

Медицинская документация
Форма № 170/у
Утверждена МЗ СССР
04.10.80 г. № 1030

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА
(экспертиза трупа)

произвел(и) судебно-медицинскую экспертизу трупа _____

_____ (фамилия, имя, отчество умершего)

рождения 1968 г. (лет 48)

Экспертиза начата 24.11.2016 г., в 12 час. 30 мин.

Экспертиза окончена 27.01.2017 г., в 13 час. 41 мин.

«Заключение» излагается на следующих 6 листах, и приложения – на 18 листах.

Приложения:

1. схемы повреждений на 3 листах*;
2. заключение эксперта (экспертиза вещественных доказательств) г. на 2 листах*;
3. заключение эксперта (медико-криминалистическая экспертиза) на 6 листах*;
4. акт (судебно-химического исследования) от 28.12.2016 г. на 4 листах*;
5. заключение эксперта (судебно-гистологическая экспертиза) от 30.12.2016 г. на 2 листах*;
6. постановление на 1 листе*.

* - только ко второму экземпляру «Заключения»

Вопросы, поставленные на разрешение экспертизы:

1. какие повреждения имеются на трупе их количество, локализация, степень вреда здоровью, механизм причинения и давность происхождения?
2. Принимал ли потерпевший алкоголь (наркотики) незадолго до смерти и в каком количестве?
3. Какова причина смерти? Когда наступила смерть?
4. Возможно ли причинение телесных повреждений, в том числе явившихся непосредственной причиной смерти, при самопроизвольном падении с высоты собственного роста, на твердую ровную поверхность или выступающую острую поверхность?

Объект исследования

Исследовательская часть

При проведении судебно-медицинской экспертизы были использованы следующие методы: визуальный, измерительный, морфологический, описательно-наблюдательный, пальпаторный, сравнительно-аналитический, экспертной оценки. Измерения проводились металлической линейкой длиной 500 мм (ГОСТ 427-75).

Данные материалов дела

Не представлены.

Данные медицинских документов

Не представлены.

Наружное исследование

На трупе одежда: **1) кофта** хлопчатобумажная разноцветная; повреждений и наложений не обнаружено; **2) пайта** из синтетического материала, камуфлированной окраски; перед пайты пропитан буро-красной подсохшей жидкостью; повреждений не обнаружено; **3) брюки спортивные**, камуфлированной окраски; ткань передней поверхности обеих штанин, до уровня коленных суставов трупа, пропитана буро-красной подсохшей жидкостью; повреждений не обнаружено; **4) трусы** хлопчатобумажные, черно-синего цвета; ткань передней поверхности трусов пропитана буро-красной подсохшей жидкостью; повреждений не обнаружено; **5) носки** хлопчатобумажные черного цвета; повреждений и наложений не обнаружено.

Труп мужского пола, длиной 173 см; правильного телосложения, по нормостеническому типу, удовлетворительного питания. Кожный покров бледно-серого цвета; упругий; на ощупь холодный во всех отделах. На лице, передней поверхности шеи, передней поверхности грудной клетки, ниже уровня сосков, передней брюшной стенке и передней поверхности бедер, а также на кистях обеих рук, по всем поверхностям – наложения буро-красной подсохшей жидкости, в виде разнонаправленных помарок и мазков. Трупные явления зафиксированы по состоянию на 13.00 часов. Трупные пятна островковые.

бледно-фиолетового цвета, с синюшным оттенком, слабо выраженные, расположены на задней поверхности туловища и конечностей, в отлогих местах; при надавливании пальцем не исчезают и не бледнеют. Трупное окоченение резко выражено в жевательных мышцах и мышцах шеи, мышцах передней брюшной стенки, верхних и нижних конечностей. Голова правильной формы. Волосы на голове темно-русые, длиной до 2 см. Кости лицевого черепа, хрящи носа и ушных раковин на ощупь целы. Лицо симметричное. Глаза закрыты. Слизистые оболочки глаз бледно-розового цвета, влажные, блестящие, без кровоизлияний и пятен подсыхания. Радужные оболочки серого цвета. Зрачки правильной округлой формы, одинаковые, диаметром по 0,3 см каждый. Рот закрыт. Переходная кайма губ синюшная, подсыхая, мягкая на ощупь. Слизистая оболочка преддверия полости рта синюшно-розовая. Язык в полости рта расположен свободно, за линией смыкания зубов. Инородных тел в полости рта не обнаружено. Зубы целы единичные. Имеющиеся зубы кариозно изменены: повреждений их не выявлено. Лунки отсутствующих зубов зарощены, сглажены, атрофичны. Слизистая оболочка, в области лунок отсутствующих зубов, бледно-розового цвета. Из наружных отверстий носовых ходов и отверстия полости рта определяются потеки буро-красной подсыхшей жидкости, по направлению к правому наружному слуховому проходу. Выделений из наружных отверстий слуховых проходов не определяется. Шея средней длины и толщины; хрящи гортани на ощупь целы. Грудная клетка симметрична. На ощупь рёбра, грудина целы. Живот округлой формы, не вздут, в положении трупа на спине расположен ниже уровня ребер и гребней подвздошных костей. Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по мужскому типу. Крайняя плоть полностью закрывает головку полового члена, кожа мошонки подсыхая, буровато-коричневого цвета, мягкая на ощупь. Яички в мошонке; гладкие, подвижные. Выделений из отверстия мочеиспускательного канала не определяется. Заднепроходное отверстие сомкнуто, повреждений нет; кожа перианальной области без наложений. Позвоночник, кости таза, верхних и нижних конечностей на ощупь целы. Конечности пропорциональны, правильной формы.

При наружном исследовании обнаружены повреждения (описание повреждений приведено при условии правильного вертикального положения тела):

- рана на левой переднебоковой поверхности шеи, в 5 см слева от средней линии и на уровне верхнего края щитовидного хряща, в 153 см от подошвенной поверхности стоп; рана неправильной веретенообразной формы, размерами 2,5х0,5 см. Длинник раны ориентирован практически горизонтально. После сведения краёв рана имеет извитую форму, длиной 2,5 см. Края раны сопоставляются без дефекта тканей, визуальны мелковолнистые, без осаднения и кровоподтеков. Концы раны визуальны острые. Кожа вокруг раны без повреждений и загрязнений. Ниже указанного повреждения на 1 см, на уровне левого его конца, имеется рана волнистой формы, длиной 1,3 см, с визуальны аналогичными по морфологии характеристиками;

- рана на передней брюшной стенке, в 2 см слева от средней линии и на 2 см ниже уровня пупка, в 102 см от подошвенной поверхности стоп; рана неправильной веретенообразной формы, размерами 4,5х0,8 см. Длинник раны ориентирован практически горизонтально. После сведения краёв рана имеет прямолинейную форму, длиной 4 см. Края раны сопоставляются без дефекта тканей, визуальны мелковолнистые, без осаднения и кровоподтеков. Правый конец М-образной формы, шириной 0,1 см, левый – в виде острого угла. Кожа вокруг раны без повреждений и загрязнений;

- рана передневнутренней поверхности области правого лучезапястного сустава, в проекции эпифиза локтевой кости; рана неправильной многоугольной формы, размерами 1х1 см. Длинник раны ориентирован горизонтально. При сведении краёв рана приобретает угловидную форму (близкую к прямому углу), с длиной двух лучей по 1 см каждый. Края

раны волнистые, без осаднения и размозжения. Стенки ее относительно ровные. Концы острые. Дном раны являются кровоподтечные мягкие ткани. Рана глубиной до 0,2 см в средней части;

- странгуляционная борозда на задней поверхности шеи: одиночная, незамкнутая, дугообразная, дугой открытая вверх, от проекции верхушки одного сосцевидного отростка к другому, в 10 см ниже проекции наружного затылочного бугра (по срединной линии), в 153 см от подошвенной поверхности стоп; борозда в виде участка вдавления кожи, розовато-бледно-синюшного цвета, шириной 0,5-0,7 см, с четко выраженными неосадненными краями.

Других повреждений при наружном исследовании не выявлено.

Внутреннее исследование

Произведен разрез мягких тканей головы, от верхушки правого сосцевидного отростка к левому, через височные и теменные области, сзади отсепарирован до уровня 7-го шейного позвонка. Внутренняя поверхность кожного лоскута головы розово-красного цвета, гладкая, без кровоизлияний. Височные мышцы красно-коричневого цвета, структурные, волокнистые, без кровоизлияний. В кожном лоскуте и поверхностных мышцах задней поверхности шеи, в проекции странгуляционной борозды – сочные, блестящие кровоизлияния, на участке длиной 19 см, шириной 0,5-1 см. Кровоизлияний в глубокие мышцы шеи, повреждений шейных позвонков не обнаружено. Повреждений костей черепа не обнаружено. Толщина костей на уровне секционного распила: лобной – 0,5 см, затылочной – 0,4 см, чешуи височной кости – до 0,3 см. Твёрдая мозговая оболочка перламутровая, легко отделяется от костей черепа, сосуды полнокровны. Свободной крови над твёрдой мозговой оболочкой не обнаружено. Синусы твердой мозговой оболочки наполнены темной жидкой кровью. Под твердой мозговой оболочкой крови не выявлено. После извлечения головного мозга, повреждений твердой мозговой оболочки, на основании черепа, не обнаружено. После отделения твердой мозговой оболочки, повреждений костей внутреннего основания черепа не обнаружено. Масса мозга 1211 г. Вещество мозга упругое, набухшее. Мягкая мозговая оболочка набухшая, студневидная, прозрачная, влажная, блестящая, сосуды полнокровны. Под мягкой мозговой оболочкой кровоизлияний и свободной жидкости не выявлено. Полушария мозга визуально симметричны. Борозды сглажены, извилины мозга несколько уплощены. Головной мозг исследован серией фронтальных разрезов мозга в плоскостях, перпендикулярных продольной оси больших полушарий и ствола. Структура стволового отдела головного мозга дифференцируется, кровоизлияний не выявлено. Структура мозжечка различима удовлетворительно; участков деструкции, кровоизлияний не выявлено. Желудочки мозга щелевидной формы, заполнены красноватым прозрачным ликвором, в небольшом количестве. Эпендима желудочков гладкая. Сосудистые сплетения красно-фиолетового цвета, рыхлые, мягкие, с эпендимой не спаяны. На разрезе граница коры и белого вещества, а также подкорковых структур ступенчаты; кора бледно-серого цвета, толщиной 0,3 см в теменной доле; вещество мозга липнет к ножу. С поверхности разрезов выделяются капли темной крови, снимаются обухом ножа. Сосуды основания мозга с плотно-эластичной прозрачной желтоватой стенкой, на поперечных срезах стенка сосудов не утолщена. Связки атлanto-затылочного сочленения белесовато-серые, не изменены, кровоизлияний и повреждений не выявлено.

Произведен разрез мягких тканей передней поверхности туловища, от уровня верхнего края щитовидного хряща до уровня лобкового сочленения, с обходом пупка слева. Рассечены грудино-ключичные сочленения и хрящевые части ребер. На разрезе подкожная жировая клетчатка жёлтого цвета, зернистая, толщиной на уровне груди 0,8 см, на уровне пупка 1,5 см. Мышцы красновато-коричневого цвета, умеренного кровенаполнения. В правой и левой

плевральной полости – следы желтоватой прозрачной жидкости. В брюшной полости – в складках большого сальника – небольшое количество темной жидкой крови, массой около 20 г. В проекции раны передней брюшной стенки, на париетальной брюшине – соразмерное аналогичное повреждение, с волнистыми кровоподтечными краями и стенками. Повреждений сальника и петель кишечника, других органов брюшной полости, кровоизлияний в стенки и под их оболочки не выявлено. Таким образом, рана передней брюшной стенки, повреждения мышц живота и париетальной брюшины соединены одним раневым каналом, длиной 1,5 см, направленным спереди назад. Внутренние органы расположены правильно. Грудина, ключица, ребра не повреждены. Париетальная плевра – гладкая, прозрачная, сероватая, толщиной 0,1 см. В правой и левой плевральной полости и брюшной полости – следы желтоватой прозрачной жидкости. Диафрагма на ощупь эластичная, мышца бледно-коричневая, волокнистая, сухожильный центр не поврежден: повреждений реберной части не обнаружено. Высота стояния купола диафрагмы слева – проекция 5-го ребра, справа – проекция – 6-го ребра. Сердечная сорочка не напряжена, бледно-серого цвета, повреждений перикарда и крупных сосудов не обнаружено. Полость сорочки заполнена водой, проколом скальпеля вскрыт правый желудочек, из полости выходит темно-красная жидкая кровь, в небольшом количестве, пузырьков воздуха нет (проба Сунцова отрицательная). При послойном исследовании шеи, повреждение, расположенное ниже раны левой переднебоковой поверхности шеи, заканчивается в мягких тканях шеи, на глубине до 0,2 см. От самой раны левой переднебоковой поверхности шеи, в мягких тканях, отходит раневой канал, проходящий под подъязычной костью, перед левым сосудисто-нервным пучком шеи и над щитовидным хрящом гортани, не повреждая их на указанном уровне, и слепо заканчивается в правой стенке глотки, на уровне заднего верхнего конца правой пластинки щитовидного хряща, пересекая правый верхний рог щитовидного хряща на расстоянии 0,4 см от его конца. Повреждение стенки глотки имеет щелевидную форму, длиной 1,1 см, ориентировано аналогично ране шеи; глубина раневого канала в стенке глотки и подлежащих тканях составляет 0,8 см. Повреждений правого сосудисто-нервного пучка шеи не выявлено. По ходу раневого канала определяются пересеченные относительно небольшие сосуды шеи, кровоснабжающие язык, гортань и щитовидную железу, и обширные кровоизлияния, инфильтрирующие мягкие ткани, темно-красные, сочные, блестящие. Подъязычная кость и хрящи гортани освобождены от мягких тканей. Повреждений подъязычной кости не обнаружено. Таким образом, рана левой переднебоковой поверхности шеи, повреждения мягких тканей и сосудов шеи, правого верхнего рога щитовидного хряща и правой стенки глотки соединены одним раневым каналом, длиной 11 см, направленным горизонтально, спереди назад и слева направо. Внутренние органы извлечены по методу Г.В. Шора. Кровоизлияний в околопозвоночную клетчатку, клетчатку средостения не выявлено. Конфигурация позвоночника не нарушена. Повреждений отростков и тел позвонков не выявлено. Слизистая оболочка языка бледно-розовая, сосочки языка выражены слабо, на разрезе мышцы языка красновато-фиолетовые, однородные, кровоизлияний не выявлено. Слизистая оболочка пищевода складчатая, бледно-серого цвета, кровоизлияний не выявлено, в просвете пищевода – небольшое количество красной полупрозрачной жидкости. Доли щитовидной железы симметричны размерами: правая доля 3х2х1 см, левая 3х2,5х1 см, на разрезе ткань щитовидной железы красная, зернистая, слабого кровенаполнения, структурная. Вход в гортань и в пищевод свободен. Голосовая щель зияет, шириной 0,4 см в средней трети. На стенках трахеи и главных бронхов – следы темной жидкой крови. Слизистая оболочка трахеи и крупных бронхов бледно-розовая, кровоизлияний не выявлено. Сердце исследовано по методу Автандилова Г.Г. – Тюкова А.И. Сердце массой 322 г, размерами 10х9х5,5 см, форму на секционном столе держит плохо, «распластывается», кровоизлияний под эпикардом не выявлено. Повреждений

стенок сердца не выявлено. Полости сердца не расширены, в полостях сердца, на стенках, небольшое количество темной жидкой крови, в виде разводов. Эндокард гладкий, полупрозрачный; трабекулы и сосочковые мышцы выражены хорошо, хордальные нити тонкие, белесоватые, плотные на ощупь; под эндокардом кровоизлияний не выявлено. Створки клапанов сердца и крупных сосудов правильной конфигурации, не деформированы, бледно-желтого цвета, гладкие. Миокард на разрезе бледно-красно-коричневый, с участками неравномерного кровенаполнения, плотно-эластичный, однородный, структурный; толщина миокарда левого желудочка 1 см, правого желудочка – 0,3 см, межжелудочковой перегородки – 0,7 см. Периметр аорты над аортальным клапаном 6,5 см. Повреждений аорты и отходящих от нее сосудов не обнаружено. Стенка аорты и коронарных артерий с тонкими сероватыми, гладкими, блестящими изнутри стенками. Повреждений нижней полой вены не выявлено. Интима нижней полой вены серовато-синюшного цвета, гладкая. Бронхопультмональные и паратрахеальные лимфоузлы не увеличены, овальные, плотные, не спаянные между собой; на разрезе мутные, черного цвета. Поверхность легких равномерной бледно-розовой окраски, с синюшным оттенком; легкие диффузно вздуты; влажные, блестящие, выполняют плевральные полости на 2/3; массой: левое легкое 212 г, правое – 307 г. Повреждений легких и кровоизлияний под висцеральной плеврой не выявлено. Ткань легких на разрезах однородная, бледно-красного цвета, «сухая». При сжатии легких, с поверхности разрезов стекает розовая пенящаяся жидкость, в небольшом количестве, и капли темной жидкой крови. Печень массой 1521 г, размерами 27x20x14x9 см, поверхность гладкая, бледно-коричневого цвета, без видимых повреждений, нижний край закруглен. Ткань печени, на разрезе, бледно-коричневого цвета, малокровная, визуально структурная. Желчный пузырь грушевидной формы, поверхность гладкая, темно-зеленого цвета, в полости его 10 мл коричневой жидкой желчи; слизистая оболочка бархатистая, бурозеленого цвета. Желчные пути проходимы. Поджелудочная железа лентовидной формы, повреждений ее не выявлено; железа не увеличена, плотно-эластичная на ощупь, поверхность мелкобугристая; на разрезе ткань железы коричневато-розовая, структура визуализируется слабо; кровоизлияний не выявлено. Околопочечная клетчатка выражена хорошо, желтого цвета; без кровоизлияний, с обеих сторон. Надпочечники листовидной формы, не повреждены; размерами по 3x2x0,5 см каждый, эластичные на ощупь; корковое вещество истончено, толщиной до 0,1 см, ярко-желтого цвета; мозговое вещество толщиной 0,3 см, бордово-коричневого цвета. Правая почка размерами 10x6x4 см, массой 165 г; левая почка размерами 11x5x4 см, массой 153 г. Правая почка направлена на судебно-химическую экспертизу. Фиброзная капсула левой почки снимается легко; на разрезе корковое вещество бледно-красного цвета, мозговое вещество фиолетового цвета, граница в виде четко выраженного венчика, темно-фиолетового цвета. Слизистая оболочка лоханок, мочеточников, мочевого пузыря бледно-синюшная, в мочевом пузыре – следы прозрачной мочи желтоватого цвета. Селезенка массой 70 г, размерами 6x5x1 см, капсула морщинистая, прозрачная, поверхность бледно-фиолетового цвета. Повреждений не обнаружено. На разрезе, пульпа селезенки зернистая, светло-вишневого цвета, соскоба пульпы не дает. Желудок мешковидной формы; в полости – 20 г темно-коричневого мутного жидкого содержимого, по типу «кофейной гущи», без характерного запаха; слизистая оболочка розовато-серого цвета, складчатость слизистой оболочки сохранена, кровоизлияний и дефектов (эрозивных, язвенных) слизистой оболочки не обнаружено. В просвете двенадцатиперстной кишки небольшое количество зеленоватой слизи; слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки синюшно-серо-розового цвета; кровоизлияний не выявлено. Повреждений тонкого кишечника не обнаружено; слизистая оболочка тощей и подвздошной кишок серовато-розового цвета, кровоизлияний не выявлено. Повреждений толстой кишки не обнаружено; в просвете толстой кишки полуоформленные каловые массы коричневого

цвета, в небольшом количестве. Предстательная железа плотноэластической консистенции, однородная, серовато-красного цвета. Кости таза, при исследовании, без повреждений.

При вскрытии, от полостей и органов трупа ощущался обычный трупный запах.

В процессе секционного исследования составлены схемы повреждений (см. приложение к «Заключению эксперта» – графические таблицы).

На судебно-химическую экспертизу направлены: кровь – для определения наличия и концентрации спиртов C_1 - C_5 ; кровь, правая почка, фрагмент печени, желчь – для определения наличия и концентрации наркотических веществ.

На судебно-гистологическую экспертизу направлены кусочки внутренних органов: кожа шеи – 1, мягкие ткани шеи (кусочек промаркирован «№ 1») – 1, мягкие ткани передней брюшной стенки (кусочек промаркирован «№ 2») – 1, стенка глотки – 1, печень – 1, левая почка – 1, легкие – 2, головной мозг – 3, сердце – 1.

На медико-криминалистическую экспертизу направлены три кожных лоскута с повреждениями: задней поверхности шеи, левой переднебоковой поверхности шеи и передней брюшной стенки – для определения характера повреждений и свойств травмирующего орудия (орудий).

На судебно-биологическую экспертизу направлена кровь – для определения групповых свойств.

От трупа изъят и направлен в архив I
высушенный на марлевом тампоне.

образец крови от трупа.

Врач судебно-медицинский эксперт

Текст протокольной части Заключения эксперта
медицинским экспертом

врачом – судебно-

Результаты лабораторных исследований

29.12.2016 г. представлено заключение эксперта (экспертиза вещественных доказательств)

2016 г., из которого следуют выводы: «3.1. Кровь от трупа

1968 г.р. (з/э J от 23.11.16 г.) принадлежит к группе B_a (III) по изосерологической системе AB_0 . Врач судебно-медицинский эксперт И.И.».

16.01.2017 г. представлено заключение эксперта (медико-криминалистическая экспертиза)

от 10.01.2017 г., из которого следуют выводы: «1. Медико-криминалистическим исследованием кожных лоскутов от трупа _____, 1968 года рождения (Заключение эксперта _____), установлено: - на каждом лоскуте шеи повреждение, которое является фрагментом странгуляционной борозды, образовавшейся в результате сочетанного давящего и обтирающего действия предмета с продолговатой контактировавшей поверхностью, обладавшего достаточной гибкостью, что позволило ему плотно облепать шею на данном участке. При контактно-диффузионном исследовании в области странгуляционной борозды следов металлизации соединениями железа не выявлено. Каких-либо наложений на поверхности участка повреждения не обнаружено; - на кожном лоскуте передне-боковой поверхности шеи слева два сквозных колото-резаных повреждения, которые образовались в результате травматических воздействий плоского колюще-режущего предмета, на уровне погружавшейся части имеющего одностороннюю заточку, то есть обушок и, вероятнее всего, зазубренную режущую кромку. С учетом ретракции кожного лоскута можно полагать, что ширина травмирующего предмета на уровне его погружавшейся части составляла порядка 18-21 мм; - на кожном лоскуте передней брюшной стенки выявлено колото-резаное повреждение, которое образовалось в результате одного травматического воздействия плоского колюще-режущего предмета, на уровне погружавшейся части имеющего одностороннюю заточку, то

есть обушок и, вероятнее всего, зазубренную режущую кромку. С учетом ретракции кожного лоскута можно полагать, что ширина травмирующего предмета на уровне его погружавшейся части, вероятнее всего, составляла порядка 36-38 мм. Более конкретно судить о ширине травмирующего предмета возможно после исследования предполагаемого орудия травмы и проведения сравнительно-экспериментального исследования. При контактно-диффузионном исследовании в области краев колото-резаных повреждений на кожных лоскутах следов металлизации соединениями железа не выявлено. Врач судебно-медицинский эксперт И.А. Сеттарова».

24.01.2017 г. представлен акт (судебно-химическое исследование) от 28.12.2016 г., из которого следует заключение: «На основании направления врача судебно-медицинского эксперта А.А., принимая во внимание обстоятельства и в соответствии с вопросами, поставленными в направлении, прихожу к следующему заключению: При проведении судебно-химического исследования: крови, желчи, внутренних органов трупа (А1 от 24.11.16) В исследуемых объектах: (кровь, желчь, печень, почка) не обнаружены производные барбитуровой кислоты, алкалоиды, в том числе группы опия, эфедрин, димедрол, амитриптилин, производные фенотиазина, 1,4 бензодиазепаина, пиразолона, ксантина. В крови этиловый алкоголь не обнаружен. Не обнаружены метиловый, изопропиловый, пропиловый, изобутиловый, бутиловый, изоамиловый, амиловый спирты. Судебный эксперт (эксперт-химик)

24.01.2017 г. представлено заключение эксперта (судебно-гистологическая экспертиза) № от 30.12.2016 г., из которого следует заключение: «Прижизненные кровоизлияния в коже шеи, глотке, мягких тканях шеи и живота (М-1,2) с очаговой и диффузной лейкоцитарной инфильтрацией в толще и на границе кровоизлияний и неповрежденных участков ткани. Учитывая средние статистические данные различных литературных источников, можно предположить, что давность кровоизлияний от 3 до 6 часов. Коэффициент шока имеет цифровой набор 110101 и равен 0,91991. Это позволяет диагностировать наличие шока. Отек головного мозга и легких. Дистрофические изменения сердца, печени, почек. Морфологические признаки кардиомиопатии. Жировая дистрофия печени, фиброз портальных трактов. Морфологические признаки шунтированного кровообращения в почках. Врач судебно-медицинский

Судебно-медицинский диагноз

Основное повреждение. Сочетанная травма шеи и живота острым предметом: а) колото-резаное слепое ранение шеи, проникающее в просвет глотки, с повреждением мягких тканей, сосудов и органов шеи; б) колото-резаное слепое проникающее ранение живота, без повреждения внутренних органов; гемоперитонеум (20 г).

Осложнение. Шок смешанного генеза (травматический, гиповолемический) тяжелой степени: бледность кожного покрова; островковые, слабо выраженные трупные пятна; резко выраженное трупное окоченение; «запустевание» полостей сердца; «шоковые» почки (набухшие, пестрые; компенсаторное шунтирование артериального кровотока с резким снижением объема гемодинамики в области коркового слоя – малокровие коркового слоя и резкая гиперемия околomозговой зоны и пирамид); «шоковые» легкие (гистоморфологические признаки – коэффициент шока (по И.Р. Вазиной, 1987) имеет цифровой набор 110101 и равен 0,91991); малокровие селезенки; выраженное малокровие сосудов головного мозга и внутренних органов; отек головного мозга и легких; дистрофические изменения сердца, печени, почек.

Сопутствующие. Колото-резаная рана шеи слева. Резаная рана области правого лучезапястного сустава. Кардиомиопатия неуточненная. Фиброз печени.

Выводы

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы трупа гр-на 1968 года рождения, принимая во внимание известные обстоятельства дела и результаты лабораторных исследований (судебно-химического, судебно-гистологического, судебно-биологического), считаю возможным на вопросы, указанные в постановлении, ответить следующим образом.

Ответы на вопросы №№ 1, 3: *«какие повреждения имеются на трупе их количество, локализация, степень вреда здоровью, механизм причинения и давность происхождения? Какова причина смерти? Когда наступила смерть?»*

При судебно-медицинской экспертизе трупа гр. А.В., 1968 г.р., обнаружены повреждения (описание повреждений приведено при условии правильного вертикального положения тела):

А) колото-резаное слепое ранение шеи, проникающее в просвет глотки, с повреждением мягких тканей и сосудов шеи, правого верхнего рога щитовидного хряща и правой стенки глотки; рана расположена на левой переднебоковой поверхности шеи, в 5 см слева от средней линии и на уровне верхнего края щитовидного хряща, в 153 см от подошвенной поверхности стоп; раневой канал направлен горизонтально, спереди назад и слева направо; кровь в просвете дыхательных путей и полости желудка;

Б) колото-резаное слепое ранение живота, проникающее в просвет брюшной полости, без повреждения внутренних органов; рана расположена на передней брюшной стенке, в 2 см слева от средней линии и на 2 см ниже уровня пупка, в 102 см от подошвенной поверхности стоп; раневой канал направлен спереди назад; гемоперитонеум (скопление крови в брюшной полости – 20 г);

В) колото-резаная рана шеи слева, в 3,7 см слева от средней линии и на 1 см ниже уровня верхнего края щитовидного хряща, в 152 см от подошвенной поверхности стоп, с повреждением поверхностных мышц шеи;

Г) резаная рана передневнутренней поверхности области правого лучезапястного сустава, в проекции эпифиза локтевой кости;

Д) одиночная незамкнутая косо-восходящая сзади кпереди и снизу вверх странгуляционная борозда на задней поверхности шеи, в верхней трети, в 153 см от подошвенной поверхности стоп.

Все обнаруженные повреждения причинены прижизненно, о чем свидетельствует наличие кровоизлияний с реактивными явлениями, в поврежденных мягких тканях.

Учитывая гистоморфологическую картину в поврежденных мягких тканях (заключение эксперта (судебно-гистологическая экспертиза) от 30.12.2016 г.), считаю, что давность образования всех обнаруженных повреждений, составляет от 3 до 6 часов, на момент смерти пострадавшего.

Смерть гр. А.В., 1968 г.р., наступила в результате сочетанной травмы шеи и живота острым предметом, в виде двух слепых колото-резаных ранений, проникающих в просвет глотки, с повреждением мягких тканей, сосудов и органов шеи, и в брюшную полость, без повреждения внутренних органов, которые повлекли за собой развитие явлений шока смешанного генеза (травматического, гиповолемического (связанного с кровопотерей)) тяжелой степени, то есть причинение ранений повлекло за собой цепь патологических изменений (осложнений) в организме пострадавшего, и посредством этих осложнений – смерть пострадавшего.

Данный вывод подтверждается обнаружением повреждений на трупе, выявленными макро- и микроскопическими признаками травматического шока тяжелой степени: бледность кожного покрова; островковые, слабо выраженные трупные пятна; резко выраженное трупное окоченение; «запустевание» полостей сердца; «шоковые» почки (набухшие,

пестрые; компенсаторное шунтирование артериального кровотока с резким снижением объема гемодинамики в области коркового слоя – малокровие коркового слоя и резкая гиперемия околomозговой зоны и пирамид); «шоковые» легкие (гистоморфологические признаки – коэффициент шока (по И.Р. Вазиной, 1987) имеет цифровой набор 110101 и равен 0,91991); малокровие селезенки; выраженное малокровие сосудов головного мозга и внутренних органов; отек головного мозга и легких; дистрофические изменения сердца, печени, почек.

Таким образом, колото-резаные ранения шеи и живота (повреждения, указанные в пп. А), Б)), состоят в прямой причинной связи с наступлением смерти гр. А.В., 1968 г.р.

Другие обнаруженные повреждения (указанные в пп. В)-Д), не состоят в причинной связи с наступлением смерти пострадавшего.

Учитывая данные медико-криминалистической экспертизы (заключение эксперта (медико-криминалистическая экспертиза) № ... от 10.01.2017 г.), направление раневых каналов, механизм образования повреждений является следующим:

- колото-резаное слепое ранение шеи, колото-резаная рана шеи слева: повреждения образовались в результате травматических воздействий плоского колюще-режущего предмета, на уровне погружавшейся части имеющего одностороннюю заточку, то есть обушок и, вероятнее всего, зазубренную режущую кромку. Направление травмирующей силы – горизонтально, спереди назад и слева направо. Ширина погружавшейся части травмирующего предмета составляла порядка 18-21 мм (без учета возможного увеличения длины ран, за счет оказания дополнительного давления на лезвие, наклона клинка). Максимальная длина погружавшейся части колюще-режущего предмета, причинившего повреждения, была около 11 см, что подтверждается длиной раневого канала в теле пострадавшего, в сочетании с отсутствием вокруг ран следов воздействия рукоятки. Более конкретно судить о ширине травмирующего предмета возможно после исследования предполагаемого орудия травмы и проведения сравнительно-экспериментального исследования. При контактно-диффузионном исследовании в области краев колото-резаных повреждений на кожных лоскутах следов металлизации соединениями железа не выявлено;

- колото-резаное слепое ранение живота: повреждение образовалось в результате одного травматического воздействия плоского колюще-режущего предмета, на уровне погружавшейся части имеющего одностороннюю заточку, то есть обушок и, вероятнее всего, зазубренную режущую кромку. Направление травмирующей силы – спереди назад. Ширина погружавшейся части травмирующего предмета составляла порядка 36-38 мм (без учета возможного увеличения длины ран, за счет оказания дополнительного давления на лезвие, наклона клинка). Более конкретно судить о ширине травмирующего предмета возможно после исследования предполагаемого орудия травмы и проведения сравнительно-экспериментального исследования. При контактно-диффузионном исследовании в области краев повреждения на кожном лоскуте следов металлизации соединениями железа не выявлено. Минимальная длина погружавшейся части колюще-режущего предмета, причинившего повреждение, была около 1,5 см, что подтверждается длиной раневого канала в теле пострадавшего, в сочетании с отсутствием вокруг ран следов воздействия рукоятки, без учета возможного смещения передней брюшной стенки при травмирующем воздействии.

- резаная рана передневнутренней поверхности области правого лучезапястного сустава: повреждения является резаным, о чем свидетельствуют его форма, наличие ровных краев и острых концов, преобладание длины раны над ее шириной и глубиной. Повреждение причинено в результате травмирующего воздействия острого режущего предмета (орудия) (например лезвие ножа, осколки стекла и т.п.) при его поступательном движении с одновременным давлением на мягкие ткани. Особенности конкретного травмирующего предмета (орудия) в повреждении не отобразились;

- одиночная незамкнутая косо-восходящая сзади кпереди и снизу вверх странгуляционная борозда на задней поверхности шеи: повреждение образовалось в результате сочетанного давящего и обтирающего действия предмета тупого предмета с продолговатой ограниченной контактировавшей поверхностью, обладавшего достаточной гибкостью, что позволило ему плотно облегать шею на данном участке. Петля была одиночной, ширина витка петли была около 5-8 мм, длина витка петли была не менее 19 см, на что указывают размеры частей борозды. Борозда образовалась при сдавлении шеи петлей в направлении, перпендикулярном длиннику шеи, о чём свидетельствуют практически горизонтальная форма борозды, одинаковая выраженность ее краев. При контактно-диффузионном исследовании в области странгуляционной борозды следов металлизации соединениями железа не выявлено. Каких-либо наложений на поверхности участка повреждения не обнаружено. Более конкретно судить о ширине травмирующего предмета возможно после исследования предполагаемого орудия травмы и проведения сравнительно-экспериментального исследования.

Достоверных медицинских данных, позволяющих установить последовательность причинения повреждений головы, туловища и конечностей (относительно друг друга), при судебно-медицинской экспертизе трупа не обнаружено.

Повреждения в виде колото-резаных ранений шеи и живота (повреждения, указанные в пп. А), Б)), как причиненные в течение короткого промежутка времени, и взаимноотягощающие друг друга, оцениваются в совокупности; повлекли за собой развитие шока смешанного генеза (травматического, гиповолемического) тяжелой степени; состоят в прямой причинной связи с наступлением смерти гр. А.В., 1968 г.р.; согласно пп. 6.1.4., 6.1.15., 6.2.1. раздела II., пп. 10., 13., 15. раздела III. «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных приказом № 194н Министерства Здравоохранения и Социального развития РФ от 24.04.2008 года, обнаруженные повреждения у живых лиц оцениваются по критерию опасности для жизни и, согласно п. 4. а) «Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 года № 522, на трупе имеют признаки повреждений, причинивших **ТЯЖКИЙ** вред здоровью.

Повреждения в виде колото-резаной раны шеи слева (п. В), резаной раны области правого лучезапястного сустава (п. Г), у живых лиц не являются опасными для жизни; по степени тяжести вреда, причиненного здоровью, оцениваются по критерию длительности расстройства здоровья и (или) наступивших последствий; у гр. Хохлова А.В., 1968 г.р., повлекли за собой расстройство здоровья сроком менее трех недель, в соответствии с п. 8.1. раздела II., п. 12. раздела III. «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных Приказом Министерства Здравоохранения и Социального развития РФ от 24.04.2008 года № 194н, **каждая из ран** оценивается по критерию временного нарушения функции органов и (или) систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы (до 21 дня включительно) и, согласно п. 4. в) «Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 года № 522, **каждая из ран** на трупе имеет признаки повреждения, причинившего **ЛЕГКИЙ** вред здоровью человека.

Странгуляционная борозда на задней поверхности шеи, с кровоизлияниями в подлежащие мягкие ткани, у живых лиц не является опасной для жизни; сама по себе, не влечет за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительную стойкую утрату общей трудоспособности, и, согласно п. 9. раздела II. «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных

приказом № 194н Министерства Здравоохранения и Социального развития РФ от 24.04.2008 года, на трупe расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

Установление давности наступления смерти основывается на изучении динамики трупных явлений, выявленных при осмотре трупа на месте его обнаружения, и сопоставлении этих данных с данными таблиц и графиков, рекомендованных в судебной медицине для установления давности смерти. В данном конкретном случае протокол осмотра трупа на месте его обнаружения эксперту представлен не был. Выраженность трупных явлений, выявленных при судебно-медицинской экспертизе трупа (кожный покров холодный на ощупь во всех отделах; трупные пятна слабо выраженные, при надавливании пальцем не исчезают и не бледнеют; трупное окоченение резко выражено в жевательных мышцах и мышцах шеи, мышцах передней брюшной стенки, верхних и нижних конечностей) позволяет сделать вывод только о вероятном (усреднённом) интервале давности наступления смерти гр. А.В., 1968 г.р. – около 20-48 часов, на момент осмотра трупа в морге, при проведении судебно-медицинской экспертизы, и фиксации трупных явлений (24.11.2016 г., 13.00).

Ответ на вопрос № 4: *«Возможно ли причинение телесных повреждений, в том числе явившихся непосредственной причиной смерти, при самопроизвольном падении с высоты собственного роста, на твердую ровную поверхность или выступающую острую поверхность?»*

Учитывая описанные выше вид, характер, локализацию, механизм образования повреждений, считаю, что образование всех обнаруженных повреждений при «самопроизвольном падении с высоты собственного роста, на твердую ровную поверхность» (падении из позы вертикально стоящего человека на плоскость) исключено.

Учитывая механизм образования странгуляционной борозды, считаю, что образование ее при «самопроизвольном падении с высоты собственного роста, на выступающую острую поверхность» исключено.

Для ответа на вопрос о возможности образования обнаруженных ран и ранений у пострадавшего при «самопроизвольном падении с высоты собственного роста, на выступающую острую поверхность», необходимо изучение протокола следственного эксперимента, с предоставлением материалов фото- и видеосъемки.

Ответ на вопрос № 2: *«Принимал ли потерпевший алкоголь (наркотики) незадолго до смерти и в каком количестве?»*

При проведении судебно-химического исследования крови, желчи, внутренних органов (печень, почка) от трупа Хохлова А.В., 1968 г.р., **не обнаружены** метиловый, этиловый, изопропиловый, пропиловый, изобутиловый, бутиловый, изоамиловый, амиловый спирты; производные барбитуровой кислоты, алкалоиды, в том числе группы опия, эфедрин, димедрол, амитриптилин, производные фенотиазина, 1,4 бензодиазефина, пиразолона, ксантина (акт (судебно-химическое исследование) от 28.12.2016 г.).

При проведении экспертного исследования и составления «Заключения эксперта» руководствовались следующими нормативно-правовыми документами, методическими указаниями, рекомендациями, монографиями, руководствами и иными источниками:

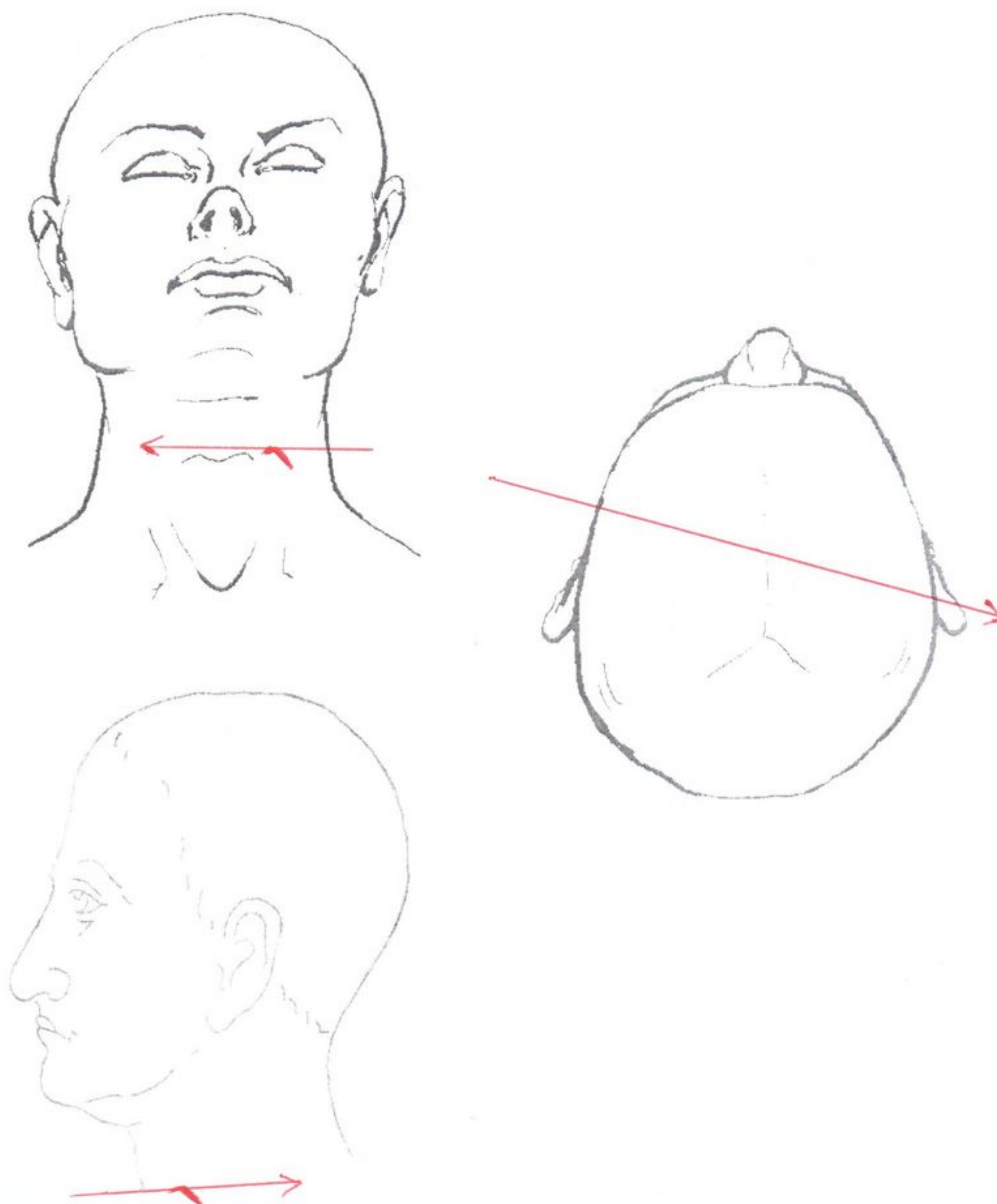
1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993г) // Рос. Газета. - 1993г. - 25 дек. - № 237 (с изм. и доп.).
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от

- 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ// Рос. Газета. -2011г. - 23 нояб. - № 263 (с изм. и доп.).
3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 18 декабря 2001г. № 174-ФЗ// Рос. Газета. - 2001г. - 22 дек. - № 249 (с изм. и доп.).
 4. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации: Федеральный закон от 31 мая 2001г. № 73-ФЗ// Рос. Газета. - 2001г. - 5 июн. - № 106 (с изм. и доп.).
 5. Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Постановление Правительства РФ № 522 от 17.08.2007г.// СПС «Консультант плюс».
 6. Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 194н от 24.04.2008г.// СПС «Консультант Плюс». - (<http://www.consultant.ru/law>).
 7. Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 346н от 12.05.2010г.// Рос. Газета. – 2010 г. - 20 авг. - № 186 (с изм. и доп.).
 8. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза трупа / М.И.Авдеев. - М.: Медицина, 1976. - 677 с.
 9. Анатомия человека: в 3-х томах /Р.Д. Сиг «Медицина», 1967.

Врач судебно-медицинский эксперт

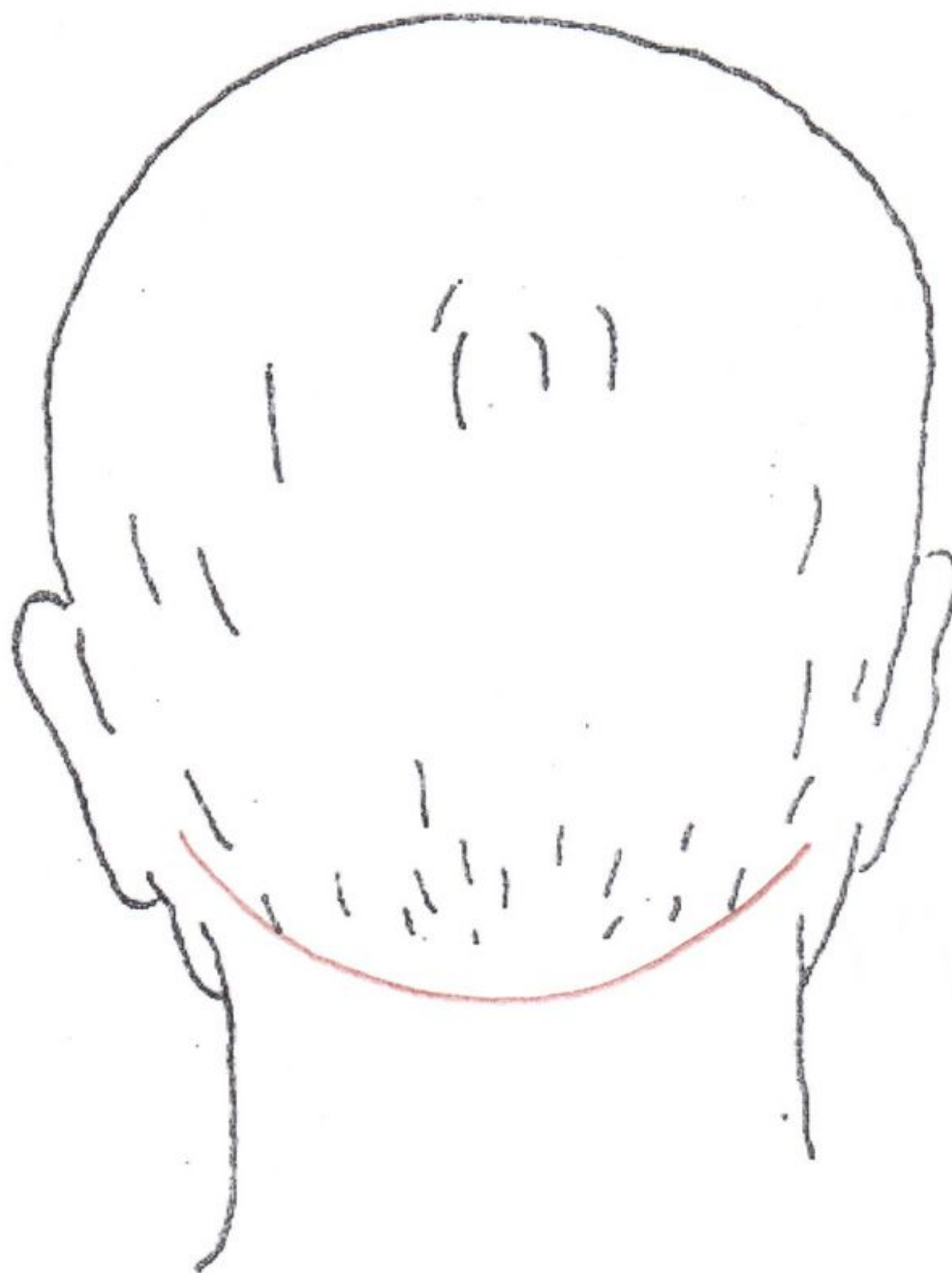
27 января 2017 г.
(дата оформления «Заключения»)

Печать учрежд



Условные обозначения:  - рана
 - направл

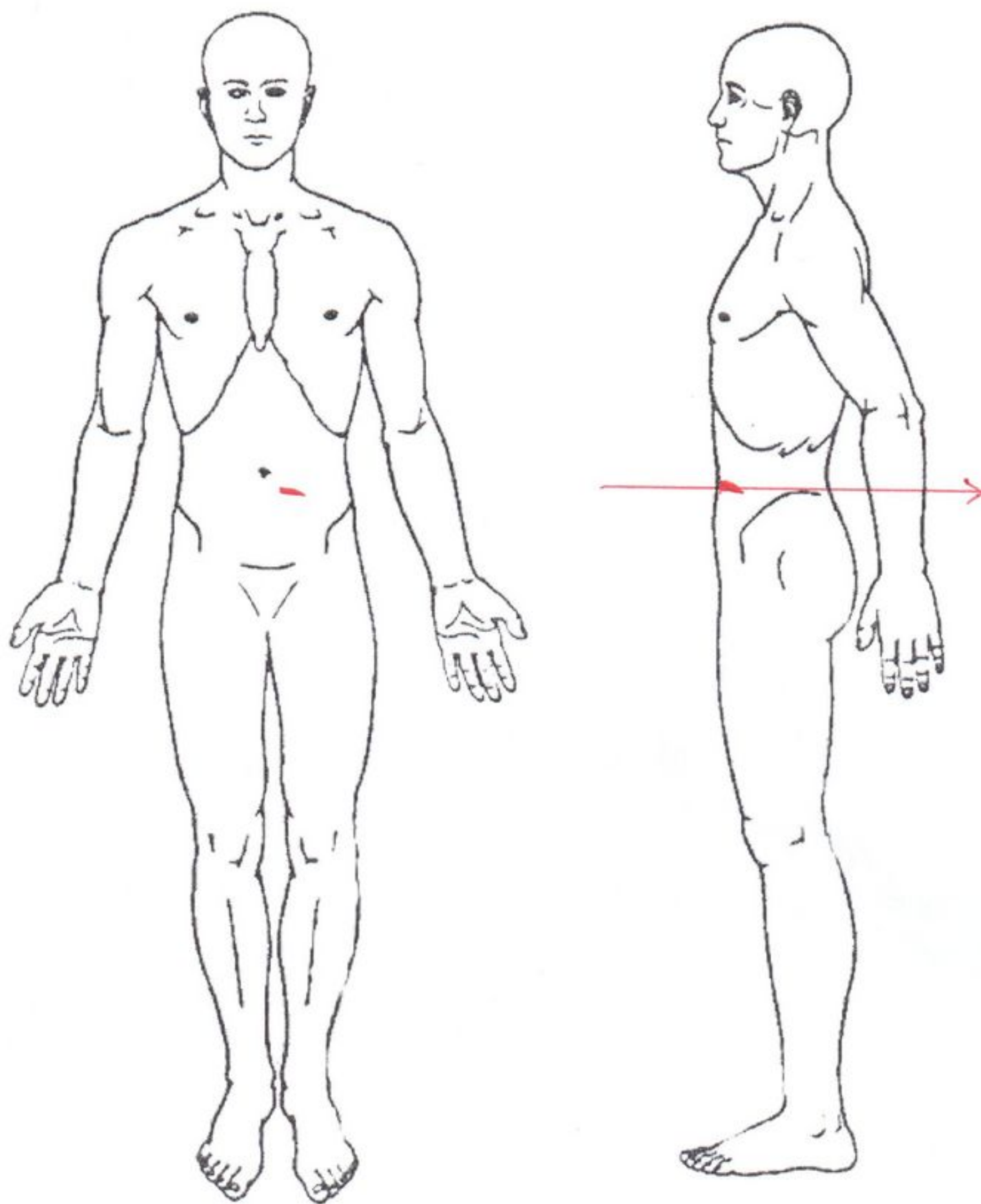
1. Локализация повреждений шеи на трупе А.В., 1968 г.р.



Условные обозначения: — - *странгулянт*

Государственный судебно-медицинский эксперт

С



Условные обозначения:

↗ - рана

↗ - направление

Государственный судебно-медицинский эксперт