

СВЕДЕНИЯ О СПЕЦИАЛИСТАХ

да основанном личном обращении

вание представленных ксерокопий материалов дела по факту смерти и составлено следующее заключение.

НА РАЗРЕШЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОСТАВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

1. Какие повреждения были обнаружены экспертом при судебно-медицинском исследовании трупа гр.
2. Можно ли по обнаруженным на трупе гр. повреждениям высказаться о последовательности и механизме образования травмы?
3. Какова причина смерти?
4. Какова давность наступления смерти?
5. Способен ли был потерпевший после причинения ему повреждений совершать какие-либо самостоятельные действия: передвигаться, кричать и т.д.
6. Имеются ли на трупе повреждения, не характерные для образования их от падения с большой высоты?
7. Если имеются такие повреждения, то каков механизм их образования, от какого количества травмирующих воздействий они могли образоваться?
8. Были ли обнаружены экспертом морфологические признаки, указывающие на безусловно прижизненный характер падения гр. с большой высоты?

КРАТКИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА.

2012 г. около 05 часов 00 минут возле подъезда №1 дома обнаружен труп гр. года рождения с признаками насильственной смерти - телесными повреждениями в области головы и туловища. Из материалов дела следует, что имело место падение с балкона 6 этажа указанного дома. Рядом с трупом на расстоянии 1 метра находится автомобиль ВАЗ-2114, с повреждениями от падения на него тела пострадавшего.

ИССЛЕДОВАНИЕ

1. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДОКУМЕНТОВ.

1.1. Из заключения эксперта № по исследованию трупа гражданина, составленного судебно-медицинским экспертом районного отделения

«...На разрешение эксперта поставлены вопросы:

1. Какова причина смерти?
2. Какова давность наступления смерти?
3. Какие повреждения имеются на трупe, их количество и локализация, характер и тяжесть каждого?
4. Нанесены ли все повреждения одновременно или разновременно, если в разное время, то в какой последовательности и через какие промежутки времени?
5. Какое именно повреждение явилось причиной смерти?
6. Через какое время после причинения повреждения наступила смерть?
7. Способен ли был потерпевший после причинения ему повреждений совершать какие-либо самостоятельные действия: передвигаться, кричать и т.д.
8. Все ли повреждения причинены прижизненно, если нет, то какие повреждения посмертные?
9. Каково орудие причинения повреждений, одним или разными орудиями причинены повреждения, если разными, то какие повреждения каким орудием нанесены? (Указать признаки травмирующих предметов).
10. Имеются ли на трупe следы характерные для борьбы или самообороны?
11. Есть ли в ранах инородные предметы, частицы, волокна, вещества, если да, то что и где именно?
12. Принимал ли потерпевший незадолго до наступления смерти алкоголь, и если да, то в какой степени опьянения мог находиться перед смертью?
13. Каково возможное взаимное расположение потерпевшего и нападавшего, в момент нанесения ударов?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА. Из постановления известно: «...во дворе дома 1

_____ области. _____ около 05 часов 00 минут обнаружен труп _____ 1995 года рождения, с явными признаками насильственной смерти - телесными повреждениями в области головы и туловища...». Из ксерокопии протокола осмотра места происшествия и трупа от 25.08.2012г., начатого в 05:10 известно: «Осмотром установлено: объектом осмотра является территория возле подъезда _____ На расстоянии 9 метров 15см от дома на асфальте обнаружен труп неизвестного мужчины, на вид около 20-25 лет. Труп лежит на спине... Рядом с трупом на расстоянии 1 метра находится автомобиль ВАЗ-2114... Правая нижняя часть лобового стекла повреждена, на стекле и капоте имеются следы вещества бурого цвета. 05:15. Кожные покровы бледные, на ощупь теплые, в области лица и передней поверхности шеи опачканы темной подсохшей кровью. Трупные пятна на задней боковой поверхности тела, необильные, синюшно-фиолетового цвета. При надавливании пальцем исчезают и восстанавливают цвет через 5 секунд. Трупное окоченение отсутствует во всех группах обычно исследуемых мышц. Кожные покровы в области шеи с множественными вертикально ориентированными поверхностными линейными ранами с ровными краями...»

Из акта судебно-медицинского исследования

1995 г.р. известно: «НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. С трупа снята следующая одежда: Брюки спортивные светло-серые из хлопчатобумажной ткани, на передней поверхности правой брючины, на 69см выше нижнего края брючины имеется сквозной дефект ткани в виде тупого угла, открытого вниз и вправо, с разволокненными краями, с длиной сторон 6 и 2см: на передней поверхности левой штанины, на участке размером 6х18 см, расположенным на 66 см выше нижнего края брючины имеются 3 сквозных дефекта ткани, различной формы с разволокненными лоскутными краями размером от 1,5х1 см до 2х1,5 см, брюки опачканы темной подсохшей кровью. Трусы красные хлопчатобумажные. Носки черные хлопчатобумажные. По снятию одежды на секционном столе труп мужского пола правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 178 см. Кожные покровы бледные, равномерно холодные на ощупь.

Трупные пятна синюшно-фиолетовые, необильные, островчатые располагаются на заднебоковой поверхности туловища и нижних конечностях, при надавливании на них пальцем не исчезают и окраску свою не изменяют Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых мышцах. (27.08.2012г. 10:37). Голова правильной формы, волосы на голове русые длиной до 1.0см. Лицо симметричное, одутловатое. Глаза закрыты, соединительные оболочки глаз бледно-серые, без видимых кровоизлияний и повреждений, роговицы прозрачные, зрачки диаметром 0.3см. Отверстия рта, носа, наружных слуховых проходов чистые, свободные. Рот закрыт. Зубы целы. Язык в полости рта. Шея развита пропорционально туловищу. Грудная клетка упругая, симметричная. Живот на уровне грудной клетки. Наружные половые органы сформированы правильно, задний проход сомкнут, окружность его чиста. Кости верхних конечностей на ощупь целы. Повреждения: На лице, на левой половине, на участке 11x14 см, расположенном от левого угла рта до переднего края левой ушной раковины и от края тела нижней челюсти слева до левого лобного бугра, имеется участок осаднения неопределенной формы, с буровато-коричневым подсохшим дном, лежащим ниже уровня окружающей кожи, размером 11x13,5см, на фоне данного участка имеется группа поверхностных кожных ран (не менее 18) различной формы и ориентации, с относительно ровными краями, остроугольными концами, размером от 0,1x0,3см до 0,7x0,5см, глубиной до 0,3см, в глубине ран определяются соединительнотканые перемычки, дном ран являются подлежащие мягкие ткани. На данном участке осаднения, в скуловой области слева имеется кожная рана, по форме ближе к овальной, с относительно ровными краями, размером 2,4x1,4см. остроугольными концами, с образованием кожного лоскута, открытого вверх и влево размером 2x1 см, толщиной 0,2см, в глубине раны определяются соединительнотканые перемычки. Аналогичные по морфологии участки осаднения и поверхностные кожные раны расположены: На лице, в лобной области размером 9x6см; в области правой брови размером 3,5x0,5см; в области спинки и крыльев носа размером 6x3,5см; в правой щеечно-скуловой области, на участке размером 7x6см группа ссадин (не менее 15) размером от 0,3x0,2см до 3x1,5см; в правой заушной области размером 2,5x3см, на фоне данной ссадины имеется кожная рана размером 0,3x1,2см, глубиной до 0,3см; в подбородочной области, на участке размером 6x7,5см группа ссадин (не менее 7) размером от 0,1x0,2см до 3x2,5см, на фоне данного участка расположена группа ран (не менее 5) размером от 0,1x0,3см до 1,5x0,7см, глубиной до 0,2 см; на передней поверхности шеи с переходом на переднюю поверхность грудной клетки до уровня вторых межреберий на участке размером 25x24см группа ссадин в количестве не менее 10 размером от 0,4x0,5см до 15x18см, на фоне данных ссадин имеется группа ран (не менее 20) преимущественно линейной формы, размером от 0,6 x 0,5 до 1,5x2 см, глубиной до 0,3 см, дном раны являются подлежащие мягкие ткани: на передней поверхности левого плечевого сустава (не менее 5) размером от 0.5x0.6см до 1x9,5 см; на левой боковой поверхности грудной клетки, на участке от среднеключичной до заднеподмышечной и от 5-го до 8-го межреберья группа ссадин (не менее 7) размером от 0,4 x0,5 см до 7x1 см; в проекции крыла левой подвздошной кости 2 ссадины размером 1,5x0,3 и 5,5x1,5 см. На передненаружной поверхности левого бедра в средней трети, имеются 2 кожные раны щелевидной формы, с относительно ровными краями, остроугольными концами, расположенными на расстоянии 3 см друг под другом, размером 5x7 и 2,5x1 см, в просвете ран выстает подкожно-жировая клетчатка левого бедра и осколок бедренной кости, на фоне данных ран имеется участок осаднения, аналогичный выше описанным, размером 12x5 см. Аналогичная кожная рана с неровными лоскутными краями, расположена на передневнутренней поверхности правого бедра, в средней трети, размером 4x3см, в глубине раны определяется подкожно-жировая клетчатка. На передней поверхности левого плечевого сустава имеется синюшно-фиолетовый кровоподтек неопределенной формы с четкими контурами, размером 3x3,5см. Аналогичный кровоподтек расположен на передней поверхности левого предплечья, в средней трети, размером 7x4 см. При диагностическом разрезе мягких тканей нижних конечностей обнаружены: Многооскольчатый

перелом средней трети диафиза правой бедренной кости с образованием осколков (не менее 3) размером от 0,5х1,5х0,5 см до 4х5х0,6 см; многооскольчатый перелом проксимальной головки первой плюсневой кости правой стопы с вывихом ее вверх и назад и образованием не менее 4-х осколков размером от 0,5х0,5х0,2 см до 1,5х1х0,3 см; многооскольчатый перелом диафиза левой бедренной кости в средней трети с образованием не менее 4-х осколков размером 0,7х3х0,5 см до 2,5х7х0,6 см; перелом левого надколенника с образованием 3-х осколков размером от 2,5х1,5х1,5 см до 3х2,5х2 см. Края переломов мелкозубчатые, заострены. В мягких тканях в проекции вышеописанных переломов обнаружены темно-красные блестящие кровоизлияния. Других повреждений при наружном исследовании трупа не установлено.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ При отсепаровке мягких тканей с волосистой части головы обнаружены темно-красные блестящие кровоизлияния в правой височной области размером 2,5х2х0,4 см и в правой височно-теменной области размером 5х6х0,4 см. Кости свода черепа целы. Обнаружен оскольчатый перелом костей основания черепа, основная линия которого проходит циркулярно, образуя овальное отверстие, проходя через чешую затылочной кости в области задних черепных ямок, далее идет через переднюю поверхность пирамид обеих височных костей, переходит на клиновидную кость и проходит через турецкое седло, полностью разделяя череп на две части, длиной до 23,0 см. От основной линии перелома отходят дополнительные линейные переломы, проходящие через чешую затылочной кости, переходом в средние черепные ямки и далее на внутреннюю поверхность пирамид обеих височных костей с образованием не менее 4 осколков, с зубчатыми заостренными краями, размером от 5х6х5,5 см до 10,5х7х0,5 см. Толщина костей черепа на уровне секционного распила от 0,5 см в лобной области до 0,7 см в затылочной. Твердая мозговая оболочка целая, напряжена, серовато-синюшного цвета, рыхло сращена с костями черепа, в синусах ее следы темной, жидкой крови. Рельеф борозд и извилин сглажен. Мягкая мозговая оболочка тонкая, малокровная, отечная, влажная, блестящая под ней и в желудочках головного мозга небольшое количество бесцветной прозрачной жидкости. Вещество головного мозга тестоватой консистенции, массой 1300 гр. на разрезе влажное блестящее, белое вещество западает по отношению к серому и плоскостям разреза, все отделы головного мозга хорошо различимы без видимых кровоизлияний и повреждений. Граница между серым и белым веществом хорошо различима. Сосуды основания мозга спавшиеся, интима их гладкая. От вскрытых полостей ощущается обычный трупный запах. Расположение внутренних органов правильное. Брюшина серовато-синюшная влажная блестящая, в полости ее до 80 мл жидкой темной крови. Петли кишечника серовато-синюшные, гладкие, влажные, блестящие, равномерно умеренно вздуты, свободны от спаек. Легкие почти полностью выполняют плевральные полости, которые свободны от посторонней жидкости справа и слева, в левой плевральной полости до 720 мл темной жидкой крови и рыхлых темно-красных свертков. По извлечении органокомплекса обнаружены повреждения костей скелета: перелом рукоятки грудины на уровне 1-го межреберья; косо-продольный перелом тела правой ключицы; переломы 6-9-го ребер слева по косой линии от среднеключичной до подмышечной, без повреждения пристеночной плевры; со стороны наружной костной пластинки линии всех вышеописанных переломов имеют мелкозубчатый характер с различными сколами костного вещества, со стороны внутренней костной пластинки линии переломов относительно ровные, отвесные. В области всех вышеописанных переломов обнаружены темно-красные блестящие кровоизлияния. В аорте и нижней полой вене следы жидкой темной крови, интима аорты гладкая, бледно-желтая. Надпочечники листовидные, слоистые. Почки размерами 10х4х4 см, фиброзные капсулы снимаются легко, обнажая гладкую их поверхность. Ткань почек плотноватая, на разрезе красновато-коричневая, с различной границей между слоями. Лоханки свободны, мочеточники проходимы. В мочевом пузыре до 220 мл прозрачной, желтоватой мочи, слизистая его бледно-серая, складчатая. Язык обложен белесоватым налетом, кровоизлияний в корень языка не обнаружено. Вход в гортань свободен, голосовая щель зияет. Подъязычная кость и хрящи гортани на ощупь целы.

Просвет пищевода пуст, слизистая его бледно-серая, продольно-складчатая. В трахее и главных бронхах пристеночно расположенная слизь. Плевра легких тонкая, эластичная. Под междолевой плеврой правого и левого легкого имеются множественные темно-красные кровоизлияния, различной формы и размеров. Ткань легких пушисто-тестоватая, на разрезах красновато-розовая во всех отделах. Стенки бронхов утолщены, уплотнены. Сердечная сорочка по передней своей поверхности имеет множественные сквозные дефекты различной формы и размеров. Сердце размерами 11x12x4,5см. массой 310гр. Эпикард тонкий, гладкий, полупрозрачный, под ним умеренное количество жировой ткани. Венечные артерии проходимы, интима гладкая. По всем поверхностям желудочков имеются множественные (не менее 8) сквозных дефектов эпикарда и миокарда различной формы, с разволокненными краями, размером от 0,5x0,5см до 7x0,9см. с частичной утратой анатомического строения мышечной ткани. Мышца сердца плотновата, на разрезе светло-коричневая, тусклая, с участками неравномерного кровенаполнения, толщина стенки левого желудочка 1,0см, правого 0,5см, толщина межжелудочковой перегородки 1,0см. Печень размерами 21x16x10x10см. поверхность гладкая, передний край закруглен, ткань на разрезе красновато-коричневая без сального блеска, структура строения не различима. На висцеральной поверхности правой доли печени расположены линейные разрывы (3) ткани и паренхимы печени, размером от 3x0,2 см до 5,5x0,3см глубиной до 1,5см. Желчные пути проходимы. В желчном пузыре небольшое количество густой темно-оливковой желчи, слизистая его бархатистая. В желудке до 100мл белесовато-желтоватой жидкости, слизистая бледно-серая, складчатая. В кишечнике свойственное его отделам содержимое, слизистая его бледно-розовая, складчатая в соответствующих отделах. Поджелудочная железа в виде плотноватого тяжа, дольчатая, серовато-розовая. Селезенка размерами 6x8x2,5см, капсула целая, пульпа темно-красная без соскоба. Под капсулой селезенки, в области нижнего полюса, имеется темно-красное кровоизлияние размером 2,5x3см. При диагностическом разрезе мягких тканей спины кровоизлияний и повреждений не обнаружено. На химическое исследование взята кровь, моча на алкоголь и наркотические вещества. На биологическое исследование кровь на марле. На гистологическое исследование взяты кусочки внутренних органов. **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ.** Сочетанная тупая травма тела. Закрытая черепно-мозговая травма: Оскольчато-фрагментарный перелом костей основания черепа. Очаговые контузионные кровоизлияния в веществе головного мозга, первичные стволовые кровоизлияния. Кровоизлияния в мягкие ткани головы. Ушибленные, рвано-ушибленные раны и ссадины на лице и шее. Тупая травма грудной клетки и живота: разгибательный перелом рукоятки грудины. Косопродольный перелом тела правой ключицы. Переломы 6-9-го ребер слева разгибательного характера, по косой линии от среднеключичной до подмышечной, без повреждения пристеночной плевры. Множественные разрывы перикарда. Множественные разрывы стенок правого и левого желудочков. Множественные разрывы ткани и паренхимы печени. Кровоизлияние под легочную плевру обоих легких. Кровоизлияние под капсулу селезенки. Ссадины и рвано-ушибленные раны на грудной клетке. Тупая травма нижних конечностей: Многооскольчатые переломы средней трети диафизов обеих бедренных костей. Оскольчатый перелом левого надколенника. Перелом и вывих головки первой плюсневой кости правой стопы. Кровоподтеки и ссадины на конечностях. Рвано-ушибленные раны на нижних конечностях. **ДАнные ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.** При судебно-химическом исследовании крови и мочи от трупа этиловый спирт не обнаружен, не обнаружены: метиловый, изопропиловый, изобутиловый, бутиловый, изоамиловый спирты, ацетон. (Акт судебно-химического исследования №11725 от 12.09.2012 года.) При судебно-химическом исследовании крови и мочи от трупа не обнаружено барбитала, фенобарбитала, барбитала, этаминала, циклобарбитала, бензонала, тиопентала, морфина, героина, кодеина, буторфанола, дезоморфина, налбуфина, меторфана, декстропропоксифена, промедола, метадона, кокаина, трамадола, кетамина, метоксетаминна, эфедрина, амфетамина, метамфетамина, МДМА, МДА, МДПВ, МДПБ. дезметилпировалерона.

ТФМФП, п-ФФП, 2-дифенилметилпирролидина, дезоксипирадрол, папаверина, стрихнина, атропина, гиосциамин, скополамина, тропикамида. Тригексифенидила, анабазина, аминазина, тизерцина, дипразина, трифтазина, тиоридазина, амитриптилина, имизина, сертралина, миансерина, клозапина, диазепам, оксазепам, медазепам, феназепам, нитразепам, хлордиазепоксида, клобазама, доксиламина, супрастина, димедрола, хлорфенамина, фенирамина, пропранолола, метопролола, оксепренолола, верапамила, изониазида, карбамазепина, клофелина, баклофена. (Акт судебно-химического исследования № 11725 от 24.09.2012 года.) При судебно-гистологическом исследовании: «Головной мозг: мягкая мозговая оболочка отсутствует. На поверхности коры группы свободно лежащих контурирующихся ярко окрашенных эритроцитов. В коре больших полушарий мелкие очаги растрескивания с точечными кровоизлияниями в этих участках. В белом веществе, в области подкорковых ядер и в боковых отделах ствола мелкие рыхлые контузионные кровоизлияния из контурирующихся эритроцитов. Во всех полях зрения дистония сосудов, отделение плазмы в просветах некоторых, плазматическое пропитывание стенок, периваскулярные кровоизлияния, отек. Сердце: в жировой клетчатке эпикарда и в миокарде инфильтрирующее кровоизлияние из компактно и рыхло лежащих контурирующихся эритроцитов, единичных клеток белой крови. Дистония сосудов клетчатки и миокарда в зоне кровоизлияния, неравномерное и умеренное кровенаполнение их. Очаги фрагментации в миокарде. Легкое: в паренхиме субплеврально очаговое кровоизлияние из контурирующихся компактно и рыхло лежащих эритроцитов, плазмы, немногочисленных рассеянных клеток белой крови. Дистония сосудов, очаговое набухание и плазматическое пропитывание стенок, отделение плазмы в просветах сосудов. Большая часть пуста. Бронхоспазм, очаги субтелектазов, десквамированный эпителий в просветах бронхов. Группы эмфизематозно вздутых альвеол чередуются с частично спавшимися. Печень: группы гепатоцитов светлые, опустошены, плотно прилегают друг к другу. Большая часть сосудов пуста, часть содержат плазму с небольшим количеством эритроцитов. Почки: капилляры клубочков и сосуды стромы в корковом и мозговом веществе умеренного кровенаполнения, отделение плазмы в некоторых, нарушение тонуса сосудистых стенок. Селезенка: неравномерное кровенаполнение красной пульпы и центральных артерий. Мягкие ткани правой височной области: в препарате фрагмент соединительной и жировой ткани с группами мышечных волокон, в котором инфильтрирующее кровоизлияние из контурирующихся компактно и рыхло лежащих эритроцитов, компактных эритроцитарных масс с отделением плазмы, единичных клеток белой крови. В просветах сосудов в перифокальной зоне небольшое количество эритроцитов, плазма, нарушение тонуса сосудистых стенок. СГД: Очаговые контузионные кровоизлияния в веществе головного мозга, первичные стволовые кровоизлияния. Кровоизлияние в легкое, сопровождающее деструкцию паренхимы. Ушиб сердца в виде инфильтрирующего кровоизлияния в эпикарде. Кровоизлияние в мягкие ткани правой височной области. Реактивные изменения в повреждениях соответствуют начальным минимальным». (Акт судебно-гистологического исследования № 819р от 17.03.2011 г.)»...**ВЫВОДЫ.** На основании акта судебно-медицинского исследования трупа № , постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы, а также в соответствии с поставленными на разрешение эксперта вопросами прихожу к выводу, что смерть наступила от сочетанной тупой травмы тела, включающей в себя:

-Закрытую черепно-мозговую травму: Оскольчато-фрагментарный перелом костей основания черепа. Очаговые контузионные кровоизлияния в веществе головного мозга, первичные стволовые кровоизлияния. Кровоизлияния в мягкие ткани головы. Ушибленные, рвано-ушибленные раны и ссадины на лице и шее.

-Тупую травму грудной клетки и живота: Разгибательный перелом рукоятки грудины. Коспроходный перелом тела правой ключицы. Переломы 6-9-го ребер слева разгибательного характера, по косой линии от среднеключичной до подмышечной, без повреждения пристеночной плевры. Множественные разрывы перикарда. Множественные

разрывы стенок правого и левого желудочков. Множественные разрывы ткани и паренхимы печени. Кровоизлияние под легочную плевру обоих легких. Кровоизлияние под капсулу селезенки. Ссадины и рвано-ушибленные раны на грудной клетке.

-Тупую травму нижних конечностей: Многооскольчатые переломы средней трети диафизов обеих бедренных костей. Оскольчатый перелом левого надколенника. Перелом и вывих головки первой плюсневой кости правой стопы. Кровоподтеки и ссадины на конечностях. Рвано-ушибленные раны на нижних конечностях.

Таким образом, между сочетанной тупой травмой тела и смертью потерпевшего усматривается причинная связь. Сочетанная тупая травма тела, повлекшая смерть потерпевшего причинила тяжкий вред его здоровью по признаку опасности для жизни.

Все повреждения, входящие в комплекс сочетанной тупой травмы тела прижизненны, причинены твердым тупым предметом за минуты, десятки минут до наступления смерти, каковым могла быть плоскость при падении тела с высоты в конечной фазе падения. Частные и индивидуальные признаки травмирующего предмета не отобразились. Определить последовательность причинения травмирующих воздействий не представляется возможным в виду короткого промежутка времени их причинения. Посттравматический период жизни потерпевшего после причинения ему комплекса сочетанной тупой травмы телка составлял короткий промежуток времени, исчисляемый минутами (десятки минут). Совершение активных целенаправленных действий на этом этапе не исключается, но они могли иметь ограниченный характер в виду тяжести полученных повреждений.

Каких-либо следов, характерных для возможной борьбы или самообороны при исследовании трупа не обнаружено.

В случае образования сочетанной тупой травмы тела, со всем комплексом входящих в нее повреждений, от ударных воздействий твердым тупым предметом (предметами), в момент получения повреждений потерпевший мог находиться как и положении стоя, так и сидя и лежа, а нападавший (шие) в любом удобном положении, необходимом для нанесения ударов.

При судебно-медицинском исследовании в ранах инородных предметов, частиц, волокон, веществ не обнаружено.

Учитывая развитие трупных явлений зафиксированных при осмотре трупа на месте его обнаружения, полагаю, что смерть его наступила не менее чем за 20 минут до осмотра 25.08.2012 года в 05:15 часов (05:15 время, когда были зафиксированы трупные явления при осмотре трупа на месте происшествия).

При судебно-химическом исследовании крови и мочи от трупа этиловый спирт не обнаружен.

При судебно-химическом исследовании крови и мочи от трупа наркотические и сильнодействующие лекарственные вещества не обнаружены».

ПОВРЕЖДЕНИЯ АВТОМОБИЛЯ, НА КОТОРЫЙ УПАЛ





2. ДАННЫЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

2.1. Судебная медицина. Под редакцией директора Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения РФ, заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора В.В. Томилина. Норма-Инфра. М. 1999. стр.175-181.

«...Трупное окоченение — это процесс последовательно развивающихся изменений в мышцах трупа, приводящий к их уплотнению, затвердеванию и сокращению, в результате чего суставы делаются тугоподвижными, а поза трупа фиксируется. Окоченение обычно появляется через 1-3 часа после смерти. Первоначально оно выявляется в мышцах лица, особенно в жевательных. Затем окоченение охватывает мышцы шеи, груди, живота, верхних и нижних конечностей. Такой тип развития трупного окоченения называется нисходящим. Изредка, например, при остром малокровии, последовательность развития трупного окоченения может идти в обратном направлении. Через 4—6 часов после смерти, иногда позже (12—16 часов) трупное окоченение охватывает все мышцы тела и фиксирует позу трупа. Наибольшую плотность мышцы достигают через 24 часа после смерти... Через 24 - 48 часов трупное окоченение постепенно ослабевает в том же порядке, в котором появилось, и к 3 - 7-му дню полностью исчезает, "разрешается". Дольше всего трупное окоченение сохраняется в мышцах нижних конечностей.

М. И. Райский выделяет три стадии и следующие средние сроки их развития.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ТРУПНОГО ОКОЧЕНЕНИЯ (ПО М. И. РАЙСКОМУ)

Стадии	Время появления
1. Начало развития трупного окоченения Распространение его на все мышцы произвольного движения	1—3 часа после смерти 4—6 часов после смерти
2. Выраженное трупное окоченение всех мышц и фиксации позы трупа	От 4—6 часов до 24—48 часов после смерти
3. Начало разрешения трупного окоченения Полное исчезновение трупного окоченения	От 24 до 48 часов после смерти От 3 до 7 дней после смерти

Трупные пятна. Трупное пятно — это просвечивание сквозь кожу трупа крови, скопившейся в коже и подкожной жировой клетчатке. В основе образования трупного пятна лежит не только физический процесс стекания крови в низележащие участки тела

под действием силы тяжести после прекращения кровообращения, но также сокращение сосудистой стенки, ведущее к перемещению крови в капиллярах, часто против силы тяжести. Трупные пятна в виде бледно-синюшной, синюшно-багровой или фиолетовой окраски кожи на нижележащих частях тела появляются через один—два часа после наступления смерти...

ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОКРАСКИ ТРУПНЫХ ПЯТЕН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ И ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ

СТАДИИ	ВРЕМЯ, ПРОШЕДШЕЕ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ	ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОКРАСКИ ТРУПНЫХ ПЯТЕН
Гипостаз	2	5-10 сек
	4	30 сек
	6-8	1-2 мин
Стаз	10-12	5-8 мин
	14-16	8-10 мин
	18-20	15 мин
	22-24	15-25 мин
Имбиция	24-48	Не исчезают и не бледнеют

ДАННЫЕ А.И. МУХАНОВА (1968) О ВОССТАНОВЛЕНИИ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ОКРАСКИ ТРУПНЫХ ПЯТЕН ПОСЛЕ НАДАВЛИВАНИЯ С СИЛОЙ 5 КГ/СМ²

ВРЕМЯ, ПРОШЕДШЕЕ С МОМЕНТА СМЕРТИ (ЧАС)	ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОКРАСКИ ТРУПНЫХ ПЯТЕН (СЕК-МИН)
2 часа	3-10 сек
4 часа	5-30 сек
6 часов	10-40 сек
8 часов	20-60 сек
10 часов	25 сек-6 мин
12 часов	1-15 мин
16 часов	2-17 мин
18-20 часов	2-25 мин
22-24 часа	5-40 мин

2.2. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА ПОД РЕД. ЗАСЛ. ДЕЯТЕЛЯ НАУКИ РСФСР ПРОФ. В.Н. КРЮКОВА. М. «МЕДИЦИНА», 1990.-56-58 С.

«...При осмотрах трупов на месте обнаружения и при исследовании их в условиях морга широко используются методы определения давности смерти, основанные на динамике формирования и развития ранних и поздних изменений трупа. *Трупные пятна в стадии гипостаза появляются спустя 2—4 ч после смерти, в период с 2—4 до 12—14 ч трупные пятна при надавливании на них полностью исчезают и через некоторое время восстанавливают свой первоначальный цвет.* В стадии диффузии, которая ориентировочно продолжается с 14 до 24 ч, трупные пятна бледнеют при надавливании и значительно медленнее восстанавливают свою окраску и, наконец, после 24 ч трупные пятна не изменяют свой цвет. Эта закономерность изменений характера трупных пятен и позволяет ориентировочно определять давность смерти. Однако указанный прием носит выраженный субъективный характер. Ориентирующие данные для определения давности наступления смерти в зависимости от времени восстановления цвета трупных пятен представлены в табл. 1. В таблице приведены усредненные показатели.

Таблица 1.

ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОКРАСКИ ТРУПНЫХ ПЯТЕН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ СТАДИЙ И ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ

СТАДИЯ	ВРЕМЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦВЕТА ТРУПНЫХ ПЯТЕН	ВРЕМЯ ПОСЛЕ СМЕРТИ, Ч.
Гипостаз	5—10 с 30 с 1—2 мин	2 4 6—8
Диффузия	5—8 мин 8—10 мин 15 мин 15 мин	10—12 14—16 18—20 22—24
Имбибция	Не исчезают и не бледнеют	24—48

Цвет трупных пятен и время, необходимое для восстановления их окраски, зависят от причин смерти. Например, при смерти от механической асфиксии, для которой характерны обильные синюшно-фиолетовые трупные пятна, время, необходимое для восстановления их первоначального цвета, меньше, чем при смерти, обусловленной большой потерей крови, когда цвет трупных пятен восстанавливается медленнее. Таким образом, в ряде случаев необходима определенная коррекция в оценке изменений трупных пятен с учетом их выраженности и причины смерти.

Мышечное окоченение в скелетной мускулатуре обычно определяется, через 2-4 ч после наступления смерти и окончательно формируется к 24 ч. Начиная с 3 суток, наступают его разрешение. Следовательно, отсутствие мышечного окоченения указывает, что смерть наступила в пределах первых 2-4 ч или после 3 сут.

2.3. РУКОВОДСТВО ПО СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ.

ПОД РЕД. В.В. ТОМИЛИНА, Г.А. ПАШИНЯНА МОСКВА. : МЕДИЦИНА 2001г.с.167-182

Глава 18.

Повреждения при падении с высоты

«...Повреждения при падении с высоты в судебно-медицинском отношении — одни из наиболее сложных и трудно диагностируемых видов травмы. Это обусловлено прежде всего большим разнообразием видов падений, механизмов и обстоятельств их происхождения, приводящих к образованию многочисленных и полиморфных повреждений... Под травмой от падения с высоты следует понимать процесс последовательного воздействия на тело падающего человека, находящегося в движении, предметов, расположенных на пути его полета и в месте приземления. В зависимости от того, было ли придано перед падением (отрывом) ускорение или нет, все случаи падения можно разделить на две группы: падение с высоты с предварительным ускорением (активное падение) и падение с высоты без предварительного ускорения (пассивное падение). Потерпевший может сам себе придать ускорение — разбег и прыжок, отталкивание от края поверхности отрыва и т.д., но ускорение телу может быть сообщено и посторонней силой — человеком, движущимся предметом и т.д. От места отрыва и до места приземления тело падающего человека проходит определенный путь. Линия, соединяющая начало и конец пути, называется траекторией полета.

В том случае, если тело человека в процессе полета не встречает на своем пути до приземления каких-либо препятствий и повреждения образуются только в момент соударения о поверхность приземления, падение называют свободным.

Когда же на пути движения тела имеются какие-либо препятствия (карнизы, козырьки, балки, балконы и др.), о которые человек ударяется до момента приземления, то такое падение называют ступенчатым.

Случаи свободного падения встречаются значительно чаще, чем ступенчатого (соответственно 90 и 10 %). Сообщение телу ускорения всегда предшествует собственно падению (моменту отрыва) и может быть как при свободном, так и при ступенчатом падении. Во время полета части тела могут перемещаться относительно друг друга хаотично — в этом случае говорят о некоординированном падении, если человек группируется, то это координированное падение. И то и другое возможно при свободном, ступенчатом, активном и пассивном падении.

Отрыв и полет тела при падении с высоты — процесс исключительно сложный, протекает в несколько этапов в зависимости от вида падения.

При пассивном падении из положения виса на руках отрыв тела происходит без предварительных перемещений. Траектория полета при этом представляет собой прямую, соединяющую точку отрыва и точку приземления.

Если данная прямая перпендикулярна поверхности приземления, ее называют перпендикуляром падения.

В случае пассивного падения из положения стоя тело сначала поворачивается относительно точки опоры без проскальзывания, далее следует поворот тела одновременно с проскальзыванием на опоре, а затем — отрыв тела от опоры и полет его с вращением или без него. Траектория полета при этом варианте падения представляет собой не прямую линию, а параболу, поэтому место приземления тела всегда находится дальше точки перпендикуляра падения.

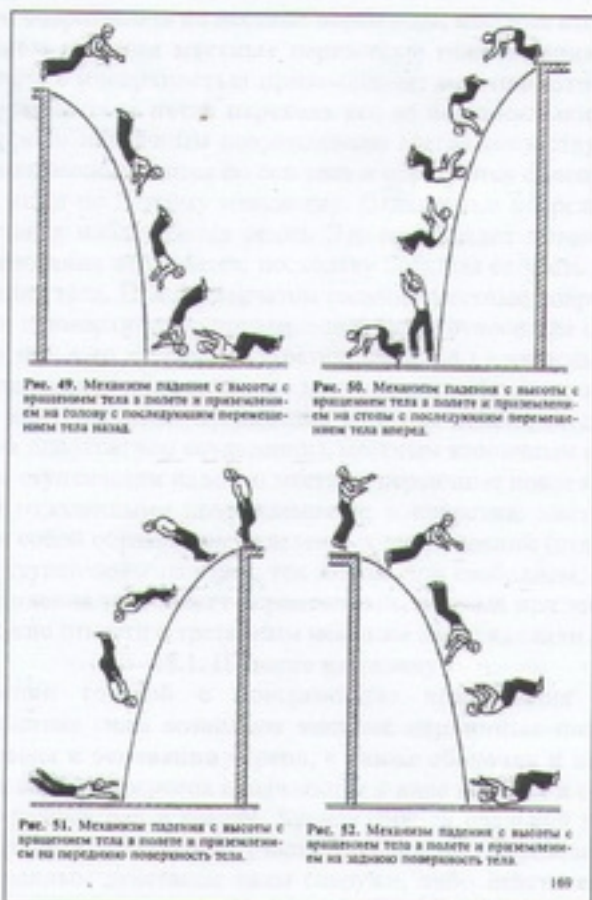
В случае свободного падения тело соударяется непосредственно с поверхностью приземления. При ступенчатом падении тело сначала соударяется с поверхностью выступавших предметов (однократно или многократно), расположенных на пути от точки отрыва до точки приземления, и лишь затем с поверхностью приземления. В данном случае траектория полета будет представлять собой несколько параболических линий, началом каждой последующей параболы будет точка промежуточного соударения, при этом также изменится и расположение места приземления относительно перпендикуляра падения.

В случаях активного падения, при сообщении телу предварительного ускорения, этапность падения может изменяться...

Для определения возможной траектории полета и установления того, придавалось ли телу горизонтально направленное ускорение, необходимы данные о положении тела на месте его приземления, локализации местных первичных и местных вторичных повреждений, а также сведения о расстоянии от плоскости перпендикуляра падения до теменной области головы, центра тяжести тела и до подошвенной поверхности стоп. На основании результатов анализа этих данных и математических расчетов в отдельных случаях можно установить траекторию полета тела и наличие или отсутствие ускорения...

При вертикальном положении тела во время полета человек может приземлиться на стопы, коленные суставы, ягодичную область или голову; при горизонтальном — на переднюю, заднюю или боковую поверхности тела всей своей плоскостью или какими-либо двумя областями (например, на руки и колени одновременно). Наиболее часто тело человека, падающего с высоты, приземляется на туловище и голову.

После приземления на стопы, колени, ягодицы или голову тело благодаря еще сохранившемуся движению перемещается вокруг точки соударения. Так, при соударении стопами или головой оно может перемещаться вперед, назад или в стороны (рис. 49, 50), при соударении коленями — вперед или в стороны; при соударении ягодицами — назад или в стороны. При приземлении на туловище тело не перемещается (рис. 51, 52).



...При ударном воздействии повреждения возникают от непосредственного действия травмирующей силы в месте ее приложения (местные повреждения) и в результате опосредованного действия силы вследствие явлений, сопровождающих удар, — сгибания, разгибания, кручения, сжатия, смещения (сотрясения). Это не самостоятельные виды травматического воздействия. Они являются результатом удара, непосредственно с ним связаны, образуются в определенной последовательности (в направлении действия силы) и, главное, в отдалении от места ее приложения. Повреждения, возникающие в результате косвенных воздействий, называются отдаленными. Их образование объясняется тем, что после первоначального соударения той или иной областью тела с поверхностью дальнейшее продвижение этой области прекращается. Однако другие части тела и внутренние органы по-прежнему подвижны и вследствие полученного инерционного движения некоторое время продолжают перемещаться. Трение приводит к формированию только местных повреждений. Таким образом, при падении с высоты независимо от его вида и способа приложения можно выделить две группы повреждений — местные и отдаленные. (По данным других авторов их называют «прямые и не прямые»¹). Местные повреждения образуются в месте непосредственного приложения травмирующей силы в момент соударения тела с поверхностью предметов во время полета или с поверхностью приземления. Отдаленные повреждения возникают на удалении от места приложения силы.

¹ Замечание специалистов

Местные повреждения в зависимости от того, на каком этапе падения они образуются, целесообразно подразделять на местные первичные, местные вторичные и т.д.

При свободном падении местные первичные повреждения возникают в момент соударения тела с поверхностью приземления; местные вторичные — при последующих соударениях тела после перехода его из вертикального положения в горизонтальное. Местным первичным повреждениям всегда сопутствуют отдаленные повреждения. Последние располагаются по оси тела и образуются одновременно с первыми, но в отдалении от них и по другому механизму. Отдаленные повреждения при местных вторичных воздействиях наблюдаются редко. Это происходит потому, что достаточной энергии для их образования не остается, поскольку большая ее часть «гасится» в момент первичного соударения тела. При ступенчатом падении местные повреждения, возникающие при соударении с поверхностью приземления, будут относиться не к первичным, как при свободном падении, а ко вторичным (третичным и т.д.) в зависимости от количества соударений с выступающими предметами во время полета. Повреждения же, вызываемые соударением тела с выступающими предметами во время полета, следует отнести к местным первичным (при однократном соударении), местным вторичным (при двукратном соударении) и т.д. При ступенчатом падении местные первичные повреждения, как правило, не сопровождаются отдаленными повреждениями, и напротив: местные вторичные повреждения влекут за собой образование отдаленных повреждений (отдаленные вторичные повреждения). При ступенчатом падении, так же как при свободном, после соударения с поверхностью приземления тело может перемещаться, получая при этом дополнительные повреждения. Их можно отнести к третичным местным повреждениям...

18.1. Падение на голову

При соударении головой с поверхностью приземления в результате непосредственного действия силы возникают местные первичные повреждения мягких покровов, костей свода и основания черепа, а также оболочек и вещества головного мозга. Повреждения мягких покровов проявляются в виде кожных и подкожных кровоизлияний, ушибленно-рваных ран и ссадин. Кровоизлияния овальной или круглой формы располагаются на площади чуть больше участка соударения. Образование ран обусловлено либо непосредственным действием силы снаружи, либо действием на кожу изнутри краев отломков поврежденных костей. Возможно и сочетание этих механизмов. В первом случае раны единичные, ушибленно-рваные, древовидной или лучистой формы. Во втором случае раны множественные, линейной, волнистой, дугообразной и даже углообразной формы. Раны, образованные при действии костных отломков, располагаются, как правило, на участке в виде овала или круга соответственно внешней границе зоны соударения и линиям концентрического перелома костей свода черепа. Количество таких ран на внутренней поверхности кожно-мышечного лоскута всегда больше, чем на коже головы, так как не все раны достигают наружной ее поверхности.

Наряду с повреждениями мягких покровов возникают переломы костей свода и основания черепа, как в месте непосредственного приложения силы, так и в отдалении от него. В месте воздействия силы вследствие местной и общей деформации черепа в результате изгиба и растяжения кости образуется несколько линейных радиальных переломов, исходящих из одной точки. По мере прогибания кости внутрь между радиальными переломами возникают концентрические переломы. Они соединяют дистальные отделы радиальных линий по всей окружности зоны контакта головы с поверхностью приземления либо частично.

Дальнейшее прогибание кости приводит к образованию второго, иногда третьего ряда концентрических переломов. Все они идут почти параллельно, в 2—3 см друг от друга. Крайний от центра вдавления концентрический перелом обычно соответствует границе зоны соударения головы с поверхностью приземления. Одновременно с радиальными и концентрическими переломами образуются меридианальные переломы от растяжения кости. Они либо являются продолжением радиальных переломов, либо берут начало от