биологических жидкостях организма человека, а также в фармацевтических препаратах, пищевых продуктах, напитках, окружающих человека среде и предметах.

Задачи судебно-химической экспертизы:

- 1) определение токсикологически важных веществ для установления причины смерти;
- 2) идентификация лекарственных и наркотических веществ, которые могут повлиять на состояние человека;
- 3) качественный и количественный анализ наркотических веществ в биологическом материале или других образцах, имеющих значение для судебно-медицинской и судебно-следственной практики.

Судебно-химическую экспертизу вещественных доказательств производят государственные судебно-медицинские эксперты, прошедшие специальную



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 154 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

подготовку и систематически совершенствующие свои знания на циклах усовершенствования и специальных тематических семинарах.

Основанием для производства судебно-химических экспертиз являются постановления органов дознания и следствия, определения суда, письменные направления государственных судебно-медицинских экспертов.

Вместе с вещественными доказательствами направляют:

1) постановление органов дознания или следствия либо постановление (определение) суда о назначении экспертизы, в котором излагают обстоятельства дела, перечисляют предметы, направляемые на исследование, и точно сформулированные вопросы, требующие разрешения;

2) выписку из заключения эксперта, содержащую предварительные сведения, основные данные исследования трупа и указания на цель исследования, подписанную судебно-медицинским экспертом;

3) заверенную медицинским учреждением копию карты стационарного больного, если пострадавший пользовался медицинской помощью.

При повторных экспертизах направляют заверенную копию «Заключения эксперта».

Судебно-химические экспертизы вещественных доказательств производят в специально оборудованных для химических работ помещениях, имеющих вытяжные шкафы с вентиляционной установкой, подводкой газа и воды, хорошее естественное освещение, отопление, вентиляцию, оборудованные силовой электроэнергией, контуром заземления. Доступ в судебно-химическое отделение (лабораторию) должен быть ограничен для посторонних лиц.

Вещественные доказательства (объекты исследования) поступают в судебно-химическое отделение (лабораторию) через канцелярию управления либо непосредственно в лабораторию при размещении подразделений в разных зданиях.

Правильный выбор, изъятие и направление объектов отражены в Правилах изъятия и направления трупного материала на лабораторное исследование.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 155 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Объекты, направленные с нарушением действующих Правил, исследованию не подлежат. Это положение не распространяется на вещественные доказательства, направленные из иногородних учреждений, прием которых производится во избежание порчи материала. При нарушении требований Правил составляют акт в двух экземплярах, один из которых передают лицу, направившему материал на исследование, другой хранят в лаборатории. Вещественные доказательства, принятые в лаборатории, регистрируют, описывают и подвергают исследованию.

Присланные для производства судебно-химической экспертизы объекты должны быть достаточными по количеству для проведения исследования и возможного повторного анализа.

Для соблюдения мер предосторожности при направлении на судебно-химическое исследование объектов из инфицированных трупов и живых лиц с инфекционными заболеваниями (туберкулез, гепатит, СПИД и др.) на контейнерах должны быть особые пометки.



Начало

Содержание



Страница 156 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

Тема 8. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств

Вопросы:

1. Объекты биологического происхождения как вещественные доказательства.
2. Судебно-медицинское исследование объектов биологического происхождения.
3. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств – объектов небиологического происхождения.

1. Объекты биологического происхождения как вещественные доказательства.

Как определяет ст. 96 УПК, вещественными доказательствами признаются предметы, которые служили орудиями преступления, или сохранили на себе следы преступления, или были объектами преступных действий, а также деньги и иные ценности, добытые преступным путем, и все другие предметы и документы, которые могут служить средствами по обнаружению преступления, установлению фактических обстоятельств уголовного дела, выявлению виновных либо опровержению обвинения или смягчению ответственности обвиняемого.

В судебной медицине под вещественными доказательствами понимают прежде всего объекты биологического происхождения, самостоятельные или расположенные на предметах-носителях, а также разного рода следы-наложения на органах и тканях человека.

Объекты биологического происхождения:

- 1) кровь;
- 2) сперма;
- 3) волосы;
- 4) слюна;
- 5) потожировые выделения;
- 6) слизистое отделяемое полости носа;
- 7) влагалищные выделения;



Начало

Содержание



Страница 157 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

8) моча;

9) кал;

10) части различных органов и тканей как со следами-наложениями, так и без них;

11) одежда, орудия травмы, предметы с наложениями биологического происхождения, а иногда и без таковых.

Этапы работы с вещественными доказательствами биологического происхождения:

1) их обнаружение в ходе осмотра места происшествия или другого следственного действия и изъятие в соответствии с требованиями УПК;

2) экспертное исследование.

При обнаружении следов крови их следует тщательно описать, указав форму, размеры, характер поверхности следа по краям пятна и в центре, наличие и характер посторонних включений; точные координаты расположения следов крови по отношению к каким-либо постоянным точкам обстановки места происшествия. Следы крови должны быть сфотографированы с использованием масштабной линейки.

Изъятие следов крови производится разными методами в зависимости от объекта-носителя. Если след находится на сравнительно небольшом предмете, этот предмет следует изъять целиком вместе с наложениями крови. Если кровь обнаружена на громоздком объекте, не представляющем ценности, можно вырезать часть объекта-носителя со следом крови. Если это сделать невозможно, то следы крови изымают путем соскабливания или смыва марлевым тампоном, смоченным в физиологическом растворе или дистиллированной воде.

При этом вместе с кровью в изъятom следе оказывается вещество, из которого состоит предмет-носитель следа, вещество марлевого тампона и жидкость, в которой он смочен. Для изучения возможного влияния этих веществ на реакции, применяемые при исследовании крови, необходимо вместе со следом направлять в



Начало

Содержание



Страница 158 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

лабораторию образцы этих веществ в отдельной от следа упаковке (контрольный образец).

Кровь может быть обнаружена на теле подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего. При осмотре таких лиц необходимо брать подногтевое содержимое, где может достаточно долго, если не предпринимались никакие меры для ее уничтожения, сохраняться кровь. Рекомендуются брать подногтевое содержимое вместе с фрагментами ногтевых пластинок и помещать изъятый материал левой и правой рук по отдельности.

Похожие на кровь следы, обнаруженные на крупногабаритных предметах, стенах, предметах, представляющих ценность (картины, зеркала), смывают марлевым тампоном, смоченным в изотоническом растворе хлорида натрия. Делая смыв из подозрительного на кровь следа, обязательно готовят и контрольный смыв из предмета-носителя, на котором обнаружено пятно: смывают незапятнанный участок. Если можно вырезать или выпилить часть предмета со следами, напоминающими кровяные, это следует делать без смывания пятен. Одновременно выпиливают часть материала без следов для контроля.

При обнаружении крови на снегу, на грунте и т.п. следы изымают вместе с веществом-носителем, однако таким образом, чтобы этого вещества было минимальное количество.

Пятна на снегу изымают по возможности с минимальным количеством снега и помещают в какую-нибудь посуду, на дно которой кладут кусок сложенного в несколько раз бинта. В некоторых случаях рекомендуется предварительно выпарить растаявший снег. Бинт затем высушивают, упаковывают должным образом и направляют в лабораторию.

Обязательные требования к изъятию и направлению следов крови на экспертизу:

- 1) упаковывать только сухие предметы (объекты со следами);
- 2) каждый предмет упаковывать по отдельности;
- 3) подробные подписывать содержимое пакета;



Начало

Содержание



Страница 159 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

4) на пакете должны быть подписи лица, обнаружившего и изъявшего вещественное доказательство, понятых и эксперта, если он присутствовал при изъятии.

Всегда влажные объекты, несущие на себе кровь, перед упаковыванием должны быть тщательно просушены при комнатной температуре без прямого действия солнечных лучей и на расстоянии от источников тепла, желателно делать это путем проветривания.

Хранить вещественные доказательства со следами крови желателно в условиях, исключающих воздействие на них влаги, избыточного тепла, прямых солнечных лучей, воздействие химических веществ.

Для хранения и упаковки непригодны полиэтиленовые и другие пакеты, в которых исключено проветривание объектов, так как при сохранении вещественных доказательств в полиэтиленовых пакетах происходит их загнивание или появляется плесень. Поэтому для упаковки необходимо использовать только бумажные пакеты.

Вещественные доказательства со следами крови упаковываются следователем с участием судебного медика по всем правилам, предусмотренным процессуальным законом и в соответствии с требованиями по сохранению следов, имеющимися в криминалистике и судебной медицине.

Упакованные соответствующим образом доказательства направляются в судебно-биологическую лабораторию в сопровождении постановления о назначении экспертизы.

Обнаружение пятен спермы производится при тщательном осмотре одежды и тела жертвы. В зависимости от фона они могут быть почти невидимыми или достаточно хорошо заметными. Пятна спермы хорошо выявляются с помощью ультрафиолетовых источников света, поскольку они светятся голубовато-белым светом.

Правила изъятия объекта-носителя пятен спермы такие же, как и для крови. Объект должен быть просушен и упакован в бумагу. Упаковка в полиэтилен и



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 160 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

другие материалы с подобными свойствами категорически запрещена, так как в таких условиях происходит загнивание объектов исследования.

Волосы обнаруживаются на месте происшествия путем внимательного осмотра предметов невооруженным глазом или с использованием лупы. Необходимо зафиксировать обнаруженный объект путем фото- или видеосъемки, а также отразить факт обнаружения в протоколе.

Обнаруженные волосы осторожно изымаются. Волосы с каждого из предметов упаковываются в отдельные пакеты.

Вместе с вещественными доказательствами для исследования в необходимых случаях должны быть направлены образцы крови или иных биологических веществ, изъятые у подозреваемых, обвиняемых и потерпевших. Должны неукоснительно соблюдаться процессуальный порядок изъятия образцов и соответствующие криминалистические и судебно-медицинские правила.

Кровь в качестве образца берут в основном из вены в объеме 4-5 мл, это должен делать медицинский работник в соответствующих условиях. Если возможно обеспечить быструю доставку образцов в судебно-медицинскую лабораторию, то образцы крови могут быть отправлены в жидком виде, при невозможности этого кровь должна отправляться в высушенном виде на марле, сложенной вчетверо. Образцы крови от трупа изымает судебно-медицинский эксперт. Вместе с образцами направляется копия документа, свидетельствующего об их изъятии.

2. Судебно-медицинское исследование объектов биологического происхождения.

Порядок экспертного исследования объектов биологического происхождения в настоящее время определен в Правилах производства судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств и установления родства в судебно-биологических отделениях лабораторий Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы (приложение 4 к приказу Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы от 01.07.1999 г. № 38-с).



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 161 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Целью судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств является определение наличия, вида, группы, пола и иных признаков объектов биологического происхождения (крови, выделений, волос, мышц, костей и пр.) с применением специальных познаний в области судебной медицины.

Для проведения судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств предоставляются:

1) постановление (определение) о назначении судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств, в котором излагаются обстоятельства дела, точно формулируются вопросы, требующие разрешения, перечисляются предметы, направляемые на экспертизу;

2) образцы (кровь, выделения, волосы и др.), необходимые для исполнения данной конкретной экспертизы;

3) при повторных и дополнительных экспертизах – заверенные копии заключений предыдущих экспертиз вещественных доказательств, при необходимости – заверенные копии протоколов осмотра и изъятия вещественных доказательств, осмотра места происшествия, изъятия образцов, представленных для сравнения.

Важное значение имеет установление механизмов образования следов крови. В практической работе судебно-медицинских экспертов наиболее широкое применение получила классификация следов крови, предложенная Л.В. Станиславским, согласно которой изучению и оценке подлежат сначала отдельные элементы следов, а затем их сочетания. Соответственно, различают две классификационные системы следов крови:

1) элементарные следы – единичные следы, дающие информацию о физических факторах, их сформировавших, и зависящие от свойств поверхности (лужи, пропитывания, затеки, потеки, капли, брызги, помарки – мазки и отпечатки, пятна).

2) сложные следы – совокупность следов, дающая информацию о динамике их образования.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 162 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Возможности судебной медицины при исследовании крови:

- 1) определение видовой принадлежности крови;
- 2) определение групповой принадлежности крови;
- 3) определение половой принадлежности крови;
- 4) установление или исключение происхождения крови от конкретного человека.

Исследование спермы (от греческого spermata – семя) важно при расследовании половых преступлений. Сперма представляет собой мутноватую, вязкую, белую, с незначительной желтизной жидкость с резким специфическим запахом. Установление наличия спермы в пятне производится несколькими методами, наиболее доказательственным из них является морфологический. Он заключается в микроскопическом обнаружении сперматозоидов. Обнаружение хотя бы одного сперматозоида или достоверно различаемой части сперматозоида свидетельствует о том, что в исследуемом пятне имеется сперма. При отрицательном результате морфологического исследования применяют другие более сложные методики обнаружения признаков, характерных для спермы.

После того как установлено происхождение пятна, судебные медики переходят к решению вопроса о происхождении спермы от конкретного человека.

Волосы являются роговым образованием кожи. Они присущи человеку и большинству высших животных. У человека волосы в том или ином количестве растут на голове, на лобке, в подмышечных впадинах, из них состоят ресницы и брови, волосы растут и на других участках тела. Волосы с разных участков тела человека имеют разное строение. Даже волосы, произрастающие в одной зоне, могут значительно отличаться друг от друга.

В строении волоса различают две основные части – корень и стержень. Корень волоса заканчивается утолщением, которое называется волосной луковицей. Из луковицы, находящейся в толще кожи, происходит рост волоса. На поперечном срезе волоса выделяют три слоя: центральный – сердцевина; далее идет корковый слой; снаружи находится кутикула.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 163 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Особенности строения указанных элементов волоса позволяют эксперту не только признать объект волосом, но и установить происхождение волоса от человека или животного, от какого вида животных он произошел. При обнаружении конкретных особенностей волос могут быть сделаны и другие выводы о состоянии волосяного покрова человека.

Вопрос о происхождении волос от конкретного человека решается при сравнительном изучении волос, обнаруженных при осмотре места происшествия, и образцов волос, изъятых у подозреваемого и жертвы, а при необходимости и у других лиц, которые могли оставить волосы на месте происшествия.

Генотипоскопический метод идентификации – наиболее современный метод в судебной медицине. Возможность такого исследования основывается на индивидуальности строения некоторых участков молекулы ДНК, их назвали гипервариабильными (ГВ) участками. Строение этих отрезков молекул не только индивидуально у каждого человека, но и строго повторяется во всех органах и тканях тела одного человека.

Метод исследования ГВ-участков молекулы ДНК называют по-разному: «геномная идентификация», «ДНК-дактилоскопия», «генотипоскопия». Термин «генотипоскопия» («смотрю генотип») наиболее точно отражает смысл такого рода исследований.

Теоретически метод генотипоскопической идентификации является самым универсальным, так как с его помощью, в принципе, можно идентифицировать самые различные объекты биологического происхождения, если только в них сохранилось небольшое количество молекул ДНК или их частей.

Технология такого исследования в общих чертах состоит из следующих этапов:

- 1) выделение молекул ДНК из исследуемого материала (молекулы ДНК находятся в ядрах клеток в структуре ДНК);
- 2) фрагментирование (разделение на фрагменты) молекул ДНК с помощью ферментов – рестриктаз (эндонуклеаз);



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 164 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

3) разделение смеси фрагментов ДНК методом электрофореза в геле;

4) выявление полиморфных фрагментов из всего набора фрагментов, расположенных на разных участках электрофоретической пластинки, с помощью специальных зондов (расположение отдельных линий варьируется у разных людей, а их совокупность индивидуальна).

В последнее время разработан и активно внедряется в экспертную практику метод, позволяющий проводить исследование очень малых количеств разрушенных молекул ДНК. Метод основан на том, что перед исследованием ГВ-участков имеющиеся фрагменты ДНК многократно копируются, тем самым наращивается до необходимого объема материала, подлежащего исследованию. Этот метод получил название метод амплификации (реакции цепной полимеризации).

С внедрением в практику этой модификации генотипоскопии было устранено одно из наиболее существенных препятствий на пути практического судебно-медицинского и криминалистического использования метода, заключающееся в ограничениях материала, необходимого для проведения результативного исследования, по объему и качеству.

Использование метода генотипоскопии позволяет решить многие проблемы, возникающие при раскрытии и расследовании преступлений, а именно:

1) устанавливать происхождение крови, спермы и некоторых других объектов от конкретного лица, а не группы лиц;

2) объединять преступления, если их совершило одно и то же лицо и оставило следы биологического происхождения, например, сперму;

3) определять, не наступила ли беременность от лица, подозреваемого в совершении изнасилования;

4) устанавливать конкретных участников событий в случаях обнаружения смешанных следов биологического происхождения (эксперт при необходимости может определить, что данное конкретное пятно крови образовано кровью нескольких лиц, и указать, каких конкретно);



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 165 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

5) определять, относятся ли части трупа, обнаруженные отчлененными, к одному или разным телам;

6) устанавливать, могут ли конкретные мужчина и женщина быть родителями ребенка.

3. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств – объектов небиологического происхождения.

Порядок судебно-медицинского исследования вещественных доказательств – объектов небиологического происхождения в настоящее время определен в Правилах производства медико-криминалистических экспертиз в Республике Беларусь (приложение 3 к приказу Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы от 01.07.1999 г. № 38-с).

Основные задачи медико-криминалистической экспертизы – идентификация орудий причинения телесных повреждений, отождествление личности и реконструкция событий преступлений против жизни и здоровья человека с применением лабораторных и научно-технических средств, приемов и методов, используемых в медицине, криминалистике, антропологии и других научных дисциплинах.

Виды медико-криминалистических экспертиз:

- 1) судебно-медицинская трасологическая экспертиза;
- 2) судебно-медицинская баллистическая экспертиза;
- 3) судебно-медицинская экспертиза отождествления личности;
- 4) судебно-медицинская микрологическая экспертиза (экспертиза микрообъектов и следов веществ);
- 5) судебно-медицинская экспертиза реконструкции событий (ситуационная экспертиза).

При производстве судебно-медицинских трасологических экспертиз происходит установление наличия следов, их вида, механизма и условий образования,



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 166 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

определение свойств орудия травмы и его отождествление, установление целого по частям.

Объекты судебно-медицинских трасологических экспертиз:

1) следы-повреждения, следы-внедрения на теле человека и связанные с ними по происхождению аналогичные следы на одежде, возникшие в результате механического взаимодействия острых и тупых предметов с одеждой и телом человека, кровотечения, перенос веществ и частиц материалов с одной взаимодействующей поверхности на другую, а также воздействие химических, термических или иных факторов, приводящее к телесным повреждениям;

2) документированные отображения свойств указанных следов и процессов их возникновения в виде словесно-речевых, графических, фотографических, рентгенографических, математических и других моделей в различного рода материалах уголовного дела и медицинских документах;

3) предполагаемые орудия травмы (проверяемые объекты) и отображения их следов в различного вида моделях;

4) образцы объектов экспертизы, представленные для исследования и полученные экспериментально в ходе экспертизы.

При производстве судебно-медицинских баллистических экспертиз устанавливают факт поражения снарядом огнестрельного оружия; определяют количество повреждений и последовательность выстрелов; локализацию входных и выходных повреждений; направления раневых каналов; дистанцию выстрелов; вид и особенности огнестрельного оружия и боеприпасов; положение и позу тела потерпевшего в момент причинения огнестрельных повреждений; причинение повреждений через преграду и после рикошета снаряда; направление выстрела, а также механизм, условия возникновения повреждений тела и одежды при взрывной травме и характеристики взрывных устройств.

Объекты судебно-медицинской баллистической экспертизы:

1) огнестрельные повреждения на одежде, снаряды и их части, извлеченные из тела и одежды;



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 167 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)



2) фиксированные отображения свойств огнестрельных повреждений и следов, связанных с ними, на теле и одежде человека в виде словесно-речевых, графических, фотографических, рентгенографических, математических и других моделей в различного рода материалах уголовного дела и медицинских документах;

3) огнестрельное оружие как предполагаемое средство причинения огнестрельной травмы, образцы боеприпасов и отображения их свойств в различного рода моделях; повреждения тела человека и связанные с ними единым механизмом образования огнестрельные повреждения одежды, иные следы на теле;

4) документированные отображения процессов возникновения изучаемых огнестрельных повреждений и сопутствующих им следов в виде объективных моделей динамики огнестрельной травмы, представленных на исследование и полученных экспериментально в ходе экспертизы;

5) повреждения тела человека и связанные с ними единым механизмом повреждения одежды, возникшие в результате взрывной травмы, иные следы на теле и одежде, образующиеся в процессе поражения взрывом; их отображения и образцы взрывных устройств или их составных частей;

6) другие образцы объектов экспертизы, представленные для исследования и полученные экспериментально в ходе экспертизы.

При судебно-медицинской экспертизе отождествления личности определяют видовую принадлежность останков, количество трупов, которым они принадлежали, их расовую, половую, возрастную принадлежность, прижизненный рост и другие размеры тела, особенности его строения, наличие признаков имевшихся заболеваний, телесных повреждений, их характер и давность, признаки словесного портрета и другие индивидуальные особенности, установление личности неопознанных останков.

Объекты судебно-медицинской экспертизы отождествления личности:

1) части тела и другие объекты от неопознанных трупов людей на любой стадии трупных изменений, расчлененных трупов, отчлененные части тела и фрагменты

[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 168 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

частей тела, скелетированные трупы, части скелетов, отдельные кости, костные фрагменты, объекты, похожие на кости, зола из мест сожжения трупов;

2) признаки, характеризующие особенности неопознанных трупов, их частей, костных останков, документированные в виде их словесно-речевых, антропометрических, морфологических, графических, объемных, фотографических, рентгенографических и других моделей, полученных при осмотре на месте обнаружения и в процессе проведения судебно-медицинских экспертиз;

3) документально зафиксированные данные о месте, условиях нахождения и обстоятельствах обнаружения неопознанных трупов;

4) документально зафиксированные сведения о лицах, находящихся в розыске, отображения в виде объективных моделей, а также зафиксированные сведения о родственниках лиц, находящихся в розыске, представленные на экспертизу и получаемые в процессе ее выполнения.

Судебно-медицинские микрологические экспертизы (экспертизы микрообъектов и следов веществ) проводят как самостоятельные в тех случаях, когда по представленным материалам и сформулированным вопросам не требуется проведение других видов экспертиз (трасологической, баллистической и пр.).

При судебно-медицинских микрологических экспертизах устанавливают наличие на одежде, на теле трупа, в повреждениях и тканях тела инородных микрообъектов, определяют в органах и тканях человека наличие диатомового планктона и элементов псевдопланктона, его качественный и количественный состав; место и время утопления, факт переноса (внедрения) веществ и микрообъектов с орудия травмы на одежду и тело потерпевшего и наоборот.

Объектами микрологических экспертиз являются:

1) микрочастицы и микроследы в поврежденных тканях трупов людей, в следах на одежде, связанных по механизму образования с телесными повреждениями;

2) объекты, изъятые для спектрального анализа и альгологических исследований (наличие планктона), в случаях предполагаемых отравлений, химических ожогов, утоплений, а также образцы веществ, предположительно вызвавших отравления,



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 169 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

ожоги; образцы воды из мест обнаружения трупов и предполагаемых мест утопления;

3) зафиксированные в уголовном деле и в медицинских документах сведения о ранее проведенных микробиологических исследованиях, о результатах судебно-медицинского исследования трупа, месте обнаружения трупа и других направляемых на экспертизу объектах.

При судебно-медицинской экспертизе реконструкции событий (ситуационной экспертизе) определяют соответствие показаний участников событий о динамике процессов причинения и получения телесных повреждений объективным данным, добытым следственным и экспертным путем, а также устанавливают возможность образования исследуемых повреждений (следов) при конкретных обстоятельствах и условиях.

Объекты ситуационных экспертиз:

1) материалы уголовных дел, законченных судебно-медицинских и криминалистических (автотехнических, трасологических, баллистических и др.) экспертиз;

2) материалы следственных и экспертных экспериментов, выполненных в период проведения ситуационных экспертиз;

3) объекты ранее проведенных экспертиз (предметы одежды участников событий, транспортные средства, орудия нанесения повреждений, огнестрельное оружие, предметы обстановки места происшествия и т.д.), а также их образцы, копии и объективные модели;

4) живые лица – фактические участники изучаемых событий и статисты, привлекаемые для реконструкции обстоятельств, имеющих значение для ситуационного анализа;

5) подлинное место происшествия (помещение, участок дороги, ландшафта и т.д.) или максимально соответствующая ему по документально зафиксированным существенным параметрам и условиям имитация места происшествия.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 170 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Тема 9. Судебно-медицинские исследования по вопросам ответственности медицинских работников, правовое регулирование медицинской деятельности

Вопросы:

1. Дефекты оказания медицинской помощи.
2. Судебно-медицинская экспертная оценка неоказания и ненадлежащего оказания медицинской помощи.
3. Ответственность за профессиональные правонарушения медицинских работников.

1. Дефекты оказания медицинской помощи.

Основным нормативным правовым актом, регулирующим деятельность медицинских работников, является Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. «О здравоохранении». Это закон регулирует общественные отношения, возникающие при осуществлении организациями здравоохранения, другими организациями, индивидуальными предпринимателями медицинской, фармацевтической деятельности; при оказании медицинской помощи; при осуществлении мер по охране здоровья населения. Действие закона распространяется на государственные органы; организации здравоохранения; другие организации, в том числе организации, которые наряду с основной деятельностью осуществляют медицинскую, фармацевтическую деятельность; индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую, фармацевтическую деятельность; физических лиц. Этим законом, в частности, определены права и обязанности пациентов, а также права и обязанности работников здравоохранения.

Общественные отношения в сфере трансплантологии регулируются Законом Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. «О трансплантации органов и тканей человека».



Начало

Содержание



Страница 171 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется повышенным риском. С одной стороны, медицинские работники рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой – существует риск неблагоприятного исхода медицинской помощи для пациента, т.е. дефект оказания медицинской помощи. В процессе оказания медицинской помощи больному врач берет на себя как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Неблагоприятный исход лечения как наиболее вероятная причина обращения пациента (либо его родственников) с жалобой в органы здравоохранения или в правоохранительные органы может наступить вследствие противоправных действий врача (умышленных или неосторожных), врачебной ошибки, несчастного случая.

Под дефектом оказания медицинской помощи понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства.

Существует два основных вида классификации дефектов оказания медицинской помощи:

1) классификации, фиксирующие этапы ее оказания (стационарный, внестационарный, эвакуации, диагностики, лечения) или причины, вызвавшие дефекты оказания медицинской помощи (неправильная транспортировка больного, несвоевременно оказанное лечение, неправильный выбор методов лечения и т.д.);

2) классификации, содержащие правовую оценку дефектов оказания медицинской помощи.

По некоторым видам дефектов оказания медицинской помощи существуют соответствующие рубрики в МКБ–10: Y60–Y69 («Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств») и T80–T88 («Осложнения медицинских вмешательств»).



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 172 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)



Близким и по сути идентичным понятием по отношению к дефектам оказания медицинской помощи является ятрогения. Ятрогения (ятрогенная патология) – это дефект оказания медицинской помощи, выраженный в виде нового заболевания или патологического процесса, возникшего в результате как правомерного, так и неправомерного осуществления профилактических, диагностических, реанимационных, лечебных и реабилитационных медицинских мероприятий (манипуляций).

В современной литературе предлагается следующая классификация дефектов оказания медицинской помощи, представляющая собой прямое следствие медицинского вмешательства (ятрогении, ятрогенные патологии):

1) умышленные ятрогении (умышленный дефект) – дефекты оказания медицинской помощи, связанные с умышленным преступлением;

2) неосторожные ятрогении (неосторожный дефект) – дефекты оказания медицинской помощи, содержащие признаки неосторожного преступления;

3) ошибочные ятрогении (медицинская, или **врачебная ошибка**) – дефекты оказания медицинской помощи, связанные с добросовестным заблуждением медицинского работника, не содержащие признаков умысла или неосторожности;

4) случайные ятрогении (несчастный случай) – дефекты оказания медицинской помощи, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств при правомерных действиях медицинских работников.

Важно дифференцировать неуправляемые (неизбежные) дефекты оказания медицинской помощи, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств, атипичным течением заболевания и т.д., и дефекты оказания медицинской помощи с управляемой степенью риска (связанные с квалификацией врача или неосторожными, умышленными его действиями). Эти виды дефектов оказания медицинской помощи могут быть устранены при соответствующей организации лечебного процесса (усиление контроля, систематическое повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых технологий и т.д.).

Начало

Содержание



Страница 173 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Под медицинской (врачебной) ошибкой понимают случайное причинение вреда жизни или здоровью пациента, вызванного ошибочными действиями или бездействием медицинского работника, характеризующимися его добросовестным заблуждением при надлежащем отношении к профессиональным обязанностям и отсутствии признаков умысла и халатности (неосторожности, т.е. легкомыслия или небрежности). Добросовестное заблуждение врача может быть основано на несовершенстве медицинской науки и ее методов или быть результатом атипичного течения заболевания либо недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества.

Различают субъективные и объективные причины медицинских ошибок. К субъективным причинам медицинских ошибок относятся недоучет или переоценка клинических, лабораторных и анамнестических данных, заключений консультантов, недостаточная квалификация врача, неполноценное и (или) запоздалое обследование больного, недооценка тяжести его состояния. К объективным причинам медицинских ошибок относят кратковременность пребывания пациента в клинике, тяжесть состояния больного, трудности диагностики из-за атипичности течения, недостаток материальных ресурсов и лекарственных средств, поздняя госпитализация больного или его алкоголизация, недостаточный уровень знаний в медицине о сути патологического процесса.

Несчастный случай в медицинской практике – это неблагоприятный исход лечения, операции или иного медицинского вмешательства, когда врач был не в состоянии предвидеть вредные последствия для жизни или здоровья пациента, несмотря на добросовестное отношение к своим профессиональным обязанностям.

Врачебные (медицинские) ошибки и несчастные случаи исключают уголовную ответственность.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 174 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)

2. Судебно-медицинская экспертная оценка неоказания и ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Судебно-медицинская экспертная оценка обстоятельств неоказания и ненадлежащего оказания медицинской помощи наиболее целесообразна в соответствии с классификацией, проверенной в экспертной практике:

1) неоказание помощи больному медицинским персоналом, обусловленное невыполнением профессиональной или служебной обязанности;

2) ненадлежащее оказание помощи больному медицинским персоналом, обусловленное обстоятельствами субъективного порядка: несвоевременное, недостаточное или неправильное оказание помощи;

3) ненадлежащее оказание медицинской помощи, обусловленное обстоятельствами объективного порядка;

4) ненадлежащее оказание медицинской помощи, обусловленное обстоятельствами организационного порядка;

5) ненадлежащее оказание медицинской помощи, обусловленное обстоятельствами информационно-деонтологического порядка.

Детализирующими критериями для оценки дефектов субъективного, организационного и информационно-деонтологического характера являются следующие признаки ненадлежащей помощи: нарушение должностных обязанностей, нормативных правовых документов; нарушение медицинских стандартов; нарушение общепринятых в медицине правил (канонов, обычаев).

Одним из наиболее сложных вопросов является установление непосредственной причинной связи между действиями (бездействием) медицинского персонала и неблагоприятным исходом заболевания. При разрешении этого вопроса необходимо учитывать определенные условия. Часть из них носит случайный характер и зависит от индивидуальных особенностей организма больного, которые трудно, а иногда и невозможно предвидеть. Большое значение имеют характер и течение заболевания, учет современных возможностей медицины по его лечению, квалификация медицинского персонала, уровень медицинского обслуживания и т.д.



Начало

Содержание



Страница 175 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Ввиду специфики и сложности этих дел в процессе их расследования всегда возникает необходимость в проведении квалифицированной и авторитетной комиссионной судебно-медицинской экспертизы, что прямо определено Инструкцией о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз (утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь от 11 апреля 2014 г. № 104). В состав такой комиссии включаются авторитетные клиницисты по данному вопросу. Проведение комиссионной экспертизы обеспечивает объективность заключения, так как ее предметом является лечебная деятельность, в которой более компетентны врачи соответствующей специальности. Количественный состав комиссии в первую очередь зависит от сложности дела, числа и характера использованных методов диагностики и лечения. В состав экспертных комиссий не могут входить специалисты, которые в какой-то степени заинтересованы в исходе уголовного дела. К ним относятся руководители и консультанты того учреждения здравоохранения, где произошел расследуемый случай или правонарушение.

Во время и после сбора материалов по делу у следователя возникает много вопросов специального порядка, которые он в своем постановлении ставит на разрешение судебно-медицинской экспертизы. Содержание этих вопросов значительно варьирует в зависимости от расследуемого случая.

Составление и формулировка вопросов для экспертной комиссии в ряде случаев являются для следователя трудной задачей. Поэтому перед назначением экспертизы он вправе посоветоваться с судебно-медицинским экспертом по поводу их формулировки.

Следует особо отметить, что эксперты в своих суждениях не вправе выходить за пределы компетенции, которая ограничена их медицинскими знаниями. Грубой экспертной ошибкой считается вторжение в сферу юридических, технических и других наук. Например, недопустимо использование таких терминов, как «вина», «врачебная ошибка», «преднамеренный», «неосторожность», «бездействие»,



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 176 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

«неумышленный», «общественно опасный» и др., соответствующих совершенно определенным юридическим понятиям.

3. Ответственность за профессиональные правонарушения медицинских работников.

Виновные профессиональные правонарушения медицинских работников могут повлечь уголовную, административную и (или) гражданско-правовую ответственность.

Профессиональные правонарушения, влекущие уголовную ответственность медицинских работников, можно разделить на две группы: 1) не повлекшие вредные последствия для жизни и здоровья (к примеру, разглашение врачебной тайны – ст. 178 УК) и 2) повлекшие смерть или вред здоровью потерпевшего.

С точки зрения вины факты причинения медицинскими работниками вреда здоровью человека и смерти могут быть умышленными, неосторожными и невиновными деяниями (врачебные ошибки и несчастные случаи, в этих случаях уголовная ответственность исключается).

В аспекте судебной медицины необходимо остановиться на таких преступлениях, как незаконное производство аборта (ст. 156 УК), неоказание медицинской помощи больному лицу (ст. 161 УК), ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником (ст. 162 УК), нарушение порядка проведения трансплантации (ст. 164 УК) и незаконное врачевание (ст. 335 УК).

Статья 156. Незаконное производство аборта.

1. Незаконное производство аборта лицом, имеющим высшее образование по профилю образования «Здравоохранение», – наказывается штрафом или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью со штрафом.

2. Производство аборта лицом, не имеющим высшего образования по профилю образования «Здравоохранение», – наказывается арестом или ограничением свободы



Начало

Содержание



Страница 177 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения со штрафом или без штрафа.

3. Действия, предусмотренные частями 1 или 2 настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть женщины либо причинение тяжкого телесного повреждения, – наказываются лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения со штрафом или без штрафа.

Статья 161. Неоказание медицинской помощи больному лицу.

1. Неоказание медицинской помощи больному лицу без уважительных причин медицинским работником либо иным лицом, обязанным оказывать ее в соответствии с законодательством Республики Беларусь, – наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью со штрафом, или ограничением свободы на срок до двух лет со штрафом.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного лица либо причинение тяжкого телесного повреждения, – наказывается лишением свободы на срок до трех лет со штрафом и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Статья 162. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником.

1. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, повлекшее причинение пациенту по неосторожности тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения, – наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью со штрафом, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на тот же срок со штрафом.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 178 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть пациента либо заражение ВИЧ, – наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на тот же срок со штрафом и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Статья 164. Нарушение порядка проведения трансплантации.

1. Нарушение условий и порядка изъятия органов или тканей человека либо условий и порядка трансплантации, предусмотренных законом, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения донору или реципиенту, – наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или исправительными работами на срок до двух лет, или лишением свободы на срок до трех лет со штрафом и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

2. Деяние, предусмотренное частью 1 настоящей статьи, совершенное повторно, либо должностным лицом с использованием своих служебных полномочий, либо повлекшее по неосторожности смерть донора или реципиента, – наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет со штрафом и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Статья 335. Незаконное врачевание.

1. Занятие врачеванием или фармацевтической деятельностью как профессией лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования или без надлежащего разрешения (незаконное врачевание), повлекшее по неосторожности причинение менее тяжкого телесного повреждения, – наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 179 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

2. Незаконное врачевание, повлекшее по неосторожности смерть человека либо причинение тяжкого телесного повреждения, – наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок до семи лет.

Гражданско-правовая ответственность может быть договорной и деликтной. Договорная ответственность может наступить только в случае оказания платных медицинских услуг. При оказании бесплатной медицинской помощи природа отношений организации здравоохранения и пациента внедоговорная (деликтная), эти отношения регулируются нормами главы 58 «Обязательства вследствие причинения вреда» Гражданского кодекса Республики Беларусь (ГК).

Административная ответственность врача может наступить, к примеру, при применении радиационного оборудования, не прошедшего контроля технических характеристик либо находящегося в неисправном техническом состоянии, в диагностических либо лечебных целях (ст. 16.5 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях (КоАП)).



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 180 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Практическая часть

Семинарские занятия: темы, планы

Дневная форма обучения

Тема 1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований (2 часа)

Вопросы:

1. Судебная медицина как наука, врачебная специальность и учебная дисциплина. Предмет, задачи и методы судебной медицины.
2. Развитие судебной медицины в Республике Беларусь и зарубежных странах. Организация медицинской судебной экспертизы в Республике Беларусь на современном этапе.
3. Уголовно-процессуальный порядок назначения и проведения экспертиз. Правовое положение эксперта.
4. Организация и порядок проведения судебно-медицинских экспертиз в Республике Беларусь.

Тема 2. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц (2 часа)

Вопросы:

1. Освидетельствование живых лиц.
2. Характеристика телесных повреждений.
3. Судебно-медицинская экспертиза телесных повреждений.
4. Иные виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц.



Начало

Содержание



Страница 181 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

Тема 3. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа (2 часа)

Вопросы:

1. Судебно-медицинская танатология: основные положения.
2. Осмотр места обнаружения трупа: организационные положения.
3. Работа судебно-медицинского эксперта при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия).
4. Судебно-медицинское исследование трупа.

Тема 4. Механические повреждения (4 часа)

Вопросы:

1. Механическая травма и механизм повреждения тканей.
2. Характеристика видов механических повреждений (повреждения тупыми предметами; повреждения острыми предметами; транспортная травма; падение с высоты; огнестрельные повреждения).

Тема 5. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания (2 часа)

Вопросы:

1. Понятие механической асфиксии.
2. Характеристика видов механической асфиксии.

Тема 6. Повреждения и смерть от физических факторов (2 часа)

Вопросы:

1. Повреждения и смерть от действия электричества и изменений барометрического давления.
2. Повреждения и смерть от действия крайних температур и лучистой энергии.



Начало

Содержание



Страница 182 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

Тема 7. Судебно-медицинская токсикология (2 часа)

Вопросы:

1. Судебно-медицинская токсикология. Отравление ядами.
2. Отравление наркотическими средствами, психотропными веществами и алкоголем.
3. Судебно-химическая экспертиза.

Тема 8. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств (2 часа)

Вопросы:

1. Объекты биологического происхождения как вещественные доказательства.
2. Судебно-медицинское исследование объектов биологического происхождения.
3. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств – объектов небиологического происхождения.

Тема 9. Судебно-медицинские исследования по вопросам ответственности медицинских работников, правовое регулирование медицинской деятельности (2 часа)

Вопросы:

1. Дефекты оказания медицинской помощи.
2. Судебно-медицинская экспертная оценка неоказания и ненадлежащего оказания медицинской помощи.
3. Ответственность за профессиональные правонарушения медицинских работников.



Начало

Содержание



Страница 183 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Заочная, заочная сокращенная формы обучения

Тема 1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований.

Вопросы:

1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы.
2. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований.

Тема 2. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа. Механические повреждения. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания

Вопросы:

1. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа.
2. Механические повреждения.
3. Расстройство здоровья и смерть от острого кислородного голодания.



Начало

Содержание



Страница 184 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

Заочная форма обучения

Тема 1. Предмет, метод, задачи судебной медицины. Организационные положения медицинской судебной экспертизы. Процессуальная регламентация судебно-медицинских исследований (2 часа)

Вопросы:

1. Судебная медицина как наука, врачебная специальность и учебная дисциплина. Предмет, задачи и методы судебной медицины.
2. Развитие судебной медицины в Республике Беларусь и в зарубежных странах. Организация медицинской судебной экспертизы в Республике Беларусь на современном этапе.
3. Уголовно-процессуальный порядок назначения и проведения экспертиз. Правовое положение эксперта.
4. Организация и порядок проведения судебно-медицинских экспертиз в Республике Беларусь.

Тема 2. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц (2 часа)

Вопросы:

1. Освидетельствование живых лиц.
2. Характеристика телесных повреждений.
3. Судебно-медицинская экспертиза телесных повреждений.
4. Иные виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц.

Тема 3. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа (2 часа)

Вопросы:

1. Работа судебно-медицинского эксперта при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия).
2. Судебно-медицинское исследование трупа.



Начало

Содержание



Страница 185 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Заочная сокращенная форма обучения

Тема 2. Освидетельствование и судебно-медицинская экспертиза обвиняемых, потерпевших и других лиц (2 часа)

Вопросы:

1. Освидетельствование живых лиц.
2. Характеристика телесных повреждений.
3. Судебно-медицинская экспертиза телесных повреждений.
4. Иные виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц.

Тема 3. Судебно-медицинская танатология и исследование трупа (2 часа)

Вопросы:

1. Работа судебно-медицинского эксперта при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия).
2. Судебно-медицинское исследование трупа.



Начало

Содержание



Страница 186 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе

Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе характера и тяжести телесных повреждений

1. Имеются ли у данного лица какие-либо телесные повреждения, если да, то каковы их характер, локализация, количество, механизм образования и степень тяжести (отдельно по каждому повреждению)?
2. Каким орудием (предметом) и каким способом причинено каждое повреждение? Одним или несколькими орудиями причинены повреждения?
3. Имеются ли в повреждении признаки, позволяющие судить о том, каким предметом оно причинено?
4. Не могло ли повреждение быть причинено орудием, представленным на экспертизу?
5. Каково было взаимное положение пострадавшего и нападавшего в момент причинения телесных повреждений (отдельно по каждому повреждению)? Каково было направление воздействия травмирующей силы (удара) в каждом случае?
6. В какой последовательности причинялись телесные повреждения?
7. Могли ли телесные повреждения, установленные у данного лица, быть получены при указанных потерпевшим, подозреваемым (обвиняемым), свидетелем обстоятельствах?
8. Какова давность повреждений? Соответствует ли она давности, указанной в постановлении?
9. Не противоречит ли характер и локализация повреждений, обнаруженных у лица, тому, что они получены при самообороне?
10. Причинены повреждения приблизительно в одно и то же или в разное время?
11. Могли ли имеющиеся у свидетельствуемого повреждения быть причинены его собственной рукой?
12. Являются ли повреждения лица и (или) шеи неизгладимыми?



Начало

Содержание



Страница 187 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе по уголовным делам о половых преступлениях

1. Была потерпевшая девственницей или жила ранее половой жизнью?
2. Имеются ли на теле потерпевшей повреждения, особенно в области половых органов и заднего прохода, каковы их характер, локализация, механизм образования, давность причинения и степень тяжести (отдельно по каждому повреждению)?
3. Допускает ли характер и локализация повреждений у потерпевшей причинение их собственной рукой?
4. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы и какова давность ее нарушения? Было ли возможно ли совершение полового сношения с потерпевшей без повреждения у нее девственной плевы?
5. Имеются ли во влагалище потерпевшей, заднем проходе (прямой кишке), ротовой полости, на теле следы спермы, крови, если да, то где именно, какова их групповая принадлежность?
6. Имеются ли данные (и какие именно) о введении полового члена во влагалище, задний проход потерпевшей?
7. Имеются ли на одежде потерпевшей следы спермы, крови, если да, то где именно, какова их групповая принадлежность?
8. Принадлежит сперма, кровь одному мужчине или нескольким?
9. Какие телесные повреждения могли быть получены потерпевшей при активной самообороне, особенно на руках?
10. Повлекло ли за собой половое сношение с потерпевшей какие-либо вредные для её здоровья последствия и какие именно?
11. Не страдает ли потерпевшая ВИЧ или венерическим заболеванием, каким именно и к какому сроку относится начало заболевания?
12. Могло ли данное лицо не знать о наличии у него ВИЧ или венерического заболевания?



Начало

Содержание



Страница 188 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

13. Принимала ли потерпевшая незадолго перед половым актом алкоголь (наркотики), если принимала, то в каком количестве? В какой степени опьянения она находилась?

14. Имеются ли у подозреваемого на теле, особенно в области половых органов, на одежде следы крови, спермы, влагалищного эпителия, волосы? Если да, то каковы их видовая и групповая принадлежность?

15. Имеются ли у подозреваемого повреждения, каковы их характер, локализация, механизм образования, давность причинения и степень тяжести (отдельно по каждому повреждению)?

16. Не страдает ли подозреваемый ВИЧ или венерическим заболеванием, если да, то к какому сроку относится начало заболевания?

Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе по установлению пола и половых состояний

1. Способен ли гражданин А. к половому сношению и оплодотворению? Если нет, то чем это обусловлено?

2. Беременна ли гражданка Н., если да, то каков срок беременности?

3. Способна ли гражданка Н. к половому сношению, зачатию и деторождению? Если нет, то какими причинами это обусловлено?

4. Рожала ли данная женщина?

5. Не было ли у гражданки Н. прерывания беременности? Если да, то на каком месяце, каким способом и чем это доказывается?

6. Имеются ли признаки, свидетельствующие о прерывании беременности? Если да, то на каком месяце беременность была прервана?

7. Были ли причинены при прерывании беременности телесные повреждения, если да, то каковы их характер, локализация, механизм образования, давность и степень тяжести (отдельно по каждому повреждению)?

8. Возникли ли в результате прерывания беременности осложнения?



Начало

Содержание



Страница 189 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

9. Каков истинный пол данного лица? Если данное лицо является гермафродитом, то истинным или ложным?

10. Мог ли данный плод (данный ребёнок) быть рождён от данной женщины (от данных родителей)?

Общие вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа

(см. также вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе характера и тяжести телесных повреждений)

1. Какова причина смерти?
2. Изменялась ли поза трупа после смерти? Имеются ли объективные данные полагать, что смерть наступила не на месте обнаружения трупа?
3. Когда наступила смерть?
4. Способен ли был потерпевший после причинения ему повреждений (или иных внешних воздействий) совершать какие-либо самостоятельные действия (например, передвигаться, кричать и т.д.)?
5. Какие телесные повреждения имеются на трупе, каковы их характер, механизм образования, давность причинения, локализация, количество и степень тяжести (отдельно по каждому повреждению)?
6. Какие из них нанесены при жизни, какие после смерти?
7. Какое именно повреждение явилось причиной смерти?
8. Какова последовательность нанесения повреждений?
9. Если одно из нескольких повреждений не могло само по себе причинить смерть, то не обусловили ли смерть все повреждения в совокупности?
10. Есть ли прямая причинная связь между полученным повреждением (каким именно) и смертью?
11. В какой примерно позе находился пострадавший в момент причинения травмы (травм)?



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 190 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

12. Соответствуют ли повреждения на одежде повреждениям на трупe (по характеру, количеству и т.д.)? Если нет, то чем это можно объяснить?

13. Наступила ли смерть сразу после повреждения (или иного внешнего воздействия) либо через какой-либо определенный промежуток времени?

14. Имеются ли на трупe следы, указывающие на возможную борьбу и самооборону?

15. Какова групповая принадлежность крови потерпевшего?

16. Принимал ли потерпевший незадолго перед смертью алкоголь (наркотики), если принимал, то в каком количестве? В какой степени опьянения он находился?

17. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти пищу и какую именно?

18. Соответствуют ли показания подозреваемого, обвиняемого, свидетеля об обстоятельствах смерти данным, установленным при исследовании трупа?

19. Сколько времени прошло от смерти до исследования?

20. Какими заболеваниями страдал погибший, не находятся ли они в причинной связи со смертью?

21. Каков возраст погибшего?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупов новорожденных

1. Является ли ребенок новорожденным?

2. Является ли ребенок доношенным?

3. Является ли ребенок зрелым?

4. Какова продолжительность внутриутробной жизни ребенка?

5. Ребенок родился живым или мертвым?

6. Родился ли ребенок жизнеспособным?

7. Сколько времени жил ребенок после родов?

8. Какова причина смерти ребенка?



Начало

Содержание



Страница 191 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

9. Имеются ли на трупе ребенка телесные повреждения, каковы их характер, механизм образования, давность причинения, локализация, количество и степень тяжести (отдельно по каждому повреждению)?

10. Какие повреждения были прижизненными, какие – посмертными?

11. В результате чего образовались прижизненные и посмертные повреждения?

12. Возможно ли рождение ребенка от конкретной женщины (родительской пары)?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: подозрение на половые преступления

1. Не было ли у потерпевшей незадолго перед смертью полового сношения?

2. Имеются ли у потерпевшей повреждения, особенно в области половых органов и заднего прохода, если да, то каковы их характер, степень тяжести, механизм, локализация и давность причинения (отдельно по каждому повреждению)?

3. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы и какова давность ее нарушения? Было ли возможно ли совершение полового сношения с потерпевшей без повреждения у нее девственной плевы?

4. Имеются ли во влагалище потерпевшей, заднем проходе (прямой кишке), ротовой полости, на теле следы спермы, крови, если да, то где именно, какова их групповая принадлежность?

5. Имеются ли данные (и какие именно) о введении полового члена во влагалище, задний проход потерпевшей?

6. Имеются ли на одежде потерпевшей следы спермы, крови, если да, то где именно, какова их групповая принадлежность?

7. Принадлежит сперма, кровь одному мужчине или нескольким?

8. Какие телесные повреждения могли быть получены потерпевшей при активной самообороне, особенно на руках?



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 192 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

9. Не страдала ли потерпевшая ВИЧ или венерическим заболеванием, каким именно и как давно?

10. Не была ли потерпевшая беременной, если да, то каков срок беременности?

11. Принимала ли потерпевшая незадолго перед смертью алкоголь (наркотики), если принимала, то в каком количестве? В какой степени опьянения она находилась?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе расчлененных трупов

1. Обнаруженные части принадлежат человеку или животному?

2. Обнаруженные части тела принадлежат к одному трупу или к разным?

3. Каков пол, возраст, рост человека?

4. Какова группа крови человека?

5. Как давно расчленен труп?

6. Имеются ли на частях тела индивидуальные особенности строения, которые могут быть использованы для установления личности погибшего (род занятий, привычки и т.п.)?

7. Каким орудием и каким способом произведено расчленение трупа?

8. Обладает ли лицо, расчленившее труп, профессиональными познаниями и навыками в какой-либо области медицины или иными профессиональными навыками, которые могли быть им использованы при расчленении трупа?

9. Можно ли по характеру повреждений судить об орудии, которым произведено расчленение?

10. Могло ли расчленение быть произведено представленным орудием?

11. При жизни или после смерти производилось расчленение?

12. Переносил ли погибший хирургические операции, если да, то как давно и какие именно?



Начало

Содержание



Страница 193 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе: смертельная травма от действия тупых орудий

1. Какова причина смерти?
2. Какие повреждения имеются на трупе, каковы их характер, локализация, количество, механизм образования и степень тяжести (отдельно по каждому повреждению)?
3. Какова связь между причиной смерти и имеющимися на трупе повреждениями?
4. Чем могли быть причинены имеющиеся повреждения?
5. Какова последовательность причинения повреждений?
6. Какова давность причинения повреждений?
7. Отобразились ли в повреждениях признаки орудия травмы, пригодные для идентификации?
8. Не причинены ли повреждения орудием, представленным для исследования? (при наличии конкретного предполагаемого орудия травмы)
9. Сколько времени мог жить пострадавший после получения указанных повреждений?
10. Могли ли быть причинены повреждения собственными руками погибшего человека?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: повреждения от воздействия острых предметов

1. Какие повреждения имеются на трупе?
2. Каким предметом они могли быть причинены – режущим, колющим, колюще-режущим, рубящим, колюще-рубящим или пилящим?
3. Каковы количество, характер, локализация, количество, механизм образования и степень тяжести (отдельно по каждому повреждению)?



Начало

Содержание



Страница 194 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

4. Каковы свойства орудия, которым нанесено повреждение (тип, форма, длина, ширина клинка, степень остроты, ширина спинки, количество режущих краев лезвия, наличие обушка, особенно желобка)?

5. Каким было погружение орудия – полным или неполным?

6. Могли ли повреждения быть причинены предметом, представленным на экспертизу?

7. Одним или несколькими предметами причинены повреждения? Какова последовательность их причинения?

8. Каким из представленных на экспертизу предметов могли быть нанесены повреждения?

9. Каково направление раневого канала? В каком направлении и сколько раз действовало повреждающее орудие?

10. В каком положении находился пострадавший в момент ранения?

11. Каково было взаимное положение пострадавшего и нападавшего в момент причинения повреждений?

12. Соответствуют ли повреждения на одежде и теле пострадавшего?

13. Возможно ли причинить ранение при условиях, указанных в постановлении (при обстоятельствах, указанным подозреваемым, обвиняемым, свидетелем)?

14. Имеются ли признаки борьбы и самообороны?

15. Принимался ли потерпевший алкоголь (наркотики) незадолго до смерти и в каком количестве?

16. Сохранялась ли у потерпевшего способность к активным самостоятельным действиям после причинения повреждений, если да, то какой промежуток времени?

17. Имеются ли в повреждениях следы, пригодные для идентификации орудия травмы?

18. Имеются ли признаки, которые бы свидетельствовали о причинении повреждений собственной рукой, или это исключается?

19. Имеются ли на предмете (ноже) следы крови, волосы, наложения клеток органов и тканей?



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 195 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: автомобильная травма

1. Какие повреждения обнаружены на пострадавшем (живом лице, трупе), каковы их характер, механизм образования, локализация и степень тяжести (отдельно по каждому)?

2. Могли ли эти повреждения образоваться от удара транспортным средством? Если да, то в какую часть тела, на какой высоте, в каком направлении был нанесен первичный удар?

3. Какова возможность причинения повреждений определенными частями или деталями транспортного средства?

4. Не образовались ли повреждения от переезда колесом (гусеницей)? По какой части тела и в каком направлении перекатались колеса (гусеницы) транспортного средства?

5. В каком положении по отношению к транспортному средству находился пострадавший в момент причинения травмы?

6. Было ли волочение тела транспортным средством? Если да, то каково его направление, в каком положении находилось тело во время волочения?

7. Могли ли повреждения, обнаруженные у погибшего, образоваться при травме в кабине автомобиля (трактора, автобуса и т.д.)?

8. Можно ли по локализации и особенностям повреждений определить, какое место в кабине автомобиля (трактора, автобуса и т.д.) занимал пострадавший?

9. Могли ли повреждения, обнаруженные у погибшего, образоваться при выпадении из движущегося транспортного средства?

10. Не страдал ли потерпевший заболеваниями органов зрения и слуха, если да, то какими именно и насколько они препятствовали воспринимать окружающую обстановку?

11. Какова последовательность причинения повреждений?

12. Какие повреждения причинены при жизни, какие – после смерти?



Начало

Содержание



Страница 196 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть



13. Какова причина смерти?

14. Не принимал ли пострадавший незадолго до смерти алкоголь (наркотики), если да, в каком количестве?

15. Являются ли трасологические изменения, обнаруженные на транспортном средстве (автомобиле, мотоцикле, тракторе и т.д.), следами крови? Если это кровь, то какова ее видовая принадлежность? Если это кровь человека, то какова ее групповая специфичность и половая принадлежность?

16. Является волос, обнаруженный на транспортном средстве (автомобиле, мотоцикле, тракторе и т.д.), волосом человека или животного? Если это волос человека, то с какой части тела? Какова его групповая принадлежность?

17. Какова возможность причинения повреждений конкретным транспортным средством?

18. Какова возможность образования всех повреждений в данных условиях автотранспортного происшествия?

19. Каково направление травмирующей силы, исходя из характера, механизма и локализации телесных повреждений?

20. Через какой промежуток времени после причинения телесных повреждений наступила смерть пострадавшего?

21. Имеются ли на теле потерпевшего повреждения, которые образовались не при дорожно-транспортном происшествии?

22. Имеются (имелись) ли у пострадавшего какие-либо заболевания органов зрения и слуха?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупa: железнодорожная травма

1. Какие повреждения обнаружены на трупе, их характер, локализация, механизм образования и степень тяжести (отдельно по каждому)?

Начало

Содержание



Страница 197 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

2. Все ли повреждения образовались от воздействия частей железнодорожного транспорта или на трупе имеются повреждения иного происхождения?

3. Характерны ли имеющиеся повреждения для железнодорожной травмы?

4. Имеются ли на трупе повреждения от удара частями движущегося железнодорожного транспорта? В какую часть тела, на какой высоте и в каком направлении нанесен первичный удар?

5. Есть ли повреждения от переезда? По какой части тела, в каком направлении перекатились колеса поезда? Сколько раз тело подвергалось переезду?

6. Имеются ли признаки протаскивания тела по полотну железной дороги?

7. В каком положении по отношению к транспорту находился пострадавший в момент травмы?

8. Все ли части расчлененного трупа представлены на исследование? Одному ли трупу они принадлежат?

9. Какова последовательность причинения повреждений?

10. Все ли повреждения на трупе являются прижизненными?

11. Сохранялась ли способность к самостоятельным действиям смертельно раненного?

12. Какова возможность образования всех повреждений в данных условиях железнодорожной травмы?

13. Какова возможность причинения повреждений определенными частями локомотива, вагона или их отдельными деталями?

14. Какова возможность причинения повреждений локомотивом или вагоном определенного типа или марки?

15. Какова возможность причинения повреждений конкретным локомотивом или вагоном?

16. Принимал ли пострадавший незадолго до смерти алкоголь (наркотики), если да, в каком количестве?



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 198 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

17. Является ли след, обнаруженный на железнодорожном транспортном средстве, следом крови? Если это кровь, то какова ее видовая принадлежность? Если это кровь человека, то каковы ее групповая специфичность и половая принадлежность?

18. Принадлежит ли волос, обнаруженный на железнодорожном транспортном средстве, человеку или животному? Если это волос человека, то с какой части тела он происходит? Какова его групповая принадлежность?

19. Сколько времени прошло от момента смерти до исследования трупа?

20. Имелись ли у пострадавшего какие-либо заболевания органов зрения и слуха?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: авиационная травма

1. Каково было состояние здоровья пилота и других членов экипажа перед полетом? Не ухудшилось ли оно во время полета?

2. Какие повреждения обнаружены на трупах членов экипажа, каковы их характер, локализация, механизм образования, от воздействия каких частей кабины они образовались (отдельно по каждому)?

3. Какова последовательность образования этих повреждений?

4. Являются ли эти повреждения прижизненными?

5. Находились ли члены экипажа при жизни в очаге пожара?

6. В какой позе находились пилот и другие члены экипажа в момент столкновения самолета (вертолета) с землей? Находился ли пилот на своем рабочем месте и пытался ли управлять самолетом?

7. Обнаружен ли в крови и тканях погибших этиловый спирт (наркотики), если да, в каком количестве?

8. Какова причина смерти членов экипажа, когда и как быстро она наступила?

9. Нет ли на трупах пилота и других членов экипажа огнестрельных или колото-резаных ран, а также иных повреждений, не являющихся авиационной травмой?



Начало

Содержание



Страница 199 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

10. Какому члену экипажа, кому из пассажиров принадлежат обнаруженные останки, предметы снаряжения, одежды и обуви?

11. Какова возможность причинения повреждений конкретными деталями и частями самолета?

12. Соответствуют ли повреждения на теле и одежде пострадавших?

13. Какова возможность возникновения повреждений при определенных обстоятельствах авиационного происшествия?

14. Имеются ли признаки воздействия на членов экипажа во время полета неблагоприятных факторов (кислородного голодания, перепадов барометрического давления, перегрузок и т.д.)?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе труп: падение с высоты

1. Какие повреждения обнаружены при экспертизе пострадавшего, каковы их характер, механизм и последовательность образования, локализация и степень тяжести (отдельно по каждому)? Характерны ли они для падения с высоты?

2. В каком положении находилось тело пострадавшего в момент удара о поверхность? На какую часть тела произошло падение?

3. Можно ли по особенностям повреждений определить, пытался ли пострадавший координировать процесс падения?

4. Все ли повреждения образовались от падения с высоты? Нет ли на потерпевшем повреждений иного происхождения? Если такие повреждения имеются, то каким предметом они причинены?

5. Возможно ли образование всех повреждений в заданных условиях?

6. Если падение не прямое, то возможно ли образование повреждений на определенных отрезках траектории падения?

7. Имеются ли на трупе посмертные повреждения?



Начало

Содержание



Страница 200 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

8. Употреблял ли пострадавший незадолго до падения алкоголь (наркотические средства), если да, в каком количестве?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе огнестрельных повреждений

1. Является ли повреждение (повреждения) огнестрельным (огнестрельными)?
2. Сколько огнестрельных ран имеется на теле жертвы, их локализация и степень тяжести (отдельно по каждому)?
3. Каким снарядом (снарядами) оно (они) могло (могли) быть причинено (причинены)?
4. Какое из повреждений является входным, а какое – выходным, их локализация?
5. Каково направление раневого канала?
6. С какой дистанции был произведен выстрел?
7. Из какого оружия был произведен выстрел?
8. Не могло (могли) ли быть причинено (причинены) огнестрельное повреждение (огнестрельные повреждения) из оружия, имеющегося у следствия?
9. Могло ли огнестрельное повреждение быть причинено самим потерпевшим?
11. Каким количеством выстрелов причинены повреждения? Какова их очередность? Сколькими снарядами и какими (пулями, картечью, дробью) были причинены повреждения? Причинены ранения выстрелами из одного оружия или нескольких?
12. Какова последовательность причинения повреждения?
13. Каким было взаимное расположение оружия и тела пострадавшего при выстреле?
14. Соответствует ли количество повреждений на теле количеству повреждений на одежде потерпевшего, если нет, то по какой причине?



Начало

Содержание



Страница 201 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: взрывная травма

1. Имеются ли на трупе повреждения, которые могли возникнуть от действия факторов взрыва?
2. Имеются ли на теле следы–наложения веществ, которые выделяются при взрыве?
3. На каком расстоянии находился пострадавший от эпицентра взрыва?
4. В какой позе был пострадавший в момент взрыва, каково было взаиморасположения пострадавшего и эпицентра взрыва?
5. Какими повреждающими факторами взрыва причинены телесные повреждения (имеются ли признаки действия взрывных газов, копоти, осколков оболочки взрывного устройства, частей непрореагировавшего взрывчатого вещества, дополнительных убойных элементов, вторичных снарядов), локализация этих телесных повреждений и степень тяжести (отдельно по каждому)?
6. Какими снарядами причинены телесные повреждения, их локализация и степень тяжести (отдельно по каждому)?
7. Каков был тип взрывного устройства, его конструктивные особенности?
8. Соответствуют ли повреждения на теле пострадавшего повреждениям на его одежде?
9. Скольким трупам принадлежат части тел, обнаруженные на месте взрыва?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: повешение

1. Имеется ли на шее трупа странгуляционная борозда? Каковы ее локализация, расположение и характеристика?
2. Образовалась ли странгуляционная борозда при жизни или после наступления смерти?



Начало

Содержание



Страница 202 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



3. Каковы особенности петли, которой была сдавлена шея?
4. Соответствуют ли морфологические признаки борозды особенностям материала и строению петли, доставленной с трупом с места происшествия?
5. В каком направлении происходило натяжение петли в момент сдавления шеи? Обусловлено ли натяжение петли массой тела покойного или посторонней силой?
6. Собственной или посторонней рукой наложена петля?
7. При каком положении тела произошло повешение?
8. Имеются ли на трупе повреждения, кроме странгуляционной борозды на шее? Если да, то каковы их характер, локализация, механизм причинения и давность образования (отдельно по каждому)?
9. Если наложение петли было посмертным, то что явилось причиной смерти?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: удушение петлей

1. Имеется ли на шее трупа странгуляционная борозда, каковы ее локализация, расположение и особенности?
2. Каков механизм образования странгуляционной борозды? Возникла она прижизненно или после наступления смерти?
3. Каковы особенности петли, которой была сдавлена шея? Соответствуют ли морфологические признаки борозды строению и особенностям петли, находившейся на шее трупа (изъятой с места происшествия)?
4. Если странгуляционных борозд несколько, то образовались ли они от воздействия одной петли или от разных?
5. В каком направлении происходило натяжение петли в момент сдавления шеи?
6. В каком положении находился покойный в момент сдавления шеи и каким было взаимное расположение потерпевшего и нападавшего?
7. Какова возможность удушения петлей в заданной обстановке?

Начало

Содержание



Страница 203 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: сдавление руками

1. Имеются ли на шее трупа повреждения, характерные для сдавления шеи руками, каковы их характер, механизм причинения, локализация и особенности (отдельно по каждому)?
2. Какова давность образования этих повреждений?
3. Нет ли признаков, свидетельствующих о сдавлении шеи правой рукой, левой рукой, обеими руками?
4. Производилось сдавление шеи руками однократно или многократно?
5. Как располагались потерпевший и нападавший по отношению друг к другу в момент сдавления шеи?
6. Каково было положение пальцев рук нападавшего на шее и лице пострадавшего?
7. Имеются ли признаки, по которым можно было бы установить особенности ногтей рук нападавшего (длину, форму, дефекты)?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: закрытие отверстий рта и носа

1. Какие повреждения обнаружены на лице, не свидетельствуют ли они о принудительном закрытии отверстий рта и носа?
2. Руками или каким-либо предметом производилось закрытие отверстий рта и носа?
3. Имеются ли данные, свидетельствующие о введении инородного тела (кляпа) посторонней рукой?
4. Нет ли каких-либо объективных данных, указывающих на то, что инородное тело в дыхательных путях было введено собственной (или посторонней) рукой?



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 204 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

5. Могло ли быть произведено закрытие отверстий рта и носа предметом (подушкой, полотенцем), изъятым с места происшествия?

6. Не имеется ли на трупе каких-либо повреждений, которые могут указывать на сопротивление жертвы во время удушения?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: утопление

1. Какова причина смерти? Наступила смерть от утопления или от иной причины?

2. Какие факторы способствовали утоплению?

3. Какова давность наступления смерти?

4. Сколько времени труп находился в воде?

5. Какими заболеваниями страдал при жизни покойный и не явились ли они причиной смерти в воде?

6. Если смерть наступила не от утопления, то каковы ее причины?

7. Имеются ли на трупе телесные повреждения? Если да, то каковы их характер, механизм образования, локализация и степень тяжести (отдельно по каждому)?

8. Повреждения возникли прижизненно или после наступления смерти?

9. Можно ли установить и по каким признакам последовательность возникновения повреждений, обнаруженных на трупе?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: сдавление груди и живота

1. Какова причина смерти, не наступила ли смерть в результате асфиксии от сдавления груди и живота?

2. Какие повреждения обнаружены на трупе, их характер, локализация, механизм образования и степень тяжести (отдельно по каждому)?



Начало

Содержание



Страница 205 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

3. Состоят ли обнаруженные телесные повреждения в прямой причинной связи с наступлением смерти?
4. Каковы свойства травмирующих предметов?
5. Какова возможность причинения повреждений конкретным предметом? При обстоятельствах, указанных в постановлении?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупa: электротравма (воздействие технического электричества)

1. Какова причина смерти? Не явилась ли электрическая травма причиной смерти?
2. Какие телесные повреждения обнаружены на трупе, их характер, механизм образования, локализация и степень тяжести (отдельно по каждому)?
3. Имеются ли на трупе электрометки, если да, то какова их локализация?
4. Какая часть тела соприкасалась с токонесущим проводником? Какова длительность контакта?
5. Можно ли судить об источнике электротока по признакам его действия на трупе? Какова была форма проводника тока, из какого материала он состоял, каково было напряжение тока?
6. В каком положении находился пострадавший при поражении электрическим током?
7. Какие условия могли способствовать смертельному поражению электрическим током?
8. Не принимал ли пострадавший незадолго до смерти алкоголь (наркотические вещества), если да, в каком количестве?
9. Какими заболеваниями страдал пострадавший? Не могли ли они способствовать наступлению смертельного исхода?



Начало

Содержание



Страница 206 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

10. Могла ли наступить смерть пострадавшего при обстоятельствах, указанных в постановлении?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: действие высокой температуры

1. Какова причина смерти? Не явились ли причиной смерти термические (химические) ожоги?
2. Какие телесные повреждения обнаружены на трупе, их характер, механизм образования, локализация, степень тяжести (отдельно по каждому), последовательность образования?
3. Чем вызваны ожоги (пламенем, горячей жидкостью, кислотой, щелочью, раскаленными предметами, горячими газами)?
4. Каково взаимное расположение потерпевшего и источника высокой температуры? Какой была поза потерпевшего в момент получения ожогов?
5. Находился погибший в очаге пожара при жизни или ожоги являются посмертными?
6. Обнаружены ли на трупе повреждения, не связанные с действием высокой температуры, если да, то какие именно?
7. Подвергалась ли воздействию пламени одежда на пострадавшем?
8. Какова возможность получения травмы при указанных обстоятельствах?
9. Не принимал ли пострадавший незадолго до смерти алкоголь (наркотические вещества), если да, в каком количестве?
10. Какими заболеваниями страдал пострадавший?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: действие низкой температуры

1. Какова причина смерти? Не явилась ли причиной смерти действие низкой температуры?



Начало

Содержание



Страница 207 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



2. Какие телесные повреждения обнаружены на трупе, их характер, механизм образования, локализация и степень тяжести (отдельно по каждому)?
3. Что могло способствовать наступлению охлаждения?
4. Как быстро наступила смерть от охлаждения?
5. Какова давность наступления смерти?
6. Каково было положение пострадавшего в момент смерти?
7. Каковы особенности одежды, в которой пострадавший подвергся воздействию низкой температуры?
8. Не принимал ли пострадавший незадолго до смерти алкоголь (наркотические вещества), если да, в каком количестве?
9. Какими заболеваниями страдал потерпевший? Могли ли данные заболевания способствовать наступлению смерти от действия низкой температуры?
10. Возможно ли получение холодовой травмы при обстоятельствах, указанных в постановлении?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: лучевые поражения

1. Какова причина смерти?
2. Какие телесные повреждения обнаружены на трупе, их характер, механизм образования, локализация и степень тяжести (отдельно по каждому)?
 2. Вызвана ли смерть (расстройство здоровья) воздействием ионизирующего излучения?
 3. Какова физическая характеристика излучения?
 4. Какова доза энергии, поглощенной всем телом или отдельными его частями?
 5. Когда произошло облучение?
 6. Какие изменения произошли в организме?
 7. Не принимал ли пострадавший незадолго до смерти алкоголь (наркотические вещества), если да, в каком количестве?

Начало

Содержание



Страница 208 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

8. Какими заболеваниями страдал потерпевший? Не могли ли они способствовать наступлению смертельного исхода?

9. Какова возможность облучения в заданных условиях?

Дополнительные вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе трупа: отравление

1. Какова причина смерти? Не последовала ли смерть в результате отравления?

2. Каким ядовитым веществом вызвано отравление?

3. Каким путем яд попал в организм?

4. В каком количестве ядовитое вещество выявлено в организме?

5. Через какое время после отравления наступила смерть?

6. Какими заболеваниями страдал потерпевший? Способствовали ли какие-либо заболевания или индивидуальные особенности организма отравлению?

7. Имеются ли на трупе телесные повреждения? Если да, то каковы их характер, локализация, механизм образования и степень тяжести (отдельно по каждому)?

9. Не принимал ли пострадавший незадолго до смерти алкоголь (наркотические вещества), если да, в каком количестве? Каким образом это могло повлиять на течение отравления?

10. Наступила ли смерть от пищевого отравления? Если да, то каково его происхождение?

11. Каково происхождение пищевого отравления – бактериальное или небактериальное? Если отравление бактериальное, то какой группой микроорганизмов оно вызвано?

12. Не могло ли отравление произойти в результате попадания в пищу ядовитых химических или растительных примесей, каких именно и в каком количестве?

13. Какова возможность отравления конкретным ядом?

14. Каковы возможные отдаленные последствия отравления? (для живого лица)

15. Сколько времени прошло от момента смерти до исследования трупа?



Начало

Содержание



Страница 209 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой состояния здоровья, искусственных и притворных болезней

1. Обнаружено ли какое-либо заболевание у конкретного лица, если да, какое именно и какова его причина?
2. Может ли быть допрошено данное лицо по состоянию здоровья? Может ли заболевание отразиться на его показаниях?
3. Не связано ли заболевание лица с полученной ранее травмой?
4. Не имеется ли у лица заболеваний, которые препятствуют (мешают) управлению транспортными средствами?
5. Какова острота зрения, острота слуха у подэкспертного?
6. Способно ли данное лицо видеть в конкретных условиях (к примеру, в сумерках при недостаточном освещении)?
7. Не симулирует ли подэкспертный заболевание?
8. Соответствуют ли объективным данным показания лица о причинах и давности заболевания?
9. Соответствуют ли данные о наличии заболевания в медицинских документах конкретного лица действительному состоянию?
10. Соответствуют ли данные о наличии заболевания в медицинских документах конкретного лица тому заболеванию, которым оно страдает?

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой крови

1. Имеются ли на представленных для исследования объектах следы крови, если да, то какова их видовая и групповая принадлежность?
2. Могла ли обнаруженная кровь принадлежать конкретному лицу?



Начало

Содержание



Страница 210 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой спермы

1. Имеются ли на представленных для исследования объектах следы спермы, если да, то какова ее групповая принадлежность?
2. Могла ли обнаруженная сперма принадлежать конкретному лицу?

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой слюны

1. Имеются ли на представленных для исследования объектах следы слюны, если да, то какова ее групповая принадлежность?
2. Могла ли обнаруженная слюна принадлежать конкретному лицу?

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой пота и мочи

1. Имеются ли на представленных для исследования объектах следы пота (мочи), если да, то какова групповая принадлежность?
2. Могли ли обнаруженные пот (моча) принадлежать конкретному лицу?

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой волос

1. Являются ли представленные на исследование объекты волосами?
2. Волосы происходят от человека или от животного?
3. С какой части тела происходят волосы?
4. Каков механизм отделения волос (выпадение, отрезание, отрыв или иной)?
5. Имеются ли какие-либо особенности на исследуемых волосах (признаки физического, термического, химического воздействия, окраска, обесцвечивание, отклонения в строении, заболевания, посторонние наложения и т.п.)?
6. Каков химический состав волос, не имеет ли он каких-либо особенностей?
7. Каков естественный цвет исследуемых волос?
8. Не происходят ли волосы от конкретного человека?



Начало

Содержание



Страница 211 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

Вопросы, разрешаемые генотипоскопической экспертизой

1. Не могла ли кровь (сперма, слюна, волосы), обнаруженные на представленных объектах, произойти от конкретного человека (подозреваемого, потерпевшего)?
2. Имеется ли в подногтевом содержимом лица биологический материал (кровь, клетки эпителия и др.), происходящий от другого конкретного лица?
3. Каковы генотип, пол человека, фрагменты останков которого представлены на исследование?
4. Принадлежат ли фрагменты останков конкретному лицу?
5. Принадлежат ли пальцевые отпечатки конкретному лицу?

Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе по вопросам ответственности медицинских работников

1. Какова причина смерти (при смертельном исходе) или какова степень тяжести телесных повреждений (при несмертельном исходе)?
2. Насколько правильно и своевременно диагностировано имевшееся у пациента заболевание или повреждение?
3. Насколько верно, своевременно, полно и эффективно осуществлялось лечение больного (пострадавшего)?
4. Существует ли связь между неблагоприятным исходом и характером диагностики и лечения?
5. Имеются ли упущения в действиях медицинского персонала, недостатки в обследовании, диагностике и лечении больного (пострадавшего), если да, то в чьих именно действиях и в чем это выражается?
6. Какова причина неправильных действий медицинского персонала (несвоевременная госпитализация, индивидуальная необычность течения заболевания, отсутствие диагностической аппаратуры, недостаточная опытность врача и т.д.)?



Начало

Содержание



Страница 212 из 257

Назад

На весь экран

Заккрыть

7. Имел ли врач возможность предвидеть опасные последствия своих действий (бездействия) и мог ли он их предотвратить?

8. При неправильной диагностике указать: были ли применены врачом все способы распознавания заболевания и какие показанные методы не использованы; какие меры приняты для уточнения диагноза (консультации специалистов, консилиумы и т. п.)?

9. При неправильно проведенном оперативном вмешательстве установить: в чем конкретно выразились неправильные действия врача в процессе подготовки, проведения операции и в послеоперационном периоде; каковы причины неправильного проведения операции?

10. Имеется ли причинная связь между упущениями медицинских работников и неблагоприятным исходом заболевания и в чем она выражается? Если причинная связь отсутствует, то необходимо обосновать ее отсутствие.

11. Если врачебные действия были правильными, то каковы причины неблагоприятного исхода заболевания?

12. При неоказании медицинской помощи (неявка врача по вызову больного, отказ в госпитализации, несвоевременное оказание медицинской помощи) установить, мог ли врач предвидеть те неблагоприятные последствия для больного, которые развились?

13. При обвинении нескольких медицинских работников указать, кто из них должен был выполнить определенные лечебные мероприятия, а также оценить значение действий каждого в наступлении неблагоприятного исхода.

14. Каким мог быть исход при правильной и своевременной диагностике, а также при полноценном лечении?

15. Какие были нарушения в организации медицинской помощи в данном лечебном учреждении?



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 213 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Примерные вопросы для подготовки к зачету

1. Организация медицинской судебной экспертизы в составе Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь.
2. Уголовно-процессуальный порядок назначения и проведения экспертиз. Случаи обязательного назначения судебно-медицинских экспертиз.
3. Правовое положение государственного судебно-медицинского эксперта.
4. Виды судебно-медицинских экспертиз.
5. Организация и порядок проведения судебно-медицинских экспертиз в Республике Беларусь.
6. Классификация телесных повреждений по степени тяжести. Критерии менее тяжких и легких телесных повреждений.
7. Тяжкие телесные повреждения, их определение и классифицирующие признаки.
8. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой в отношении подозреваемых, обвиняемых, потерпевших и других лиц.
9. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой по уголовным делам о половых преступлениях
10. Трупные явления (ранние), их судебно-медицинское значение для определения давности наступления смерти.
11. Трупные явления (поздние), их судебно-медицинское значение для определения давности наступления смерти.
12. Порядок рассмотрения информации, заявлений (сообщений) о смерти (гибели) граждан, выезда на места происшествий по указанным фактам и направления трупов на исследование.
13. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия). Правила работы государственного медицинского судебного эксперта при наружном осмотре трупа.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 214 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

14. Судебно-медицинская экспертиза трупа: права и обязанности эксперта, порядок проведения судебно-медицинского вскрытия, заключение эксперта.

15. Общие вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой трупа.

16. Виды телесных повреждений в результате механической травмы.

17. Повреждения тупыми предметами. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

18. Повреждения, причиняемые острыми предметами (орудиями). Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

19. Огнестрельные повреждения. Повреждающие действия пули и дополнительные факторы выстрела. Особенности входной и выходной огнестрельных ран.

20. Особенности огнестрельных ранений при выстрелах с различных дистанций (в упор, с близкой дистанции, с неблизкой дистанции). Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой огнестрельных повреждений.

21. Автотравма, ее виды. Фазы причинения телесных повреждений при наезде и переезде. Механизм и локализация телесных повреждений.

22. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой транспортных травм.

23. Механическая асфиксия и ее виды.

24. Странгуляционная асфиксия. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

25. Обтурационная асфиксия. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

26. Утопление. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

27. Повреждения и смерть от действия электрического тока. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

28. Повреждения и смерть от действия крайних температур. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 215 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

29. Судебно-медицинская классификация ядов. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой отравлений.

30. Отравление угарным газом. Отравление наркотическими средствами, психотропными веществами и алкоголем. Степени алкогольного опьянения (отравления).

31. Судебно-химическая экспертиза. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

32. Судебно-медицинское исследование объектов биологического происхождения. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

33. Судебная генотипоскопия, принцип исследования и возможности метода. Вопросы, разрешаемые судебно-генотипоскопической экспертизой.

34. Дефекты оказания медицинской помощи.

35. Судебно-медицинская экспертная оценка неоказания и ненадлежащего оказания медицинской помощи. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

36. Ответственность за профессиональные правонарушения медицинских работников.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 216 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)

Список нормативных правовых актов и специальной литературы

Нормативные правовые акты

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск : Амалфея, 2005. – 48 с.

2. Гражданский кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс] : 07 дек. 1998 г., № 218-З : принят Палатой представителей 28 окт. 1998 г. : одобр. Советом Респ. 19 нояб. 1998 г. : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

3. Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс] : 11 янв. 1999 г., № 238-З : принят Палатой представителей 10 дек. 1998 г. : одобр. Советом Респ. 18 дек. 1998 г. : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

4. Процессуально-исполнительный Кодекс Республики Беларусь об административных правонарушениях [Электронный ресурс] : 20 дек. 2006 г., № 194-З : принят Палатой представителей 09 нояб. 2006 г. : одобр. Советом Респ. 01 дек. 2006 г. : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

5. Уголовный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс] : 09 июля 1999 г., № 275-З : принят Палатой представителей 02 июня 1999 г. : одобр. Советом Респ. 24 июня 1999 г. : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

6. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс] : 16 июля 1999 г., № 295-З : принят Палатой представителей 24 июня



Начало

Содержание



Страница 217 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

1999 г. : одобр. Советом Респ. 30 июня 1999 г. : с изм. и доп. // Консультант Плюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

7. О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 13 июля 2012 г., № 408-З : с изм. и доп. // Консультант Плюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

8. О трансплантации органов и тканей человека [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 4 марта 1997 г., № 28-З : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

9. Вопросы Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь (вместе с «Положением о порядке прохождения службы в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь», «Дисциплинарным уставом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь») [Электронный ресурс] : Указ Президента Респ. Беларусь, 01 июля 2013 г., № 292 : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

10. О государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь: Закон Респ. Беларусь, 15 июля 2015 г., № 293-З : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

11. Инструкция о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз [Электронный ресурс] : утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, 11 апреля 2014 г., № 104 // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2015.

12. Инструкция о порядке производства судебно-медицинской экспертизы трупа в Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 218 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

[Электронный ресурс] : утв. приказом Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь, 13 июля 2015 г., № 147 // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2015.

15. О судебной экспертизе по уголовным делам [Электронный ресурс] : постановление Пленума Верховн. Суда Респ. Беларусь, 29 марта 2001 г., № 1 : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

16. О судебной практике по делам о преступлениях несовершеннолетних [Электронный ресурс] : постановление Пленума Верховн. Суда Респ. Беларусь, 28 июня 2002 г., № 3 : с изм. и доп. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

17. О судебной практике по делам об умышленном причинении тяжкого телесного повреждения [Электронный ресурс] : постановление Пленума Верховн. Суда Респ. Беларусь, 29 марта 2006 г., № 1 // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

Специальная литература

1. Авдеев, М. И. Судебная медицина : учеб. / М. И. Авдеев. – М. : Госюриздат, 1951. – 431 с.

2. Волков, В. Н. Судебная медицина : курс лекций : учеб. пособие для вузов по направлению и специализации «Юриспруденция» / В. Н. Волков, А. В. Датий. – М. : Юристъ, 1997. – 334 с.

3. Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : практикум : учеб. пособие / А. В. Датий. – М. : БЕК, 1997. – 397 с.

4. Корзик, В. Ф. Особенности судебно-медицинской экспертизы при отравлениях : метод. рекомендации / сост. : В. Ф. Корзик, А. Н. Севостьянов. –



Начало

Содержание



Страница 219 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Брест : БрГУ, 2009. – 18 с.

5. Кухарьков, Ю. В. ДНК-типирование в судебной медицине / Ю. В. Кухарьков [и др.]. – Минск : БелАКК, 2003. – 94 с.

6. Мережко, Г. В. Осмотр трупа на месте происшествия или обнаружения : метод. рекомендации / Г. В. Мережко. – Минск : Акад. МВД Респ. Беларусь, 2009. – 48 с.

7. Мережко, Г. В. Судебно-медицинская экспертиза в вопросах следователя : учеб. пособие / Г. В. Мережко. – Минск : Акад. МВД Респ. Беларусь, 2005. – 64 с.

8. Молчанов, В. И. Огнестрельные повреждения и их судебно-медицинская экспертиза : руководство для врачей / В. И. Молчанов, В. Л. Попов, К. Н. Калмыков. – Ленинград : Медицина, 1990. – 272 с.

9. Осмотр трупа на месте его обнаружения : руководство для врачей / Э. П. Александров [и др.] ; под ред. А. А. Матышева. – Ленинград : Медицина, 1989. – 264 с.

10. Попов, В. Л. Судебная медицина : учеб. для мед. вузов / В. Л. Попов. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 608 с.

11. Пучков, Г. Ф. Судебно-медицинская танатология и экспертиза трупа : учеб. пособие для мед. и юрид. вузов / Г. Ф. Пучков, Ю. В. Кухарьков, А. Е. Гучок. – Минск : Академия МВД Респ. Беларусь, 2003. – 160 с.

12. Самищенко, С. С. Судебная медицина / С. С. Самищенко. – М. : Право и Закон, 1996. – 432 с.

13. Судебная медицина : учеб. / В. И. Алисиевич [и др.]; под ред. В. В. Томилина. – М. : Юрид. лит., 1987. – 336 с.

14. Судебная медицина : учеб. для вузов / Л. О. Баргсегянц [и др.]; под общ. ред. В. В. Томилина. – М. : Издательская группа ИНФРА-М – НОРМА, 1997. – 376 с.

15. Судебная медицина : учебник для юридич. вузов / И. В. Буромский [и др.]; под общ. ред. В. Н. Крюкова. – М. : НОРМА, 2005. – 448 с.

16. Судебно-медицинская экспертиза : Справочник для юристов / И. В. Виноградов [и др.]. – М. : Юрид. лит., 1985. – 320 с.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 220 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

17. Томилин, В. В. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств / В. В. Томилин, Л. О. Барсегянц, А. С. Гладких. – М. : Медицина, 1989. – 304 с.

18. Витер, В. И. Особенности расследования профессиональных преступлений медицинских работников / В. И. Витер, А. Р. Поздеев // Веснік Гродзенскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя Я. Купалы. – Серыя 4, Правазнаўства. – 2012. – № 1 (124). – С. 84–91.

19. Кулинчик, Н. Психическое расстройство как квалифицирующий признак при установлении степени тяжести телесных повреждений / Н. Кулинчик // Законность и правопорядок. – 2012. – № 4. – С. 54–58.

20. О судебной экспертизе по уголовным делам [Электронный ресурс] : обзор судебной практики Верховн. Суда Респ. Беларусь от 16.05.2001 г. // КонсультантПлюс. Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2015.

21. Рубис, А. Оценка достоверности заключения эксперта в уголовном процессе и проблемы экспертного обеспечения правосудия в Республике Беларусь / А. Рубис // Законность и правопорядок. – 2013. – № 1. – С. 39–44.

22. Рубис, А. Оценка достоверности судебных экспертиз и создание системы судебно-экспертного обеспечения правоприменительной деятельности / А. Рубис // Законность и правопорядок. – 2014. – № 1. – С. 36–41.

23. Сараева, Н. Использование специальных судебно-медицинских познаний по делам о компенсации морального вреда / Н. Сараева // Законность и правопорядок. – 2013. – № 1. – С. 37–39.

24. Терещенко, Т. Г. Неизгладимое обезображение лица или шеи как признак тяжкого телесного повреждения / Т. Г. Терещенко // Веснік Гродзенскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя Я. Купалы. – Серыя 4, Правазнаўства. – 2013. – № 1. – С. 48–53.

25. Терещенко, Т. Г. Опасность для жизни как признак умышленного причинения тяжкого телесного повреждения / Т. Г. Терещенко // Вестник Полоцкого



Начало

Содержание



Страница 221 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

государственного университета. – Серия Д, Экономические и юридические науки. – 2013. – № 5. – С. 179–183.



Начало

Содержание



Страница 222 из 257

Назад

На весь экран

Закреть

Словарь основных судебно-медицинских понятий и терминов.

Автотравма – наиболее частый вид транспортной травмы. При автотравме тело подвергается воздействию не только частей автомашины, но и других факторов (падение пострадавшего на землю, скольжение его по дорожному покрытию и т.п.).

Выделяют следующие виды автотравмы: 1. От столкновения движущегося автомобиля с человеком (пешеходом, велосипедистом, мотоциклистом). 2. При выпадении из движущегося автомобиля. 3. В кабине автомобиля. 4. В результате сдавливания тела между частями автомобиля и другими предметами или преградами. 5. От переезда тела колесами. 6. Комбинированные виды травмы. 7. Прочие виды.

Признаки автотравмы – повреждения, вызванные автотравмой. Они бывают: 1. Специфические, т.е. встречающиеся только при автотравмах: отпечаток протектора колеса, облицовки радиатора, фары и др. частей автомашины. 2. Характерные, т.е. обнаруживаемые чаще всего при автотравмах, но иногда они могут быть результатом и иных воздействий: множественность повреждений, деформация частей тела (головы, груди, таза), отпечатки на теле рельефа одежды, повреждения кожи от чрезмерного растяжения, расслоение поврежденных мягких тканей, следы волочения, бампер-повреждения и др. 3. Общие, т.е. следы действия автомашины на теле в виде ссадин, кровоподтеков, ран, переломов без специфических или характерных для автотравмы свойств. 4. Симулирующие, т.е. повреждения, похожие на раны от режущих, рубящих, колющих предметов и т.п., сдавливание груди и живота, как проявление механической асфиксии. Обнаружение на трупе специфических или ряда характерных для автотравмы признаков является основанием для дачи заключения о связи повреждений с действием автотранспорта.

Агония (греч. *agonia* – борьба) – состояние, предшествующее смерти. Агония может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов и суток. При агонии происходит постепенное ослабление деятельности сердца, дыхания, расслабляется мускулатура.



Начало

Содержание



Страница 223 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



Альвеола легкого - гроздевидное образование, расположенное на стенке дыхательной бронхиолы (разветвления мелких бронхов, не содержащие в своих стенках хрящей и желез), альвеолярного хода или альвеолярного мешочка, выстланное изнутри однослойным плоским дыхательным (альвеолярным) эпителием, через который происходит газообмен между кровью в легочных капиллярах и воздухом в полости альвеолы легкого.

Амнезия (греч. amnesia – забывчивость, потеря памяти) – нарушение памяти с утратой способности сохранять и воспроизводить приобретенные знания. Амнезия в более узком понимании – полная или частичная потеря памяти на определенный период времени. Ретроградная амнезия охватывает события, предшествовавшие началу заболевания, часто встречается после черепно-мозговой травмы, отравлений, электротравмы, асфиксии, эпилептических расстройств, апоплексии мозга и т.п.

Амюсса признак - наличие поперечных надрывов или разрывов интимы (внутренней оболочки) сонных артерий.

Анамнез (греч. anamnesis – воспоминание) судебно-медицинский – получение экспертом сведений от свидетельствуемого лица с целью выяснения обстоятельств, необходимых для решения вопросов судебно-медицинского характера, например, о времени получения повреждений, об орудии травмы, течении заболевания и т.п.

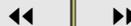
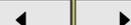
Артерия - кровеносный сосуд, по которому кровь движется от сердца к органам и частям тела.

Аспермия - патологическое состояние, при котором сперма не содержит сперматозоидов. Аспермия может наступить после радиационного поражения организма или когда сперматогенная ткань обоих яичек атрофирована. Аспермия полностью исключает возможность оплодотворения.

Аспирация (лат. aspiratio – вдыхание) – проникновение посторонних веществ (твердых, сыпучих, жидких) в дыхательные пути при вдохе, что обычно сопровождается развитием механической асфиксии, нередко заканчивающейся смертью, которая в таких случаях обусловлена рефлекторным спазмом голосовой

[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 224 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

щели (иногда рефлекторной остановкой сердца) либо закрытием дыхательных путей и препятствием для свободного прохождения воздуха. Нередко встречается аспирация крови. Это имеет место при резаных ранах шеи с повреждением гортани или трахеи, при переломах костей основания черепа, решетчатой кости, костей носа. Аспирация крови также может быть причиной смерти.

Асфиксия (греч. *asphyxia* – отсутствие пульса) – удушье; острое нарушение процессов газообмена в организме вследствие прекращения или замедления доступа кислорода и задержки выделения углекислого газа. В судебной медицине под асфиксией понимают в широком смысле слова задушение вследствие кислородного голодания. Асфиксия может быть вызвана различными причинами. В судебно-медицинской практике чаще всего встречается асфиксия, вызванная механическими причинами, – механическая асфиксия. Обычно выделяют следующие группы механической асфиксии: странгуляционная асфиксия (от сдавления петлёй) – повешение, удушение петлей, удушение руками; компрессионная асфиксия (от сдавления груди и живота); обтурационная асфиксия (закрытие дыхательных отверстий и путей)- закрытие отверстий носа и рта мягкими предметами, закрытие дыхательных путей инородными телами; асфиксия от утопления; асфиксия в ограниченном замкнутом пространстве. Клиника механической асфиксии – последовательное проявление признаков механической асфиксии до полной остановки дыхания и сердца.

Признаки общеасфиксические – признаки, которые обнаруживаются на трупах лиц, погибших от механической асфиксии независимо от ее вида.

Атеросклероз - хроническая болезнь, характеризующаяся жировой инфильтрацией внутренней оболочки артерии с последующим развитием в их стенке соединительной ткани.

Атрофия - уменьшение массы и объема органа или ткани, сопровождающаяся ослаблением или прекращением их функции в результате нарушения питания тканей.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 225 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Аутопсия (греч. autos – сам + opsi – видение) – вскрытие, исследование трупа для выяснения характера существующих изменений и установления причины смерти.

Аутолиз - (разложение, распад, синоним - самопереваривание) распад клеток и тканей организма под влиянием, содержащихся в них гидролитических ферментов.

Аутолиз посмертный - аутолиз после гибели организма, происходящий без участия микроорганизмов и обусловленный активацией гидролитических ферментов в условиях сдвига реакции среды в кислую сторону.

Баллистика (греч. ballo – бросаю) – наука, изучающая законы движения снарядов. Судебная баллистика – специальная дисциплина, изучающая материальную часть ручного огнестрельного оружия и его боеприпасы, а также явления, вызванные выстрелом, в том числе и его следы на различных преградах (одежде, теле человека. Раневая баллистика изучает действие снаряда (пули, дроби) на ткани организма.

Бальзамирование трупа - метод предохранения трупа от разложения, заключающийся в пропитывании его тканей специальными веществами, препятствующими гниению.

Бампер-перелом - перелом костей голени или бедра с образованием характерного клиновидного отломка, возникающий при ударе бампером движущегося автомобиля. Основание клиновидного отломка указывает направление удара.

Баротравма - болезненное состояние, заболевание, обусловленное повышением или понижением атмосферного давления, резким перепадом его.

Белоглазова признак (син. феномен «кошачьего зрачка») - один из признаков, указывающий на наступившую смерть. 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.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 226 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Беспомощность (или беспомощное состояние) – неспособность предпринять что-либо для своего спасения; состояние, значительно облегчающее совершение преступления. Беспомощность имеет место в тех случаях, когда человек вследствие ряда обстоятельств не может уклониться от грозящей ему опасности. Беспомощное состояние потерпевшего предполагает, что последний без посторонней помощи, т.е. самостоятельно, лишен возможности принять меры к самосохранению.

Биоманекен – труп человека, на котором проводят эксперимент, например моделирование травмы.

Бифуркация - разделение трубчатого органа на две ветви приблизительно одинакового калибра, например, трахеи, аорты.

Бокариуса проба – метод установления прижизненности странгуляционной борозды, основанный на обнаружении кровоизлияний и расширенных кровеносных сосудов при осмотре в проходящем свете участка поврежденной кожи, зажатого между двумя стеклянными пластинками.

Болезнь душевная (лат. *insania*) – нарушение нормальной психической деятельности человека, которое проявляется в снижении умственных способностей, в болезненной смене мышления и т.д., один из признаков тяжелого телесного повреждения.

Болезнь искусственная (лат. *morbus artificialis*) – преднамеренно причиненный вред своему здоровью, а именно: искусственно вызванное заболевание.

Болезнь притворная (лат. *morbus spirius*) – симулируемое заболевание, например: симуляция боли, глухоты, слепоты, заикания, рвоты и пр.

Болезнь профессиональная - болезнь, возникающая в результате систематического и длительного воздействия на организм человека вредного фактора производственной среды в условиях трудовой деятельности.

Бронх - орган, представляющий собой разветвление трахеи, расположенный в средостении, в плевральных мешках и легких, обеспечивающий проведение воздуха в легкие и выведение его наружу, а также удаление пылевых частиц, комочков



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 227 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Бронхиола - разветвление мелких бронхов, не содержащее в своих стенках хрящей и желез.

Брызги крови – пятна, образующиеся при попадании крови на поверхность под острым углом. Они имеют грушевидную форму с узеньким вытянутым концом, указывающим на направление движения капель крови.

Вид крови – принадлежность крови человеку или какому-либо животному.

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, которые привели к смертельному исходу (заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта и т.п.).

Видмарка метод - метод количественного определения этилового спирта.

Виноградова феномен - отложение копоти и металлов на втором слое многослойной мишени при выстреле с неблизкой дистанции.

Вишневского пятна - кровоизлияния на слизистой оболочке желудка в виде пятен темно-коричневого цвета или черного цвета; признак смерти от охлаждения.

Внезапная смерть - смерть, наступившая в течение нескольких минут или секунд в результате острого расстройства сердечной деятельности, закончившегося острым параличом сердца.

Воздушная эмболия (синоним аэроэмболия) - эмболия пузырьками воздуха, попадающими в кровоток, при ранении вен (например, шеи, матки), а также при неправильном выполнении инъекции или инфузии.

Возраст – период, ступень в развитии, росте человека, животного, растения. В судебно-медицинской практике возраст человека устанавливают: при отсутствии документов (и невозможности их получить) у подозреваемого или обвиняемого, если это имеет значение для решения вопроса о его уголовной ответственности;



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 228 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

при умышленном сокрытии возраста; при сомнении в подлинности возраста, указанного в документах; при исследовании (экспертизе) трупа неизвестного лица, расчлененных, скелетированных трупов и пр. Признаки, по которым определяют возраст, разделяют на признаки роста и развития и на признаки старения или увядания.

Волочение – один из видов травматического воздействия, характеризующийся рядом признаков: стиранием поверхностного слоя одежды, параллельными царапинами на коже, сплошными обширными осаднениями, исчерченными царапинами, «спиливанием» кожи, мышц, растяжением кожи и образованием треугольных мелких чешуек, формированием множественных параллельных друг другу бороздок и валиков на кости (трассы).

Врачебная ответственность - юридическая ответственность врача за правонарушения в профессиональной или профессионально-должностной деятельности.

Врачевание незаконное – преступление, выражающееся в систематическом занятии лечением как профессией, осуществляемое лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования .

Врачебная ошибка - ошибка врача при выполнении 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 тайна - совокупность сведений о болезни, интимной и семейной жизни больного, ставших известными медицинским работникам при выполнении ими своих профессиональных обязанностей и не подлежащих разглашению.

Врачебный проступок - правонарушение, содержащее признаки врачебного преступления, но в силу малозначительности не представляющее общественной опасности.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 229 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Врачебное преступление - профессиональное или профессионально-должностное деяние (действие или бездействие) врача, рассматриваемое уголовным законодательством как преступление.

Вред здоровью – телесное повреждение либо заболевание или патологическое состояние, вызванное воздействием различных факторов внешней среды: физических, химических, биологических, психических.

Врач-эксперт - врач, независимо от специальности и занимаемой должности эпизодически выполняющий обязанности судебно-медицинского эксперта по поручению судебно-следственных органов.

Врачебное свидетельство о смерти - учетный документ, регистрирующий факт и причину смерти,заполняемый врачом, лечившим больного, или другим врачом, установившим причину смерти.

Вторичные снаряды - тела биологической и небиологической природы, возникающие при взаимодействии огнестрельного снаряда с преградой и обладающие повреждающими свойствами.

Входная огнестрельная рана (син. Входное огнестрельное отверстие) – рана в области вхождения в тело пули, осколка или другого огнестрельного снаряда. Основными признаками которой являются дефект ткани, поясok осаднения и поясok обтирания.

Вывих (лат. luxatio) – стойкое смещение суставных концов сочленяющихся костей с нарушением функции сустава. Различают врожденные и приобретенные вывихи. Последние в свою очередь бывают травматические и патологические. Выделяют еще привычные, полные и неполные, закрытые и открытые вывихи. В большинстве случаев они возникают под влиянием не прямой травмы, когда место приложения силы находится вдали от сустава, например вывих плеча при падении на кисть или на локоть, и реже под воздействием прямой травмы, например непосредственного удара в область сустава.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 230 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)



Выстрел - воспламенение пороха в патроннике огнестрельного оружия и выбрасывание пули (дробь) 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.

Выстрел холостой – выстрел из огнестрельного оружия патроном, который не содержит снаряда (пули, дроби). При холостом выстреле из канала ствола оружия под большим давлением вырываются газы, копоть, несгоревшие частички пороха, а из охотничьего гладкоствольного ружья еще и пыж. Выстрел холостым патроном в упор либо на очень близком расстоянии может вызвать тяжелые и даже смертельные повреждения. Разрушения производят газы пороховые.

Высыхание (лат. desiccatio), или пергаментация, – посмертный процесс, заключающийся в испарении влаги из поверхности кожи и видимых слизистых оболочек трупа.

Выходная огнестрельная рана (син. выходное огнестрельное отверстие) – рана в области выхода из тела пули или другого огнестрельного снаряда.

Газожидкостная хроматография - метод разделения и анализа смесей веществ, основанный на различном распределении их компонентов между подвижной (газ, жидкость) и неподвижной (твердый сорбент) фазами; применяется в биохимических исследованиях, например, для количественного определения алкоголя и его суррогатов.

Газы пороховые - продукты сгорания пороха. При выстреле пороховые газы соединяются в канале ствола с газообразными продуктами капсюльного состава; являются одним из повреждающих факторов выстрела.

Гематома - ограниченное скопление крови в тканях с образованием в них полости, содержащей жидкую кровь.

[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 231 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Гематома субдуральная – кровоизлияние между твердой и паутинной оболочками головного или спинного мозга (в субдуральном пространстве).

Гематома эпидуральная (греч. haima – кровь + oma – опухоль + eri – над + durus – твердый) – ограниченное скопление крови между костями свода черепа и твердой оболочкой головного мозга.

Гемоглобинотропные яды - образуют более прочные соединения с гемоглобином в живом организме. Окись углерода образует прочное соединение с гемоглобином – карбоксигемоглобин; нитраты и нитриты образуют соединение – метгемоглобин.

Гемоперикард - скопление крови в полости перикарда (сердечной сорочки).

Гемоперитонеум - скопление крови в полости брюшины.

Гемоторакс – скопление жидкой крови и ее свертков в плевральной полости.

Гемопневмоторакс - скопление крови и воздуха в плевральной полости.

Гемопневмоперикард -скоплениекрови и воздуха в полости сердечной сорочки.

Гемоглобин (греч. haima – кровь + лат. globus – шар) – кровяной пигмент, состоит из белка – глобина и окрашенной группы небелкового характера – гема. Обнаружение гемоглобина или его производных имеет в судебной медицине большое значение, т.к. по наличию их определяют кровяное происхождение пятен. Гемоглобин легко присоединяет и отдает кислород, благодаря чему и осуществляется перенос кислорода кровью.

Гильза (нем. H?lse – оболочка) – составная часть патрона огнестрельного оружия; служит для объединения порохового заряда и снаряда (пули или дроби). В доньшке гильзы имеется специальное гнездо с затравочными отверстиями, в которое вставляется капсюль.

Гиперемия - увеличенное кровенаполнение какого-либо участка периферической сосудистой системы.

Гипостаз - первая стадия образования трупных пятен, обусловленная отекаанием крови вниз, в силу тяжести в результате переполнения сосудов, особенно



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 232 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

капилляров. В этой стадии трупное пятно при надавливании бледнеет вследствие вытеснения крови из сосудов, затем вновь окрашивается. Трупные пятна появляются через 1,5-2 часа после наступления смерти, стадия гипостаза продолжается 6-10 часов.

Гипоксия (син. **кислородное голодание, кислородная недостаточность**) – состояние, возникающее при недостаточности снабжения тканей организма кислородом или при нарушении его утилизации в процессе биологического окисления.

Гниение (лат. putrefactio) – процесс расщепления белковых веществ в результате жизнедеятельности микроорганизмов (анаэробов и аэробов). В судебной медицине гниение трупа относится к поздним трупным явлениям, разрушающим мертвое тело. Оптимальными условиями гниения являются температура 20–35°C, влажность 60–70%, достаточный приток воздуха. Летом на открытом воздухе при благоприятных условиях труп взрослого человека может полностью сгнить (превратиться в скелет) за 1–2 месяца.

Группы крови - совокупность нормальных свойств крови, объединенных общностью признаков. Всех людей разделяют на четыре группы. Группа крови человека постоянна и сохраняется в течение всей жизни, независимо от возраста и перенесенных заболеваний. Она не меняется даже при многочисленных переливаниях крови.

Гусиная кожа - феномен появления на коже конусообразно приподнятых волосяных фолликулов за счет сокращения мышц, поднимающих волос, например, при охлаждении.

Давность повреждения - период времени, прошедший с момента причинения повреждения до момента исследования. Давность повреждения определяют по динамике процессов заживления ран, ссадин, по изменению окраски кровоподтеков и т.д.

Давность захоронения трупа - период времени, прошедший с момента захоронения трупа до момента его исследования.



Начало

Содержание



Страница 233 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Давность наступления смерти - период времени, прошедший с момента остановки сердца до момента исследования трупа..

Дееспособность - способность лица, осуществлять свои гражданские права и обязанности.

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.

Деструктивные яды - большая группа веществ, которые после всасывания приходя в соприкосновение со всеми клетками организма, нарушают их структуру. К деструктивным ядам относятся соли и органические соединения тяжелых металлов, хлорорганические ядохимикаты и др. соединения.

Дефлорация (лат. de – удаление, лишение + flos – цветок) – нарушение анатомической целостности девственной плевы. Дефлорация, как правило, наступает при первом половом акте. При этом происходит разрыв плевы, сопровождаемый болью и кровотечением, которые вскоре проходят.

Действие пламени прижизненное – поражения, причиненные пламенем живому человеку. На прижизненность действия пламени указывают следующие признаки: неповрежденные и незаконченные складки кожи вокруг глаз, копоть в дыхательных путях (трахее, бронхах, альвеолах), ожоги слизистой оболочки дыхательных путей, наличие карбоксигемоглобина в крови из сердца или глубоких вен, свертки крови в полостях сердца и глубоко лежащих сосудах, и т.д.

Действие пули гидродинамическое – явление, наблюдающееся при попадании пули в жидкую или полужидкую среду организма (в головной мозг, наполненный мочевой пузырь, желудок, в сердце и пр.). В связи с тем что такая среда практически не сжимается, она передает энергию пули во все стороны с одинаковой силой, способствуя тем самым обширным множественным разрывам.



Начало

Содержание



Страница 234 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть



Действие пули клиновидное – действие, наблюдающееся тогда, когда кинетической энергии пули не хватает, чтобы выбить кусок ткани и образовать отверстие. Пуля только раздвигает ткани, т.е. действует, как клин. Огнестрельная рана в таких случаях имеет щелевидную форму, дефект ткани не образуется.

Действие пули контузионное – действие, наблюдающееся тогда, когда кинетическая энергия пули незначительная, а поражаемая ткань плотная. Пуля в таких случаях действует, как брошенный тупой предмет, образуя на теле ссадину или кровоподтек, иногда поверхностную рану, имеющую характер ушиба.

Действие пули пробивное – действие пули, летящей с большой скоростью; такая пуля выбивает часть ткани, образуя отверстие с потерей вещества (дефект ткани). Выбитая ткань в измельченном виде уносится вместе с пулей.

Действие пули разрывное – значительное разрушение поражаемого объекта, обусловленное огромной кинетической энергией пули.

Дефект ткани (лат. delectus изъян, недочет, недостаток) участок кожи, выбитый пулей. Это достоверный признак огнестрельного входного отверстия. Определяется дефект ткани путем сопоставления краев раны: если они сближаются за счет натяжения кожи с образованием складок или не сближаются, то это свидетельствует о наличии дефекта ткани.

Деонтология медицинская (греч. deon – должное + logos – учение, т.е. «учение о должном») – нормы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение эффективности лечения. Медицинская деонтология является частью врачебной этики, врачебной морали.

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.

Дистанция выстрела (лат. distantia) – расстояние от дульного конца огнестрельного оружия до поражаемого объекта. В настоящее время можно установить следующие дистанции выстрела: выстрел в упор, выстрел частично в

Начало

Содержание



Страница 235 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

упор, выстрел с очень близкого расстояния, выстрел с близкого расстояния, выстрел с неблизкого расстояния, ибо каждое из названных расстояний характеризуется определенными признаками.

Выстрел в упор – выстрел, при котором дульный конец огнестрельного оружия непосредственно касается поверхности одежды или тела человека. При этом все факторы выстрела (снаряд, газы, несгоревшие частицы пороха, копоть и пр.) устремляются в раневой канал (все внутри, ничего снаружи). Специфическим признаком выстрела в упор является отпечаток дульного среза оружия – штанц-марка.

Выстрел частично в упор – выстрел из оружия, расположенного не перпендикулярно к мишени, а под некоторым углом, т.е. когда с одеждой или телом соприкасается лишь часть дульного среза. Такой выстрел имеет признаки выстрела в упор и выстрела с очень близкого расстояния. Он характеризуется, в частности, наличием дугообразного отпечатка дульного среза оружия с одной стороны раны.

Выстрел с очень близкого расстояния – выстрел с дистанцией, на которой пороховые газы еще способны нанести повреждения одежде или телу человека. Для современного ручного огнестрельного оружия это расстояние составляет несколько (до 5–10) сантиметров.

Выстрел с близкого расстояния – выстрел с такой дистанции, при которой на мишень (одежду, тело) оказывают действие только дополнительные факторы выстрела, такие как копоть, несгоревшие частицы пороха, металла. Копоть, распространяясь, оседает на преграду и может быть обнаружена на расстоянии до 30–40 см, несгоревшие зерна пороха – на расстоянии до 80 – 100 см. Практически 100 см – предел дистанции близкого выстрела (для бездымного пороха).

Выстрел с неблизкого расстояния – выстрел с такой дистанции, когда на мишень (одежду, тело) действует только снаряд (пуля, дробь), а дополнительные факторы выстрела (копоть, порошинки и пр.) не обнаруживаются. Неблизкое расстояние для ручного стрелкового оружия обычно начинается за пределами 100 см.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 236 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Диатомея, диатомовая водоросль (греч. diatome – разрез, раскол) – одноклеточный микроскопический растительный организм в виде диска, эллипсоида, нити, призмы, ленты, цепочки, звездочки, кустика и т.п., покрытый кремнеземной оболочкой – панцирем. Благодаря панцирю диатомея устойчива к различным внешним воздействиям, в т.ч. к гнилостным процессам, выдерживает действие высокой температуры, концентрированных растворов кислот и щелочей, что учитывается при ее выявлении (например, при необходимости установить утопление).

Диафиз - средняя часть трубчатой кости, содержит костномозговую полость.

Дополнительные факторы выстрела (син. сопутствующие компоненты выстрела) - компоненты, которые образуются при выстреле: пламя, газы, копоть, несгоревшие зерна пороха, частицы металла, ружейной смазки и воздействуют 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.

Дробь – снаряд в виде мелких свинцовых шариков для стрельбы из охотничьего ружья; изготавливается фабричным и кустарным способом.

Живорожденность - рождение плода с признаками жизни, важнейшим из которых являются признаки легочного дыхания.

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.

Жизнеспособность - в судебной медицине - способность новорожденного к внеутробной жизни в обычных условиях.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 237 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Жизненная проба - общее название методов определения живорожденности при судебно-медицинской экспертизе трупа новорожденного.

Жировая эмболия - эмболия сосудов внутренних органов каплями жира, попадающими в вены при обширных травмах подкожной жировой клетчатки и костей скелета, реже при ожирении печени.

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.

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°C.

Знак молнии – древовидный темно-красный рисунок на коже, появляющийся при поражении молнией за счет расширения кровеносных сосудов.

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 расположение, количество, размеры и т.п. свидетельствует о том, что они причинены другим лицом и не могли возникнуть случайно.

Идентификация - опознание чего-либо, кого-либо; уподобление, отождествление с кем-либо, чем-либо.

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.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 238 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)

Интима (внутренняя оболочка) - внутренняя часть стенки кровеносных и лимфатических сосудов.

Интоксикация (синоним отравление) - патологическое состояние, вызванное общим действием на организм токсических веществ эндогенного (внутреннего) и экзогенного (внешнего) происхождения.

Истязание - причинение физических и психических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями.

Ишемия - уменьшение кровоснабжения участка тела, органа или ткани вследствие ослабления или прекращения притока артериальной крови.

Калибр – расстояние между противоположными (по диаметру канала ствола оружия) полями нарезов или нарезами (в зависимости от страны изготовителя), выраженное в миллиметрах или долях дюйма для нарезного оружия, либо диаметр канала ствола оружия в средней его части для гладкоствольного оружия. Применительно охотничьих ружей калибр соответствует количеству круглых пуль, по диаметру канала ствола оружия, которое можно изготовить из одного английского торгового фунта свинца (453,6 грамм).

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 пробила 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).

Капли крови – пятна, образующиеся при падении крови на горизонтальную поверхность с небольшой высоты.

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.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 239 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Заккрыть](#)



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 (формалин, спирт, соль), 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 обширно поверхность, независимо от наличия или отсутствия видимых нарушений целостности мягких тканей.

Контузия (ушиб) головного мозга - закрытое травматическое повреждение головного мозга и мозговых оболочек, которое сопровождается потерей сознания, нарушением памяти, астенией, а также неврологическими расстройствами.

Копоть выстрела – один из дополнительных факторов выстрела. Копоть выстрела – это мелкие частицы различного состава, которые выносятся из канала ствола наружу пороховыми газами. Копоть летит на расстояние до 30-50 см.

Кожа «гусиная» - образование на коже человека множественных мелких узелков, делающих ее похожей на кожу ощипанного гуся. Появление «гусиной» кожи связано с сокращением мышц, поднимающих волосы. Возникает у живого человека под влиянием холода, страха 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» и др.

Карбоксигемоглобин - соединение гемоглобина с окисью углерода, образующееся при отравлении ею, очень прочное соединение неспособное

Начало

Содержание



Страница 240 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

участвовать в переносе кислорода, в результате чего наступает смерть от кислородной недостаточности.

Капилляр - тончайший сосуд, стенка которого состоит из слоя клеток, выстилающего внутреннюю поверхность капилляра.

Конъюнктивa - наружная оболочка глаза.

Кровоизлияние – ограниченное скопление крови, излившейся в ткани или полости тела в результате самопроизвольного или вызванного травмой разрыва сосуда.

Кровоизлияние субарахноидальное – кровоизлияние под паутинной оболочкой головного или спинного мозга (в подпаутинном пространстве).

Кровопотеря – потеря организмом части крови в результате наружного и (или) внутреннего кровотечения. Выделяют острую кровопотерю (характеризуется быстрым истечением крови из крупных артериальных сосудов, приводит к смерти даже при относительно небольшой общей потере крови за счет резкого падения артериального давления) и обильную кровопотерю, приводящую к постепенному обескровливанию организма за счет истечения большого количества крови.

Кровяные яды оказывают действие на кровь, одни из них вызывают гемолиз эритроцитов (уксусная кислота, яды змей и др.), другие образуют прочные соединения с гемоглобином - гемоглобинотропные яды (окись углерода, нитробензол и др.).

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 кровоподтека. Форма кровоподтека указывает на особенности поверхности травмирующего предмета.

Кровотечение (синоним геморрагия) - истечение крови из кровеносного сосуда.

Кумуляция – накопление биологически активного вещества или вызываемых им эффектов при повторных воздействиях лекарственных веществ и ядов.



Начало

Содержание



Страница 241 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Ларше пятна - треугольные пятна, появляющиеся на поверхности склеры у трупа вследствие подсыхания склеры, если глаза были открыты в течение некоторого времени после наступления смерти.

Лимфа - жидкая часть организма, содержащаяся в лимфатических сосудах и узлах, образуется в результате поглощения тканевой жидкости в лимфатические сосуды.

Локализация - место части тела, органа или ткани развития патологического процесса.

Лужи крови – пятна разнообразной формы и величины на горизонтальных поверхностях, образующихся вследствие обильного вытекания крови из ран и растекания ее в окружности.

Мацерация – размягчение и разрыхление тканей в результате длительного воздействия на них жидкости. Мацерация кожи трупа образуется под действием жидкости (чаще всего воды). Сначала разрыхляется поверхностный слой кожи в виде ее набухания и сморщивания, а так же приобретения жемчужно-белого окрашивания. При длительном воздействии воды мацерированные слои кожи отторгаются с ногтями в виде «перчаток».

Медицинская криминалистика - раздел судебной медицины, разрабатывающий совокупность медицинских и медико-биологических проблем, возникающих при расследовании преступления.

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.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 242 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

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.

Метгемоглобин - производное гемоглобина, лишенное способности переносить кислород в связи с тем, что находится в трехвалентной форме; образуется в повышенном количестве при некоторых наследственных болезнях и отравлениях.

Метиловый спирт (метанол, древесный спирт) по цвету, запаху вкусу напоминает этиловый спирт, смертельная доза 50-100 мл. повреждающего действия огнестрельного снаряда или пороховых газов.

Минакова пятна - кровоизлияния под внутренней оболочкой сердца левого желудочка, возникающие при смерти от острой кровопотери.

Минус-ткань - отсутствие (дефект) ткани на месте входного огнестрельного отверстия, что позволяет отличить огнестрельное ранение от колотого, а также входное отверстие от выходного.

Морг - специально оборудованное помещение для приема, хранения, опознания и вскрытия трупов.

Мучения - умышленное действие, лишаящее человека необходимых условий для его существования - пищи, воды, воздуха, тепла, света и др.

Мумификация - высыхание тканей трупа, создающее возможность его длительного сохранения. Мумификация возникает только при сухости воздуха, достаточной вентиляции и повышенной температуре, возникает на открытом



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 243 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

воздухе, в проветриваемом помещении и при захоронении трупов в сухих крупнозернистых и песчаных почвах. При мумификации труп теряет всю жидкость, масса его составляет 1/10 часть от первоначальной.

Надкостница - оболочка кости, состоящая из плотной волокнистой соединительной ткани.

Наложения - микрочастицы всевозможных, связанных с преступлением, объектов биологической и небиологической природы, остающиеся на месте происшествия, орудиях преступления и одежде преступника и потерпевшего.

Насильственная смерть – смерть, наступившая в результате воздействия на организм человека различных факторов внешней среды (механических, физических, химических и др.).

Недоношенность - уровень развития плода, рожденного до окончания нормального периода внутриутробного развития, характеризующийся несовершенством терморегуляции, склонностью к асфиксии, недостаточной сопротивляемостью к воздействию окружающей среды.

Неизгладимое обезображивание лица - под изгладимостью понимают уменьшение размеров рубца, изменения его окраски в связи с естественным процессом заживления или в результате лечения. В случаях возможности устранения обезображивания лица только с помощью косметической операции, такие рубцы считают неизгладимыми.

Некроз (омертвление) - необратимое прекращение жизнедеятельности тканей определенной части живого организма

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).

Нетрудоспособность - установленная врачом или врачебной комиссией потеря специальной или профессиональной трудоспособности вследствие несчастного



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 244 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

случая, заболевания или других причин. Различают нетрудоспособность: временную, стойкую, полную и частичную.

Несчастный случай - непредвиденное стечение обстоятельств и условий, при котором причиняется вред здоровью человека и наступает его смерть.

Новорожденность - в судебной медицине – принадлежность ребенка к числу только что родившихся - в пределах первых суток, определяемая по ряду признаков, основными из которых являются отсутствие демаркационного кольца, наличие родовой опухоли, мекония и др.

Ободок (поясок) высыхания - один из объективных признаков входного огнестрельного отверстия в коже. Это плотная темно-бурая кайма шириной 2-5 мм по краю отверстия. Ободок высыхания наблюдается только на трупе через 12-24 ч после смерти. Он обычно несколько шире ободка осаднения, т.к. высыханию подвергается не только зона осаднения, но и часть прилежащей неосадненной кожи в зоне молекулярного сотрясения.

Ожог - повреждение тканей, возникшее от местного теплового, химического, электрического или радиационного воздействия.

Оксигемоглобин - форма гемоглобина, в которой он обратимо соединен с кислородом и обеспечивает перенос кислорода кровью от легких к тканям.

Окись углерода (синоним угарный газ) – газ без цвета и запаха, образующийся при неполном сгорании органических соединений, обладает сильным токсическим действием, обусловленным способностью вытеснять кислород из оксигемоглобина, образуя прочное соединение карбоксигемоглобин.

Орудие – средство (предмет), используемое с конкретной целью в быту либо на производстве.

Оружие – изделие, специально предназначенное для нападения или защиты.

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.



Начало

Содержание



Страница 245 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Осаднение – прерывистое поверхностное механическое повреждение кожи, причиняемое травмирующим предметом при действии под углом.

Отломок – часть отъединившегося концевого (краевого) анатомического отдела кости.

Отморожение – повреждение тканей, вызванное местным воздействием холода.

Патологический - обусловленный болезнью, с отклонениями от нормы.

Патрон – соединенные в одно целое посредством гильзы снаряд (пуля, дробь), пороховой заряд и капсюль.

Перелом – нарушение целостности (разъединение) костного вещества в пределах анатомической части кости с образованием двух поверхностей, не существовавших ранее и допускающих их смещение по отношению друг к другу по двум или трем степеням свободы. Различают вдавленный перелом - характеризующийся вдавлением костного отломка в костномозговую или другую полость, винтообразный, вколоченный, прямой, не прямой, по типу «зеленой ветки» и др.

«Пергаментные» пятна - желтовато-коричневатые западающие участки поверхностного слоя кожи на трупе, чаще на наиболее увлажненных при жизни поверхностях или в местах поверхностного повреждения кожи.

«Перчатка смерти» - отслоившаяся вместе с ногтями кожа кистей трупа, длительно находившегося в воде. Один из признаков длительного пребывания трупа в воде или какой-либо другой жидкой (полужидкой) среде.

Перегревание организма - комплекс болезненных 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°C и более), усиленная мышечная деятельность, высокая влажность воздуха (80-90%), нарушение деятельности функциональных систем организма. В результате перегревания организма повышается температура тела (до 40-42°C и более),



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 246 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

развиваются явления потери воды тканями, нарушаются процессы обмена веществ, наступают изменения клеточного состава крови, затрудняется дыхание. Перегревание организма нередко угрожает жизни человека. Оно проявляется в виде теплового или солнечного удара.

Петехия (синоним кровоизлияние точечное) – пятно на коже или слизистой оболочке диаметром 1-2 мм, обусловленное капиллярным кровотечением.

Пигмент(ы) – вещества, обладающие определенным цветом и окрашивающее среду (клетки и ткани организма), в которой оно находится в растворенном состоянии.

Планктон диатомовый (син. диатомеи, диатомовые водоросли) – одноклеточные микроскопические растительные организмы покрытые панцирем. При утоплении частицы планктона вместе с водой через легкие проникают в кровеносное русло и током крови разносятся по всему организму. Обнаружение большого количества диатомового планктона во внутренних органах является объективным методом доказательства смерти от утопления.

Пневмоторакс - проникновение воздуха через поврежденную грудную стенку или из поврежденного легкого и скопление его в грудной полости.

Повреждение - нарушение анатомической целостности или функционального состояния ткани, органа или части тела, вызванное внешним воздействием.

Повреждения опасные для жизни – повреждения, которые без оказания медицинской помощи при обычном их течении приводят к смерти.

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.).

Повреждения посмертные – повреждения (случайные или умышленные), образовавшиеся после наступления смерти.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 247 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Повреждения прижизненные – повреждения, образовавшиеся до наступления смерти, характеризуются рядом признаков – кровотечением и образованием кровоизлияний, воспалительной реакцией тканей и др.

Посмертные изменения - нарушение структуры органов и тканей организма, возникшие после смерти.

Полоса давления - полоса на коже шириной 12-15 см, представляющая собой отпечаток рельса или колеса рельсового транспортного средства; подсыхая, уплотняется и приобретает бурый цвет.

Побои – множественные удары, которые могут и не оставлять после себя никаких повреждений, установление побоев производится органами дознания, следствия и суда чисто следственным путем.

Поза боксера или поза гладиатора - поза, при которой конечности полусогнуты в локтевых, тазобедренных и коленных суставах, возникает при посмертном действии высокой температуры на труп.

Поясок обтирания - признак входного огнестрельного ранения на коже, образующегося в результате прохождения пули через кожу, который плотно охватывает ее и стирает с ее 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 кожи или повреждения её пулей.

Повешение – вид механической strangulationной асфиксии. Повешением называется сдавление органов шеи петлей, затянутой под действием тяжести тела повешенного.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 248 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Причина смерти – болезненное состояние, непосредственно приведшее к наступлению смерти.

Признаки сотрясения тела - признаки, свидетельствующие о сотрясении. Это несоответствие между наружными и внутренними повреждениями, когда при относительно небольших наружных повреждениях значительные внутренние.

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. Например в полости черепа - повреждение головного мозга на поверхности, противоположной месту приложения силы.

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, частей тела; сосульки льда у отверстий рта, носа и глаз; нередко - иней на ресницах; розово-красный оттенок трупных пятен. Внутренние признаки смерти от переохлаждения: значительное переполнение сердца кровью; различие цвета крови в левой (светло-красного) и в правой (темно-красного) половинах сердца; резкое полнокровие внутренних органов, на фоне малокровия мышц и подкожной клетчатки: пятна Вишневого и др.

Промилле, промиль – тысячная доля какого-либо числа, обозначается знаком ‰.

Поза «эмбриона», или поза зябнувшего человека - поза, наблюдающаяся при смерти от действия низкой температуры. Пытаясь сохранить тепло, человек гибнет 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.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 249 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Пыж – прокладка, отделяющая порох от дроби (пороховой пыж) и препятствующая высыпанию дроби из патрона (дробовой пыж).

Пятна Минакова – тонкие полосчатые кровоизлияния под внутренней оболочкой левого желудочка сердца; наиболее часто образуются при острой кровопотере.

Пятна Тардые – один из обще асфиксических признаков (или признаков быстро наступившей смерти). Представляют собой одиночные, чаще множественные темно-красные кровоизлияния под легочной плеврой и под наружной оболочкой сердца.

Развратные действия - действия по отношению к малолетнему или несовершеннолетнему, представляющие удовлетворение полового влечения без совершения полового акта.

Рассказова-Лукомского - полиморфные (разнообразные) кровоизлияния светло-красного цвета с нечеткими расплывчатыми краями, обнаруживаемые под висцеральной плеврой (серозной оболочкой, покрывающей легкое) в случае смерти от утопления.

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 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.

Рубец - плотная соединительная ткань, развивающаяся на месте бывших ран, язв, как исход воспалительного процесса.

Рука прачки - мацерация кожи кистей трупа в виде резкого сморщивания и побеления эпидермиса, развивающаяся на 2-е - 3-й сутки нахождения трупа в воде.

Склера - непрозрачная часть фиброзной оболочки глазного яблока.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 250 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Скоропостижная смерть - смерть от скрыто протекавшего заболевания среди кажущегося здорового.

Смерть – необратимое прекращение жизнедеятельности организма, неизбежная конечная стадия индивидуального существования любой живой системы.

Смерть клиническая - состояние, при котором после прекращения дыхания и сердцебиения еще возможно восстановление жизненных функций организма. После остановки сердца и дыхания организм остается еще жизнеспособным. Срок смерти клинической не превышает 5-6 мин.

Смерть биологическая (синоним смерть) – необратимое прекращение жизнедеятельности организма.

Смерть мнимая – такое состояние организма человека, при котором по внешним признакам он похож на мертвеца, а в действительности еще жив. Жизненные функции его выражены очень слабо и незаметны для окружающих. Такое состояние может наблюдаться при электротравме, некоторых отравлениях, тепловом и солнечном ударах, механической асфиксии, кровоизлиянии в головной мозг и т.п.

Состояние терминальное - конечные этапы жизнедеятельности организма, пограничное состояние между жизнью и биологической смертью.

Соединительная ткань - ткань, содержащая большое количество межклеточного вещества. Различные виды соединительной ткани обеспечивают трофическую, защитную, механическую, пластическую функции.

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.

Способность к самостоятельным действиям смертельно раненных – возможность совершения самостоятельных действий после тяжелого ранения или травмы; в каждом конкретном случае устанавливается после тщательного анализа



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 251 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

характера ранения, исходя из того, может ли у человека остаться сохраненным сознание, допускает ли это ранение (травма) совершение активных физических действий.

Средостение - часть грудной полости, расположенная между правым и левым плевральными мешками, ограниченная спереди грудиной, сзади грудным отделом позвоночника, снизу - диафрагмой, сверху - верхним отверстием грудной клетки.

Садина – поверхностное механическое повреждение кожи, причиняемое преимущественно касательным воздействием травмирующего предмета.

Странгуляционная борозда - отпечаток петли на шее, нередко повторяющий строение материала, из которого петля изготовлена.

Суррогат - заменитель, обладающий лишь некоторыми свойствами заменяемого предмета, продукта, например, суррогаты этилового спирта –этиленгликоль, дихлорэтан и др.

Танатология судебно-медицинская – раздел судебной медицины, изучающий процесс умирания и посмертные изменения органов и тканей применительно к целям и задачам судебно-медицинской экспертизы.

Тардые пятна - мелкоочечные кровоизлияния темно-красного цвета под плеврой (серозной оболочкой, покрывающей легкое) и эпикардом (наружной серозной оболочкой сердца), часто обнаруживаются в случае смерти от механической асфиксии.

Терминальные состояния - обратимое состояние угасания функций организма, предшествующее биологической смерти, включает предагональное состояние, терминальную паузу, агонию и клиническую смерть.

Ткань – совокупность клеток и неклеточных структур, объединенных общей функцией, строением и (или) происхождением.

Торфяное дубление – позднее трупное явление, вид естественной консервации трупа. Возникает в тех крайне редких случаях, когда мертвое тело попадает в торфяные болотистые почвы, содержащие гумусовые кислоты. При этом происходит



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 252 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

уплотнение и побурение кожи (дубление), уменьшение в объеме внутренних органов и мышц, растворение минеральных солей костей, вследствие чего последние становятся мягкими, напоминают хрящи, легко режутся ножом. Дубление торфяное хорошо сохраняет труп неопределенно долгое время. На таком трупе можно определить полученные при жизни повреждения, структуру кожи, мышц, нервов, но невозможно определить давность смерти.

Токсикология – область медицины, изучающая физические и химические свойства ядов, механизм их действия на организм человека и разрабатывающая методы диагностики, лечения и профилактики отравлений.

Трасология – наука о следах, раздел криминалистической техники, представляющий собой систему научных положений, а также соответствующих технических средств и методов обнаружения, фиксации, изъятия и исследования следов в узком смысле с целью расследования и предупреждения преступлений.

Трахея - орган дыхательного аппарата, представляющий собой хрящевую трубку, выстланную слизистой оболочкой, относится к нижним дыхательным путям.

Трудоспособность специальная - это способность человека к профессиональной деятельности по определенной специальности (юрист-следователь, врач-хирург и др.).

Трудоспособность – совокупность физических и духовных возможностей человека (зависящих от состояния его здоровья) позволяющих ему заниматься трудовой деятельностью.

Трудоспособность общая – способность человека к выполнению неквалифицированного труда, самообслуживанию.

Трудоспособность профессиональная – способность человека к выполнению трудовой деятельности, требующей знаний, умений и навыков, полученных путем образования или обучения.



[Начало](#)

[Содержание](#)



Страница 253 из 257

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

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 ферментов и ферментов, вырабатываемых микроорганизмами.

Трупные изменения - общее название изменений, происходящих в организме после наступления смерти.

Трупные пятна - пятна на коже трупа, образующиеся в результате посмертного отека крови в нижележащие отделы, переполнения и расширения сосудов кожи и пропитывания кровью окружающих сосуды тканей.

Травма - нарушение анатомической целостности тканей или органов с расстройством их функции, обусловленная воздействием различных факторов окружающей среды (механических, термических, химических, лучевых и т.д.).

Утопление – закрытие просвета дыхательных путей жидкой средой, приводящая к механической асфиксии.

Ушиб – болезненное состояние, возникающее в результате резкого механического воздействия на всю поверхность тела или ее часть независимо от наличия или отсутствия при этом видимых нарушений целостности тканей.

Ушиб головного мозга – закрытое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага (очагов) нарушения его ткани и проявляющееся специфической симптоматикой .

Фермент - белок, выполняющий функцию специфического катализатора превращения вещества в организме, ферменты содержатся во всех живых клетках.

Фенотип - совокупность всех свойств и признаков особи на определенной стадии развития, сформировавшаяся в результате взаимодействия генотипа с окружающей средой.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 254 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Фибрин - нерастворимый в воде белок, образующийся в процессе свертывания крови.

Фигуры молнии (знак молнии) - изменения кожи в виде древовидно разветвленных полос темно-красного цвета, возникающие при повреждении молнией.

Фестончатые края - зубчатые или волнистые края.

Хромосома - структурный элемент клеточного ядра, содержащий дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК), различимый в виде образования определенного размера и формы только во время деления клетки; самоудвоение и закономерное распределение хромосом по дочерним клеткам обеспечивает передачу наследственной информации.

Царапина - линейная ссадина.

Цианоз – синюшный оттенок кожи, обусловленный недостаточным насыщением крови кислородом.

Членовредительство - умышленное причинение вреда своему здоровью с целью уклонения от выполнения определенных обязанностей.

Шок – остро развивающийся угрожающий жизни болезненный процесс, вызываемый действием на организм сверхсильного раздражителя, характеризующийся тяжелым нарушением деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ.

Штанцмарка - отпечаток контура дульного среза оружия на коже вокруг входного отверстия раны при выстреле в упор.

Эксгумация – извлечение из земли погребенного тела умершего, как правило для судебно-медицинского исследования.

Экхимозы - мелкие кровоизлияния под кожу и слизистые оболочки органов.

Экспертиза комиссионная - экспертиза судебно-медицинская, производимая группой врачей разных специальностей.

Экспертиза комплексная - экспертиза судебно-медицинская, производимая с привлечением специалистов разных профессий.



Начало

Содержание



Страница 255 из 257

Назад

На весь экран

Закрыть

Экспертиза первичная - экспертиза судебно-медицинская, впервые производимая по данному делу.

Экспертиза повторная - экспертиза, которая проводится в случае необоснованности заключения эксперта или сомнений в его правильности

Экссудат - богатая белком жидкость, содержащая форменные элементы крови, выходящая из мелких вен и капилляров в окружающие ткани и полости тела при воспалении.

Электрореметка - участок поврежденных тканей в месте контакта с проводником электрического тока значительной силы и (или) напряжения, характеризующийся омертвлением тканей (вплоть до обугливания) и пропитыванием их металлом проводника.

Эмфизема трупная - развитие гнилостных газов в подкожной клетчатке, тканях, органах трупа.

Эмболия –болезненный процесс, при котором наблюдается циркуляция в крови посторонних частиц, вызывающих нарушение тока крови либо закупорку сосудов разного калибра. Эти частицы называются эмболами.

Эмболия воздушная (газовая) – процесс переноса током крови пузырьков воздуха (газа); наблюдается при открытых повреждениях крупных вен, криминальном аборте, различных медицинских манипуляциях.

Эмболия жировая – процесс переноса током крови капелек жира вследствие переломов костей, обширной травмы подкожно-жировой клетчатки.

Энтомология – раздел зоологии, изучающий насекомых.

Энтомология судебно-медицинская – раздел судебной медицины, изучающий особенности развития насекомых на трупе и характер вызываемых ими повреждений.

Эпидермис - поверхностный слой кожи, состоящий из многослойного плоского ороговевающего эпителия.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 256 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закрыть](#)

Эпителий - ткань, выстилающая поверхность и полости тела, образующая эпидермис, покрывающая слизистые оболочки пищеварительного тракта, воздухоносных, мочевых и половых путей, серозные оболочки, а также образующая большинство желез организма; выполняет защитную, секреторную и некоторые другие функции.

Эпифизы - расширенные суставные концы трубчатой кости.

Эритроцит - безъядерный форменный элемент крови, содержащий гемоглобин.

Этиленгликоль – суррогат этилового спирта, вызывает изменения в почках, смертельная доза 100-200 мл.

Этиология - причина возникновения болезни или патологического процесса.

Яд - вещество, попавшее в организм в минимальном количестве и действуя в нем химически или физико-химически, при определенных условиях вызывает отравление, т.е. расстройство здоровья или смерть.



[Начало](#)

[Содержание](#)



[Страница 257 из 257](#)

[Назад](#)

[На весь экран](#)

[Закреть](#)