

№ 72

Дата: 14.10.2018

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА № 72

(рецензия на Заключение эксперта № 547/2017 от 18.09.2017)

В период с 10 часов 00 минут 26.09.2018 года по 15 часов 00 минут 14.10.2018 года на основании заключенного договора № х от х года на оказание платных экспертных услуг с х «Х», в помещение АНО «Центральная лаборатория судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» по адресу: пом. 18 дом. 11/1 по бульвару Самаркандский г. Москвы, комиссия специалистов:

Х З С – (должность - судебно-медицинский эксперт АНО «Центральная лаборатория судебно-медицинских и криминалистических экспертиз», базовое образование высшее медицинское (диплом: серии ВСГ №2379831, выдан решением Государственной аттестационной комиссии от 17 июня 2010 г. медицинским факультетом КБГУ имени Х.М. Бербекова), дополнительное образование: очная *аспирантура по специальности «Судебная медицина»* при ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России (удостоверение № 07-02/13-АСП от 04 сентября 2013 года), *кандидат медицинских наук* (серия ДКН №192728, приказ от 21 октября 2013 года №716/нк-7, учёная степень присуждена решением диссертационного совета при ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России от 29 августа 2013 года № 6), *сертификат специалиста по судебно-медицинской экспертизе* 0377180730340, регистрационный номер 2Ц-65-148362 выдан решением экзаменационной комиссии при ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ от 25 декабря 2017 г. (г. Москва), общий стаж работы - с 2010 года);

изучила и проанализировала объекты, представленные на исследование для ответов на поставленные вопросы с последующим формированием соответствующего заключения

Вопрос, поставленный перед специалистом:

1. Имеются ли нарушения требований ФЗ № 73-ФЗ от 31 мая 2001г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» и приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 346н от 12.05.2010г. «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ», допущенные экспертам при вынесении Заключения эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г.? Является ли полным, обоснованным и объективным Заключение эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г.?

2. Какова давность наступления смерти Х А.А., ХХХ г.р. к моменту вскрытия её трупа (30.08.2017 г. в 09.20-11.20)?

3. Правильно ли и в полном объеме проведен осмотр трупа на месте происшествия (согласно представленным документам)?

Объекты, представленные на изучение:

1. Копия Заключения эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г.;

2. Копия протокола осмотра места происшествия (и трупа) от 29.08.2017 г.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Изучение представленных материалов проводилось по общепринятой в судебной медицине и экспертной практике методике исследования такого рода объектов, опубликованной в соответствующих руководствах и руководящих документах по проведению судебно-медицинских экспертиз и исследований, путем изучения представленных материалов, выделения и фиксации полученной информации, сопоставления данных между собой и с данными судебно-медицинской науки, путем анализа, синтеза, обобщения, системного анализа, проверки и оценки содержащихся в них сведений

Изучение представленных материалов проводилось в соответствии с хронологией содержащихся в них записей, при этом специалистами использовалась совокупность методов научного познания: формально-логического, сравнительно-аналитического, визуального, комплексного, исторического, диалектического, системного анализа, статистического и др. Оценка полученной совокупности сведений проводилась с позиции относимости их к предмету исследования, достоверности и допустимости их использования с позиции объективной достаточности для ответов на поставленный вопрос и обоснования.

Изучение представленных документов

1. Из копии Заключения эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г. выполненного в помещении X отделения ГБУЗ «Бюро СМЭ», следует: «...НА РАЗРЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТА ПОСТАВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

1. Какова причина смерти X А.А. и время ее наступления?
2. Имеются ли на трупе X А.А. какие-либо повреждения, если да, то каков их характер, локализация, механизм и последовательность образования, давность причинения, от какого количества травматических воздействий образовались, какой вред здоровью причиняют?
3. Имеются ли на трупе X А.А. признаки, позволяющие судить о форме, размере и других индивидуальных качествах травматических повреждений?
4. Имеют ли обнаруженные на трупе X А.А. повреждения, признаки, позволяющие установить размер, форму строения, и другие особенности повреждающего предмета, а также идентифицировать его?
5. Каково было взаимное положение пострадавшего и нападавшего в момент нанесения телесных повреждений?
6. Имеются ли на трупе телесные повреждения причиненные посмертно?
7. Могла ли X А.А. после причинения ей имеющихся телесных повреждений совершать самостоятельные действия, если могла, то в течение какого времени?
8. Имеются ли на трупе X А.А. следы, свидетельствующие о перемещении его в пространстве?
9. Каково содержимое желудка трупа X А.А.?
10. Имеются ли у X А.А. повреждения в области половых органов и заднего прохода, свидетельствующие о совершении в отношении нее насильственного полового акта или иных действий сексуального характера?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы, известно следующее: «29.08.2017 в 17 часов в СО по г. X СУ СК России по X краю из ОМВД России по X району поступило сообщение об обнаружении трупа X X X, XXX года рождения, на территории «X» пляжа вблизи турбазы «X» в пгт. X X района. »

На экспертизу представлены:

1. Постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы.
2. Труп гр. X X X, X рождения.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

Труп девушки правильного среднего телосложения, пониженного питания, длиной 160 см. На трупе надето: майка трикотажная серого цвета-

по задней поверхности ткань опачкана засохшей кровью, трусы трикотажные черного цвета. На задне-внутренней поверхности левого X имеется тату черного цвета в виде перевернутого знака «X», на передне-внутренней поверхности левого X имеется тату X цвета с надписью «X», по внутренней поверхности правого X имеется тату черного цвета в виде «X», по наружной поверхности проксимальной фаланги XX кисти имеется тату X цвета в виде X Трупные пятна обильные, разлитые, багрово-синюшные, расположены на левой боковой поверхности головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, при надавливании на них пальцем исчезают и восстанавливают свою первоначальную окраску через 7 минут. Трупное окоченение хорошо выражено в жевательных мышцах, мышцах шей; туловища, верхних и нижних конечностей (определялось до снятия одежды). При ударе металлическим стержнем по передней поверхности левого плеча в средней трети образуется вмятина на месте удара. Трупные явления зафиксированы 30.08.2017 в 09.30 . Кожные покровы вне трупных пятен бледно-серые, холодные, эластичные на ощупь во всех областях, в области лица слева, боковой поверхности грудной клетки опачканы мелким песком и потеками засохшей крови. В области наружного угла правой брови обнаружен участок отслойки поверхностного эпидермиса с участками подсыхания размером 2x4см. Аналогичные участки отслойки поверхностного эпидермиса с подсыханием обнаружены по наружной поверхности правого плеча размером 10x8см, наружно-боковой поверхности правого плеча и предплечья, боковой поверхности грудной клетки и брюшной стенки справа, боковой поверхности правого бедра, наружно-боковой поверхности левого коленного сустава размером 3x4см. Хрящи носа и ушных раковин на ощупь без патологической подвижности. Наружные слуховые проходы опачканы темной жидкой кровью. Волосы на голове темно-русые, длиной до 25см, опачканы песком, местами слипшиеся от засохшей крови. Кожа лица серо-фиолетовая. Глаза закрыты, роговицы влажные мутноватые. Зрачки круглые, по 0,3 см в диаметре. Соединительные оболочки глаз бледно-розовые, полнокровные, без кровоизлияний. Радужная оболочка глаз карего цвета. Преддверия рта и носа свободные. Промежуточная часть губ подсохшая, серовато-синюшная. Слизистая преддверия рта серовато-розовая, влажная, гладкая, блестящая, без повреждений. В ротовой полости свежих повреждений зубов не обнаружено. Ревизия зубного аппарата: на верхней челюсти слева: 1.2.3.4.5.6.7.8 зубы свои не повреждены, на верхней челюсти справа: 1.2.3.4.5.6. 7.8 зубы свои не повреждены, на нижней челюсти слева: 1.2.3.4.5.6. 7.8 зубы свои не повреждены, на нижней челюсти справа: 1.2.3.4.5.6. 7.8 зубы свои не повреждены. Язык в полости рта, за линией смыкания зубов. Шея цилиндрической формы, средней длины и толщины. Грудь плоскоцилиндрическая, симметричная, без патологической подвижности при ощупывании. Переднебоковая стенка живота на уровне края рёберных дуг. Молочные железы овальной формы, на ощупь эластичные без особенностей,

сосок обособлен, ареолы пигментированы. Лобок обрит. Наружные половые органы сформированы правильно, большие половые губы полностью прикрывают малые. Слизистая преддверия влагалища розового цвета. Девственная плева без свежих повреждений и кровоизлияний, старые разрывы на 3 и 7 часах условного циферблата часов. Задний проход сомкнут, кожа вокруг него без повреждений и загрязнений. Слизистая анального канала складчатая, блестящая, без особенностей. Кости верхних и нижних конечностей без деформаций и патологической подвижности при ощупывании. Свободные концы ногтевых пластинок неровные, местами отломаны.

Повреждения: Волосы на голове теменно-височной области справа острижены при вскрытии, обнаружен кровоподтек треугольной формы, неравномерно выраженный, синюшно-багрового цвета, в теменно-височно-затылочной области справа с длиной сторон 10x12x10см со ссадиной теменной области размером 1,5x1,5см. У внутреннего угла нижнего века правого глаза имеется слабовыраженный кровоподтек синюшно-голубоватой окраски размером 3x1,5см. В области верхней части завитка правой ушной раковины имеется кровоподтек синюшно-багрового цвета, размером 5x1. Аналогичный кровоподтек имеется в области внутренней поверхности левой ушной раковины размером 3x2см. В области угла нижней челюсти справа имеется ссадина треугольной формы, размером 3x4x3см покрытая подсохшей запекшейся корочкой. Кровоподтек обнаружен по передней поверхности шеи справа синюшно-багрового цвета, размером 2x2см. По правой боковой поверхности шеи имеется участок мелкоочечных внутрикожных кровоизлияний со ссадиной, вертикального расположения размером 5x2,5см. По левой боковой поверхности нижней трети шеи имеется ссадина кольцевидной формы, прерывистого характера, окружностью 6 см, у верхнего края толщиной до 0,2-0,4см, у нижнего края до 0,5-0,8см. Других повреждений, особенностей и изменений при наружном исследовании не выявлено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Произведен фронтальный разрез мягких тканей волосистой части головы через задние отделы теменной области до вершечек сосцевидных отростков височных костей. Кожно-мышечный лоскут отсепарирован кпереди до уровня надглазничных краев и кзади до затылочного бугра. Ткани кожно-мышечного лоскута головы бледно-розовые, с массивными кровоизлияниями темно-красного цвета в лобно-теменно-височной области справа на участке 10x15см, в лобно-теменно-височной области слева на участке 10x12см. Кости свода черепа вскрыты косым углообразным распилом. Кости свода черепа имеют многофрагментарный перелом теменно-височной области справа, с образованием вдавленного отломка височной кости справа на участке 8x7x6см, и отхождением линии перелома с одной стороны через теменную кость, до височной кости слева, где линия

перелома затухает, а с другой стороны до средней части затылочной кости, где линия перелома затухает, края перелома мелкозубчатые отвесные, как снаружи так и с внутренней костной пластинки. Толщина костей по линии распила: лобной - 0,4 см, височной - 0,3 см, затылочной 0,6 см. Твердая мозговая оболочка в области вышеуказанного перелома с дефектом в центральной части размерами 3 x 2 см, звездчатой формы. Под твердой мозговой оболочкой, в области височной области справа обширное темно-красное полужидкое кровоизлияние. Мягкая мозговая оболочка полнокровная, мутноватая, с диффузно-пятнистыми кровоизлияниями по всем полушариям головного мозга и мозжечка. После извлечения головного мозга твердая мозговая оболочка отделена от основания черепа, видно, что от переднего края вышеописанного прямоугольного участка вдавления височной кости, на переднюю черепную ямку, в направлении кпереди, а затем влево отходит линейно извилистая трещина, проходящая по верхней стенке правой глазницы до переднего края турецкого седла, переходящая на левую сторону, пересекая при этом край крыла обидной кости. Затем трещина отклоняется кзади, переходит на левую среднюю черепную ямку основания черепа, доходит до верхушки пирамиды левой височной кости, где затухает. Края перелома мелкозубчатые отвесные, как снаружи так и с внутренней костной пластинки. Атлантозатылочное сочленение не повреждено. Артерии основания головного мозга извитые, спавшиеся, расположены симметрично, диаметр артерий от 0,2 см до 0,5 см, гладкие, блестящие. Головной мозг исследован по методу Вирхова. Головной мозг массой 1160 г., сформирован правильно, полушария его симметричны. Вещество головного мозга на разрезах влажное, блестящее, граница между корой и белым веществом отчетливая, из перерезанных сосудов выделяется много жидкой крови в виде капель и полос, легко снимаемых обухом ножа. Рисунок подкорковых ядер симметричен, область их без патологических изменений. Желудочки мозга щелевидные, содержат желтоватую прозрачную жидкость. Сосудистые сплетения серо-синюшные, гроздьевидные. Эпифиз 0,5x0,4x0,4 см, шаровидной формы, мягко-эластичный на ощупь, на разрезах серо-желтоватого цвета, однородной структуры. На разрезах промежуточный, продолговатый мозг, мост мозга и мозжечок имеют правильное анатомическое строение. Гипофиз бобовидной формы, размерами 0,9x0,6x0,6 см, мягко-эластичный, на разрезе розовато-серый, без кровоизлияний. Для исследования мягких тканей и внутренних органов шеи, груди и живота произведен продольный срединный разрез от средней трети шеи до лонного сочленения с обходом пупочного кольца слева. Толщина подкожного жира на груди 1,2 см, на животе 2 см. Для вскрытия плевральных полостей ребра пересечены в хрящевых отделах, грудина удалена. Органы грудной и брюшной областей расположены правильно, свободно. Внутренние органы извлекались единым комплексом (по методу Шора) и исследовались отдельно. Слизистая языка с хорошо выраженным сосочковым и

лимфатическим аппаратом. Вход в гортань свободен от инородных тел. Голосовая щель разомкнута. Кости и хрящи подъязычной кости и щитовидного хряща целые. Для исследования пищевод рассекался продольным разрезом. Слизистая пищевода серо-синюшная, продольноскладчатая. Щитоподъязычная мембрана рассечена. Щитовидная железа двухдольчатая, красно-розовая, мелкозернистая, без кровоизлияний. Гортань, трахея, главные, долевыe и часть сегментарных бронхов вскрывались продольными разрезами. Слизистая трахеи и крупных бронхов серо-розовая, в просвете небольшое количество слизи. Легкие вскрывались плоскостными разрезами. Легкие с поверхности и на разрезе красно-розовые, с поверхности разреза обильно стекает пенная красно-розовая жидкость и жидкая кровь. Межреберные промежутки рассекались. Аорта и крупные сосуды исследовались продольными разрезами. В аорте жидкая кровь, стенка тонкая, эластичная; интима желтая, гладкая, блестящая. Селезенка вскрывалась продольным разрезом, капсула ее гладкая, ткань на разрезе темно-вишневая, соскоб пульпы умеренный. Мочеточники вскрывались продольными разрезами. Надпочечники с желтым корковым и коричневым мозговым веществом. Почки вскрыты фронтальными разрезами. Почки 9x6x5см капсула снимается легко, поверхность почки под капсулой гладкая. Ткань почки на разрезе с четкой границей коркового и мозгового вещества. Корковое вещество бледновато-коричневое, мозговое темно-коричневое, полнокровное. Слизистая чашечек, лоханок, мочеточников мочевого пузыря серо-розовая. В просвете мочевого пузыря следы прозрачной мочи. Сердечная сорочка вскрыта продольным разрезом по передней поверхности, в полости сердечной сорочки около 10мл прозрачной жидкости. Сердце 12x11x10см, массой 220гр. Венечные артерии сердца вскрыты поперечными разрезами сосудов через каждые 5мм с последующим продольным вскрытием каждого сегмента. Сердце вскрыто методом, предложенным Абрикосовым по току крови. Сердце вскрыто по направлению тока крови: от устья полой вены по правому краю немного не доходя до верхушки сердца, далее, отступя от нижнего конца разреза вдоль передней межжелудочковой борозды вскрыты правый желудочек и устье легочной артерии. Левое предсердие и желудочек вскрыты через устье легочной вены по левому краю сердца до верхушки, далее, после раскрытия сердца, вскрыты фиброзное кольцо митрального клапана и устье аорты. В полостях сердца темная жидкая кровь. Эндокард утолщен, белесоватый, блестящий, без кровоизлияний. Сосочковые мышцы утолщены, не уплощены, плотные. Сухожильные нити не утолщены, не укорочены. Клапаны сердца и крупных сосудов эластичные, подвижные. Периметр аортального клапана 7 см, митрального -9см, легочного ствола - 8см, трикуспидального -11см. Устья венечных артерий проходимы. Венечные артерии сердца вскрыты поперечными разрезами сосудов через каждые 5 мм с последующим продольным вскрытием каждого сегмента. Коронарные

артерии гладкие, блестящие, режутся легко без хруста. Толщина мышцы правого желудочка 0,5 см, передней стенки левого желудочка -1,6 см, межжелудочковой перегородки - 1,5 см и задней стенки левого желудочка правого 1,6 см. Мышца сердца на разрезах темно-коричневого цвета, неравномерного кровенаполнения. Желудок вскрывался по большой кривизне. В желудке немного мутного жидкого серовато-коричневого содержимого, слизистая его бледно-сероватая, блестящая, со сглаженной складчатостью, без кровоизлияний. Привратник проходим. Тонкая и толстая кишки вскрывались продольными разрезами. Слизистая 12-перстной кишки тонкого и толстого кишечника серо-розовая, содержимое соответствует отделам. Печень исследовалась фронтальными разрезами, размером 25x16x11x12см поверхность ее гладкая, ткань на разрезе коричневая, дольчатого строения с мускатным рисунком. Желчный пузырь заполнен оливкового цвета желчью. Слизистая его бархатистая, желчные пути проходимы. Поджелудочная железа исследовалась продольными и поперечными разрезами, плотно-эластичная, серо-розовая, крупнодольчатая. Матка размерами 4x3x2,5см серозная оболочка серо-розовая, яичники размером 2x1,5x1,5см с единичными мелкими кистами, трубы без особенностей, серозная оболочка их серо-розовая. Миометрий серо-розовый, эндометрий серо-розовый рыхлый. Полость матки пуста. Зев шейки матки округлый. К трупу прикреплена ламинированная бирка № 547/2017 г.

При проведении вскрытия использовались штатные инструменты (большой и малый ампутационные ножи, реберный нож, кишечные ножницы, пинцеты, электродрель с циркулярной фрезой). Измерение линейных размеров производилось металлической линейкой и деревянным ростомером (цена деления шкалы 0,1см). Для измерения массы органов использовались электронные весы с ценой деления шкалы 5 г. На газохроматографическое исследование для определения наличия и количества этанола а также наличие контрацептивов взята кровь из синуса твердой мозговой оболочки; судебно-гистологическое исследование взяты кусочки внутренних органов: головной мозг-2к, ТМО височной области справа-1 к, ММО височной области справа -1к, мягкие ткани височной области слева-1к, сердце-2к, легкие-2к, печень-1к, почки-2к, селезенка-1к, поджелудочная железа- 1к. Для судебно-биологического исследования, на хранение, изъяты образцы волос с 5-ти областей головы, образец крови на марле+ контроль, срезы ногтей с пальцев рук, марлевый тампон с содержимым влагилица, марлевый тампон с содержимым задне-проходного отверстия, смывы с шеи (3шт). На хранение оставлена одежда. Во время вскрытия производилась фотосъемка фотоаппаратом «OLYMPUS SH-25MR».

Заключение дано в соответствии с «Порядком организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации (Приказ

Минздравсоцразвития России от 12.05.2010г № 346н, зарегистрирован в Минюсте России 10.08.2010 № 18111)».

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Судебно-химическое исследование-акт № X от 07.09. 2017г. Получен по телефонной связи 12.09.2017г. При судебно-химическом исследовании крови от трупа гр. Х А.А. этиловый алкоголь не обнаружен.

Судебно-гистологическое исследование акт № X от 2017г. Получен факсимильной связью 13.09. 2017г. в 11.40. Гистодиагноз: Очаговое кровоизлияние в мягких тканях височной области с ПЯЛ в зоне кровоизлияний, единичными ПЯЛ в сосудах и периваскулярно (№1). Острая гематома твердой мозговой оболочки с ПЯЛ в зоне кровоизлияний, единичными ПЯЛ в сосудах и периваскулярно. Субарахноидальное кровоизлияние с наличием ПЯЛ в зоне кровоизлияний, единичными ПЯЛ в просветах некоторых сосудов и периваскулярно. Очаговые кровоизлияния с деструкцией ткани головного мозга, периваскулярные кровоизлияния. Отёк головного мозга. Очаговая фрагментация кардиомиоцитов. Мелкие очаги отека в легких. Аутолитические изменения поджелудочной железы. Неравномерное кровенаполнение, паренхиматозная дистрофия органов.

Выписка из акта № X от 15.09.17г судебно-химического исследования крови от трупа х А.А., начатого 11.09.2017, оконченого 15.09.2017г. «Заключение: на основании результатов судебно-химического исследования крови от трупа х А.А. Х г.р. следует: в крови не обнаружены гормональные препараты, барбитал, этаминал, циклобарбитал, фенобарбитал, ноксирон, папаверин, амидопирин, анальгин, элениум, седуксен, диазепам, тазепам, аминазин, дипразин.»

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

Основное заболевание: Тупая сочетанная травма: головы, шеи: Открытая черепно-мозговая травма.

Тупая травма головы: вдавленный перелом теменно-височной кости справа с переходом на основание черепа. Субдуральная гематома височной кости справа. Субарахноидальные кровоизлияния полушарий мозга и мозжечка. Подкожные кровоизлияния теменно-височно-затылочной области слева и справа. Кровоподтек теменно-височно-затылочной области справа со ссадиной теменной области. Кровоподтек нижнего века правого глаза. Кровоподтек верхней части завитка правой ушной раковины. Кровоподтек внутренней поверхности левой ушной раковины. Ссадина угла нижней челюсти справа. Тупая травма шеи. Кровоподтек передней поверхности шеи

справа. Участок внутрикожных кровоизлияний со ссадиной правой боковой поверхности шеи. Ссадина левой боковой поверхности нижней трети шеи.

Сопутствующее: Участки отслойки поверхностного эпидермиса местами с подсыханием наружного угла правой брови, наружной поверхности правого плеча, наружно-боковой поверхности правого плеча и предплечья, боковой поверхности грудной клетки и брюшной стенки справа, боковой поверхности правого бедра, наружно-боковой поверхности левого коленного сустава.

30.08.2017 года выдано окончательное медицинское свидетельство о смерти: серия X № 441201

а) Перелом основания черепа S02.1

б)

в)

г) Нападение с применением тупого предмета. В других уточненных местах. Y00.8.

ВЫВОДЫ

На основании данных судебно-медицинской экспертизы трупа гр. х х х X года рождения, данных дополнительных методов исследования с учетом обстоятельств дела и поставленных вопросов прихожу к следующим выводам.

1. Смерть гр. х А.А. наступила от тупой травмы головы: открытой черепно-мозговой травмы, как травмы не совместимой с жизнью, что подтверждается наличием: вдавленного перелома теменно-височной кости справа с переходом на основание черепа, субдуральной гематомы височной кости справа, субарахноидальных кровоизлияний полушарий мозга и мозжечка, подкожных кровоизлияний теменно-височно-затылочной области слева и справа, кровоподтека теменно-височно-затылочной области справа со ссадиной теменной области, кровоподтека нижнего века правого глаза, кровоподтека верхней части завитка правой ушной раковины, кровоподтека внутренней поверхности левой ушной раковины, ссадины угла нижней челюсти справа.

Учитывая степень выраженности трупных явлений смерть гр. х А.А. наступила не менее 1 суток, но не более 2 суток назад от момента исследования.

2. При судебно-медицинском исследовании трупа гр. х А.А. обнаружены телесные повреждения, которые по степени тяжести и механизму причинения можно разделить на следующие группы:

а) вдавленный перелом теменно-височной кости справа с переходом на основание черепа, субдуральная гематома височной кости справа, субарахноидальные кровоизлияния полушарий мозга и мозжечка, подкожные кровоизлияния теменно-височно-затылочной области слева и справа, кровоподтек теменно-височно-затылочной области справа со ссадиной

теменной области, кровоподтек нижнего века правого глаза, кровоподтек верхней части завитка правой ушной раковины, кровоподтек внутренней поверхности левой ушной раковины. Данные телесные повреждения образовались незадолго до наступления смерти, при не менее одного удара в левую лобную область головы в направлении слева - направо, сверху - вниз, и не менее 2 ударов в правую теменно-височную область головы, в направлении справа-налево, сверху-вниз, тупым твердым предметом с ограниченной площадью контактировавшей поверхности. Комплекс телесных повреждений, локализующихся в области головы у гр-ки х А.А. опасен для жизни и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью, а в данном случае повлекший смерть.

б) ссадины угла нижней челюсти справа, кровоподтек передней поверхности шеи справа, участок внутрикожных кровоизлияний правой боковой поверхности шеи со ссадиной, ссадины левой боковой поверхности нижней трети шеи, которые обычно у живых людей какого-либо вреда здоровью не причиняют и могли образоваться от воздействия тупого твердого предмета, с ограниченной поверхностью соударения, как от ударов таковыми, так и от ударов о таковые.

Все вышеперечисленные телесные повреждения обнаруженные на теле гр. х А.А. причинены прижизненно, в короткий промежуток времени, поэтому высказаться об их последовательности, не представляется возможным.

3. Учитывая характер морфологических особенностей повреждений области головы, прихожу к выводу, что повреждающий предмет обладал определенной массой и имел плоскую ограниченную поверхность соударения.

4. Учитывая характер морфологических особенностей повреждений области головы, прихожу к выводу, что повреждающий предмет обладал определенной массой и имел плоскую ограниченную поверхность соударения.

5. Учитывая локализацию вышеописанных телесных повреждений, взаиморасположение потерпевшего и нападавшего лица могло быть лицом к лицу слева и справа, при этом потерпевший находился в горизонтальном положении, лежа на спине.

6. При судебно-медицинской экспертизе трупа гр. х А.А. обнаружены повреждения в виде участков отслойки поверхностного эпидермиса с участками подсыхания наружного угла правой брови, наружной поверхности правого плеча, наружно-боковой поверхности правого плеча и предплечья, боковой поверхности грудной клетки и брюшной стенки справа, боковой поверхности правого бедра, наружно-боковой поверхности левого коленного сустава, которые имеют посмертное происхождение, являются результатом высокой температуры окружающей среды и экспертной оценке не подлежат.

7. После получения открытой черепно-мозговой травмы, смерть гр-ки х А.А. наступила мгновенно, и совершать какие-либо самостоятельные действия она не могла.

8. Каких-либо следов указывающих на перемещение трупа в пространстве на теле гр. х А.А. не обнаружено.

9. При судебно-медицинском исследовании трупа х А.А. просвет желудка был пуст.

10. Каких-либо повреждений в области половых органов и заднего прохода у гр. х А.А. при судебно-медицинской экспертизе не обнаружено...»

2. Из копии протокола осмотра места происшествия (и трупа) от 29.08.2017 г., следует: «... Осмотр начат в 17 час. 45 мин. Осмотр окончен в 19 час. 30 мин. ... Труп лежит с уклоном на левый бок. Нижние конечности согнуты в коленных суставах, правая конечность лежит на левой. Верхняя левая конечность слегка согнута в локтевом суставе и отведена в сторону. Правая верхняя конечность слегка согнута в локтевом суставе, областью... (не разборчиво...) к груди. Голова трупа лежит на левой стороне. Из ротовой полости, носа, ушей имеются потёки вещества бурого цвета. Направление потёков с правой стороны лица на левую. В области подключичной ямки с левой стороны имеется кровоподтёк. По правой поверхности шеи имеется кровоподтёк. В области нижнего века правого глаза имеется кровоподтёк. Волосистая часть головы пропитана веществом бурого цвета. На трупе одета футболка коричневого цвета (наизнанку) и трусы тёмного цвета. Так же на шее трупа имеется цепочка и кулон из металла желтого цвета. Цепочка имеет повреждения в виде разрыва...»

Каких-либо иных документов, объектов и сведений, необходимых для ответов на поставленные вопросы, на момент исследования не поступало.

Данные исследования специальной медицинской литературы.

«... **Черепно-мозговая травма (ЧМТ)** — это комплекс контактных повреждений (мягких тканей лица и головы, костей черепа и лицевого скелета) и внутричерепных повреждений (повреждений вещества головного мозга и его оболочек), имеющих единый механизм и давность образования.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Закрытая	Открытая
1. Сотрясение головного мозга	1. Повреждение мягких тканей головы без признаков травмы головного мозга

2. Ушиб головного мозга (1, 2, 3 степень)	2. Повреждение мягких тканей головы с нарушением функции головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление).
3. Сдавление головного мозга на фоне его ушиба.	3. Повреждения мягких тканей головы, костей свода черепа и головного мозга (ушиб, сдавление) - проникающие и непроникающие.
4. Сдавление головного мозга без сопутствующего ушиба.	4. Перелом основания черепа (ушиб и сдавление).
5. Повреждения костей свода черепа и головного мозга (ушиб, сдавление).	5. Огнестрельные ранения.

Тупые предметы - это предметы, которые причиняют повреждения, действуя механически только своей поверхностью. Тупые предметы бывают твердые и мягкие. Нарушение анатомической структуры тканей происходит, как правило, только при воздействии тупых твердых предметов.

Механизмы образования тупых повреждений

Морфологическое многообразие тупых травм обусловлено формой, размерами, прочностью, упругостью, характером поверхности тупых предметов, их кинетической энергией, местом и направлением их воздействия.

По размерам отличают *ограниченную* и *неограниченную (широкую)* травмирующие поверхности. *Ограниченной* считается такая поверхность, границы которой не выходят за пределы поверхности части тела. Это понятие имеет относительный характер и зависит от размеров части тела. Если размеры травмирующей поверхности тупого предмета выходят за пределы площади соударения, то такая поверхность рассматривается как *неограниченная*. В случае воздействия предмета с ограниченной травмирующей поверхностью можно точно высказаться о ее конкретной форме и конкретных размерах.

Верхний слой травмирующей поверхности может быть ровным и шероховатым.

Форма травмирующей поверхности может быть:

- 1) плоской – треугольная, квадратная, прямоугольная, овальная и др.;
- 2) угловатой – имеются грани, ребра и вершина;
- 3) кривой – сферическая, цилиндрическая и др.;
- 4) комбинированной – сочетание вышеназванных форм.

Различают четыре основных варианта тупого воздействия: удар, сдавление, растяжение, трение.

Удар – сложный кратковременный процесс взаимодействия тела или части тела человека и тупого предмета, при котором последний оказывает импульсное одностороннее центростремительное действие на тело или часть тела. Чем короче время соударения, тем больше энергии передается поражаемой части тела, тем больше объем повреждения. Ударное действие оказывает как движущийся предмет, так и неподвижный. Массивные предметы, действующие с большой силой, способны привести к сотрясению тела или части тела человека.

Сдавление – это процесс взаимодействия тела или части тела человека, как правило, с двумя массивными, твердыми тупыми предметами, при котором оба эти предмета, действуя навстречу друг другу, оказывают на тело или часть тела двустороннее центростремительное действие. Из двух сдавливающих предметов один всегда подвижен, другой чаще всего неподвижен.

Растяжение – это процесс взаимодействия тела или части тела человека с двумя твердыми предметами, которые, действуя по расходящимся направлениям, оказывают на тело или часть тела двустороннее центробежное действие. Из двух предметов один всегда подвижен, другой обычно неподвижен. Неподвижный предмет фиксирует тело или часть тела, а другой предмет оказывает эксцентричное действие.

Трение – процесс поверхностного взаимодействия повреждаемой поверхности тела и повреждающей поверхности тупого твердого предмета, при котором обе контактирующие поверхности смещаются в касательном или тангенциальном направлении относительно друг друга. Подвижными могут быть и повреждаемая часть тела, и повреждающий предмет.

Виды тупых повреждений

Вид повреждения определяется вариантом травмирующего тупого воздействия. Типичными для ударного действия будут ушибленные раны, переломы; для сдавления – уплощение части тела, размятие органов и тканей; для растяжения – рваные раны, отслойка кожи; для трения – обширные осаднения. В то же время некоторые виды повреждений могут быть следствием разных механизмов. Так, кровоподтеки возникают и от удара, и от сдавления; ссадины – и от удара, и от трения; разрывы внутренних органов – от удара, сдавления и растяжения...

... Определение времени и давности смерти — главный вопрос, решаемый судебно-медицинским экспертом при осмотре места происшествия или обнаружения трупа, а также во время экспертизы трупа в морге...

... Методы определения времени и давности смерти основаны на закономерностях развития трупных явлений, явлении переживаемости

тканей в первое время после смерти и закономерностях химических изменений, происходящих в трупе. Некоторые методы позволяют судить о времени смерти косвенно, путем установления времени захоронения трупа и пребывания трупа в воде.

Решая этот вопрос, необходимо учитывать внешние и внутренние условия, влияющие на ускорение или замедление развития трупных явлений в разных средах...

... Суправитальные (поствитальные, постмортальные, интерлетальные) реакции - сохраняющаяся в течение раннего посмертного периода способность возбудимых тканей реагировать на различные виды раздражений: механическое, электрическое, химическое и др.

Суправитальные реакции имеют сходство с прижизненными, отличаясь от них более медленным темпом развития, независимостью от силы приложенного раздражения и постепенной необратимой утратой ответа в прежнем объеме при повторном воздействии.

Суправитальные реакции (в зависимости от срока посмертного периода) выявлены практически во всех возбудимых тканях организма, одна ко в судебной медицине наиболее изучены реакции скелетных мышц и мышц радужки глаза на механическое, электрическое и химическое (фармакологическое) воздействия.

Идиомускулярная опухоль (мышечный валик, проба Прокопа) - локальное сокращение мышечных волокон, в виде валика уплотненной ткани наблюдают в течении первых 6-8-ми часов после смерти в результате удара, нанесенного с определенной силой по какой-либо мышце трупа предметом с узкой поверхностью (рукоятка ножа и др.). Наиболее оптимально для этого использовать металлическую линейку весом 300-350г, длиной около 45 см и шириной ударной поверхности 0,2-0,3см.

Объектами исследования, как правило, являются двуглавая мышца плеча или четырехглавая мышца бедра.

Для проведения пробы на механическое раздражение скелетных мышц руку трупа отводят в сторону на угол не более 45°, затем ребром линейки наносят резкий кистевой удар линейкой по передней поверхности средней трети двуглавой мышцы плеча. Большой угол отведения руки нежелателен, так как приводит к перерастяжению сгибателей.

Повторное исследование производят, отступив на несколько сантиметров от места первоначального удара, либо на другой руке.

Ответная реакция мышц на механическое раздражение может быть в виде трех основных типов:

- появление отчетливо видимого и плотного на ощупь валика мышечного сокращения (мышечного тяжа);
- формирование неразличимого визуально, но хорошо пальпируемого мышечного валика;

- образование вмятины в месте механического воздействия.

В первых двух случаях реакция считается положительной, в третьем-отрицательной.

В течение первых 3 часов посмертного периода идиомускулярная опухоль появляется тотчас после нанесения удара либо спустя 3 - 5 секунд и сохраняется от 15 секунд до 1,5 минут.

В дальнейшем, по мере увеличения времени, прошедшего после смерти, уменьшается количество жизнеспособных мышечных волокон, что приводит к уменьшению величины валика, удлинению срока его появления после ударного воздействия.

Уже через 9 - 10 часов после наступления биологической смерти мышечная ткань полностью теряет способность реагировать на внешние механические воздействия, на месте удара появляется вмятина желобовидной формы

Спустя 10-11ч и более посмертного периода идиомускулярную опухоль можно наблюдать только у лиц атлетического телосложения...

Определение давности смерти по трупным явлениям

Трупные явления — изменения, которым подвергаются органы и ткани трупа после наступления биологической смерти. Трупные явления подразделяются на ранние и поздние. К ранним относятся охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение, высыхание и аутолиз; к поздним — гниение, скелетирование, мумификация, восковизация и торфяное дубление.

Гнилостный запах

В первый день после смерти из отверстия носа, рта и заднепроходного отверстия начинает выделяться гнилостный запах, свидетельствующий о начале гниения.

Через 2—3 ч после смерти к 15—24 ч он уже ясно ощутим.

Трупное охлаждение

Описание динамики охлаждения начинается с измерения охлаждения трупа на ощупь и фиксации в протоколе степени охлаждения каждой из областей, подвергнутых исследованию.

Для определения трупного охлаждения на ощупь прикладывают тыльную поверхность теплой кисти вначале к открытым областям тела осматриваемого (тыльной поверхности кистей, лицу и др.), а затем к областям, закрытым одеждой (подмышечным впадинам, границе верхней трети бедер и паховым складкам), которые вследствие соприкосновения охлаждаются медленнее, потом к закрытым одеялом или иным покровом. В протоколе фиксируется степень охлаждения каждой из названных областей.

В обычных условиях охлаждение начинается с открытых областей тела. Кисти и стопы становятся на ощупь холодными через 1—2 ч после смерти. Лицо — через 2 ч, туловище — через 8—12 ч. Через 6—10 ч

температура открытых областей тела может сравняться с температурой воздуха. Через 4—5 ч холодными становятся области тела под одеждой.

При +15—+18 °С тело обычно одетого человека (без верхней одежды) остывает со скоростью около 1°С за один час и к концу суток сравнивается с окружающей средой, но из этого правила есть исключение, когда температура ускоряется или замедляется.

В самых благоприятных условиях труп охлаждается к +20°С и ниже через 10—12 ч после смерти. Температура +15 °С окружающей среды лицо, кисти и стопы трупа легко одетого взрослого человека охлаждает через 1—2 ч, туловища — 8—10 ч, живота 8—16 ч. Кожные покровы полностью охлаждаются к концу суток, в то время как температура во внутренних органах удерживается дольше. Охлаждение трупа взрослого до температуры окружающей среды +20°С происходит за 30 ч, +10°С — 40 ч, +5°С — 50 ч.

Таким образом, оценивая температуру трупа, в первую очередь необходимо принимать во внимание условия, в которых находился труп. Охлаждение трупа, находящегося на снегу или на льду может наступить через полчаса — час. У лиц с предшествовавшими смерти судорогами температура тела повышается на 1—2 °С, а с агонией — понижается на 1—2 °С. (Н.С. Бокариус, 1930).

Трупы лиц, потерявших много крови и истощенных, полностью охлаждаются за 12 ч, а новорожденных — за 6 ч. В зимнее время на открытом воздухе или в холодной воде охлаждение может окончиться в течение часа. В летнее время трупы утонувших в воде охлаждаются через 2—3 ч после пребывания в воде. Области тела, не прикрытые одеждой, охлаждаются быстрее прикрытых на 4—5 ч.

Трупное окоченение

Порядок исследования трупного окоченения начинается с определения степени подвижности в суставах нижней челюсти, шеи, конечностей с использованием мускульной силы исследующего. Инструментальные методы исследования трупного окоченения в настоящее время не разработаны.

Если в этот период надавить на нижнюю часть грудной клетки, то окоченение диафрагмы нарушится, и она вновь примет первоначальное положение. Легкие спадутся, воздух из них, проходя через гортань сильной струей, может вызвать звук, похожий на стон.

Трупные пятна

Трупные пятна зачастую исследуют путем надавливания пальцем и наблюдения за изменением цвета трупного пятна в месте давления и надрезов. Время восстановления окраски трупного пятна и особенностей истечения крови с поверхности разреза позволяет ориентировочно судить о давности смерти.

Давление на трупное пятно производят в течение Зев проекции кости. При положении трупа на спине давление осуществляют в поясничной

области соответственно 3—4 поясничным позвонкам, на животе — в области грудины, в вертикальном положении — соответственно внутренней поверхности большеберцовой кости.

Для более точного определения давности смерти по трупным пятнам используют динамометры. Давление производят с силой 2 кг/см². В настоящее время динамометрия трупных пятен практически не используется в связи с отсутствием динамометров и давление производится, как и ранее, пальцем руки исследующего, в связи с чем данные имеют относительное значение. Оценка результатов должна осуществляться с осторожностью и в совокупности с другими данными. На месте происшествия трупные пятна исследуются через 1 ч в течение 2—3 ч.

Описание состояния трупных пятен начинается с их общей характеристики.

Трупные пятна обильные (необильные), сливные (островчатые, четко ограниченные), сине-багровые (серо-фиолетовые, розовые, вишневые и т.д.) различимы плохо, усматриваются на задней (заднебоковых, передней, нижерасположенных) поверхности тела, кистях, (в промежутке между верхним краем остей подвздошных костей и стопами) при надавливании пальцем исчезают (бледнеют, не изменяются) и восстанавливают свою окраску через 15—20 с. На фоне трупных пятен на задней поверхности тела располагаются рассеянные мелко-, крупноточечные кровоизлияния, излияния крови диаметром до 0,5 см (начинающиеся гниlostные пузыри). На фоне плохо различимых серо-фиолетовых трупных пятен на передней поверхности тела справа локализуются точечные кровоизлияния. После переворачивания трупа с передней поверхности тела на заднюю трупные пятна переместились через 50 мин.

Описанием трупных пятен фиксируют расположение и выраженность по областям, характер — сливные или островчатые, очерченность, расцветку в каждой из областей расположения, наличие мест с неизменным цветом кожи на фоне трупных пятен, количество — единичные (множественные, обильные), где и какие сделаны надрезы кожи, состояние тканей на разрезе.

Разрезы делают крестообразно или параллельно друг другу длиной 1,5—2 см, отмечая вид слоев кожи, окраску, выделение из сосудов кровянистой жидкости или крови из сосудов или гематомы. У лиц с темным цветом кожи трупные пятна неразличимы, в связи с чем их исследуют всегда на разрезах и с применением дополнительных (гистологических) методов исследования.

Трупные пятна начинают формироваться через 30—40 мин после смерти (стадия гипостаза). Через 2—4 ч они увеличиваются в размерах, начинают сливаться, занимая нижерасположенные области тела. Полного развития трупные пятна достигают в период от 3 до 14 ч. В это время они от надавливания пальцем исчезают и восстанавливают свою окраску. Образование трупных пятен интенсивно продолжается в течение 10—12 ч. В

стадии стаза, ориентировочно продолжающейся 12—24 ч, трупные пятна бледнеют и медленно восстанавливают свою окраску.

В стадии имбибиции, длящуюся 24—48 ч, цвет трупных пятен при надавливании не изменяется. Эти закономерности в изменении окраски трупных пятен необходимо учитывать, определяя давность смерти, принимая во внимание причину и темп наступления смерти. В дальнейшем трупные пятна подвергаются гнилостным изменениям. При кровопотере срок появления трупных пятен увеличивается до 2,5—3 ч и более. В случае отравления окисью углерода переход трупных пятен в стадию имбибиции наблюдается к концу суток.

Отсутствие трупных пятен указывает, что с момента смерти прошло не менее 2—3 ч.

В настоящее время наибольшее распространение получили таблицы определения давности смерти, основанные на изменении окраски трупных пятен, составленные с учетом причины смерти и танатогенеза.

По расположению трупных пятен можно судить о положении и изменении положения трупа, руководствуясь следующими положениями:

- расположение трупных пятен на одной поверхности тела позволяет полагать, что в течение суток после смерти труп не переворачивали;

- локализация трупных пятен на двух и более поверхностях тела свидетельствует о манипуляциях с трупом в пределах суток;

- одинаковая выраженность окраски трупных пятен на противоположных поверхностях тела указывает, что труп, лежавший на одной поверхности, был перевернут спустя 12—15 ч на другую;

- более резкая выраженность трупных пятен на одной из противоположных поверхностей дает основание считать, что труп пролежал не менее 15 ч на поверхности, где трупные пятна выражены резче, а затем был повернут на другую поверхность...

Трупный аутолиз

Помутнение роговицы при открытых глазах начинается через 2—4 ч, а через 5—7 ч оно уже хорошо выражено.

Трупное высыхание

Трупное высыхание (пятна Лярше) начинается с роговицы и белочных оболочек открытых или полуоткрытых глаз через 2—6 ч.

Увлажненные при жизни участки кожи подсыхают через 5—6 ч.

Трупное высыхание появляется спустя 6—12 ч после смерти, но значительной выраженности достигает лишь через 1—2 дня.

Уплотнение высохших участков кожи и появление красно-коричневой или желто-коричневой окраски наблюдается в конце 1 и начале 2 сут. ...»

Специалист
Кандидат медицинских наук

х 3.С.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании изучения представленных материалов прихожу к следующему заключению:

Ответ на вопрос №1: «Имеются ли нарушения требований ФЗ № 73-ФЗ от 31 мая 2001г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» и приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 346н от 12.05.2010г. «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ», допущенные экспертам при вынесении Заключения эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г.? Является ли полным, обоснованным и объективным Заключение эксперта № х/2017 от 18.09.2017 г.?»

При изучении представленной копии Заключения эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г., выявлено, что при производстве данного заключения, экспертом были допущены нарушения Приказа МЗ РФ от 12.05.2010 г. №346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» и Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», а именно:

- **согласно ст. 25.** Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», «... Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание... В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены: ... сведения о государственном судебно-экспертном учреждении, об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которым поручено производство судебной экспертизы; предупреждение эксперта в соответствии с законодательством Российской Федерации об ответственности за дачу заведомо ложного заключения...».

На титульном листе Заключения эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г., отсутствуют сведения о специальности эксперта.

- **согласно п. 28.** Приказа МЗ РФ от 12.05.2010 г. №346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», «... В исследовательской части заключения эксперта обязательно указывают: содержание и результаты всех этапов экспертных исследований (в том числе экспертных экспериментов) с указанием примененных медицинских технологий и экспертных методик, технических средств и расходных материалов...», и **ст. 25.** Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной

деятельности в Российской Федерации»: «... Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание... В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены: ... содержание и результаты исследований с указанием примененных методов...».

В Заключении эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г., отсутствует описание каких-либо методов и методик, которые применялись при производстве данной экспертизы;

- согласно п. 29. Приказа МЗ РФ от 12.05.2010 г. №346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», Заключение эксперта в обязательном порядке содержит выводы по поставленным вопросам и их обоснование. Выводы должны содержать оптимально краткие, четкие, недвусмысленно трактуемые и обоснованные ответы на все поставленные перед экспертом вопросы и установленные в порядке его личной инициативы значимые для дела результаты экспертизы. При формулировке выводов допускается объединение близких по смыслу вопросов и изменение их последовательности без изменения первоначальной формулировки вопроса. В выводах, при ответах на вопросы, выходящие за пределы своих специальных познаний, эксперт отвечает мотивированным отказом. В необходимых случаях указывают причины невозможности решения отдельных вопросов, в том числе в полном объеме...».

Для экспертного решения были поставлены 10 вопроса, при этом в выводах эксперта не указаны ни номера вопросов, ни сами вопросы, в связи с этим не понятно на какой именно вопрос дан ответ в каждом выводе эксперта, что абсолютно недопустимо.

- согласно п. 47.7. Приказа МЗ РФ от 12.05.2010 г. №346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», «...при определении локализации повреждения указывают соответствующую анатомическую область и расстояние от повреждения до ближайших анатомических точек-ориентиров, используя систему прямоугольных координат, а также при необходимости (транспортная травма, огнестрельные, колото-резаные повреждения и др.) измеряют расстояние от нижнего уровня каждого повреждения до подошвенной поверхности стоп...», **что при исследовании трупа х А.А. сделано не было;**

- согласно ст. 8 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Однако Заключение эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г., нельзя назвать обоснованным, объективным и достоверным, так как в нём содержатся грубые ошибки, что подтверждается следующими данными:

- в ответе под №1, эксперт пишет: «...Смерть гр. х А.А. наступила от тупой травмы головы: открытой черепно-мозговой травмы, как травмы не совместимой с жизнью, что подтверждается наличием: вдавленного перелома теменно-височной кости справа с переходом на основание черепа, субдуральной гематомы височной кости справа, субарахноидальных кровоизлияний полушарий мозга и мозжечка, подкожных кровоизлияний теменно-височно-затылочной области слева и справа, кровоподтека теменно-височно-затылочной области справа со ссадиной теменной области, кровоподтека нижнего века правого глаза, кровоподтека верхней части завитка правой ушной раковины, кровоподтека внутренней поверхности левой ушной раковины, ссадины угла нижней челюсти справа...».

Необходимо отметить, следующее:

- **причиной смерти** называют основное повреждение (заболевание), которое само или через осложнения привело к смерти. Следовательно, понятия причины смерти и основного повреждения (заболевания) совпадают.

- **под осложнением** понимают такие патологические процессы, которые являются вторичными по отношению к основному повреждению (или заболеванию), но этиологически и патогенетически связаны с ним. Будучи всегда вторичными по отношению к основному повреждению (или заболеванию), осложнения могут стать ведущими в развитии травмы (или болезни) и играть решающую роль в наступлении смертельного исхода.

- **под непосредственной причиной смерти** понимают такие морфологические изменения органов, которые привели к развитию необратимых функциональных нарушений и сделали невозможным продолжение жизни человека как единого живого организма. Такой причиной могут быть основное повреждение или осложнения травмы.

Эксперт, в своём ответе, при описании причины смерти х А.А., не выделяет основное повреждение, его осложнения и непосредственную причину её смерти, а всего лишь перечисляется имеющиеся на трупе повреждения.

Согласно данным гистологического исследования, у х А.А. имелся отёк головного мозга, что является осложнением основного повреждения, и должно быть описано в ответе о причине смерти, что в выводе эксперта отсутствует.

Необходимо отметить, что каждый вывод эксперт должен быть основан на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов.

В данном случае, эксперт ни на какие объективные данные (данные судебно-медицинского, судебно-гистологического) не ссылается, обосновывая свой вывод о причине смерти, что ставит под сомнение объективность данного вывода.

- в ответе под №1, эксперт в утвердительной форме пишет: «...Учитывая степень выраженности трупных явлений смерть гр. х А.А. наступила не менее 1 суток, но не более 2 суток назад от момента исследования...».

Согласно данным имеющимся в исследовательской части Заключения эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г., известно следующее:

- при надавливании на трупные пятна пальцем исчезают и восстанавливают свою первоначальную окраску через 7 минут;
- трупное окоченение хорошо выражено в жевательных мышцах, мышцах шей; туловища, верхних и нижних конечностей (определялось до снятия одежды);
- при ударе металлическим стержнем по передней поверхности левого плеча в средней трети образуется вмятина на месте удара;
- трупные явления зафиксированы 30.08.2017 в 09.30.

Согласно данным обстоятельства дела, известно: «...29.08.2017 в 17 часов ... поступило сообщение об обнаружении трупа х х х, 05.06.1998 года рождения...».

Согласно данным литературных источников:

- через 9 - 10 часов после наступления биологической смерти мышечная ткань полностью теряет способность реагировать на внешние механические воздействия, на месте удара по передней поверхности плеча появляется вмятина;
- полного развития трупные пятна достигают в период от 3 до 14 ч. В это время они от надавливания пальцем исчезают и восстанавливают свою окраску. Образование трупных пятен интенсивно продолжается в течение 10—12 ч. В стадии стаза, ориентировочно продолжающейся 12—24 ч, трупные пятна бледнеют и медленно восстанавливают свою окраску.

В стадии имбибиции, которая длится 24—48 ч, цвет трупных пятен при надавливании не изменяется.

Таким образом, вышесказанное свидетельствует о том, что утверждение эксперта, что смерть гр. х А.А. наступила не менее 1 суток, но не более 2 суток назад от момента исследования, является абсолютно необоснованным, так как, согласно литературным данным, стадия стаза трупных пятен, ориентировочно продолжающейся 12—24 ч, далее следует стадия имбибиции, длящаяся 24—48 ч, на данной стадии цвет трупных пятен при надавливании не изменяется, следовательно, давность наступления

смерти гр. х А.А., к моменту исследования её трупа (30.08.2017 в 09.30) не более 24 часов.

- в ответе под №2, эксперт перечисляет имеющиеся на трупе х А.А. повреждения, при этом отсутствует полное описание и обоснование механизма образования всех имеющихся у пострадавшей повреждений.

Эксперт в категорической форме пишет: «...*Данные телесные повреждения образовались незадолго до наступления смерти, при не менее одного удара в левую лобную область головы в направлении слева - направо, сверху - вниз, и не менее 2 ударов в правую теменно-височную область головы, в направлении справа-налево, сверху-вниз, тупым твердым предметом с ограниченной площадью контактировавшей поверхности...*».

Однако эксперт объективно не обосновал, на основании каких именно данных пишет:

- о том, что повреждения получены в результате воздействия именно твёрдого тупого предмета;

- какие именно данные свидетельствуют, что предмет с ограниченной контактной поверхностью;

- нет обоснования, какие именно данные свидетельствуют о количестве и направлении травмирующих воздействий;

- не понятно, какое именно время эксперт считает «*незадолго до наступления смерти*», отсутствует полный и обоснованный ответ на вопрос о давности образования повреждений;

В связи с этим данное умозаключение не может считаться обоснованным.

Кроме того, необходимо отметить, что экспертом не описаны размерные характеристики повреждений, вид травмирующего воздействия, что является обязательным при описании механизма образования повреждений.

Также в выводах эксперта отсутствует описание наличия либо отсутствия каких-либо специфических характеристик поверхности травмирующих предметов (*форма, абсолютные размеры, конструктивные особенности, материал и рельеф*), это является грубой ошибкой, так как на поставленный перед экспертом в постановлении вопрос о механизме образования повреждений, не был дан полный и обоснованный ответ, а были лишь перечислены повреждения без описания механизма их образования;

При квалификации вреда причинённого здоровью необходимо было указать, согласно какому пункту Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека – Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 194н от 24.04.08 г., был выставлен вред причинённый здоровью потерпевшей, однако в выводах эксперта это не указано, что является грубой ошибкой, так как, только ссылка на Приказ позволяет объективно обосновать квалификацию вреда;

Отсутствует обоснование, на основании каких именно данных эксперт сделал вывод о том, что все телесные повреждения, обнаруженные на теле гр. х А.А причинены прижизненно, в короткий промежуток времени.

- в ответах под №3,4, эксперт пишет: «...Учитывая характер морфологических особенностей повреждений области головы, прихожу к выводу, что повреждающий предмет обладал определенной массой и имел плоскую ограниченную поверхность соударения...».

При этом, абсолютно непонятно, какие именно особенности учитывал эксперт, утверждая, что повреждающий предмет обладал определенной массой и имел плоскую ограниченную поверхность соударения.

Данное умозаключение не может считаться обоснованным, так как никакими объективными данными оно не обосновано.

- в ответах под №5,7, эксперт также никакими объективными данными не обосновал свои выводы, что противоречит ст. 8 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»...

... Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Таким образом, всё вышесказанное свидетельствует о том, что Заключение эксперта № 547/2017 от 18.09.2017 г., являются неполным, необоснованным и необъективным.

Ответ на вопрос №2: «Какова давность наступления смерти х А.А., Х. к моменту вскрытия её трупа (30.08.2017 г. в 09.20-11.20)?»

Из данных имеющихся в представленных для анализа документах, известно:

- труп х А.А. обнаружен **29.08.2017 в 17 часов;**
- осмотр трупа на месте обнаружения начат в **17 час. 45 мин.**, окончен в **19 час. 30 мин** (трупные явления небыли зафиксированы);
- трупные явления были зафиксированы **30.08.2017 в 09.30** в момент вскрытия;
- при надавливании на трупные пятна пальцем исчезают и восстанавливают свою первоначальную окраску через **7 минут;**
- трупное окоченение хорошо выражено в жевательных мышцах, мышцах шей; туловища, верхних и нижних конечностей (определялось до снятия одежды);
- при ударе металлическим стержнем по передней поверхности левого плеча в средней трети образуется вмятина на месте удара;
- имеющиеся данные в представленных документах свидетельствуют о том, что с момента обнаружения трупа, до момента вскрытия, и фиксации трупных явления прошло около **16,5 часов.**

Согласно данным литературных источников:

- через **9 - 10 часов** после наступления биологической смерти мышечная ткань полностью теряет способность реагировать на внешние механические воздействия, на месте удара по передней поверхности плеча появляется вмятина;

- полного развития трупные пятна достигают в период от 3 до 14 ч. В это время они от надавливания пальцем исчезают и восстанавливают свою окраску. Образование трупных пятен интенсивно продолжается в течение 10—12 ч. **В стадии стаза, ориентировочно продолжающейся 12—24 ч, трупные пятна бледнеют и медленно восстанавливают свою окраску.**

В стадии имбибиции, которая длится 24—48 ч, цвет трупных пятен при надавливании не изменяется.

Необходимо отметить, что данные имеющиеся в исследовательской части заключения, а именно: *«...Трупные пятна обильные, разлитые, багрово-синюшные, расположены на левой боковой поверхности головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, при надавливании на них пальцем исчезают и восстанавливают свою первоначальную окраску через 7 минут...»*, свидетельствуют о том, что трупные пятна были в стадии стаза, которая продолжается не больше 24 часов.

Всё вышесказанное свидетельствует о том, что давность наступления смерти гр. х А.А., к моменту исследования её трупа (30.08.2017 в 09.30) не более 24 часов, то есть смерть её наступила около 10-11 часов утра 29.08.2018 г.

Ответ на вопрос №3: *«Правильно ли и в полном объеме проведен осмотр трупа на месте происшествия (согласно представленным документам)?»*

Анализ представленного протокола осмотра места происшествия (и трупа) от 29.08.2017 г., свидетельствует о том, что осмотр трупа на месте происшествия проведён неправильно и не в полном объёме, на что указывают следующие данные:

- отсутствует описание подошвенной поверхности стоп, на наличие на них следов крови, что в свою очередь свидетельствует о передвижении потерпевшей после причинения ей повреждений;

- нет описания состояния зрачков, роговиц, слизистых оболочек глаз, состояние естественных отверстий (наличие инородных предметов, выделений и пр.);

- нет описания особых примет (физические недостатки, рубцы, татуировки и пр.);

- нет описания формы, краёв, размеров всех имеющихся на трупе повреждений;

- нет описания ранних трупных явлений, с указанием времени их исследования:

- ✓ степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела (на ощупь);
- ✓ температуру тела (электротермометром, с указанием, в каком участке тела измерена), температуру в прямой кишке и окружающего воздуха;
- ✓ наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах);
- ✓ степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц;
- ✓ реакция поперечно-полосатых мышц на механическое воздействие;
- ✓ электровозбудимость поперечно-полосатых мышц;
- ✓ характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропин

Необходимо отметить, что исследование электровозбудимости, механического раздражения поперечно-полосатых мышц и зрачковой реакции ни атропин и пилокарпин производить в случаях, когда время наступления смерти неизвестно.

Специалист

х З.С.

Кандидат медицинских наук

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Федеральный закон от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации".

Комментарий к Федеральному закону "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" под ред. Ю.Г. Корухова, Ю.К. Орлова, В.Ф. Орловой) М.:ООО «ТК Велби», 2002.

Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522 "Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека".

Приложение к приказу министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н «Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н "Об утверждении Порядка

организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации".

Вермель И.Г. Вопросы теории судебно-медицинского заключения. М.: Медицина, 1979, 128 с.

Шляхов А.Р. Судебная экспертиза: организация и проведение. М.: «Юридическая литература», 1979. 168 с.

Попов В.Л. Теоретические основы судебной медицины. С-Пб., 2000, 172 с.

Основные нормативно-правовые документы по судебно-медицинской экспертизе. Сборник 1953 - 2003 гг. / Клевно В.А., Фадеев С.П.; Под ред.: Хохлов В.В. (Сост.) - Смоленск, 2003. - 230 с.

Атлас анатомии Синельникова в 4-х томах: Р. Синельников, Медицина-1996.

Г.И. Авходиев, А.В. Касатеев, О.В. Беломестнова. Правила рецензирования судебно-медицинских экспертиз: Справочно-методическое пособие.- Чита: РИО-ЧОВОСМ, 2008.

Пиголкин Ю. И., Баринов Е. Х. Судебная медицина: Учебник / Под ред. Д. В. Богомолов, И. Н. Богомолова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 360 с. — (Серия <XXI век>).

Хохлов В.В. Судебная медицина: Руководство. Издание третье, переработанное и дополненное. – Смоленск, 2010 – 992 с.

Проблема установления причинной связи в юриспруденции и судебной медицине / Гребеньков А.Б., Гребеньков А.А., Лунева З.М. // Мат. VI Всеросс. съезда судебных медиков. — М.-Тюмень, 2005. — №. — С.

Кадочников Д.С., Ракитин В.А. О независимости и ответственности эксперта при производстве судебно-медицинской экспертизы. // Материалы научно-практической конференции, посвященной 65-летию образования органов судебно-медицинской экспертизы Вооруженных Сил Российской Федерации: «Проблемы судебно-медицинской экспертизы в условиях реформирования Вооруженных Сил и Генеральной прокуратуры Российской Федерации», с. 30-33, М., 2008.

Котельников Г. П. Травматология. Национальное руководство, М., 2008 г.

Руководство по судебной медицине/Под ред. В.В. Томилина, Г.А. Пашияна. — М.: Медицина, 2001.

«Биомеханика травмы». Громов А.П. Москва, Медицина. 1979 г.

Попов В. Л. Черепно-мозговая травма: Судебно-медицинские аспекты.-Л.: Медицина, 1988.—240 с.: ил.

Шагинян Г.Г., Древаль О.Н. Классификация черепно-мозговой травмы. Учебное пособие. Москва 2009.

Шагинян Г.Г., Древаль О.Н. Актуальные вопросы черепно-мозговой травмы (классификация, диагностика, основные принципы хирургического и консервативного лечения в остром периоде). Учебное пособие. Москва 2008.

Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 1. / Под редакцией академика РАМН Коновалова А.Н., профессора Лихтермана Л.Б., профессора Потапова А.А. Москва. 2001 г

Судебно-медицинская экспертиза механических повреждений: учебно-методическое пособие. / сост. В.И. Витер, В.Л. Прошутин, А.Ю. Вавилов. - Ижевск, 2010 - 46 с.

Осмотр место происшествия и трупа: справ. /Н.В. Егоров, А.В. Ковалев, С.Г. Кузин и др.; под ред. А.А. Матышева и Ю.А. Молина. – СПб.: НПО «Профессионал», 2011.-532 с.

Приложение.

1. Образовательные документы специалистов.