

СОСТАВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА

Результаты судебно-медицинской экспертизы трупа (в случаях возбуждения уголовного дела постановлением лица, производящего дознание, следователя, прокурора, судьи, либо определением суда) оформляют документом, который в соответствии с действующим Уголовно-процессуальным кодексом и утвержденными формами первичной медицинской документации учреждений здравоохранения именуется – «Заключение эксперта».

В случаях, когда постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа не вынесено, а письменным поручением органов дознания, прокуратуры, суда назначено судебно-медицинское исследование трупа, его результаты оформляют «Актом судебно-медицинского исследования трупа».

«Заключение эксперта» подписывает судебно-медицинский эксперт. Печатью заверяется подпись эксперта о разъяснении ему процессуальных прав, обязанностей и об их ответственности за дачу заведомо ложного заключения, а также подписи эксперта под протокольной частью, выводами, фототаблицами и схемами повреждений. К «Заключению эксперта» прилагают фототаблицы, схемы повреждений и заключения всех экспертиз, произведенных другими экспертами в процессе экспертизы трупа, которые рассматриваются как составная часть «Заключения эксперта».

«Заключение эксперта» состоит из вводной и исследовательской частей, диагноза, результатов лабораторных и дополнительных исследований, выводов. Вводная и исследовательская части именуется протокольной частью «Заключения эксперта».

Протокольную часть «Заключения эксперта» составляют на месте в процессе исследования трупа. *Вводная часть* состоит из двух разделов (непосредственно протокольная часть и обстоятельства дела (при оформлении заключения эксперта, в случае акта исследования – предварительные сведения). В вводной части указывают: дату, время начала и окончания экспертизы, условия ее производства; наличие постановления (определения), на основании которого произведена экспертиза с указанием фамилии и должности назначившего ее лица и даты назначения; место производства экспертизы; фамилию и инициалы врача – судебно-медицинского эксперта, занимаемую должность и место работы, специальность, стаж работы по специальности, квалификационную категорию, ученую степень и ученое звание; фамилию, имя, отчество и год рождения (возраст) покойного; подписку судебно-медицинского эксперта о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей и об ответственности за дачу

заведомо ложного заключения; вопросы, поставленные на разрешение экспертизы в формулировке следователя; излагают обстоятельства наступления смерти (сведения из постановления, протокола осмотра места происшествия, истории болезни и других документов, представленных следователем к началу производства экспертизы).

Исследовательская часть является объективной основой для составления и обоснования экспертных выводов (состоит из двух разделов: наружное исследование и внутреннее исследование, которые начинают с красной строки). Она включает последовательное изложение процесса исследования трупа и всех выявленных при этом фактических данных (описания одежды, обуви и других предметов, доставленных с трупом; наружного и внутреннего исследования трупа; произведенных проб на воздушную эмболию, пневмоторакс, живорожденность и т.д.; перечень объектов, направленных на экспертизу в судебно-медицинскую лабораторию, перечень объектов, передаваемых следователю для проведения других видов экспертиз).

Основное требование, предъявляемое к исследовательской части, – это объективно и исчерпывающе полно протоколировать все фактические данные, выявленные в процессе исследования трупа. Констатируются не только обнаруженные травматические или болезненные изменения, нормальное состояние органов и тканей, посторонние запахи и т.д., но и отсутствие имеющих значение для дела изменений или особенностей (отсутствие кровоизлияний, повреждений, запаха и т.п.). Не допускается подмена подробного описания диагнозами ("абсцесс", "входное огнестрельное ранение" и др.) или выражениями – "в норме", "без особенностей" и т.п., а также сокращения слов. Кроме того, исследовательская часть должна быть изложена языком, понятным для лица, не имеющего специальных познаний в судебной медицине.

Протокольную часть «Заключения эксперта» после перечисления объектов, изъятых для передачи следователю и направленных на лабораторные исследования, подписывает судебно-медицинский эксперт.

После протокольной части «Заключения эксперта», по окончании исследования трупа оформляют судебно-медицинский диагноз и заполняют медицинское свидетельство о смерти.

Формулирование диагноза и оформление медицинского свидетельства о смерти

Формулировку (построение) судебно-медицинского диагноза нужно проводить строго в соответствии с требованиями МКБ-10, нормативных документов МР и СР РФ. Судебно-медицинский диагноз должен быть

четко рубрифицированным и записан в виде трех рубрик:

- основное заболевание (первоначальная причина смерти) – при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при би- или мультикаузальном – двумя и более нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями);
- осложнения (основного заболевания), включая смертельное осложнение (непосредственную причину смерти);
- сопутствующие заболевания.

При определении указанных рубрик использовались методические рекомендации "Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов" (Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г., 2003): *основное заболевание* – это одна или несколько нозологических единиц (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу. *Осложнениями основного заболевания* следует считать нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. *Сопутствующие заболевания* – это одна или несколько нозологических единиц, которые при наступлении летального исхода не были непосредственно связаны с основным заболеванием и не принимали участия в танатогенезе. *Комбинированное основное заболевание* – это когда основное заболевание представлено двумя и более нозологическими единицами и могут быть, следовательно, конкурирующими, сочетанными, основным и фоновым заболеваниями.

Конкурирующими называют такие заболевания, которыми одновременно страдал погибший, и каждое из них в отдельности, несомненно, могло привести к смерти. *Сочетанными* считают такие заболевания, которыми одновременно страдал умерший, и которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и взаимно отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода. Важно подчеркнуть, что речь идет о заболеваниях одновременно, а не последовательно развившихся у пострадавшего. *Фоновым заболеванием* является такое, которое этиологически не связано с основным, но включилось в общий патогенез с основным заболеванием, явилось одной из причин его развития, впоследствии отягощало течение и способствовало развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу.

При формулировке судебно-медицинского диагноза требуется выделить заболевание (травму), которое само или через связанные с ним осложнения привело к смерти, поскольку основная задача судебно-

медицинского исследования заключается в определении первоначальной причины смерти (основное заболевание, травма) и непосредственной причины смерти (смертельное осложнение).

Первоначальная причина смерти – это, в соответствии с МКБ–10: а) болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти; б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

Непосредственная причина смерти – это смертельное осложнение (но не элемент механизма смерти) основного заболевания.

Принципиальное значение имеет выделение на первое место одной (основной) из нозологических единиц, вошедших в состав комбинированного основного заболевания, потому что только она войдет в статистическую разработку, которая должна быть записана и закодирована по МКБ–10 как первоначальная причина смерти в графе « I » в медицинском свидетельстве о смерти. Вторая нозологическая единица (конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевания) записывается в графе « II » свидетельства о смерти. Поэтому на первую нозологическую единицу в составе комбинированного основного заболевания следует обратить особое внимание и, при прочих равных условиях, предпочтение отдается:

- нозологической форме, имеющей наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим);
- нозологической форме, более тяжелой по характеру, осложнениям, той, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов;
- нозологической форме, более значимой в социальном и санитарно–эпидемиологическом аспектах.

Если имело место только одно явление в цепи патологических процессов, достаточно записи на строке « а) » в части « I » свидетельства. Если имело место более одного явления в этой цепи, непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) вписывается на строке « а) », а первоначальную причину смерти следует вписывать последней, на строке « б) » или « в) ». Таким образом, в пункте « I » можно указать последовательно до 3–х нозологических форм и патологических процессов, причем в последовательности, обратной судебно–медицинскому диагнозу. Выше (пункт « I. а) ») указывается непосредственная причина смерти (смертельное осложнение). Если непосредственная и первоначальная причины смерти совпадают, то в этом пункте указывается только одно основное заболевание. В других случаях первоначальная причина смерти (основное заболевание)

указывается ниже, в строках « б) » или « в) » (в последнем случае при наличии важных промежуточных патологических процессов между смертельным осложнением и основным заболеванием). При комбинированном основном заболевании в пункте « I » указывается только первая нозология, которая и становится первоначальной причиной смерти.

Первоначальная причина смерти – основное заболевание (или при комбинированном основном заболевании – первая нозология в его составе) кодируется в пункте « I » по МКБ–10 и указывается первой в заключении о причине смерти, а не непосредственная, как это до сих пор ошибочно имеет место (например, "смерть наступила от острой сердечной недостаточности" вместо первоначальной причины смерти – кардиомиопатии").

В пункте « II » медицинского свидетельства о смерти следует указать оставшиеся нозологические единицы из комбинированного основного заболевания или важнейшие сопутствующие заболевания. Ведущее из них также следует закодировать по МКБ–10.

Результаты лабораторных и дополнительных исследований

После судебно–медицинского диагноза с указанием даты получения и номера приводят необходимые сведения из документов и материалов, дополнительно представленных следователем, полученных из судебно–медицинской лаборатории и выполненных врачом – судебно–медицинским экспертом самостоятельно.

Основные методы лабораторных исследований в судебной медицине:

- *макроскопический* (исследование свойств краев, стенок, концов, дна повреждений мягких тканей и внутренних органов; особенностей переломов костей; наличия посторонних включений; признаков течения и заживления повреждений);
- *стереомикроскопический* (то же, только с использованием стереомикроскопа);
- *измерительный* (определение линейных размеров следов, повреждений, инородных включений; массы; температуры);
- *рентгенологический* (выявление наличия, локализации и характера переломов, инородных включений в тканях, органах и вокруг них; наличие следов металла);
- *ультразвуковой* (диагностика и определение локализации глубоких кровоизлияний в мягких тканях, внутренних органах и полостях тела);
- *исследование в ультрафиолетовых лучах* (выявление на одежде, коже и других предметах наложений горючесмазочных веществ);
- *исследование в инфракрасных лучах* (выявление на теле и одежде металла);
- *фотографический* (получение изображений повреждений; фиксирование макро- и микроскопических особенностей тканей и органов, следов на одежде и других предметах);
- *микроскопический* (установление микроскопических изменений в тканях и органах с целью решения вопроса о давности и прижизненности повреждений, давности наступления

смерти, наличия патологических изменений);

– *трасологический* (отождествление орудий, причинивших повреждения, путем совмещения или фотосовмещения фотографических изображений сравниваемых объектов);

– *контактно-диффузионный* (выявление на одежде и теле наложений различных металлов; определение формы, размеров и интенсивности следов наложения);

– *количественный и качественный химический анализ* (выявление в органах и тканях трупа токсикологически важных веществ);

– *спектральный* (качественное и количественное определение содержания в тканях, органах и костях органических веществ и неорганических элементов);

– *серологический* (установление наличия, вида и антигенной специфичности крови, спермы, других выделений, волос, органов и тканей).

Формулирование выводов

Выводы «Заключения эксперта» составляют после окончания всех исследований, связанных с экспертизой трупа, в соответствии с поставленными перед экспертом вопросами. Допускается объединение близких по смыслу вопросов и изменение их последовательности. Основное требование, предъявляемое к выводам, такого, что они должны представлять собой научно обоснованные мотивированные ответы на поставленные вопросы, к которым врач – судебно-медицинский эксперт приходит в результате всестороннего и объективного анализа данных исследования трупа, результатов дополнительных и лабораторных исследований, изучения медицинской документации и использования других материалов, представленных следователем.

Выводы следует излагать четко и конкретно, не допуская различного их толкования; вопросы, выходящие за пределы специальных медицинских познаний, оставляют без ответа, делая об этом соответствующую запись, при этом эксперт вправе указать установленные при производстве исследования (экспертизы) обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы.

Судебно-медицинский эксперт обязан до окончания экспертизы довести до сведения органов, назначивших экспертизу, выявленные им новые данные, имеющие значение для дела. В случаях насильственной смерти от повреждения, отравления, осложнений внебольничного аборта и прочих важных случаях, об установленных им обстоятельствах эксперт должен срочно известить по телефону лицо, назначившее экспертизу.

Пример написания: ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА: «...На основании данных судебно-медицинского исследования трупа ХХХ, ХХ лет, результатов лабораторных исследований, с учетом известных обстоятельств дела и поставленных вопросов, прихожу к выводам:

1. При исследовании трупа обнаружены следующие прижизненные телесные повреждения:

- *открытая проникающая черепно-мозговая травма*: ушибленные раны теменной (1), левой (2) и правой (1) височных областей, ссадины (1+1) и кровоподтеки (1+1) левой скуловой области и верхнего века правого глаза с кровоизлияниями в подлежащие мягкие ткани, дырчатые вдавленные переломы височных и теменных костей, оскольчатые переломы пирамид височных и тела клиновидной костей, повреждения мозговых оболочек, разрушение мозгового вещества правой височной доли, очаги ушиба височных, теменных и правой лобной долей, кровоизлияния под мозговые оболочки и в желудочки головного мозга;

- *колото-резаное ранение груди*, проникающее в грудную полость: рана №5 располагалась на передней поверхности грудной клетки в верхней трети, по правой окологрудной линии, в 11,2 см от края вырезки рукоятки грудины, в 126 см от подошвенной поверхности правой стопы; раневой канал проходил - спереди назад, несколько справа налево и снизу вверх, по ходу него были повреждены мягкие ткани, тело грудины, клетчатка переднего средостения, средостенная плевра, сердечная сорочка, передняя стенка правого желудочка сердца;

- *колото-резаное ранение правой молочной железы и мягких тканей передней поверхности грудной клетки*: рана №4 располагалась на передней поверхности грудной клетки справа, на уровне верхне-внутреннего квадранта молочной железы, в 11,5 см от верхнего края ключицы, в 5 см от условной срединной линии и в 128 см от подошвенной поверхности правой стопы; раневой канала проходил - слева направо, снизу вверх и немного спереди назад.

2. Учитывая характер и особенности обнаруженных повреждений, можно считать, что все они были причинены незадолго до смерти, за короткий промежуток времени, поэтому однозначно высказаться об очередности причинения каждого из них не представляется возможным, однако, принимая во внимание характеристику выраженности наружного кровотечения из ран, отмеченную в протоколе осмотра трупа на месте обнаружения и при исследовании в морге, выраженность кровоизлияний в тканях вокруг повреждений и по ходу раневых каналов можно полагать, что сначала была причинена черепно-мозговая травма, а затем - колото-резаные ранения груди. Между причинением такого характера повреждений и наступлением смерти прошел небольшой промежуток времени, возможно, в пределах двух десятков минут, в течение которых потерпевшая не могла совершать какие-либо активные действия, в том числе передвигаться и кричать.

3. Повреждения в области головы образовались от неоднократных, как минимум четырех ударных (раны и кровоподтеки) и ударно-скользящих (ссадины) воздействий твердых тупых предметов с ограниченной поверхностью, однозначные индивидуальные характеристики которых в повреждениях не отобразились, однако, особенности ран головы и повреждений костей черепа дают основания полагать, что контактировавшая часть предмета, причинившего эти повреждения могла иметь дуговидный край и ориентировочный размер травмирующей поверхности от 3х2,5 см до 5х4,5 см, местом приложения условно значительной силы были височные и теменная области головы; локализация и особенности повреждений на голове свидетельствуют, что взаимное расположение потерпевшей и нападавшего изменялось, потерпевшая могла находиться как в вертикальном (стояла или сидела), так и в горизонтальном положении (лежала на животе или спине).

Колото-резаные ранения груди были причинены действием плоского колюще-режущего предмета, имеющего лезвие и выраженный обух, шириной около 0,1-0,2 см, каковым мог быть нож с односторонней заточкой клинка, с шириной его на уровне погружения в тело около 1,8-2,1 см и длиной около 5-6 см; ранящий предмет действовал с силой, которую условно можно назвать значительной (проникающее ранение, рана № 5) и с силой, которую условно можно назвать умеренной (непроникающее ранение, рана № 4), в направлении - слева направо, снизу вверх и спереди назад (непроникающее ранение) и спереди назад, несколько справа налево и снизу вверх (проникающее ранение) - по отношению к условно принятому вертикальному положению тела. В момент причинения повреждений взаимное расположение нападавшего и пострадавшей не изменялось, нападавший был спереди от нее, потерпевшая могла находиться в любом положении, за исключением положения, закрывающего переднюю поверхность грудной клетки, но, вероятнее всего, она находилась в горизонтальном положении - лежа на спине.

4. Смерть ХХХ наступила от шока и кровопотери, развившихся в результате открытой проникающей черепно-мозговой травмы, сопровождавшейся повреждением костей черепа, головного мозга и его оболочек, кровоизлияниями под оболочки, в желудочки, вещество головного мозга и проникающего колото-резаного ранения груди, сопровождавшегося повреждением сердца, внутренним кровотечением в правую плевральную полость и в сердечную сорочку.

Наступление смерти находится в прямой причинной связи с этими повреждениями, которые, как вместе, так и по отдельности, по признаку опасности для жизни относятся к повреждениям, причинившим ТЯЖКИЙ вред здоровью. Другие повреждения в прямой причинной связи со смертью не находятся, такого характера колото-резаное ранение правой молочной железы и мягких тканей передней поверхности грудной клетки справа (рана №4), у живых лиц обычно не сопровождается угрожающим для жизни состоянием и квалифицируется по признаку длительности расстройства здоровья, в данном случае речь могла бы идти о причинении ЛЕГКОГО вреда здоровью, так как оно наверняка бы вызвало расстройство здоровья на срок не менее 6 дней и не более 21 дня.

5. Ориентируясь на характеристику выраженности трупных явлений, зафиксированных при осмотре трупа на месте обнаружения 19.03.2005 в 14.30, с учетом условий в которых находился труп и трупных изменений, отмеченных при исследовании в морге, можно полагать, что смерть ХХХ наступила примерно за 5-8 часов до момента фиксации трупных явлений на месте обнаружения ее трупа. Каких-либо данных, которые могли бы свидетельствовать об изменении "позы" трупа, в "протоколе осмотра трупа" на месте обнаружения не содержится.

6. При судебно-химическом исследовании в крови и моче от трупа этилового, метилового и пропиловых спиртов обнаружено не было. Кровь из трупа для возможного установления ее групповой принадлежности направлена в архив биологической лаборатории Бюро СМЭ ДЗМ.

Судебно-медицинский эксперт

Ф.И.О

хх.хх.хххх...».

АКТ ИССЛЕДОВАНИЯ: «...На основании судебно-медицинского исследования трупа ХХХ, ХХ лет и результатов лабораторных исследований прихожу к заключению:

Смерть ХХХ, длительное время злоупотреблявшего алкоголем, наступила от отравления этиловым спиртом, что подтверждается результатом судебно-химического исследования, при котором в крови определена его токсическая концентрация, признаками токсического действия этилового спирта (очаговый отек легких, отек головного мозга, мягких его оболочек, сосудистых сплетений, кровоизлияния под мягкие мозговые оболочки, под плевру легких и т.д.), общими признаками, характерными для отравления этиловым спиртом (запах алкоголя от полостей и органов трупа, синюшность и одутловатость лица, отечность век и инъецированных соединительных оболочек глаз, обесцвеченное содержимое в начальном отделе тонкой кишки, отек слизистой желчного пузыря, переполнение мочевого пузыря), и признаками быстро наступившей смерти (жидкое состояние крови, неравномерно выраженное венозное полнокровие внутренних органов).

Каких-либо телесных повреждений при исследовании трупа выявлено не было.

В крови, моче, печени, почках и желудке не было обнаружено наркотических и других токсикологически важных веществ.

Судебно-медицинский эксперт

Ф.И.О.

хх.хх.хххх...».