

Об утверждении Правил организации и производства судебно-медицинской экспертизы

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2004 года № 875/1. Зарегистрирован Министерством юстиции Республики Казахстан 24 января 2005 года № 3375. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2010 года № 368

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 20.05.2010 № 368 (порядок введения в действие см. п. 6).

В целях реализации Закона Республики Казахстан "О системе здравоохранения",

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые Правила организации и производства судебно-медицинской экспертизы.

2. Департаменту лечебно-профилактической работы, аккредитации и анализа информации (Нерсесов А.В.) обеспечить государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Административному департаменту (Акрачкова Д.В.) направить настоящий приказ на официальное опубликование после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра Диканбаеву С.А.

5. Настоящий приказ вводится в действие со дня его официального опубликования.

Министр

С о г л а с о в а н о

Министр внутренних дел
Республики Казахстан

от 28 декабря 2004 г.

У т в е р ж д е н ы
приказом Министра
здравоохранения Республики Казахстан
от 20 декабря 2004 года N 875/1

"Об утверждении Правил организации и производства судебно-медицинской экспертизы"

Правила организации и производства судебно-медицинской экспертизы

Раздел 1. Организация и порядок производства судебно-медицинской экспертизы

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют порядок организации и производства судебно-медицинской экспертизы в Республике Казахстан.

2. Производство судебно-медицинской экспертизы (далее - экспертиза) осуществляет судебно-медицинский эксперт, в компетенцию которого входит:

- 1) экспертиза трупа в случаях насильственной смерти;
- 2) экспертиза трупа при подозрении на применение насилия или при других обстоятельствах, обуславливающих необходимость исследования трупа в судебно-медицинском порядке;
- 3) экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц для определения характера и тяжести вреда здоровью, возраста, половых состояний и разрешения других вопросов, требующих познаний в области судебной медицины;
- 4) экспертиза вещественных доказательств с применением лабораторных методов исследования;
- 5) экспертиза по материалам доследственной проверки, уголовным, административным и гражданским делам, а также по делам частного обвинения.

3. Судебно-медицинский эксперт привлекается в качестве специалиста в области судебной медицины к участию в первоначальных и других следственных действиях: к осмотру трупа на месте его обнаружения (происшествия), эксгумации, изъятию образцов для сравнительного исследования, к проведению следственного эксперимента, а также для проведения экспертизы в судебном заседании, дачи разъяснения по проведенным им ранее судебно-медицинским исследованиям.

Глава 2. Порядок производства судебно-медицинской экспертизы

4. Назначение судебно-медицинской экспертизы производится в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

5. Судебно-медицинскую экспертизу производят один или несколько экспертов в зависимости от вида и сложности экспертизы.

6. При производстве экспертизы вне органа судебной экспертизы руководители медицинских организаций обеспечивают судебно-медицинских экспертов помещением для производства экспертизы (морг, врачебный кабинет в поликлинике) и оказывают другую необходимую помощь.

7. Органы (лицо, назначившее экспертизу) оказывают содействие в пересылке взятых объектов в лабораторные подразделения органа судебной экспертизы.

8. Органы (лицо, назначившее экспертизу) при вызове судебно-медицинского эксперта для участия в первоначальных и других следственных действиях, предоставляют ему транспортное средство.

9. Судебно-медицинский эксперт осуществляет свои функции в пределах обслуживаемой территории. В случаях стихийных и техногенных катастроф, других чрезвычайных событий по приказу руководителя Центра судебной медицины судебно-медицинский эксперт может быть временно командирован за пределы своей территории. Руководители филиалов Центра судебной медицины в регионах обязаны установить взаимозаменяемость судебно-медицинских экспертов на период их отпуска или болезни.

Судебно-медицинские экспертизы в Центре судебной медицины производятся после проведения предыдущих экспертиз в филиалах Центра судебной медицины

10. В случае сложности экспертизы и необходимости решения специальных вопросов судебно-медицинский эксперт вправе в срок не более суток от начала производства экспертизы заявить ходатайство перед лицом (органом), назначившим экспертизу, о необходимости участия в ней соответствующих специалистов.

11. Если в процессе проведения судебно-медицинской экспертизы возникает необходимость в производстве судебно-медицинских лабораторных исследований для разрешения вопросов, поставленных перед судебно-медицинским экспертом или возникших у него лично, то, на основании имеющегося у него постановления органов дознания, следователя, прокурора или суда, он направляет объекты в соответствующее лабораторное подразделение органа судебной экспертизы. При этом судебно-медицинский эксперт заполняет бланк, в котором ссылается на представленное постановление, указывает краткие обстоятельства дела, объективные данные, выявленные при экспертизе, цели лабораторного исследования. После получения результатов лабораторного исследования оформляется заключение эксперта (далее - заключение).

12. Если возникает необходимость проконсультировать лицо, подвергаемое

судебно-медицинской экспертизе, обследованию у врача-специалиста, работающего в другой организации здравоохранения, об этом незамедлительно письменно ставится в известность лицо (орган), назначившее экспертизу, которое и обеспечивает его проведение, с последующим предоставлением эксперту результатов обследования.

13. Если в процессе проведения судебно-медицинской экспертизы выявлены объекты, которые по своему характеру могут стать вещественными доказательствами и предметами отдельной судебно-медицинской, криминалистической или иной экспертизы, они подлежат описанию в заключении и передаче под расписку лицу (органу), назначившему судебно-медицинскую экспертизу.

14. Объекты для экспертных исследований, в том числе вещественные доказательства, подлежат строгому учету и хранению. Эксперт принимает все зависящие от него меры для их сохранности.

15. Из трупа могут быть взяты какие-либо части, внутренние органы, ткани, кровь, моча и другие среды для судебно-медицинских лабораторных исследований, необходимых для производства данной экспертизы.

16. При проведении судебно-медицинской экспертизы в суде судебно-медицинский эксперт составляет заключение в письменном виде. Копию заключения приобщают к документам экспертизы, находящимся в архиве экспертного учреждения.

17. В случае неправильного истолкования участниками судебного процесса данного экспертом заключения, судебно-медицинский эксперт должен заявить об этом в процессе судебного заседания.

Глава 3. Оформление заключения эксперта

18. Результаты судебно-медицинской экспертизы оформляют в соответствии с требованиями действующего законодательства.

19. Заключение состоит из следующих разделов: вводной части, включающей краткое изложение обстоятельств дела, исследовательской части и выводов.

20. Во вводной части должно быть указано:

- 1) время и место производства экспертизы;
- 2) условия производства экспертизы, имеющие значение для экспертного исследования (освещение, температура воздуха и другое);
- 3) постановление, на основании которого производится экспертиза;
- 4) фамилия, имя, отчество эксперта, занимаемая должность, образование, специальность и стаж работы по специальности, квалификационная категория, ученая степень, ученое звание;

5) при экспертизе трупа - фамилия, имя, отчество, возраст умершего; при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц - фамилия, имя, отчество, возраст, местожительство, документ, удостоверяющий личность; при экспертизе по материалам дела и экспертизе вещественных доказательств - наименование и номер уголовного или гражданского дела, количество томов, листов дела, перечень объектов и образцов, поступивших на экспертизу;

6) лица, присутствующие при производстве экспертизы;

7) подпись судебно-медицинского эксперта о его процессуальных правах, обязанностях и о предупреждении об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения;

8) перечень вопросов, поставленных на разрешение экспертизы;

9) обстоятельства дела, изложенные в редакции лица (органа), назначившего экспертизу.

21. В исследовательской части должно содержаться подробное описание процесса исследования всех предоставленных объектов экспертного исследования и найденных при этом фактических данных. В ней излагаются примененные методы исследования, и используется объективная регистрация (фотоснимки, контурные схемы с обозначением повреждений). Структура исследовательской части определяется видом проводимой экспертизы.

Этот раздел, в частности, включает:

1) при экспертизе трупа - описание одежды и данных наружного исследования трупа; внутреннего исследования полостей, органов и тканей; изъятых объектов, передаваемых следователю для проведения других видов экспертиз; перечень объектов, направленных на лабораторное исследование; результаты проведенных лабораторных исследований с указанием дат их проведения и получения экспертом результатов исследований в виде заключения эксперта, а также анализ медицинских и других документов, если таковые предоставлялись;

2) при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц - подробное описание всех выявленных в процессе экспертного обследования объективных медицинских данных: указание о направлении экспертом обследуемого к врачам других специальностей, на рентгенологическое и другие исследования, а также результаты этих обследований и исследований; описание одежды, если она исследовалась, то повреждения и наложения на ней; перечень объектов, направленных на лабораторное исследование, а также результаты этих исследований; должны быть отмечены даты проведения дополнительных обследований и исследований, получения их результатов экспертом, формирования выводов в заключении;

3) при экспертизе вещественных доказательств - подробное описание вещественных доказательств и имеющихся на них следов, изложение

примененных методов исследования и полученных результатов по каждому виду исследования, с указанием используемых реагентов, аппаратуры и оборудования, процесса анализа. В исследовательской части также описывают исследование образцов для сравнения;

4) при экспертизе по материалам уголовных, административных и гражданских дел - подробное изложение фактических данных, необходимых для последующего экспертного анализа;

5) при экспертизе по делам о профессиональной деятельности медицинских работников включаются сведения, полученные при изучении подлинных медицинских и иных документов, имеющих значение для дела (при отсутствии подлинных документов, экспертиза проводится на основании копии документов).

22. Вводная часть, включающая обстоятельства дела, и исследовательская часть составляют вместе протокол заключения эксперта.

Протокол подписывают один или несколько экспертов в зависимости от вида и сложности экспертизы, производившие судебно-медицинскую экспертизу.

23. Выводы в заключении являются научно-обоснованным мнением эксперта, сформулированным на основании результатов произведенной им экспертизы, а и м е н н о :

1) судебно-медицинский эксперт после получения всех результатов лабораторных и дополнительных экспертных исследований в срок не более 3-х дней формулирует выводы в виде ответов на вопросы, поставленные лицом (органом), назначившим экспертизу. Они должны также содержать экспертную оценку объективных данных, выявленных в процессе исследования, которые, по мнению эксперта, имеют значение для дела. Их следует излагать ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть мотивировано, обосновано фактическими данными;

2) в случаях невозможности дать заключение на поставленные вопросы, выходящие за пределы специальных знаний, либо представленные материалы не пригодны или недостаточны для дачи заключения и не могут быть выполнены, эксперт составляет мотивированное сообщение об этом и направляет его органу или лицу, назначившему экспертизу.

24. Вводную и исследовательскую часть заключения составляют непосредственно в процессе проведения экспертизы. Следует указывать дату составления сразу же после окончания всех исследований.

25. Заключение составляют не менее чем в двух экземплярах, один из которых передают лицу (органу), назначившему экспертизу, а другой остается на хранении в архиве органа судебной экспертизы.

Экспертиза вещественных доказательств оформляется в процессе производства экспертных исследований записями в рабочем журнале, на основании которых после окончания экспертных исследований составляется соответствующий документ.

26. Заключение выдается органу (лицу), назначившему экспертизу или по их письменному распоряжению иному лицу, либо высылается по почте сразу после окончания экспертизы.

27. Запрещается подменять заключение различными краткими справками и выписками, а также употреблять для составления вышеуказанных судебно-медицинских документов неутвержденные формы и бланки анкетного типа, давать заключение по наружному осмотру трупа или неполному его исследованию.

Глава 4. Сроки производства экспертизы

28. Сроки проведения экспертиз определяются их видом, объемом и характером экспертных исследований. Длительность срока исполнения экспертиз зависит от видов проводимых различных лабораторных исследований. Продолжительность экспертизы не должна превышать один месяц со дня получения от органов дознания, следователя, прокурора или суда всех необходимых материалов.

29. Сроки производства экспертиз могут составлять:

при производстве повторных, комиссионных, комплексных экспертиз - до 30 суток;

при экспертизе трупов - до 30 суток, но не более чем через трое суток после получения последнего результата дополнительных методов лабораторных исследований;

при экспертизе живых лиц, требующих дополнительных исследований и медицинской документации - до 30 суток;

при экспертизе живых лиц, не требующих дополнительных исследований и медицинской документации - до 5 суток.

30. В случаях, когда производство экспертизы невозможно завершить в установленный срок, до его истечения судебно-медицинский эксперт через руководителя органа судебной экспертизы должен в письменном виде предупредить об этом лицо (орган), назначившее экспертизу, указав причину и ориентировочный срок ее завершения, но не более одного месяца.

Раздел 2. Судебно-медицинская экспертиза при установлении тяжести вреда здоровью

Глава 5. Общие положения

31. В соответствии с медицинскими признаками (критериями) вреда здоровью, предусмотренными уголовным законодательством Республики Казахстан, а также методическими указаниями, эксперт при проведении судебно-медицинской экспертизы устанавливает тяжесть нанесенного вреда з д о р о в ь ю .

Для установления тяжести вреда здоровью достаточно одного из признаков этого вреда. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда здоровью устанавливается по тому признаку, который соответствует большей тяжести вреда здоровью.

Под вредом здоровью понимают нарушение анатомической целостности органов (тканей) или их физиологических функций (телесные повреждения), либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.

Под расстройством здоровья следует понимать состояние организма, при котором выявляются клинически выраженные болезненные изменения местного и (или) общего характера, обусловленные конкретной травмой или заболеванием, то есть, когда имеется нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей.

Процент стойкой утраты общей трудоспособности в процентах вследствие различных травм устанавливается в соответствии с таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

Под общей трудоспособностью следует понимать совокупность врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально-значимого результата в виде определенного продукта, изделия или у с л у г и .

Под профессиональной трудоспособностью следует понимать способность к труду в своей профессии или другой равной ей по оплате и по квалификации.

Глава 6. Тяжкий вред здоровью

32. Квалифицирующими признаками (критериями) тяжкого вреда здоровью я в л я ю т с я :

- 1) опасность вреда здоровью для жизни человека;
- 2) не опасные для жизни повреждения, повлекшие тяжкий вред здоровью по последствию после каких-либо воздействий:

потеря зрения, речи, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функций ;

неизгладимое обезображивание лица;
расстройство здоровья, соединенное со значительной стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть (33% и выше);
полная утрата профессиональной трудоспособности;
прерывание беременности;
психическое расстройство (психическое заболевание);
заболевание наркоманией или токсикоманией.

33. Опасным для жизни вредом здоровью следует считать как телесные повреждения, так и патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных внешних факторов, которые могут угрожать жизни потерпевшего .

Предотвращение смертельного исхода, обусловленного оказанием медицинской помощи, самопомощи или взаимопомощи, а также стечением случайных обстоятельств, не должно приниматься во внимание при оценке опасности для жизни .

34. К вреду здоровью, опасному для жизни, относятся:

1) проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения головного мозга ;

2) открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением изолированных трещин только наружной пластинки свода черепа и переломов костей лицевого скелета, не являющихся частью мозгового черепа, переломы частей решетчатой, клиновидной костей, участвующих в формировании мозгового черепа;

3) ушиб головного мозга тяжелой степени, ушиб головного мозга средней степени при наличии симптомов поражения стволового отдела мозга;

4) эпидуральное, субдуральное, субарахноидальное, внутримозговое и внутрижелудочковое кровоизлияние при наличии угрожающих жизни состояний;

5) ранения, проникающие в позвоночный канал, в том числе и без повреждения спинного мозга;

6) переломы-вывихи или переломы тел, или двухсторонние переломы дуг шейных позвонков, а также односторонние переломы дуг первого и второго шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;

7) вывихи шейных позвонков; подвывихи шейных позвонков, сопровождающиеся угрожающими жизни состояниями или нарушением функции спинного мозга;

8) закрытые повреждения спинного мозга в шейном отделе,

сопровождающиеся угрожающими жизни состоянием и нарушением функции
с п и н н о г о м о з г а ;

9) перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга или с наличием клинически установленного шока тяжелой степени и других угрожающих жизни состояний ;

10) закрытые повреждения грудных, поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга, сопровождающиеся тяжелым спинальным шоком или нарушением функции тазовых органов;

11) ранения, проникающие в просвет глотки, пищевода, гортани, трахеи, а также открытые повреждения щитовидной и вилочковой желез;

12) открытые и закрытые переломы хрящей гортани и трахеи, сопровождающиеся угрожающими жизни состояниями;

13) ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость, полость перикарда или клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов (подкожная эмфизема не может рассматриваться как признак проникающего ранения, когда явления гемо-пневмоторокса отсутствуют) ;

14) ранения живота, проникающие в брюшную полость (полость брюшины и забрюшинное пространство), в том числе и без повреждения внутренних органов ;

15) ранения, проникающие в полость мочевого пузыря, верхнего и среднего отделов прямой кишки, а также обширные открытые повреждения всех слоев нижнего отдела прямой кишки ;

16) открытое и закрытое ранение (разрыв) внутреннего органа грудной или брюшной полостей, или забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы), или диафрагмы, или предстательной железы, или мочеочника, или перепончатой части мочеиспускательного канала;

17) двусторонние переломы заднего полукольца таза с разрывом подвздошно-крестцового сочленения и нарушением непрерывности тазового кольца, или двойные переломы тазового кольца в передней и задней частях с нарушением его непрерывности ;

18) открытые переломы длинных трубчатых костей в диафизарной части (плечевой, бедренной, большеберцовой, обеих костей предплечья);

19) открытые переломы лучевой, локтевой и малоберцовой костей; тяжесть вреда здоровью при закрытых переломах плечевой, бедренной и большеберцовой костей, а также закрытых повреждениях крупных суставов (плечевого, локтевого , лучезапястного, тазобедренного, коленного, голеностопного) устанавливается в зависимости от вызванной ими опасности для жизни, длительности расстройства

здоровью, либо по признаку стойкой утраты трудоспособности;

20) повреждение крупного кровеносного сосуда: аорты, сонной (общей, внутренней, наружной), подключичной, плечевой, бедренной, подколенной артерий или сопровождающих их вен;

21) повреждение периферических сосудов (головы, лица, шеи, предплечья, кисти, голени стопы) квалифицируется в зависимости от вызванной ими конкретной опасности для жизни (например, массивная кровопотеря, шок тяжелой степени и другие);

22) повреждения, повлекшие за собой угрожающие жизни состояния: шок тяжелой степени (III-ей, IV-ой степени); кома различной этиологии; массивная кровопотеря, вызвавшая коллапс; острая сердечная или сосудистая недостаточность; коллапс; тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения; острая почечная или острая печеночная недостаточность; острая дыхательная недостаточность тяжелой степени; гнойно-септические состояния; расстройства регионального или органного кровообращения, приведшие к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей; эмболии (газовая или жировая) сосудов головного мозга; тромбозы; сочетание угрожающих жизни состояний;

23) термические ожоги третьей, четвертой степени с площадью поражения, превышающей 15 процентов поверхности тела; ожоги третьей степени более 20 процентов, ожоги второй степени свыше 30 процентов поверхности тела, а также ожоги меньшей площади, сопровождающиеся угрожающими жизни состояниями (последствия ожогов должны оцениваться без учета пластических и восстановительных операций);

24) химические ожоги (концентрированные кислоты, едкие щелочи, иные отравляющие вещества), вызвавшие, помимо местного, общетоксическое действие, угрожающее жизни;

25) отравления химическими веществами (ядами) или патологические состояния, вызванные биологическими агентами и повлекшие угрожающие жизни состояния;

26) сдавление органов шеи и другие виды механической асфиксии, сопровождающиеся выраженными признаками угрожающих жизни явлений (расстройство мозгового кровообращения, потеря сознания, амнезия и другие), если это установлено объективными данными.

35. Не опасными для жизни повреждениями, относящимися к тяжкому вреду здоровью по исходу и последствиям, являются: потеря зрения, речи, слуха или какого-либо органа, либо утрата органом его функций:

1) под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или снижение остроты зрения до светоощущения; потеря зрения на

е д и н с т в е н н ы й

г л а з ;

2) потеря зрения на один глаз влечет за собой утрату органом его функции и поэтому относится к тяжкому вреду здоровью; потеря одного здорового (зрячего) глазного яблока является потерей органа и также относится к тяжкому вреду з д о р о в ь ю ;

3) повреждение слепого глаза, потребовавшее его удаления, оценивается в зависимости от длительности расстройства здоровья, с обязательным указанием о н е и з г л а д и м о с т и п о в р е ж д е н и я ;

4) под потерей речи следует понимать потерю способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих, либо в р е з у л ь т а т е п о т е р и г о л о с а ;

5) под потерей слуха следует понимать полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3-5 см от ушной раковины. Потеря слуха на одно ухо оценивается как утрата органом его функции и поэтому относится к тяжкому вреду здоровью;

б) под потерей какого-либо органа, либо утратой органом его функций следует п о н и м а т ь :

потерю руки, ноги, то есть, отделение их от туловища или утрату ими функций вследствие паралича или иного состояния, исключающего их деятельность (под анатомической потерей руки или ноги следует понимать как отделение от туловища всей руки или ноги, так и кисти и стопы);

потерю производительной способности, заключающуюся в потере способности к совокуплению, либо потерю способности к оплодотворению, зачатию, вынашиванию беременности, деторождению и грудному (е с т е с т в е н н о м у) в с к а р м л и в а н и ю ;

потерю одного яичка, расцениваемого как потеря органа;

7) при повреждениях лица эксперт устанавливает их тяжесть в соответствии с признаками, содержащимися в настоящих правилах; кроме того, он должен определить, является ли повреждение изгладимым, или неизгладимым (под изгладимостью следует понимать значительное уменьшение или возможность исчезновения видимых последствий травмы: выраженности рубцов, деформаций, нарушения мимики и другие, с течением времени или под влиянием консервативного (нехирургического) лечения; если же для их устранения требуется оперативное вмешательство (косметическая или пластическая операция), то повреждения на лице считаются неизгладимыми; при установлении неизгладимости эксперт должен в заключении отметить, что если такие последствия будут признаны судом или следователем обезображивающими лицо, повреждения следует оценить как приведшие к тяжкому вреду здоровью);

8) значительная стойкая утрата общей трудоспособности более чем на одну

треть (более 33 процентов):

размеры значительной стойкой утраты общей трудоспособности при повреждениях устанавливаются после определившегося исхода травмы (по таблице процентов утраты трудоспособности в результате различных травм в соответствии с приложением N 1 к настоящим Правилам;

9) у детей утрата трудоспособности определяется, исходя из общих положений, установленных настоящими Правилами;

у инвалидов значительная стойкая утрата общей трудоспособности в связи с полученным повреждением определяется как у практически здоровых людей, независимо от инвалидности и ее группы;

10) при полной утрате профессиональной трудоспособности - определение производится в соответствии с требованиями установления медико-социальными экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности работниками, получивших увечье или иные повреждения здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей;

11) прерывание беременности, независимо от ее срока, является тяжким вредом здоровью, если оно не связано с индивидуальными особенностями организма, а стоит в прямой причинной связи с повреждением;

12) диагностика психического расстройства (психического заболевания), наркомании, токсикомании осуществляется психиатрической, наркологической и токсикологической экспертизой, но их связь с полученной травмой, а также оценка тяжести вреда здоровью вследствие душевной болезни, наркомании и токсикомании производится комиссией судебно-медицинских экспертов, в которую при необходимости включается психиатр, нарколог, токсиколог (под психическим расстройством следует понимать психическое заболевание (психическая болезнь); в группу психических заболеваний не должны включаться связанные с повреждением нервной системы реактивные состояния (психозы, неврозы); повреждение квалифицируется как тяжкий вред здоровью, только если оно повлекло за собой развитие психического заболевания, вне зависимости от длительности его течения и степени излечимости).

Глава 7. Вред здоровью средней степени

36. Квалифицирующими признаками (критериями) вреда здоровью средней тяжести являются:

1) длительное расстройство здоровья - на срок свыше трех недель (более 21 дня) (к длительному расстройству здоровья относятся последствия в виде заболевания или нарушения функции какого-либо органа, продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня), непосредственно связанные с причинением

в р е д а з д о р о в ь ю) ;

2) значительная стойкая утрата общей трудоспособности (10 - 33 процентов включительно).

Глава 8. Легкий вред здоровью

37. Квалифицирующими признаками (критериями) легкого вреда здоровью я в л я ю т с я :

1) кратковременное расстройство здоровья - сроком не свыше трех недель - не б о л е е 2 1 д н я ;

2) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности - менее 10 процентов.

Глава 9. Побои

38. Побои - это насильственные действия, причинившие физическую боль, но не повлекшие кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности.

Судебно-медицинский эксперт не устанавливает факта побоев. Если в результате побоев на теле потерпевшего остаются повреждения, их оценивают по тяжести вреда здоровью, исходя из обычных признаков. Если побои не оставляют после себя никаких объективных следов, то судебно-медицинский эксперт в своем заключении отмечает жалобы потерпевшего, указывает, что объективных признаков повреждений не обнаружено.

Глава 10. Истязания

39. Истязания представляют собой действия, в результате которых может быть причинен вред здоровью .

Истязания - это действия, связанные с многократным или систематическим причинением боли (щипание, сечение, нанесение множественных небольших повреждений различными тупыми и острыми предметами, воздействие химических, физических факторов и другие аналогичные действия).

Судебно-медицинский эксперт не устанавливает факта истязания, он должен о п р е д е л и т ь :

1) наличие, характер и локализацию повреждений;

2) различия в давности нанесения их;

3) орудие, механизм и признаки способа причинения повреждений (по

м е д и ц и н с к и м

д а н н ы м) .

При разрешении вопроса о тяжести вреда здоровью судебно-медицинский эксперт руководствуется соответствующими положениями настоящих Правил.

Глава 11. Порядок и методика проведения судебно-медицинской экспертизы

40. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью проводится судебно-медицинским экспертом путем медицинского обследования потерпевшего на основании постановления судебно-следственных органов.

41. Производство экспертизы осуществляется по медицинским документам (карте стационарного больного, индивидуальной карте амбулаторного больного и другим) при наличии полноценных документов, содержащих исчерпывающие данные о характере повреждения, его клиническом течении и иные сведения, необходимые для производства экспертизы.

42. В исключительных случаях, когда судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью вызывает затруднения в связи с противоречивыми данными медицинских документов о характере, последствиях, продолжительности заболевания орган уголовного преследования или суд обеспечивает явку потерпевшего для экспертизы судебно-медицинским экспертом.

43. Судебно-медицинский эксперт устанавливает личность освидетельствуемого лица по документу, удостоверяющему ее; выясняет у освидетельствуемого лица обстоятельства причинения повреждений; жалобы и, при необходимости, другие сведения; изучает материалы дела и медицинские документы. Все полученные данные фиксируются в заключении эксперта.

44. Если эксперту не представлены необходимые медицинские документы и другие материалы дела, он в течение суток с момента возникновения необходимости в этом, заявляет лицу или органу, назначившему экспертизу, ходатайство о предоставлении недостающих материалов.

45. При проведении судебно-медицинской экспертизы эксперт должен использовать только подлинные медицинские документы (при отсутствии подлинных документов, эксперт принимает за основу копии медицинских документов). В необходимых случаях он может использовать данные дополнительных исследований, проводимых с привлечением соответствующих специалистов .

В этих случаях в заключении эксперта указывается где, когда и кем дополнительно обследовалось освидетельствуемое лицо, какие факты при этом установлены и к каким выводам пришел специалист. Заключение составляется экспертом с учетом результатов этого обследования.

46. При судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью эксперт дает ответы на все вопросы, содержащиеся в постановлении.

47. Длительность расстройства здоровья определяют с учетом данных, содержащихся в медицинских документах. Оценивая характер и продолжительность заболевания или нарушения функций, связанных с причиненным вредом здоровью, эксперт должен исходить из объективных данных, в том числе установленных в процессе проведения экспертизы.

48. Судебно-медицинский эксперт должен критически оценивать данные медицинских документов, так как длительность лечения потерпевшего может быть не обоснована характером травмы, ее клиническим проявлением, и с другой стороны, может иметь место отказ потерпевшего от листка нетрудоспособности и преждевременный выход на работу по личному желанию. Во всех этих случаях судебно-медицинский эксперт должен оценивать продолжительность заболевания и его тяжесть, исходя из объективных клинических данных.

Длительность расстройства здоровья, длительность лечения и временная нетрудоспособность являются различными понятиями и не всегда совпадают по с р о к а м .

49. При оценке тяжести вреда здоровью, причиненного лицу, страдающему каким либо заболеванием, следует учитывать только последствия причиненной травмы. При этом эксперт должен определить влияние травмы на заболевание (обострение заболевания, переход его в более тяжелую форму и тому подобное). При необходимости этот вопрос решается комиссией экспертов с участием соответствующих специалистов клинического профиля.

50. При наличии повреждений, возникших от неоднократных травматических воздействий, тяжесть вреда здоровью, обусловленную каждым травматическим воздействием, оценивают раздельно.

В случаях, когда множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, производят совокупную оценку тяжести вреда здоровью.

При разной давности возникновения повреждений оценку тяжести каждого из них производят раздельно.

51. При повреждении здоровой парной части тела или парного органа оценке подлежат только последствия причиненной травмы, без учета нарушенной функции одноименной парной части тела или одноименного другого парного органа.

При повреждении части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией учитывают только последствия травмы.

52. Если при осмотре потерпевшего эксперт обнаруживает признаки различного происхождения вреда здоровью, он устанавливает, чем причинен каждый из них.

Если признаки вреда здоровью имеют различную давность, следует отмечать неоднократность их нанесения и указывать сроки причинения и тяжесть каждого из них отдельно.

53. Осложнения, возникшие при производстве операций или применении сложных современных методов диагностики, квалифицируются как вред здоровью, если они явились следствием дефектов при указанных врачебных вмешательствах. Вред здоровью, обусловленный такими осложнениями, определяют в соответствии с положениями настоящих Правил. При этом экспертиза проводится комиссией судебных экспертов.

Осложнения, являющиеся следствием других причин (тяжесть состояния больного, непредвиденные особенности реакции организма и другие), подлежат описанию с указанием отсутствия причинной связи между ними и повреждениями.

54. Обострение предшествующих заболеваний после причинения вреда здоровью, а также другие последствия, возникшие в силу случайных обстоятельств, индивидуальных особенностей организма, сами по себе не должны служить основанием для изменения тяжести вреда здоровью.

В подобных случаях судебно-медицинский эксперт указывает в своем заключении характер наступившего ухудшения или осложнения и в какой причинной связи оно находится с данной травмой.

55. В случаях наступления смерти оценка тяжести вреда здоровью проводится на основании настоящих Правил. При этом необходимо указать и обосновать причину смерти, наличие или отсутствие причинной связи между повреждениями и смертью.

Вред здоровью оценивают как тяжкий:

1) если он сам по себе явился причиной смерти или привел к наступлению смертельного исхода вследствие закономерно развившегося осложнения (или осложнений);

2) если он имеет хотя бы один признак опасного для жизни вреда здоровью;

3) если в медицинских документах зафиксирована клиническая картина угрожающего жизни состояния, являющегося следствием причинения данного вреда здоровью;

4) если имеются анатомические признаки потери зрения, речи, слуха, производительной способности, или в медицинских документах имеются сведения об утрате хотя бы одной из этих функций;

5) если имеются анатомические признаки, указывающие на значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть (более 33 процентов) или на полную утрату профессиональной трудоспособности.

При отсутствии вышеперечисленных признаков вред здоровью оценивают как

с р е д н е й

т я ж е с т и :

1) если смерть наступила в сроки, превышающие 21 день после причинения вреда здоровью (по признаку длительности расстройства здоровья);

2) если имеются анатомические признаки значительной стойкой утраты трудоспособности менее одной трети (10-33 процентов включительно).

Если смерть потерпевшего наступила ранее 21 дня после получения травмы, то при обнаружении признаков заживших повреждений их оценивают по признаку кратковременного расстройства здоровья как легкий вред здоровью, также оценивают вред здоровью и при наличии анатомических признаков, указывающих на незначительную стойкую утрату трудоспособности (менее 10 процентов). Если к моменту смерти заживление повреждений не наступило, то эксперт в заключении указывает наличие признаков вреда здоровью средней тяжести или легкого вреда здоровью.

Если при исследовании трупа и изучении медицинских документов не находят объективных признаков для суждения об исходе травмы, то в заключении следует указать, что оценить тяжесть вреда здоровью не представляется возможным в связи с наступлением смерти до того, как определился исход т р а в м ы .

56. При судебно-медицинской экспертизе тяжести вреда здоровью в заключении должны быть отражены:

1) объективные признаки вреда здоровью с медицинской точки зрения (ссадина, кровоподтек, рана, перелом кости и другие), их локализация и свойства;

2) вид орудия или предметы, которыми они могли быть причинены;

3) механизм возникновения;

4) давность (срок) причинения;

5) вред здоровью с указанием квалифицирующего признака.

57. Заключение эксперта должно соответствовать требованиям главы 3 раздела 1 настоящих Правил.

58. В случаях установления по объективным медицинским данным признаков опасности для жизни, судебно-медицинский эксперт может определить тяжесть вреда здоровью, не ожидая исхода травмы.

59. Составление предварительных выводов с предположительным суждением о тяжести вреда здоровью недопустимо.

60. Судебно-медицинский эксперт не должен оценивать тяжесть вреда здоровью в случаях:

1) неясности клинической картины или недостаточного клинического и лабораторного обследования потерпевшего;

2) не определившегося исхода неопасного для жизни вреда здоровью;

3) отказа потерпевшего от дополнительного обследования или неявки на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер травмы, ее клиническое течение и исход;

4) отсутствия медицинских документов, в том числе результатов дополнительных исследований, без которых суждение о характере и тяжести вреда здоровью невозможно.

В подобных случаях, судебно-медицинский эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие определить тяжесть вреда здоровью, указывает, какие сведения необходимы ему для решения этого вопроса (медицинские документы, результаты дополнительных исследований и другие), а также определяет срок повторного исследования.

61. Мотивированное объяснение о невозможности определения тяжести вреда здоровью не освобождает эксперта от необходимости решения других вопросов, поставленных лицом (органом), назначившим экспертизу.

62. Заключение эксперта выдается лицу (органу), назначившему экспертизу и по их письменному распоряжению иному лицу или высылается по почте сразу после окончания экспертизы.

63. Руководители и врачи медицинских организаций оказывают содействие судебно-медицинскому эксперту в проведении клинического обследования, консультаций в осуществлении лабораторных исследований, необходимых для производства судебно-медицинской экспертизы.

Раздел 3. Правила наружного осмотра трупа на месте его обнаружения

Глава 12. Общие положения

64. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия) является следственным действием. Его производит следователь в присутствии понятых, прокурора с участием врача-специалиста в области судебной медицины, а при невозможности его участия - иного врача.

65. В качестве специалиста в области судебной медицины к осмотру трупа на месте его обнаружения привлекается судебно-медицинский эксперт, занимающий штатную должность в экспертном учреждении.

66. При осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) врач - специалист в области судебной медицины оказывает помощь следователю по вопросам, относящимся к компетенции судебно-медицинского эксперта.

67. Доставка врача-специалиста в области судебной медицины на место обнаружения трупа (происшествия) и его возвращение обеспечивает орган уголовного преследования; он же обеспечивает создание условий для его работы,

а также транспортировку трупа в морг, объектов для экспертного исследования в соответствующие лаборатории, институты и другие организации, производящие необходимые экспертизы. Вместе с трупом в морг направляется постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа и копия протокола осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия).

Глава 13. Порядок организации и производства осмотра трупа на месте его обнаружения

68. Прибыв на место обнаружения трупа, эксперт (врач, выполняющий его обязанности) прежде всего должен установить, имеются ли у предполагаемого " трупа" достоверные признаки смерти и в случае их отсутствия поставить об этом в известность следователя, который вызывает скорую медицинскую помощь, а эксперт должен лично принять необходимые меры по реанимации (искусственное дыхание, закрытый массаж сердца и другие мероприятия). При отсутствии положительного эффекта от предпринятых реанимационных мероприятий эксперт предлагает следователю (лицу, производящему осмотр) внести в протокол осмотра места происшествия время начало и окончание, виды реанимационных мероприятий, ее результат и основания прекращения.

69. В процессе осмотра трупа на месте его обнаружения эксперт устанавливает и сообщает следователю для внесения в протокол осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия) следующие сведения:

1) положение трупа, его позу, расположение конечностей, предметы, находящиеся на трупе или рядом с ним, состояние поверхности ложа трупа;

2) состояние и положение одежды и обуви на трупе (ее целость, наличие загрязнений, наложений, помарок, состояние застежек и петель, наличие следов, похожих на кровь, или иных выделений);

3) расстегивая и приподнимая (но не снимая) одежду, определить пол, примерный возраст, телосложение, цвет кожных покровов, видимых слизистых оболочек, состояние зрачков, роговиц, состояние естественных отверстий, при наличии в них инородных тел и выделений указать их характер, цвет и особенности ;

4) особые приметы (рубцы, татуировки, родимые пятна, физические недостатки) при осмотре неопознанных трупов;

5) характер ранних трупных изменений (с обязательным указанием конкретного времени их исследования по ходу ведения протокола), а именно: расположение и диагностические особенности трупных пятен (цвет, изменения цвета при дозированном давлении и время (в секундах), необходимое для восстановления первоначальной окраски);

реакцию поперечно-полосатых мышц на механическое и электрическое воздействие ;

реакцию зрачков на электрическое и химическое их раздражение;
степень охлаждения закрытых и открытых частей тела на ощупь;
температуру тела (измеряется электротермометром или обычным термометром , имеющим нижнюю границу отсчета от 0 градусов), с указанием участка тела и времени измерения температуры. Обязательной фиксации подлежит температура окружающей среды ;

6) при наличии поздних трупных изменений (гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление и прочее) указать локализацию, распространение относительно частей тела и степень их выраженности;

7) наличие какого-либо постороннего запаха (алкоголя, эфира и прочее) от трупа ;

8) наличие на трупе и одежде насекомых и их личинок (место наибольшего скопления и их характер) ;

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

10) наличие повреждений на теле трупа, их локализацию, характер, размеры, форму, особенности краев, характер наложений, включений, потеков, похожих на кровь .

Не допускается при осмотре ран (повреждений) проводить их зондирование и другие действия, влекущие за собой изменения первоначального вида или свойства повреждения, а также обмывание, обтирание или удаление иным способом засохшей крови, выделений во избежание утраты мелких частиц, которые могут стать вещественными доказательствами (осколков стекла, металла , копоти и так далее). Фиксированные в повреждениях орудия и предметы оставить в ранах до судебно-медицинской экспертизы трупа.

70. По окончании наружного осмотра трупа и изучения обстановки на месте происшествия (обнаружения трупа) эксперт в устной форме имеет право высказать следователю свои предварительные суждения по поводу:

1) ориентировочной давности наступления смерти;

2) изменения положения трупа после смерти;

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

4) соответствия места обнаружения трупа собственно месту происшествия;

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

6) вероятной причины смерти.

При высказывании предположительных суждений следователю, обязательно должно быть подчеркнуто, что окончательное решение интересующих следствие вопросов возможно только после полного судебно-медицинского исследования трупа и производства всех необходимых по делу дополнительных исследований.

71. На месте обнаружения трупа врач-специалист в области судебной м е д и ц и н ы м о ж е т :

1) консультировать следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром трупа на месте его обнаружения, а также по всем вопросам последующей судебно-медицинской экспертизы трупа и возможным лабораторным исследованиям, входящим в компетенцию судебно-медицинской э к с п е р т и з ы ;

2) оказывать следователю помощь в обнаружении и изъятии следов, похожих на кровь, сперму или другие выделения человека, волос, кусочков мягких и плотных тканей человека, различных веществ, похожих на лекарственные препараты, препараты бытовой или производственной химии, предметов или орудий, которыми могут быть причинены повреждения, а также других объектов , которые, по его мнению, могут представлять интерес по данному делу, только после осмотра их специалистом криминалистом;

3) обращать внимание следователя и понятых на все особенности (в том числе и негативные обстоятельства), которые имеют значение для данного конкретного с л у ч а я ;

4) по ходу проведения осмотра давать пояснения производимых им действий и полученных результатов .

72. В случае выявления и изъятия объектов, подлежащих экспертизе в судебно-медицинской лаборатории, эксперт обращает внимание следователя на необходимость описания любого следа биологического происхождения, отметить его локализацию, форму, размеры, вероятность происхождения в е щ е с т в а .

Кроме этого, в случае обнаружения следов:

1) к р о в и в в и д е :

луж - указывать характер краев, периферии, наличие отпечатков в свертке (например, след волосистой части головы), изъятие сухого остатка крови для последующего взвешивания ;

следов волочения - отметить направление полос, их ширину, характер краев и концов (интенсивность) ;

пропитывания кровью - указать, с какой стороны (лицевой или изнаночной), происходило пропитывание ткани ;

потеков крови - указать направление каждого отрезка, характер его концов;

капель крови - описать размеры участка со следами капель, их количество,

наличие признаков слияния, вторичного разбрызгивания по периферии, детализировать характер краев;

брызг крови - отметить размеры участка со следами брызг, их форму (веерообразная, в виде цепочки и прочие), количество следов, направление длинника овала (при овальной форме), направление заостренного конца и точечного элемента (при каплевидной форме или следа в виде восклицательного знака) ;

помарок крови - детализация характера краев (мазки, отпечатки); инерционных следов крови - направление отхождения центробежных полос;

2) при поиске и описании следов спермы:

четко описать формы и очертания следов и их цвета с учетом характера предмета-носителя, отметить характерное свечение в ультрафиолетовых лучах;

3) при поиске и описании следов иных выделений (слюны, мочи, пота и прочие) :

четко описать особенности формы пятен и их свечения в ультрафиолетовых лучах .

Слюна, пот и сперма могут обнаруживаться как на предметах одежды подозреваемого, так и вокруг трупа и прочие;

4) при поиске волос необходимо организовать хорошее, регулируемое под разными углами освещение, иметь лупы, пинцет с резиновыми наконечниками, пробирки, пакеты, клейкую ленту и прочие. Следует соблюдать осторожность при изъятии и хранении, так как объект легко может быть утрачен при легком движении воздуха. Эти объекты следует искать на орудиях травмы, одежде, в руках, под трупом.

Глава 14. Особенности осмотра трупа при различных видах смерти

73. Осматривая труп при подозрении на некоторые виды смерти эксперт обращает внимание следователя на следующие особенности:

1) при дорожно-транспортной травме - на позу трупа, его положение по отношению к частям дороги, окружающим предметам, транспортному средству или его следам, на расстояние между ними; состояние одежды (наличие на ней повреждений, осколков стекла, загрязнений краской, уличной грязью, частицами дорожного покрытия, следов волочения или протектора, траков гусениц и других частей транспортного средства); состояние обуви, наличие на ней повреждений, следов скольжения на подошвах; характер повреждений на трупе, их локализацию, место ненормальной подвижности костей, наличие крепитации, деформации отдельных частей тела, укорочения конечностей, внедрение инородных частиц; на участке дороги наличие веществ биологического

происхождения, отдельных предметов одежды или обуви или их обрывков, вещи ; наличие на транспортном средстве следов крови, волос, частиц кожи, мозгового вещества, кусочков органов (тканей), лоскутов и волокон тканей одежды, отпечатков рисунка последних и другие;

2) при железнодорожной травме - на позу, расположение трупа и его отчлененных частей по отношению к рельсам, насыпи, путевым сооружениям и железнодорожному транспорту (под каким вагоном или колесной парой), расстояние между отчлененными частями (частицами) тела; наличие на одежде повреждений, характерных загрязнений (смазочными веществами, угольной пылью), внедрение частичек балластного слоя пути, "складчатого заглаживания", полос давления; характер и локализацию повреждений на трупе, загрязнение их краев и дна, наличие следов крови на одежде и местности, цвет полос давления и осаднения и другое; наличие на участке железнодорожного пути следов волочения тела; наличие на железнодорожном транспорте следов биологического происхождения и высоты их расположения;

3) при авиатравме - на взаиморасположение трупов, их частей относительно друг друга и обломков воздушного судна; следы перемещения тел или их частей на местности; состояние одежды, посторонние запахи; принадлежность частей тому или иному трупу (с прикреплением бирок с порядковыми номерами и, если известно, фамилией погибшего на каждый фрагмент); не допускается изъятие документов, ценностей, других предметов из останков трупа; виды повреждающих воздействий на трупах или их частях, наличие следов и повреждений на теле от воздействия привязных ремней, характер и особенности повреждений у членов экипажа (возможные признаки огнестрельных повреждений, иной травмы, отравлений окисью углерода и другие);

4) при падении с высоты - на позу трупа относительно объекта, с которого предполагается падение, полосовидные загрязнения на его одежде, потертости тканей или декоративных деталей (пуговиц, пряжек) от скольжения вдоль стены, совпадение особенностей опачкивания одежды с характером загрязнения места, откуда упал пострадавший, полосовидные разрывы вдоль швов; отпечатки рисунка ткани на кожных покровах трупа, преимущественное расположение телесных повреждений на выступающих частях лица и тела, одностороннюю локализацию повреждений (при условии отсутствия ступенчатого падения); симметричность повреждений при падении на верхние или нижние конечности; повреждения мягких тканей соответственно одной или обеим пяточным областям; укорочение одной из нижних конечностей, ротацию стопы и другие;

5) при повреждениях тупыми и острыми предметами - на характер повреждений, локализацию, форму, края, размеры, другие особенности, соответствие повреждениям на одежде, наличие или отсутствие на руках трупа

повреждений, характерных для борьбы или самообороны; при однородных повреждениях - количество, взаимное расположение; наличие следов, похожих на кровь, волос, текстильных волокон, кусочков мягких тканей, мозгового вещества на трупе, его одежде, предметах окружающей обстановки, предполагаемых орудиях травмы; наличие следов, похожих на кровь, на подошвах обуви и подошвенной поверхности стоп (фиксированные в повреждениях или естественных отверстиях тела предметы извлекать категорически запрещается);

б) при огнестрельных повреждениях - на повреждения на одежде, указать их локализацию, форму, наличие дефекта, приблизительные размеры, наличие между слоями одежды или в ее складках пуль, дроби, пыжей и следов дополнительных факторов выстрела (при обнаружении указать на необходимость их специального исследования); наличие обуви на ногах; количество повреждений и месторасположение их на теле трупа, форму и приблизительные размеры отпечатка дульного конца оружия, разрывов ткани в области входного и выходного отверстий в случае сквозного ранения, наличие инородных тел в ране; характер ранения (сквозное, слепое, касательное) и его особенностей; следы, подозрительные на кровь на теле, одежде трупа, окружающих предметах, их расположение и особенности;

7) при взрывной травме - на положение трупа по отношению к участку (точке), где произошел взрыв, взаиморасположение трупа и его отдельных частей с указанием расстояния между ними, наличие между слоями одежды свободно лежащих осколков, частей и деталей взорвавшегося устройства, частиц взрывчатого вещества, характер повреждений на одежде и теле трупа, наличие обгорания, опаления, закопчения;

8) при механической асфиксии - на наличие одутловатости лица, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз; положение языка, синюшность кожных покровов; следы кала, мочи, спермы на теле и одежде; в случаях сдавления шеи петлей - на позу трупа; при свободном висении тела - расстояние от стоп до пола (земли) и от пола до места прикрепления свободного конца петли, наличие предметов, которые могли использоваться как подставки, имеющиеся на них следы (например, обуви); при неполном висении тела - какие части тела имеют точки опоры, расстояние от пола до свободного (нижнего) и фиксированного концов петли; особенности крепления конца петли к опоре, следы скольжения на опоре и веревке; петля (тип, количество витков, материал, наличие узлов, пряжек, отверстий в материале и другие особенности, расположение петли на шее, месторасположение узла, характер вязки узлов); локализация трупных пятен, цвет лица, наличие точечных кровоизлияний в соединительные оболочки глаз, положение языка, характер и особенности

странгуляционной борозды, соответствие между ней и петлей (петлю необходимо снять для дальнейшего направления вместе с трупом в морг, перерезав ее в месте, противоположном узлу, а затем скрепить нитками разрезанные концы, измерить длину петли и ее свободной части; при наличии на шее трупа туго затянутой петли последняя на месте происшествия не снимается);

10) при сдавлении органов шеи руками, подозрении на смерть от закрытия отверстий рта и носа предметами - на позу трупа, состояние одежды, наличие на ней повреждений и наложений; наличие повреждений и наложений на предмете, закрывающем отверстия носа и рта, в месте прилегания лица, наложения слюны, рвотных масс; кляп в полости рта - материал, насколько выступает из преддверия рта, насколько плотно фиксирован; полиэтиленовый пакет (мешок) на голове - положение, места плотного прилегания, наличие на внутренней поверхности пакета наложений веществ, капелек влаги, следов запотевания, после снятия - посторонний запах, форму, размеры; повреждения на коже шеи, лица, вокруг отверстий носа и рта, состояние слизистой оболочки губ, полости рта; наличие повреждений в других областях тела, особенно на руках (кляп на месте происшествия извлекать из полости рта категорически запрещается; для предотвращения его выпадения или смещения кляп необходимо зафиксировать в том положении, в каком он был обнаружен);

11) при сдавлении грудной клетки и живота - на характер, размеры сдавливающих предметов; отпечатки одежды и иных предметов на коже; характер и особенности механических повреждений; окраску кожных покровов, кровоизлияния в слизистую век и белочную оболочку глаз, кожу лица, шеи, верхней части туловища, экзофтальм и другие;

12) при утоплении в воде - на наличие предметов, удерживающих тело на поверхности воды (спасательный пояс, круг, жилет), или способствовавших погружению (камни, привязанные к телу и другие предметы), с указанием их размеров, характера и способов крепления; какие части тела погружены в воду; наличие и состояние одежды, наложение на ней песка, ила, водорослей и другие, наличие и локализацию механических повреждений и их характер, участков мацерации кожи; присутствие стойкой пены или кровянистых потеков в отверстиях носа и рта;

13) при отравлении - на следы воздействия предполагаемого яда на коже и одежде (ожоги, рвотные массы на трупе и возле него), предметы с остатками химических веществ (бутылки, стаканы, ампулы, порошки, таблетки, жидкости) рядом с трупом или в карманах одежды, наличие шприца и иглы, цвет кожных покровов, особенности трупных изменений, состояние зрачков, запах изо рта, наличие следов от инъекций (в этом случае эксперт может рекомендовать

следователю изъять остатки химических веществ для дальнейших лабораторных исследований);

14) при действии низкой температуры - на позу трупа, состояние поверхности, на которой он находится, описать характер "ложа"; состояние одежды (соответствие ее времени года, ветхость, влажность и другие); трупные изменения, наличие инея и кусочков льда в области глаз, отверстий рта и носа, "гусиную кожу" и наличие отморожений различной степени, их локализацию, размеры и другие особенности (осмотр замерзшего трупа требует осторожности для предупреждения повреждений хрупких замерзших частей тела (пальцев, ушных раковин));

15) при действии высокой температуры - на отсутствие или частичное сохранение одежды (соответственно каким областям тела), ее состояние, наличие специфического запаха горючего вещества (бензин, керосин и других веществ), опаление или обгорание, следы, похожие на кровь; позу трупа, локализацию, распространенность и степень ожогов на трупе; наличие копоти у отверстий носа и рта, на слизистой оболочке рта, языке, зубах, на вершинах складок кожи; наличие повреждений, не связанных с действием пламени (необходимо помнить, что при осмотре пожарищ останки трупа могут быть обнаружены в разных местах в результате проведения противопожарных мероприятий при тушении строения; эксперт может рекомендовать следователю изъять из разных мест топки и поддувала не менее 4 отдельных проб золы массой около 50 грамм, а после осмотра и отбора отдельных находок - изъять всю остальную золу для исследования);

16) при поражении электрическим током:

атмосферным (молнией) - на наличие повреждений на одежде и теле: обгорание одежды, ожоги или опаление волос, "фигуры молнии" на коже (при наличии "фигур молнии" рекомендуется сфотографировать их, так как они довольно быстро могут исчезнуть), а также оплавление металлических предметов;

техническим - перед началом осмотра убедиться в том, что труп и окружающие его предметы не находятся под действием электротока; после чего отмечают достоверные признаки смерти; положение трупа и отдельных его частей по отношению к токонесущим заземленным предметам, наличие на источниках и проводниках кусочков эпидермиса, крови, волос, текстильных волокон и частиц одежды, особенности одежды, благоприятствующие проведению тока (влажность, гвозди на подошвах обуви); наличие повреждений от теплового и механического действия тока (опаление, обгорание, разрывы тканей, расплавление гвоздей в обуви, металлических и пластмассовых предметов в карманах); признаки действия тока: электрометки на местах

контакта с проводником и предполагаемым выходом тока;

17) при производстве незаконного аборта - на наличие спринцовок, кружек, тазов, медицинских инструментов, химических веществ, медикаментов, которые могли применяться с целью аборта; следов, подозрительных на кровь, на белье и предметах окружающей обстановки; позу трупа, имеющиеся признаки беременности, состояние наружных половых органов и промежности (механические повреждения, кровь, посторонние предметы, введенные в половые пути); на необходимость осмотра мест, где могут находиться выброшенные или спрятанные плацента, плод и его части;

18) при осмотре трупов новорожденных или их частей - на наличие и характер упаковки, способ перевязки, наличие или отсутствие сыровидной смазки, родовой опухоли, следов крови или мекония, признаков ухода за младенцем (перевязка пуповины, повязка и другое), инородных тел в естественных отверстиях, состояние пуповины и детского места, повреждения на них;

19) при осмотре трупа неизвестного человека - на одежду (детально), сопутствующие предметы вблизи трупа и под ним; пол, антропологический тип, приблизительный возраст, телосложение, волосяной покров, состояние зубов, особые приметы (дефекты развития, последствия травм и заболеваний, рубцы, татуировки и прочее), наличие и характер повреждений, с обязательным описанием словесного портрета;

20) при обнаружении частей расчлененного трупа - на наличие и характер упаковки, одежды (детально), способ перевязки, анатомический характер обнаруженных отчлененных частей тела, трупные изменения, загрязнение посторонними веществами, наличие следов, похожих на кровь, особые приметы, локализацию, характер, состояние краев и др. особенности мест расчленения; форма, приблизительные размеры и особенности иных повреждений и другие;

21) при обнаружении скелетированного трупа - на взаимное расположение костей, соответствие нормальному расположению их в скелете, повреждения и наложения на поверхности костей. Нельзя извлекать отдельные кости, по мере их появления из почвы, а следует освободить от почвы весь скелет и лишь затем извлечь останки полностью;

22) при скоропостижной смерти - на отсутствие или наличие повреждений, их характер; необходимость выяснения предшествующих смерти обстоятельств, получения медицинской документации о покойном;

23) при возникновении обоснованного подозрения на смерть от особо опасной инфекции (чума, оспа, холера, сибирская язва и другие) эксперт немедленно сообщает об этом следователю и совместно с ним принимает меры к извещению руководителей ближайших органов здравоохранения и санитарно-эпидемиологической станции. Все участники осмотра места

происшествия остаются на месте до прибытия специальной противоэпидемической бригады, которая даст соответствующие указания в зависимости от конкретной обстановки. Эвакуация трупа осуществляется санитарно-эпидемиологической службой на специальном транспорте.

Раздел 4. Правила производства судебно-медицинской экспертизы трупа

Глава 15. Основные положения о порядке назначения и организации судебно-медицинской экспертизы трупа

74. Судебно-медицинская экспертиза трупа (далее - экспертиза) назначается постановлением лица, производящего дознание, следователя, прокурора, судьи для установления причины смерти и разрешения иных вопросов, указанных в постановлении.

Установление причины смерти только по медицинским документам без проведения судебно-медицинской экспертизы трупа запрещается.

75. Изменения трупа, связанные с развитием гнилостных процессов или воздействием различных факторов внешней среды, не являются основанием для отказа от производства экспертизы.

76. При смерти в медицинской организации лица, находившегося на лечении и умершего от насильственной причины или при подозрении на нее, руководитель медицинской организации своевременно извещает об этом судебно-следственные органы для решения вопроса о назначении экспертизы.

77. Признаки насильственной смерти могут быть обнаружены при проведении патологоанатомического исследования трупа. В этом случае вскрытие прекращается, и руководитель медицинской организации письменно сообщает о случившемся в судебно-следственные органы. Патологоанатом, производивший исследование трупа, обеспечивает сохранность трупа и органов в том состоянии, в каком они находились в момент прекращения исследования, и составляет протокол о произведенном им исследовании.

78. Экспертизу производят в судебно-медицинских моргах или моргах медицинских организаций, соответствующих техническим требованиям и нормам, предъявляемым к подобным помещениям.

79. При невозможности доставить труп в морг лицо (орган), назначившее экспертизу, совместно с администрацией медицинской организации обеспечивает создание судебно-медицинскому эксперту необходимых условий для работы в ином помещении.

80. В исключительных случаях, по согласованию с судебно-медицинским

экспертом, допускается производство экспертизы эксгумированного трупа на открытом воздухе, при условии теплого времени года, сухой погоды и создания необходимых условий для работы.

81. Своевременная доставка в морг трупа, его одежды и других предметов, непосредственно относящихся к трупу, обеспечивается лицом (органом), назначившим экспертизу, соответственно статьям указанных в уголовно-процессуальном Кодексе Республики Казахстан.

82. При направлении в морг трупа из медицинской организации лицо (орган), назначившее экспертизу, обеспечивает одновременную доставку подлинника истории болезни и одежды умершего. Если одежда была изъята органами дознания или следствия либо с их разрешения выдана родственникам умершего, в постановлении делается соответствующая запись.

83. Поступившие в морг трупы, одежда и иные предметы, доставленные с трупом, регистрируются в установленном порядке.

Трупы должны храниться в условиях, препятствующих развитию гнилостных изменений. Применение каких-либо консервирующих веществ запрещается, за исключением случаев, предусмотренных настоящими Правилами.

Одежда трупа и иные, доставленные с ним предметы, сохраняются до начала производства экспертизы в том состоянии, в каком они поступили в морг.

84. Экспертиза производится, как правило, штатными судебно-медицинскими экспертами. Постановлением лица (органа), назначившего экспертизу в качестве эксперта к производству экспертизы трупа могут привлекаться профессорско-преподавательский состав кафедр (курсов) судебной медицины институтов усовершенствования врачей, медицинских институтов и университетов, а также врачи иных специальностей, обладающие специальными познаниями для дачи заключения.

Эксперт, являющийся сотрудником органов судебной экспертизы, считается по роду своей деятельности ознакомленным с его правами и обязанностями и предупрежденным об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, о чем делается отметка, удостоверенная подписью эксперта во вводной части заключения эксперта.

85. Экспертиза производится, как правило, судебно-медицинским экспертом е д и н о л и ч н о .

В отдельных случаях (экспертиза трупа иностранного гражданина; первичная экспертиза ранее не вскрытого эксгумированного трупа; повторная экспертиза трупа и др.) экспертиза может производиться комиссией судебно-медицинских экспертов. Если в таких случаях в постановлении не указано конкретно, каким судебно-медицинским экспертам поручается производство экспертизы, их назначает руководитель органа судебной экспертизы или заведующий отделом

судебно-медицинской экспертизы трупов.

86. Экспертиза может быть начата после появления ранних трупных изменений (охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение). До появления указанных изменений вскрытие трупа может быть произведено только после констатации смерти и оформления соответствующего акта. Один экземпляр этого акта вручается судебно-медицинскому эксперту, которому поручена экспертиза, и хранится в органе судебной экспертизы вместе с копией заключения.

Замерзшие трупы должны быть исследованы после их полного оттаивания при комнатной температуре, не допускается проводить ускоренное оттаивание трупа в условиях повышенной температуры.

87. Лицо, назначившее экспертизу, вправе присутствовать при ее производстве. Если лицо, назначившее экспертизу, известило судебно-медицинского эксперта о необходимости своего присутствия при экспертизе трупа, эксперт уведомляет его о времени и месте проведения экспертизы. Его неявка к назначенному времени не является основанием для задержки начала производства экспертизы.

Если лицо, назначившее экспертизу, присутствовало при производстве экспертизы, в протокольной части заключения эксперта делается соответствующая запись с указанием его фамилии, должности и места работы.

88. Врачи медицинских организаций, слушатели институтов усовершенствования, студенты и слушатели высших и средних медицинских и юридических учебных заведений могут присутствовать при судебно-медицинской экспертизе трупа с письменного разрешения лица, назначившего экспертизу, и руководителя органа судебной экспертизы.

89. Присутствие при экспертизе, а также вход в специальные помещения морга (секционный зал, трупохранилище, комнату для одевания трупа) родственникам и близким умершего и другим лицам, не имеющим отношения к производству экспертизы трупа, запрещается.

Глава 16. Общий порядок и последовательность проведения судебно-медицинской экспертизы трупа

90. Экспертиза трупа включает следующие действия эксперта:

1) ознакомление с постановлением и другими документами, предоставленными эксперту (копией протокола осмотра места происшествия, историей болезни и другими документами);

2) планирование проведения экспертизы;

3) приема, регистрации, хранения и выдачи трупов в судебно-медицинских моргах согласно приложению 3 настоящих Правил;

- 4) наружное исследование трупа;
- 5) внутреннее исследование трупа;
- 6) изъятие материала для дополнительных, в том числе лабораторных исследований;
- 7) получение и направление образцов трупного материала для проведения экспертиз (исследований) в судебно-медицинские лаборатории согласно приложению 2 настоящих Правил;
- 8) составление судебно-медицинского диагноза;
- 9) комплексную оценку результатов исследования трупа, дополнительных, лабораторных исследований и данных представленных эксперту материалов;
- 10) формулирование выводов;
- 11) оформление заключения эксперта.

(Изложенная общая схема последовательности действий эксперта может изменяться и дополняться).

91. При изучении (исследовании) предоставленных судебно-медицинскому эксперту документов выясняют условия и обстоятельства наступления смерти, обращая особое внимание на данные, имеющие значение для установления причины смерти и ответа на другие вопросы.

92. Исходя из поставленных на разрешение экспертизы вопросов, с учетом предварительных сведений и изданных уполномоченным органом в сфере охраны здоровья граждан методических указаний (рекомендаций) о проведении экспертизы при отдельных видах смерти, намечают план производства экспертизы. С этой целью определяют последовательность исследования областей, систем и органов трупа и необходимые для этого специальные секционные методики, приемы или пробы: намечают объекты для изъятия и направления на лабораторное исследование; дают указание санитару или лаборанту подготовить необходимые инструменты, посуду и другие необходимые принадлежности (в намеченный план могут вноситься коррективы в процессе выполнения экспертизы).

93. Наружное исследование трупа включает исследование одежды, обуви и иных предметов, доставленных с трупом; собственно исследование трупа; в необходимых случаях фотографирование и зарисовку повреждений на контурных схемах частей тела человека; взятие для лабораторного исследования мазков, выделений и других образцов, обнаруженных при наружном исследовании трупа и одежды; возможны и другие действия эксперта, обусловленные спецификой данного случая.

94. Исследование одежды начинают с перечисления отдельных ее предметов и их положения на трупе в момент осмотра. Отмечают предполагаемый вид материала (шелк, шерсть и другой материал), цвет, степень изношенности,

сохранность петель, пуговиц и застежек. На одежде трупов неизвестных лиц отмечают также наличие характерного рисунка, меток, фабричных ярлыков и других особенностей. Перечисляют и описывают содержимое карманов и другие предметы, доставленные с трупом.

При наличии повреждений и загрязнений на одежде указывают их точную локализацию (руководствуются стандартными наименованиями частей одежды и обуви), форму, размеры, расстояние от швов и других конкретных деталей одежды (карманов, клапанов, краев бортов и других деталей), направление, характер краев и концов и другие особенности. Выясняют взаиморасположение повреждений и загрязнений на одежде с повреждениями и загрязнениями на трупе. Повреждения и загрязнения следует измерить и сфотографировать.

При обнаружении повреждений с признаками разрывов, разрезов, следов скольжения, дефектов ткани, опаления или характерных изменений (отпечатки протектора, наложения смазки, частиц краски, копоти), либо следов, похожих на кровь, рвотные массы или действие едких веществ, а также при выявлении лекарственных или иных химических веществ эксперт принимает меры к сохранению выявленных повреждений, загрязнений и наложений для последующего их исследования экспертами других специальностей и к недопущению возможности возникновения дополнительных повреждений или загрязнений. С этой целью одежду при необходимости просушивают, упаковывают и передают под расписку следователю.

95. Перед снятием одежды необходимо провести исследование трупного окоченения в разных группах мышц.

96. Исследование трупа начинают с определения по внешним признакам пола, возраста, телосложения, степени упитанности, измерения длины трупа, и при необходимости, его массы (веса).

97. Обязательному взвешиванию подлежат трупы детей в возрасте до одного года; при необходимости трупы взрослых лиц при некоторых видах травмы - автомобильной, падении с высоты; при подозрении на отравление этанолом, другими неизвестными ядами.

98. При исследовании трупных изменений:

1) определяют на ощупь охлаждение трупа в прикрытых одеждой и открытых частях тела; в нужных случаях не менее чем двукратно, с часовым перерывом, измеряют температуру в подмышечной впадине и в прямой кишке;

2) устанавливают наличие (отсутствие) трупного окоченения, его распространенность и степень выраженности в мышцах лица, шеи, верхних и нижних конечностей;

3) отмечают наличие (отсутствие) трупных пятен, их локализацию в конкретных областях тела; характер (сливные, обильные, распространенные);

цвет; описываются участки, лишенные пятен (отпечатки одежды и предметов); трехкратно надавливают пальцем или динамометром с силой 2 кг/кв.см и фиксируют время восстановления первоначальной окраски (в секундах, минутах);

4) определяют подсыхание, помутнение роговицы, наличие симптома Белоглазова и пятен Ляйше;

5) при наличии поздних трупных изменений (гниение, жировоск, мумификация, торфяное дубление) описывают их признаки и степень выраженности; отмечают наличие участков плесени, их локализацию, размеры и цвет, отложения личинок мух, наличие других насекомых, прорастание растений;

б) применяют рекомендованные в установленном порядке инструментальные и лабораторные методы определения времени наступления смерти.

99. При осмотре кожных покровов отмечают их цвет и особенности (кожа сухая, влажная, синюшная, "гусиная"), степень оволосения (в том числе и длину волос на голове), наличие следов инъекций, высыпаний, припухлостей, струпов, изъязвлений, врожденных и приобретенных анатомических и иных индивидуальных особенностей (рубцы, родимые пятна, татуировки и прочие особенности). При необходимости, наряду с составлением словесного портрета, обнаруженные анатомические и другие индивидуальные особенности фотографируются с масштабом.

100. При исследовании головы отмечают состояние костей мозгового и лицевого черепа, наличие подвижности, деформации и других особенностей. Особо тщательно осматривают волосистую часть. Указывают, открыты ли глаза, определяют цвет радужной оболочки и диаметр зрачков, отмечают состояние белочной и соединительной оболочек (бледность, желтушность, экхимозы), наличие одутловатости лица. Указывают отсутствие или наличие выделений из отверстий носа, рта и ушей, характер выделений. Осматривают кайму и слизистую оболочку губ. Отмечают, открыт ли рот, сомкнуты ли зубы, имеется ли ущемление языка. Указывают цвет и особенности зубов, наличие и количество коронок, протезов, в том числе из желтого металла. Перечисляют отсутствующие зубы и описывают состояние альвеолярной поверхности десен. Указывают наличие или отсутствие в полости рта крови, частичек пищевых масс, порошков, иных инородных предметов.

При подозрении на баротравму исследуют состояние барабанных перепонок, используя лобное и ушные зеркала.

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

При исследовании трупов женщин определяют форму и размеры молочных желез, пигментацию околососковых кружков и белой линии живота, наличие выделений из сосков при надавливании на молочные железы, рубцов беременности и других особенностей.

102. При исследовании наружных половых органов у мужчин определяют состояние крайней плоти, наружного отверстия мочеиспускательного канала, мошонки; у женщин - промежности, половых губ, входа во влагалище, девственной плевы, влагалища. Указывают на отсутствие или наличие выделений, повреждений, рубцов, язв и других особенностей. Исследуют состояние заднего прохода.

103. При ощупывании костей скелета отмечают наличие патологической подвижности или деформаций.

104. Все обнаруженные наружные повреждения описывают при последовательном осмотре различных областей трупа либо отдельно, в конце раздела "Наружное исследование".

Исследование наружных повреждений производят невооруженным глазом, а при необходимости и с помощью лупы или стереомикроскопа, операционного микроскопа. Исследование производят с полнотой, обеспечивающей получение необходимых фактических данных для последующей реконструкции обстоятельств происшествия (установление механизма образования повреждений ; выявление видовых, групповых или индивидуальных признаков орудия травмы)

105. Для каждого повреждения в отдельности указывают его вид (кровоподтек, ссадина, рана), точную анатомическую локализацию, форму, размеры, направление по оси тела, цвет, характер краев и концов, особенности рельефа ссадин, наличие раневого канала, признаки воспаления или заживления, наложения и загрязнения, состояние окружающих тканей. При наличии множества однотипных повреждений допускается их группировка при описании по отдельным анатомическим областям, с соблюдением указанных выше требований :

1) при определении локализации повреждения указывают соответствующую анатомическую область и расстояние от повреждения до ближайших анатомических точек-ориентиров, используя систему прямоугольных координат, а также при необходимости (транспортная травма, огнестрельные, колото-резаные повреждения и других травмах) измеряют расстояние от нижнего уровня каждого повреждения до подошвенной поверхности стоп;

2) форму повреждений указывают применительно к геометрическим фигурам (треугольная, округлая, овальная или другая);

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

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

5) при исследовании наложений и загрязнений в области повреждений отмечают предполагаемый их характер (кровь, копоть, смазочные масла, краска, песок или другое вещество), локализацию, форму, размеры;

б) при исследовании состояния тканей, прилежащих к повреждению, отмечают наличие или отсутствие отека (припухлости) и кровоизлияния, цвет, форму, интенсивность, четкость границ и размеры (для выявления указанных изменений целесообразно производить крестообразные разрезы).

106. Для уточнения характера и особенностей повреждений или болезненных изменений костей скелета вначале производят их рентгенографию (при наличии условий и соответствующей аппаратуры), затем рассекают мягкие ткани и исследуют кости и окружающие ткани на месте. В необходимых случаях поврежденную кость извлекают путем распила через неповрежденную ее область, очищают костные фрагменты от мягких тканей и склеивают для дальнейшего исследования. Указывают точную локализацию перелома, направление и плоскости (возможно, в градусах), наличие и характер смещения, а также другие морфологические особенности, характеризующие вид деформации (зазубрины, трещины, их характер, расположение и направление, состояние надкостницы и костных пластинок, наличие и особенности осколков).

107. В случаях транспортной травмы или при подозрении на нее, при падении с различной высоты (в том числе из положения стоя), а также в других случаях повреждений тупыми предметами, когда не исключается возможность возникновения кровоизлияний в глубоких мышцах и разрывов связок, мышц и повреждений костей, производят разрезы мягких тканей задней поверхности тела (от затылочного бугра до крестца по линии остистых отростков позвонков и далее через ягодицы по задней поверхности бедер и голеней) и их препаровку для обнаружения (исключения) указанных повреждений.

В зависимости от особенностей случая, исследование тканей задней поверхности тела может производиться после окончания внутреннего исследования т р у п а .

108. Составляют схему наружных повреждений на контурных изображениях (схемах) частей тела человека; повреждения и характерные следы на одежде и обуви также зарисовывают на соответствующих схематических изображениях.

109. Повреждения на теле фотографируются. Следует производить снимки не только обзорного характера (общий вид тела с повреждениями), но и отдельных повреждений (обязательно используют масштаб).

Фотографирование повреждений на теле и одежде производит судебно-медицинский эксперт или лаборант под его руководством.

110. В соответствии с ранее намеченным и скорректированным в ходе наружного исследования рациональным комплексом лабораторных исследований производят изъятие материала, который может быть загрязнен или изменен при последующем вскрытии трупа (например, изымают кожу для люминесцентного исследования следов смазочных веществ, краски и других веществ, контактно-диффузионного или спектрографического выявления наложений металлов или других веществ). В исследовательской части заключения делают запись о произведенных действиях.

111. Внутреннее исследование трупа должно быть максимально полным. В обязательном порядке исследуют полость черепа, грудную и брюшную полости. Позвоночник подлежит исследованию при наличии признаков его повреждения или заболевания, а также при черепно-мозговой травме, дорожно-транспортных происшествиях, падении с различной высоты, в остальных случаях - при наличии показаний.

112. Способ вскрытия трупа, последовательность и приемы исследований полостей и органов определяет эксперт, руководствуясь предварительными сведениями об обстоятельствах смерти, конкретными особенностями случая, задачами исследования и соответствующими методическими документами. Целесообразно придерживаться системного порядка при исследовании и оформлении его результатов (центральная нервная система, сердечно-сосудистая и другие системы).

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

114. При подозрении на пневмоторакс или воздушную (газовую) эмболию предварительно производят соответствующую пробу (прокалывают плевральные полости или желудочки сердца под водой). Перед проведением пробы целесообразно произвести рентгенографию:

1) при исследовании трупов женщин фертильного возраста, умерших при невыясненных обстоятельствах или при подозрении на аборт, проведение пробы на воздушную эмболию является обязательным;

2) проба на воздушную эмболию обязательна при подозрении на повреждение сердца, легких, крупных кровеносных сосудов и в случаях, когда медицинское вмешательство (хирургическая операция на указанных органах, пункция, введение канюли, катетеризация сосудов или другое вмешательство) предшествовало наступлению смерти.

115. Разрезы мягких тканей производят не затрагивая, по возможности, наружные повреждения, операционные раны, свищи, дренажи, катетеры, канюли,

выпускники, а также инородные предметы, оставшиеся в ранах. Отмечают цвет мышц, наибольшую толщину подкожно-жирового слоя, наличие (отсутствие) травматических или патологических изменений.

116. До извлечения органов шеи, грудной и брюшной полостей их осматривают на месте. Отмечают правильность расположения органов, пороки развития; степень выполнения легкими плевральных полостей; высоту стояния диафрагмы; наличие спаек в плевральной и брюшной полостях; состояние пристеночной плевры, и брюшины, брыжейки, лимфатических узлов, области солнечного сплетения; вздутие или спадение желудка и петель кишечника; степень кровенаполнения верхней и нижней полых вен. Указывают на наличие или отсутствие постороннего запаха от полостей и органов:

1) в необходимых случаях для обнаружения или исключения тромбоэмболии или инородных тел в дыхательных путях производят на месте вскрытие и осмотр основного ствола и главных ветвей легочной артерии, либо, соответственно, г о р т а н и и т р а х е и ;

2) при подозрении на отравление накладывают лигатуры на пищевод, желудок и к и ш е ч н и к ;

3) при подозрении на утопление запрещается обмывать водой инструменты, посуду, перчатки и органы трупа до взятия материала для исследования на н а л и ч и е п л а н к т о н а .

117. Для извлечения органов применяют, по усмотрению эксперта и в зависимости от конкретных обстоятельств, метод раздельной или полной эвисцерации. При необходимости возможно применение других методов: Вирхова (каждый орган извлекают отдельно); Абрикосова (органы извлекают в виде пяти комплексов)- органы шеи с органами грудной клетки; кишечник; селезенка; печень с желудком, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железой; почки с надпочечниками, мочеточниками и органами малого таза); Киари-Мариша (органы вскрывают на месте в трупе и потом извлекают для детального исследования, взвешивания и измерения); Лютелю (органы выделяют единым комплексом и исследуют на разрезах отдельно). Важно обеспечить хороший доступ к органам, возможность их детального исследования и при необходимости сохранить топографические соотношения между ними и п о в р е ж д е н и я м и .

118. Все органы измеряют и исследуют с поверхности и на разрезах. Отмечают их консистенцию, выраженность анатомической структуры, цвет, кровенаполнение, специфический запах, тщательно исследуют и описывают изменения и повреждения; в полых органах определяют характер и объем содержимого. Взвешивают головной мозг, сердце, легкие (раздельно), печень, селезенку, почки (раздельно). Взвешивание щитовидной, зубной и

поджелудочной желез, надпочечников, гипофиза, эпифиза и иных органов производят при наличии их патологии.

119. При исследовании головы отмечают состояние внутренней поверхности мягких покровов: цвет, влажность, консистенцию, кровенаполнение, отсутствие или наличие кровоизлияний, их цвет, форму и размеры (включая толщину); осматривают с поверхности и на разрезе височные мышцы.

Измеряют толщину лобной, височных, теменных и затылочной костей на распиле, а также продольный и поперечный размеры черепа (при черепно-мозговой травме). Исследуют повреждения свода черепа. Отмечают состояние швов черепа.

Описывают степень напряжения и цвет твердой мозговой оболочки, сращение ее с костями, кровенаполнение сосудов и пазух; прозрачность и кровенаполнение мягких мозговых оболочек, характер подпаутинного содержимого и цистерн. Отмечают симметричность полушарий, степень выраженности рельефа борозд и извилин, отсутствие или наличие полос от давления краем серповидного отростка, намета мозжечка, большого затылочного отверстия. На поперечных или продольных (в зависимости от избранного экспертом метода) разрезах мозга отмечают выраженность общего рисунка строения мозговой ткани и ее анатомических структур, в особенности в стволовом отделе, а также степень ее влажности и кровенаполнения. Описывают содержимое желудочков, состояние эпендимы и сплетений, определяют, не расширены ли желудочки. Исследуют сосуды основания мозга, отмечая наличие атеросклеротических изменений, аневризм и другого.

Измеряют гипофиз, отмечают рисунок и цвет его ткани на разрезе.

При обнаружении внутрочерепных кровоизлияний, очагов размягчения, опухолей указывают их точную локализацию в пределах доли, размеры, массу, объем эпи- и субдуральных кровоизлияний, вид и форму с поверхности и на разрезах, состояние прилежащих к ним участков головного мозга.

После удаления твердой мозговой оболочки осматривают кости основания черепа и отмечают их повреждения и особенности; вскрывают придаточные пазухи, отмечают отсутствие или наличие в них содержимого.

Распиливать кости свода черепа необходимо полностью, не допуская насильственного разъединения свода и основания черепа при неполном распиле костей.

120. При исследовании позвоночного канала обращают внимание на наличие в нем жидкости или крови, состояние и расположение спинного мозга. Извлекают спинной мозг с твердой оболочкой. Описывают вид оболочек и состояние мозговой ткани на последовательных (по сегментам) поперечных разрезах.

Осматривают позвонки и межпозвоночные диски со стороны позвоночного

канала и отмечают их особенности, повреждения, деформации, болезненные изменения. Исследуют область атланта-окципитального сочленения для обнаружения или исключения кровоизлияний, разрывов связок, переломов.

121. Вскрывают магистральные артерии шеи. Отмечают наличие или отсутствие их патологической извитости, сдавления остеофитами, надрывов внутренней оболочки сосудов, осматривают мягкие ткани и сосудисто-нервные пучки шеи для исключения кровоизлияний.

122. Исследуют язык, миндалины, вход в гортань и пищевод, дыхательное горло, щитовидную и паращитовидную железы, лимфатические узлы. Проверяют целостность подъязычной кости и хрящей гортани; при подозрении на повреждение производят их рентгенографию.

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

1) осматривают легочную плевру, отмечают наличие под ней кровоизлияний, их форму, величину, множественность, локализацию;

2) вскрывают дыхательные пути до мелких разветвлений бронхов, указывают на отсутствие или наличие в них содержимого, отмечают цвет и кровенаполнение слизистой оболочки. Обращают внимание на цвет легких с поверхности и на разрезах, степень воздушности и кровенаполнение легочной ткани, характер жидкости, стекающей с ее поверхности при надавливании, наличие и характер очаговых изменений. Описывают паратрахеальные и бронхиальные лимфатические узлы;

3) метод вскрытия сердца и аорты выбирает эксперт. Метод должен предусматривать исследование венечных артерий на всем протяжении и миокарда во всех отделах. Описывают состояние перикарда, количество и характер его содержимого, кровенаполнение полостей сердца и характер свертков крови, состояние эпикарда, эндокарда, миокарда, венечных артерий, клапанов, папиллярных мышц. Измеряют толщину стенок желудочков и перегородки. Определяют ширину аорты на разрезе (над клапанами), исследуют состояние ее внутренней оболочки на всем протяжении. При наличии легочной патологии производят отдельное взвешивание сердца.

124. Последовательность исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства определяет эксперт с учетом требований настоящих Правил.

125. Исследуют желудок, отмечают его форму, количество и вид содержимого (цвет, запах, консистенцию, размеры и характер имеющихся частиц пищи), состояние слизистой оболочки (цвет, выраженность складчатости, наличие кровоизлияний, язв). Вскрывают кишечник на всем его протяжении, описывают

характер и количество содержимого его различных отделов, цвет, состояние слизистой оболочки и другие особенности; отмечают расположение и вид червеобразного отростка. На характер и количество содержимого желудка и различных отделов кишечника обращают особое внимание при необходимости установления давности наступления смерти.

126. При исследовании поджелудочной железы, печени, селезенки, надпочечников обращают внимание на внешний вид органа (форму, цвет), плотность ткани на ощупь, выраженность ее анатомической структуры, степень кровенаполнения, характер соскоба с разрезов селезенки. Органы измеряют и взвешивают. Отмечают вид и количество содержимого желчного пузыря, состояние его слизистой оболочки, проходимость протоков.

127. При исследовании почек определяют их форму и размеры, указывают цвет, плотность ткани, характер поверхности после снятия капсулы, выраженность коркового, мозгового и промежуточного (юкстамедулярного) слоев, состояние слизистой оболочки лоханок.

Определяют проходимость мочеточников и состояние их слизистой оболочки.

128. Последовательность исследования органов таза определяет эксперт с учетом требований настоящих Правил:

1) отмечают количество мочи в мочевом пузыре, ее цвет, прозрачность, вид и цвет слизистой оболочки, наличие конкрементов;

2) у женщин описывают состояние влагалища и его сводов, форму матки, ее шейки и наружного зева, определяют размеры и консистенцию матки; указывают наличие слизистой пробки, раскрытие шейки (с обозначением степени раскрытия), отмечают выделения и повреждения; исследуют состояние слизистого и мышечного слоев матки, а также трубы, яичники, околоматочную клетчатку с сосудами (при наличии в матке посторонней жидкости ее направляют на судебно-химическое исследование);

3) у мужчин исследуют предстательную железу, указывают консистенцию и вид ткани, степень наполнения секретом семенных пузырьков, отмечают особенности ткани яичек.

129. В процессе исследования трупа эксперт берет материал для проведения исследований в отделениях судебно-медицинской лаборатории. Эксперт, производящий экспертизу трупа, определяет необходимые виды исследований, исходя из поставленных на разрешение экспертизы вопросов и особенностей данного случая.

130. Обязательному направлению на лабораторное исследование подлежат:

1) кровь и моча для определения наличия и количественного содержания этилового алкоголя (за исключением случаев смерти взрослых лиц, длительно находившихся в стационаре и малолетних детей);

2) кровь для определения антигенной принадлежности по системе АВО (Н) - антигены АВ с сопутствующим антигеном О и другим системам - при насильственной смерти, сопровождавшейся наружными повреждениями или кровотечением; убийствах или подозрении на них; половых преступлениях или подозрении на них; исследовании трупов неизвестных лиц;

3) кусочки внутренних органов и тканей для гистологического (гистохимического) исследования - во всех случаях смерти; после фиксации и вырезки проводят при необходимости исследование либо вырезанные кусочки хранят в архиве без проведения исследования; срок хранения материалов архива предусмотрен соответствующими Правилами;

4) органы (ткани) трупа для определения наличия и количественного содержания отравляющих веществ - при подозрении на отравление химическими веществами, грибами, ядовитыми растениями и при пищевых отравлениях;

5) желчь или моча для определения категории выделительства;

6) тампоны и мазки содержимого влагалища для обнаружения спермы, изучения морфологических особенностей влагалищного эпителия - при половых преступлениях или подозрении на них; при подозрении на совершение полового акта в извращенной форме берут тампоны и мазки со слизистой оболочки рта и прямой кишки у трупов обоего пола;

7) волосы с головы для сравнительного исследования - при подозрении на убийство, половых преступлениях или подозрении на них, транспортных травмах, повреждении волосистой части головы, исследовании трупов неизвестных лиц;

8) мазки-отпечатки из дыхательных путей (гортани, трахеи, бронхов) и легких для бактериологического и вирусологического исследований - при подозрении на смерть от инфекционных заболеваний;

9) кровь, части внутренних органов, мазки - отпечатки органов для микробиологического и вирусологического исследований - при подозрении на смерть от инфекционных заболеваний или бактериальных пищевых отравлений; при подозрении на особо опасные инфекции (далее - ООИ) взятие материала производят в установленном уполномоченным органом в сфере охраны здоровья граждан Республики Казахстан, порядке, с участием врача-бактериолога санитарно-эпидемиологической станции;

10) не вскрытая почка, жидкость из пазухи основной кости и фрагмент бедренной или плечевой кости для исследования на диатомовый планктон - при отсутствии четкой морфологической картины утопления; для контроля изымается легкое из того же трупа; одновременно извещают лицо, назначившее экспертизу трупа, о необходимости взятии 200-300 мл воды из водоема, в котором был обнаружен труп, и направлении ее на исследование в экспертное учреждение;

11) кусочки из различных областей матки, труб, яичников и сосудов околоматочной клетчатки для гистологического исследования, содержимое полости и часть стенки матки для судебно-химического исследования, тампоны и мазки выделений влагалища и молочных желез для цитологического исследования - при подозрении на смерть в результате внебольничного аборта; при аборте, осложненном сепсисом, дополнительно изымается материал для бактериологического исследования;

12) кожу, части хрящей и кости с повреждениями, паренхиматозные органы с раневым каналом - для физико-технического исследования при смерти от огнестрельного повреждения, повреждений острыми рубящими, режущими, колюще-режущими и тупыми орудиями.

131. Объекты, предназначенные для направления в судебно-медицинскую лабораторию, изымают, упаковывают и опечатывают. Заполняют соответствующий бланк (бланки) направления в лабораторию, в котором также указывают, кем и когда вынесено постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа и вопросы из постановления, подлежащие разрешению при проведении экспертизы в подразделениях лаборатории.

Организацию доставки изъятого материала в лабораторию органа судебной экспертизы обеспечивают, в зависимости от конкретных обстоятельств, лицо, назначившее экспертизу, либо заведующий городским (районным, межрайонным) отделением органа судебной экспертизы.

132. По окончании исследования трупа все органы под контролем эксперта помещают в труп и зашивают его. Также зашивают дополнительно произведенные разрезы. Не допускается помещать в полости трупа не принадлежащие ему органы или посторонние предметы (кроме ветоши).

133. Не допускается введение в труп консервирующих веществ до окончания исследования трупа и взятия материала на лабораторное исследование. По окончании экспертизы трупа консервация в органе судебной экспертизы может быть произведена только по письменному разрешению лица, назначившего экспертизу.

134. В случае установления при экспертизе трупа насильственной смерти от повреждений, отравлений, осложнений внебольничного аборта или других причин, о чем не было известно лицу (органу), назначившему экспертизу, эксперт должен срочно известить это лицо (орган) об установленной причине смерти.

135. При обнаружении нераспознанного при жизни острозаразного заболевания (сыпной, брюшной, возвратный тифы, дизентерия или других), эксперт или заведующий отделом (отделением) срочно извещает об этом в

письменном виде соответствующую санитарную службу. При обнаружении признаков особо опасных инфекций экстренно извещают местные органы государственного управления здравоохранения.

136. При выявлении в процессе экспертизы трупа грубых дефектов диагностики и лечения эксперт извещает об этом руководителя экспертного учреждения, который принимает меры к обсуждению случая на судебно-медицинской клинико-анатомической конференции.

Глава 17. Оформление заключения эксперта

137. Результаты экспертизы оформляются документом, который в соответствии с действующим в Республике Казахстан Уголовно-процессуальным кодексом и утвержденными Министерством здравоохранения Республики Казахстан формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения именуется "Заключение эксперта" (далее - Заключение).

138. Заключение состоит из вводной и исследовательской частей, диагноза и выводов. Вводная и исследовательская части именуется протокольной частью заключения.

139. Протокольная часть заключения составляется на месте, в процессе вскрытия трупа.

140. В вводной части указывают: дату, время начала и окончания экспертизы; условия ее производства; наличие постановления, на основании которого произведена экспертиза, с указанием фамилии и должности назначившего ее лица и даты назначения; место производства экспертизы; фамилию и инициалы судебно-медицинского эксперта (экспертов), 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 (экспертов) об ответственности за дачу заведомо ложного заключения; фамилии, инициалы, должность и место работы лиц, присутствовавших при экспертизе; вопросы, поставленные на разрешение экспертизы.

Вопросы, поставленные судебно-медицинскому эксперту, приводятся во вводной части без изменения их формулировки или в отдельных случаях с согласия лица, назначившего экспертизу могут редактироваться, не меняя смыслового содержания.

141. Во вводной части излагаются также обстоятельства наступления смерти (сведения из постановления).

Сведения из документов, дополнительно представленных следователем после окончания вскрытия трупа и оформления протокольной части заключения,

п р и в о д я т

п е р е д

в ы в о д а м и .

142. Исследовательская часть заключения является объективной основой для составления и обоснования экспертных выводов. Она включает последовательное, подробное исследование представленных лицом (органом), назначившим экспертизу, медицинских и других документов, а также изложение процесса исследования трупа и всех выявленных при этом фактических данных. При исследовании документов указывается наименование документов, их номер, дата составления. Если источником сведений являются медицинские документы (история болезни, амбулаторная карта и другие документы), указывается также наименование медицинской организации, данные о времени поступления и продолжительности пребывания на лечении, состоянии при поступлении и его динамике, проведенных лечебных мероприятиях, оперативных вмешательствах, результатах анализов, осложнениях, сопутствующих заболеваниях, клиническом диагнозе. Не разрешается использовать копии медицинских документов. Процесс исследования трупа включает в себя: описание одежды, обуви и других предметов, доставленных с трупом; наружного и внутреннего исследования трупа; произведенных проб на воздушную эмболию, пневмоторакс, живорожденность; исследований, выполненных экспертом с применением специальных приборов, например, стереомикроскопа или специальных методик секционного исследования отдельных областей или органов трупа; перечень образцов, направленных на экспертизу в судебно-медицинскую лабораторию и ее результаты с указанием номера и даты получения; перечень образцов, передаваемых следователю для проведения других видов экспертиз.

Структура (последовательность изложения) исследовательской части определяется судебно-медицинским экспертом, производящим экспертизу трупа, в зависимости от особенностей этой экспертизы.

Исследовательская часть должна объективно и исчерпывающе полно отражать все фактические данные, выявленные в процессе исследования трупа. Констатируются не только обнаруженные травматические или болезненные изменения, нормальное состояние отдельных органов (тканей), посторонние запахи, но и отсутствие имеющих значение для дела изменений или особенностей (отсутствие кровоизлияний, повреждений, запаха). Не допускается подмена подробного описания диагнозами («абсцесс», «входное огнестрельное ранение») или выражениями «в норме», «без особенностей», а также сокращение слов, за исключением общепризнанных.

Исследовательская часть должна быть изложена понятно для лиц, не имеющих специальных познаний в судебной медицине. При невозможности обойтись без специальных медицинских терминов поясняют их смысл.

Изложение отдельных разделов исследовательской части (наружное

исследование, внутренние исследования и другое) начинается с красной строки.

143. Протокольная часть заключения после перечисления образцов, направленных на лабораторное исследование, подписывается судебно-медицинским экспертом (экспертами).

144. После протокольной части заключения приводят судебно-медицинский диагноз. Он оформляется на основе данных непосредственного исследования трупа, результатов лабораторных исследований и клинических данных, полученных из медицинских документов медицинских организаций (при наличии таковых).

Составление диагноза имеет целью систематизацию и последовательное изложение в сжатой форме сущности изменений и повреждений, обнаруженных при исследовании трупа. Поскольку экспертная оценка выявленных изменений и повреждений делается в выводах, диагноз не подменяет выводов и способствует правильному, последовательному и обоснованному их составлению.

145. Диагноз формируется по окончании исследования трупа. Если для его составления необходимы результаты лабораторных исследований, допускается формулирование диагноза после их получения.

146. Диагноз строится по патогенетическому принципу с отражением последовательности развития обнаруженных изменений и указанием основного повреждения, заболевания или патологического состояния; повреждений, заболеваний или состояний, оказавших неблагоприятное влияние на течение основного процесса; других сопутствующих изменений, не связанных с основным повреждением или заболеванием и причиной смерти.

147. При определении нозологических форм и причин смерти руководствуются Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.

148. Выводы заключения составляются после окончания всех исследований, связанных с экспертизой трупа.

149. Выводы формулируют в виде ответов на поставленные перед экспертом вопросы. При этом допускается объединение близких по смыслу вопросов и изменение их последовательности (без изменения первоначальной формулировки вопросов).

150. Выводы судебно-медицинского эксперта должны являться научно обоснованным мотивированным ответом на поставленные вопросы, к которому он приходит на основе своих специальных знаний и в результате всестороннего и объективного анализа и обобщения данных, полученных при исследовании трупа и зафиксированных в протокольной части и диагнозе, результатов лабораторных исследований, изучения медицинской документации и использования других материалов, представленных следователем. Если эксперт использовал

нормативные материалы или справочные данные, указывают, какие именно. Не допускается применение отвергнутых или непроверенных методик.

151. Выводы следует излагать четко и конкретно, не допуская различного их т о л к о в а н и я .

152. По письменным запросам инспекторов уполномоченного государственного органа по труду, расследующих случаи производственной травмы, может быть выдана справка с письменного разрешения лица, назначившего экспертизу о причине смерти и наличии состояния алкогольного о п ь я н е н и я .

153. Заключение направляется лицу (органу), назначившему экспертизу, не позднее чем через три дня после получения экспертом результатов всех проведенных лабораторных исследований. Руководитель органа судебной экспертизы, заведующие отделами и отделениями принимают необходимые меры и обеспечивают постоянный контроль за своевременностью доставки в лабораторию взятого при экспертизе трупа материала и отправкой судебно-медицинскому эксперту заключений соответствующих экспертиз, произведенных в лаборатории. Продолжительность экспертизы трупа в целом не должна превышать 30 суток. В случае превышения указанного срока судебно-медицинский эксперт письменно сообщает лицу, назначившему экспертизу через руководителя органа судебной экспертизы о причинах превышения срока и указывает дату окончания экспертизы.

154. Обнаруженные при экспертизе трупа объекты, могущие стать предметом отдельной экспертизы, передаются под расписку лицу, назначившему экспертизу , как правило, в течение суток.

155. Порядок хранения и выдачи трупов и доставленных с ними вещей и иных предметов регламентирован настоящими Правилами об организации и производстве судебно-медицинской экспертизы.

Глава 18. Оформление врачебного свидетельства о смерти (врачебного свидетельства о перинатальной смерти)

156. Врачебное свидетельство о смерти (врачебное свидетельство о перинатальной смерти) заполняется в день окончания судебно-медицинского исследования (вскрытия) и подписывается судебно-медицинским экспертом, производившим экспертизу трупа.

157. Порядок заполнения и выдачи "Врачебного свидетельства о смерти" ("Врачебного свидетельства о перинатальной смерти") определен приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 сентября 2003 года № 664 "О введении медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения,

смерти и перинатальной смерти". см. V074946

158. Сразу же выдается окончательное свидетельство о смерти.

Если для установления или уточнения причины смерти необходимо проведение лабораторных исследований, выдается предварительное свидетельство.

После получения результатов лабораторных исследований составляется, как правило, не позднее двух недель после выдачи предварительного свидетельства, новое свидетельство о смерти и с отметкой "Взамен предварительного" пересылается непосредственно в областное (городское, республиканское) статистическое управление.

Руководитель органа судебной экспертизы или заведующий городским, районным, межрайонным отделением органа судебной экспертизы обеспечивает контроль за своевременным составлением и отправкой в статистическое управление нового свидетельства о смерти, направляемого взамен предварительного.

Раздел 5. Правила производства судебно-медицинской экспертизы в судебно-гистологических подразделениях учреждений судебно-медицинской экспертизы

Глава 19. Общие положения

159. Судебно-гистологическую экспертизу производят для установления наличия и оценки патологических изменений в органах (тканях), обусловленных насильственными воздействиями или заболеваниями, определения прижизненности и давности повреждений, а также решения иных вопросов, изложенных в постановлении и не выходящих за пределы специальных познаний, регламентирующих производство судебно-медицинских экспертиз (исследований) вещественных доказательств.

160. Поступившие в судебно-гистологическое подразделение материалы и документы регистрируют в установленном порядке, с указанием дополнительных сведений: о количестве изготовленных препаратов; способах их окраски и изготовления; микроскопическом диагнозе; израсходовании или остатке кусочков органов (тканей); судьбе оставшихся кусочков и гистологических препаратов.

Глава 20. Взятие и фиксация трупного материала, предназначенного для судебно-гистологической экспертизы

161. Для приготовления полноценных гистологических препаратов необходимо соблюдать соответствующие правила.

162. Кусочки органов и тканей при вскрытии трупа берет судебно-медицинский эксперт, производящий исследование; поручать это помощнику или лаборанту не допускается.

163. Взятие материала для судебно-гистологического исследования должно производиться в 100 процентах случаев аутопсий. Вопрос о необходимости направления кусочков органов и тканей на гистологическое исследование решает судебно-медицинский эксперт в зависимости от конкретных ситуаций.

Обязательным является проведение судебно-гистологического исследования в случаях: подозрений на убийства, производственных травм, отравлений (в том числе и алкоголем), поражений электротоком, смерти от действия низкой и высокой температуры внешней среды, при скоропостижной смерти детей и взрослых, инфекционных заболеваний (в том числе и туберкулез), онкологических и гематологических болезней, ятрогенных заболеваний, смерти в медицинских организациях.

164. Кусочки вырезают острыми инструментами. Пользоваться ножницами во избежание размятия тканей не рекомендуется. Кусочки нельзя мять, нельзя скоблить по поверхности слизистой и серозной оболочек. Рыхлые, легко распадающиеся ткани и массы (например, содержимое полости матки), берут на нож, не пользуясь пинцетом, и погружают в фиксирующую жидкость в марлевом мешочке.

165. Вырезанные кусочки из желудочно-кишечного тракта до фиксации желательно сполоснуть теплым физиологическим раствором или обычной водопроводной водой, чтобы освободить их от излишка крови, от загрязнения слизью, желчью, пищевыми и каловыми массами.

166. Кусочки из костей, особенно губчатых, следует выпиливать; откусывание щипцами ведет к выдавливанию костного мозга и разможению патологически измененных частей.

167. Чрезвычайно важно для микроскопического исследования аккуратное и не травматическое взятие различных отделов центральной и периферической нервной системы. В данном случае идет речь не только о грубых, видимых невооруженным глазом, повреждениях мозговой или нервной ткани, но и о сравнительно слабых, вызывающих только микроскопически улавливаемые, но подчас довольно резко выраженные нарушения. Артефициальные изменения структур мозга легко образуются при вскрытии в результате подсыхания материала или механического давления, вследствие чего необходимо макроскопическое обследование центральной нервной системы, по мере возможности, производить путем осмотра без пальпации. При вскрытии также

нельзя допускать соприкосновение тканей мозга с водой, которая может вызвать артефициальные отечные или "водяночные" изменения.

Если предполагается фиксировать объекты в алкоголе (96 градусов и абсолютном спирте), обмывать их не следует.

168. Кусочки необходимо брать толщиной от 5,0 до 10,0 мм. Длина и ширина могут быть разными, в зависимости от цели исследования, обычно 15,0 x 15,0 - 20,0 x 20,0 мм. Оставшийся после вырезки материал хранят в течение 1 года в маркированном марлевом мешочке, помещенном в плотно закрывающийся сосуд со свежим раствором 10 процентного формалина, который должен храниться в течение 1 года.

169. При заборе материала для микроскопического исследования необходимо соблюдать следующие требования:

1) разрезы органов должны производиться так, чтобы наилучшим образом показать их анатомическое строение (например, в кусочке почки должны быть представлены корковое и мозговое вещество, надпочечника - кора и мозговое вещество);

2) из органов, имеющих просвет, нужно изготовить полный поперечный срез, а при невозможности этого - хотя бы срез, проходящий через всю стенку;

3) из опухолей лучше брать материал с участком здоровой ткани и прилежащие лимфатические узлы. Большие опухолевые узлы имеют часто омертвевшую середину, поэтому следует иссекать периферию, так как разложившиеся ткани не представляют интереса;

4) при туберкулезных поражениях наиболее пригодны для исследования периферические части очага, капсулы;

5) капсулу абсцесса следует брать с участком соседней непораженной ткани;

6) при пневмонии - центральный и периферические участки;

7) при механических повреждениях и ряде болезненных процессов (кровоподтеки, электрометки, ссадины, раны, опухоли, инфаркты) надо брать место повреждения с прилежащими здоровыми тканями. Из странгуляционной борозды кусочки вырезают так, чтобы в них попали: вся борозда (дно, нижний и краевые валики) и обязательно неповрежденная ткань по краям борозды. Если борозда широкая, можно взять два кусочка, так, чтобы в один вошел верхний краевой валик и дно, в другой - нижний краевой валик и дно; при кровоизлияниях следует вырезать кусочки из места наибольшего кровоизлияния, на границе с неповрежденной тканью, а также на отдалении;

8) при болезненных процессах, имеющих преимущественную локализацию, кусочки берут из определенных органов, например: при жировой эмболии - из различных отделов легких и мозга, сосудистого сплетения мозга, сердца (из правого и левого желудочка), почек, желудка; при отравлении угарным газом - из

подкорковых ганглиев; при сыпном тифе - из продолговатого мозга и коры или
д р у г и х о р г а н о в ;

9) для информативности гистологического исследования, касающегося черепно-мозговой травмы, эксперт должен располагать целенаправленно взятым материалом. Рекомендуется брать следующие кусочки внутренних органов:

мягкие мозговые оболочки, кусочки мозговой ткани из области подпаутинных
ц и с т е р н ;

а р т е р и а л ь н ы й к р у г ;

зоны удара и противоудара с обязательной маркировкой;
кора с мягкими мозговыми оболочками и подлежащим белым веществом;

с т в о л г о л о в н о г о м о з г а ;

ткань почки, печени, поджелудочной железы;

ткань эпифиза, гипофиза, щитовидной железы;

твердую мозговую оболочку по показаниям;

10) при ожогах следует брать кусочки кожи и подлежащей ткани из мест, имеющих различные степени ожога, кусочки внутренних органов, узлы блуждающего нерва, симпатические узлы, чревное (солнечное) сплетение; в ряде случаев важное значение имеет взятие на исследование мягких тканей полости рта, глотки, гортани, трахеи, крупных бронхов;

11) при охлаждении - кожа из различных участков тела, подозрительных на отморожение на границе с неизменной тканью; целесообразно исследование скелетной мускулатуры и внутренних органов (желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, сердца, легких);

12) при отравлении прижигающими ядами следует брать язык, пищевод, желудок, тонкий кишечник, верхние дыхательные пути, почки, печень;

13) при отравлении фосфорорганическими соединениями - легкие, сердце, почки, печень, надпочечники;

14) при подозрении на криминальный аборт следует брать кусочки из различных участков тела матки (особенно участки эндометрия, пропитанные кровью, или имеющие шероховатую или полипозную поверхность) и яичников, трубы, стенку влагалища, параметральную клетчатку;

15) при подозрении на смерть от острой коронарной недостаточности следует брать венечную артерию в месте наибольших изменений; сердце - по краю ишемизированных и полнокровных участков через всю толщу стенки. В случае отсутствия очага некроза макроскопически, следует брать кусочки ткани сердца из различных отделов левого и правого желудочков, межжелудочковой перегородки с маркировкой места взятия;

16) для решения вопроса о живорожденности (мертворожденности) для микроскопического исследования надо брать кусочки легких из различных долей

и прикорневых отделов, а также подвергать исследованию родовую опухоль (кусочки кожи берут с подлежащими тканями на месте опухоли, на границе ее с прилежащими тканями и за пределами опухоли), пупочное кольцо целиком с кожей, подлежащими тканями и брюшиной, плаценту;

17) при скоропостижной смерти детей грудного и раннего возраста на исследование направляются:

часть гортани с голосовыми связками и региональными лимфатическими узлами;

три кусочка трахеи - начальную часть (вместе с участками щитовидной железы для ориентации об уровне трахеи), среднюю (с паратрахеальными лимфатическими узлами) и область бифуркации (с начальными отделами обоих главных бронхов);

внелегочные бронхи и кусочки из области корня легких с перибронхиальными лимфатическими узлами;

ткань легких из участков с максимально и умеренно выраженными изменениями;

стенку глотки, миндалины с дужками, слюнные железы; мазки-отпечатки слизистой оболочки гортани, трахеи, бронхов, поверхности разреза легких на предметных стеклах;

центральные и периферические органы иммуногенеза (вилочковую железу, лимфатические узлы, селезенку, лимфоидную ткань желудочно-кишечного тракта);

сердце с клапанным аппаратом;

печень;

кору головного мозга с мягкими мозговыми оболочками, субэпендимарные отделы головного мозга;

тонкий и толстый кишечник;

надпочечники;

пупочные сосуды у детей до года;

18) при подозрении на СПИД надо брать на исследование головной и спинной мозг, печень, почки, желудок, кишечник, органы иммуногенеза (костный мозг, вилочковую железу, лимфоузлы различной локализации, селезенку), а при показаниях - сетчатку глаза, кожу, слизистую оболочку рта и другие ткани;

19) для исследования материала на диатомовый планктон (алькологический анализ) с целью подтверждения факта наступления смерти в результате утопления в воде предусмотрен определенный перечень образцов жидкостей, органов и тканей от трупа, воды из водоема, а также соблюдение следующих требований:

1) посуду, предназначенную для взятия образцов, предварительно

механически очищают, промывают водой, обрабатывают хромовой смесью (насыщенным раствором двуххромовокислого калия в концентрированной серной кислоте), два-три раза ополаскивают дистиллированной водой и высушивают.

Подготовленную посуду следует предохранять от контакта с водопроводной водой и загрязнениями;

2) выделение кусочков следует проводить отдельными чистыми инструментами для каждого органа;

3) основными объектами для исследования могут быть следующие органы, ткани и жидкости от трупа в различных состояниях:

почка (невскрытая) является обязательным основным объектом исследования и должна извлекаться в капсуле с перевязанной "ножкой";

кровь (не менее 100 мл) из левой половины сердца;

вещество головного мозга и спинного мозга (не менее, чем по 100 грамм);

мышца сердца (не менее 100 грамм);

скелетная мышца в неповрежденной фасции (не менее 100 грамм);

селезенка с неповрежденной капсулой;

жидкость из пазухи основной кости;

фрагмент бедренной или плечевой кости с костным мозгом (длиной 100 - 150 мм). При проведении судебно-медицинской экспертизы гнилостно измененного трупа - фрагмент трубчатой кости с костным мозгом является основным объектом исследования;

ткань легкого (подплевральную пластинку толщиной около 10 мм и массой вещества не менее 100 грамм). Каждый образец помещают в отдельную посуду и закрывают крышкой. Категорически запрещается обмывание взятых образцов водой;

образцы воды (1 литр) из водоема (в месте обнаружения трупа, и из предполагаемого места утопления) в разных емкостях;

4) консервация взятых для исследования на диатомовый планктон образцов не рекомендуется. В исключительных случаях (длительная транспортировка или другое) почку в фиброзной капсуле или скелетную мышцу в фасции можно залить 5-10 процентным раствором формалина, приготовленном на дистиллированной воде (этот раствор предварительно фильтруют через бумажный фильтр, центрифугируют, после чего берут только верхний слой жидкости, в котором отсутствует осадок).

170. При скоропостижной смерти, когда при макроскопическом исследовании не обнаружено изменений, объясняющих наступление смерти, требуется особенно детальное микроскопическое исследование органов и систем. Для этого берут кусочки из всех органов и тканей, в том числе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, органы иммуногенеза,

мазки-отпечатки слизистых оболочек дыхательных путей. Количество кусочков, взятых из того или иного органа определяет эксперт, производящий исследование т р у п а .

171. При определенных показаниях берут места введения лекарственных веществ. Если на исследование направляют несколько кусочков одного и того же органа или ткани (например, кожи), то каждый из них маркируют этикеткой.

172. Вырезанные кусочки тотчас же опускают в 10 процентный раствор формалина, который готовят заранее, разводя водопроводной водой в соотношении 1:9 (обычный 40 процентный формальдегид принимают за 100 п р о ц е н т н ы й) .

173. Приготовленный раствор обычно имеет кислую реакцию. Однако, для большинства окрасок и гистохимических реакций кислотность раствора формалина не желательна. Поэтому раствор формалина нейтрализуют, добавляя карбонат кальция (мел) или магнезию. Лучшим является раствор нейтрального формалина, приготовленного следующим образом: раствор формалина (37-40 процентный) - 100 мл, вода дистиллированная - 900 мл, натрия фосфат однозамещенный - 4 грамм, натрия фосфат двузамещенный безводный - 6,5 г р а м м .

174. Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем кусочков не менее чем в 10 раз. При большом числе кусочков желательно помещать их в несколько б а н о к .

Необходимо следить, чтобы кусочки в растворе не слипались и не прилегли к дну емкости. Для этого на дно ее кладут слой ваты. Во избежание подсыхания всплывших кусочков (например, легкого) сверху их покрывают ватой.

175. Распадающиеся массы и небольшие крупинки тканей помещают в формалин, предварительно собрав их в марлевые мешочки, где они должны находиться свободно (не спрессовывать).

176. Формалин сменяют через сутки с момента начала фиксации. Фиксация производится при комнатной температуре.

177. Для подробного микроскопического исследования центральной и периферической нервной системы материал помещают в следующие фиксирующие жидкости:

нейтральный 10-12 процентный формалин;
96 градусный этиловый спирт;
жидкости Орта и Ценкера.

Фиксирующие жидкости сменяют через сутки с момента взятия материала. Спирт меняют ежедневно в течение 5 суток.

178. Для выявления гликогена материал фиксируют в абсолютном спирте, сменяя его через сутки после взятия материала.

179. Ткани высохшие - мумифицированные, находящиеся в состоянии торфяного дубления, а также высохший жировоск, направляют в лабораторию в сухом виде, не фиксируя ни в какой жидкости, в хорошо закупоренной стеклянной посуде. Жировоск внутри нее обкладывают ватой.

В лаборатории ткани, жировоск размачивают в 3 процентном формалине на физиологическом растворе в течение 2-3 суток, а затем обрабатывают обычным способом.

Если жировоск находится во влажном состоянии, кусочки его берут в самом начале исследования трупа, немедленно помещая в 10 процентный раствор формалина.

180. Фиксация производится в чистых стеклянных емкостях (банках).

181. На емкость, содержащую объект, наклеивают этикетку с указанием фамилии и инициалов умершего, даты и номера заключения эксперта, фамилии эксперта.

182. Сохранять и пересылать материал следует в хорошо закупоренном виде. При пересылке емкости опечатывают.

183. Если гистологическое исследование производится в том морге, где происходит судебно-медицинское исследование трупа, емкости (банки) можно не опечатывать.

184. Если к моменту отсылки объект профикировался, его можно посылать в вате, смоченной 10 процентным раствором формалина; поверх вату плотно обертывают клеенкой или пергаментной бумагой.

Глава 21. Обработка трупного материала, предназначенного для судебно-гистологической экспертизы

185. При судебно-гистологическом исследовании применяются по мере необходимости все существующие гистологические методы окрасок.

186. К гистологическим препаратам (срезам) предъявляются следующие требования:

толщина не более 15 мкм, ровные, не рваные, без складок, равномерно окрашенные. При двойных окрасках (ядерная и фоновая) нужно строго соблюдать правила дифференцировки, не допуская закрашивания фона ядерной краской; препараты должны быть хорошо просветлены и освобождены от карбол-ксилола; недопустимо загрязнение инородными частицами.

187. Под покровными стеклами не должно быть пузырьков воздуха.

188. Из каждого кусочка изготавливают не менее 3-х срезов, наклеивая на одном стекле срезы, только одного кусочка. На стеклах проставляется тушью порядковый номер препарата и год изготовления; надпись закрепляется

п о л и с т е р о л о м .

189. Желательно применять заливку в парафин или целлоидин. Менее желательно изготовление срезов методом замораживания.

190. При исследовании распадающихся масс, крупинок тканей или тканей высохших (мумифицированных, высохшего жировоска), заливка в целлоидин о б я з а т е л ь н а .

191. Высохшие ткани перед заливкой в целлоидин в течение 2-3 суток размачивают в 3 процентном растворе формалина.

192. Распадающиеся массы и крупинки тканей проводят через батарею спиртов и целлоидин в марлевом мешочке; в целлоидине марлевый мешочек должен находиться подвешенным.

193. Подготовку кусочков органов и тканей для гистологической обработки (вырезать их из присланного материала) осуществляет эксперт, производящий судебно-гистологическое исследование, поручать это лаборанту запрещается.

194. При описании микроскопической картины изучаемых препаратов необходимо пользоваться терминами, принятыми в "Международной гистологической номенклатуре" и избегать диагностических определений (Киев, головное издательство объединения "Вища школа", 1980г.);
п р и э т о м с л е д у е т :

- 1) характеризовать состояние всех структурных элементов органа и ткани;
- 2) указывать степень кровенаполнения всех сосудов (разного вида артерий, вен, капилляров), состав и характер форменных элементов в просвете их, состояние сосудистой стенки; обращать внимание на специализированные сосудистые образования, а также на лимфатические сосуды;
- 3) описывать строму, ее волокнистые структуры и клеточные элементы, отмечая, нет ли явлений отека, наличия клеточных инфильтратов;
- 4) описывать паренхиматозные элементы, указывая на четкость клеточных границ, степень и оттенки окраски цитоплазмы, потерю прозрачности, явления ее отека, наличие вакуолей, включений, гранул секрета, отложение пигмента и так д а л е е ;
- 5) описывать ядро: состояние его оболочки, хроматина, наличие ядрышка; указывать на степень окраски, явления деформации или пикноза ядра, в а к у о л и з а ц и и и к а р и о л и з и с а ;
- 6) в железистых органах отмечать состояние секрета;
- 7) характеризуя очаговые повреждения, следует отмечать изменения в центре поражения и вокруг него; при наличии воспалительного процесса описывают состояние сосудов, наличие и характер экссудата, клеточную реакцию (о наличии жировой дистрофии (дегенерации) и инфильтрации липидами, а также жировой и костно-мозговой эмболии судят по препаратам, окрашенным

специальными методами (судан III, IV, нильский голубой), приготовленных методом замораживания).

195. В зависимости от целей и задач исследования применяют различные окраски. Для повседневной работы достаточно бывает ограничиться окраской срезов гематоксилин-эозином, пикрофуксином (по ван-Гизону), резорцин-фуксином (по Вейгерту) или орсеином (по Унна-Тельцеру), суданом (на жир), на железо (по Перлсу). При необходимости применяют другие методы:

1) азановый метод по Гейденгайну (соединительная ткань и железистые органы);

2) импрегнация по Гомори и Футу (соединительная ткань);

3) метод Ниссля (нервные клетки);

4) окраска по Мийягава в модификации Александровской (микроглия);

5) метод Шпильмейера (миелиновые волокна);

6) окраска анилиновым-генциановым фиолетовым по Вейгерту (фибрин);

7) окраска нильским голубым по Лилли (нейтральные жиры);

8) окраска альфа-нафтол-сафранином по Гольдману (на лейкоциты);

9) окраска странгуляционных борозд и ссадин пикрокармин-индигокармином по Митяевой или крезилловым фиолетовым (на метахромазию коллагеновых волокон);

10) окраска странгуляционных борозд и ссадин по Шпильмейеру или основным фуксином (на базофилию коллагеновых волокон);

11) окраска по Касону или Шпильмейеру (выявление эритроцитов в капиллярах и кровоизлияниях);

12) окраска красным конго (электрометка);

13) окраска по Селье, Ли или Рего (выявление "повреждений" миокарда);

14) окраска карболовым фуксином Цилля, по Грамм-Вейгерту, метиленовым синим по Лефлеру, по Леватици, по Павловскому (на бактерии, вирусные включения, патогенные грибы, простейшие);

15) из гистохимических методик применяют реакции на выявление нейтральных и кислых мукополисахаридов реактивом Шиффа и альциановым синим, на гликоген, известь, глюкозо-6-фосфатазу, эстеразу, аминопептидазу, моноаминоксидазу, цитохром-оксидазу, глюкозо-6-фосфат-6-фосфоглюконат-, лактатдегидрогеназу;

16) в целях повышения качества и надежности результатов гистологических и гистохимических исследований целесообразно пользоваться апробированными прописями методик.

196. Для получения качественных препаратов необходимо строго соблюдать все правила фиксации, проводки, заливки и окраски.

197. Если при микроскопическом исследовании выявляются патологические

изменения, надо указать в каком количестве препаратов они встречаются (во всех или только отдельных препаратах).

198. Трупные изменения и артефакты необходимо отмечать при описании гистологических препаратов, по возможности, указывая их происхождение (посмертные изменения, некачественная фиксация, плохая окраска или прочее).

Глава 22. Оформление результатов судебно-гистологической экспертизы

199. Результаты судебно-гистологической экспертизы оформляют заключением эксперта (далее - заключение).

200. Заключение содержит вводную и исследовательскую части, судебно-гистологический диагноз и выводы.

201. В вводной части заключения на титульном листе указывают место производства судебно-гистологической экспертизы, ее регистрационный номер, кем направлен материал, дату и номер заключения судебно-медицинской экспертизы трупа; фамилию, имя, отчество, стаж работы, категорию, ученую степень, ученое звание эксперта-гистолога; перечисляют объекты исследования, указывают фамилию, имя, отчество и возраст трупа, от которого был направлен материал; судебно-медицинский диагноз, цель исследования, отмечают даты поступления материала в отделение, начала и окончания судебно-гистологической экспертизы, а также статью Уголовного кодекса об ответственности за отказ и дачу заведомо ложных заключений, о чем предупреждается эксперт-гистолог, его подпись.

Кроме того, в вводной части перечисляют вопросы, поставленные на разрешение эксперта, приводят кратко изложенные обстоятельства дела, указывают методики изготовления, примененные виды специальных окрасок и дополнительных методов исследования, общее количество исследованных гистологических препаратов.

202. Исследовательскую часть именуют "Описание гистологических препаратов". Препараты от каждого органа описывают отдельно, с указанием их количества и маркировки. Не рекомендуется групповое описание маркированных препаратов. В случаях применения специальных окрасок и дополнительных методов исследования (люминисцентный, фазово-контрастный, в поляризованном свете и др.) отражают выявленные с их помощью изменения.

203. Судебно-гистологический диагноз систематизирует выявленные микроскопические изменения. Он должен вытекать из описательной части, быть научно обоснованным и строиться по патогенетическому принципу. При недостатке информации используется фактографическое оформление диагноза, при котором в систематизированной последовательности приводят

обнаруженные в органах и тканях изменения. В повреждениях тканей и органов травматического и нетравматического генеза отмечают характер и степень выраженности реактивных процессов, указывая преимущественную их локализацию.

204. Выводы содержат аргументированные ответы на поставленные вопросы. Выводы подписывает эксперт, его подпись скрепляют печатью медицинской организации.

205. При обнаружении в препаратах признаков нераспознанного на вскрытии трупа острозаразного или карантинного заболевания (сыпной, брюшной и возвратный тифы, чума, холера и других) руководитель судебно-гистологического подразделения или эксперт-гистолог, выполняющий исследование, незамедлительно извещают об этом первого руководителя органа судебной экспертизы и судебно-медицинского эксперта, исследовавшего труп.

206. Целесообразно к результатам судебно-гистологической экспертизы прилагать микрофотографии, как объективное доказательство описания препаратов.

207. Эксперт, производящий судебно-гистологическое исследование, ведет рабочий журнал, в который вносит ход, результаты и выводы проведенных исследований. В журнале обязательны подписи эксперта, производившего исследование, и консультантов (если таковые имелись). В случае оснащения экспертов-гистологов персональными компьютерами решить вопрос о порядке хранения этих результатов в общем банке данных.

208. Исследование по одному случаю (делу) ведет, как правило, от начала до конца один эксперт.

Глава 23. Хранение, порядок выдачи и уничтожения архивного материала в судебно-гистологическом подразделении

209. Гистологические препараты хранят: стеклопрепараты - в течение двух лет, парафиновые блоки - в течение трех лет. В случаях порчи или непригодности их к дальнейшему хранению, составляют об этом соответствующий акт.

210. Гистологические препараты (если нет специальных шкафов или ящиков) могут сохраняться сложенными, при этом между стеклами должны быть помещены картонные полоски или части спичек во избежание слипания препаратов и смещения покровных стекол.

211. Оставшиеся после исследования кусочки органов и тканей, залитые в целлоидин и парафин, снимают с блоков и хранят в следующем порядке: целлоидиновые - в 70 градусном спирте, парафиновые - в сухом виде.

Для хранения кусочков в 70 градусном спирте их помещают в марлю, куда

кладут бирку с номером, написанным простым карандашом на плотной бумаге или клеенке; к марле привязывают (на длинной нитке) деревянную или клеенчатую бирку с тем же номером; марлевые свертки помещают в емкости (банки), а нитку с биркой выводят наружу. емкость должна быть плотно закрыта, спирт должен покрывать кусочки, по мере испарения его добавляют.

Температура, при которой производится хранение, не должна быть ниже плюс 9
г р а д у с о в .

212. Объекты на блоках, залитые в целлоидин, сохраняют до окончания судебно-гистологического исследования.

213. Влажный архив кусочков внутренних органов и тканей хранят в морге в 10 процентном растворе формалина в течение одного года.

214. Для этого используют емкости, в которых материал поступил для исследования, или другую посуду, помещая туда кусочки в марлевых свертках с бирками. Условия хранения кусочков в формалине те же, что для хранения в 70
г р а д у с н о м
с п и р т е .

215. Выдачу архивного материала до истечения срока хранения производят по письменному требованию судебно-следственных органов, либо по письменному указанию руководителя органа судебной экспертизы, о чем делают запись в журнале регистрации материалов и документов в гистологическом отделении. Материал выдают в упакованном и опечатанном виде, с сопроводительным
п и с ь м о м .

216. Регистрационный журнал и копии заключений хранят в судебно-гистологическом отделении в течение 3-х лет. По истечении сроков хранения, названные документы передают под расписку в архив органа судебной экспертизы.

Раздел 6. Правила производства судебно-медицинской экспертизы в судебно-биологических подразделениях органа судебной экспертизы

Глава 24. Общие положения

217. Целью экспертизы является определение наличия, вида, группы, пола и иных признаков объектов биологического происхождения (кровь, выделения, волосы, кости и прочие) с применением специальных познаний в области
с у д е б н о й
м е д и ц и н ы .

218. Экспертизу производят на основании постановления органа дознания, следователя, прокурора, работников суда. Наряду с экспертизами вещественных доказательств в судебно-биологических отделениях производят исследование

биологических объектов, направляемых судебно-медицинскими экспертами других подразделений.

Глава 25. Порядок организации и производства экспертизы

219. Поступающие вещественные доказательства принимает заведующий подразделением. Для проведения экспертизы предоставляются:

1) постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, в котором излагаются обстоятельства дела; точно формулируются вопросы, требующие разрешения; перечисляются предметы, подлежащие исследованию;

2) образцы (кровь, выделения, волосы и другие), необходимые для производства конкретной экспертизы;

3) копия протокола, в котором отражено изъятие вещественных доказательств и образцов для сравнительного исследования;

4) копии всех, необходимых для проведения экспертизы документов (заключение судебно-медицинской экспертизы трупа или живого лица; первичное заключение эксперта в тех случаях, когда назначена повторная или дополнительная экспертизы).

220. В тех случаях, когда необходимые материалы не представлены, эксперт их запрашивает. Это относится к образцам для сравнительного исследования, без которых не может производиться экспертиза. При поступлении скоропортящихся объектов или при отсутствии подозреваемого (или потерпевшего) экспертизу производят без образцов.

221. Заведующий подразделением передает вещественные доказательства и соответствующие документы эксперту-исполнителю.

222. В судебно-биологическом подразделении в обязательном порядке ведутся следующие журналы :

1) регистрационный, в котором фиксируют все материалы, поступающие от лица, назначившего экспертизу;

2) регистрации мазков и тампонов;

3) регистрации трупной крови;

4) регистрации крови живых лиц;

5) учета расхода спирта;

6) микродонорства;

7) проверки реагентов.

Документы хранят в течение следующего времени:

регистрационные журналы - 25 лет;

копии заключений экспертов - 25 лет;

журналы учета расхода спирта, микродонорства, проверки реагентов - 3 года;

рабочие журналы - 10 лет;

неостребованные вещественные доказательства (в зависимости от категории дел) - от 1 года до 3 лет (по возможности, через год, следует отправлять вещественные доказательства лицам, назначившим экспертизу);

образцы трупной крови - 3 года;

тампоны, цитологические стеклопрепараты - 3 года, независимо от результатов исследования.

Уничтожение объектов и документов производится комиссией в составе трех человек с составлением акта, утверждаемого руководителем органа судебной экспертизы.

223. При производстве экспертизы каждый эксперт ведет записи в рабочих журналах, отмечает свои ежедневные действия, а именно:

подробное отражает номера на объектах, приданных изучаемым следам;

основные параметры исследования;

сведения о реагентах (титр, разведение, специфичность, изготовитель, срок годности и прочие);

данные о контрольном материале, вводимом в реакцию.

Получаемые результаты фиксирует в специальных рабочих таблицах (кроме экспертизы волос, так как последние описывают в отдельном журнале), где указывает данные по каждому объекту, предмету-носителю, по образцу с заведомо известными свойствами. Рабочие таблицы подшивают к каждому экземпляру заключения.

224. При описании вещественных доказательств эксперт отмечает состояние упаковки, в которую они помещены, наличие оттисков, печатей и удостоверительных подписей, возможность или невозможность доступа к содержимому без нарушения ее целостности. При нарушении упаковки составляют акт в двух экземплярах, который подписывают три сотрудника подразделения и утверждает руководитель органа судебной экспертизы. Аналогичный документ составляют и при отсутствии какого-либо предмета или образца, указанного в сопроводительном документе. Один экземпляр акта направляют лицу, назначившему экспертизу.

225. По окончании экспертизы вещественные доказательства в упакованном и опечатанном виде возвращают лицу, назначившему экспертизу.

226. Вещественные доказательства и документы к ним хранят в запирающемся и опечатанном металлическом шкафу или сейфе, скоропортящиеся объекты - в холодильнике.

227. Ответственность за сохранность вещественных доказательств и документов до окончания экспертизы несет эксперт.

228. Число экспертов, необходимое для производства конкретной экспертизы,

определяет заведующий подразделением.

229. При повторной экспертизе необходимо повторно проводить все первичные исследования, а также те, которые ранее не применялись. Целесообразно при повторной экспертизе сохранить по возможности первичные обозначения объектов.

230. При дополнительной экспертизе необходимо проведение только тех исследований, которые при предыдущей не проводились.

231. Экспертизу вещественных доказательств производят в следующей последовательности:

изучение документов;
осмотр упаковки и ее описание;
осмотр и описание вещественных доказательств;
определение наличия объектов биологического происхождения (производится по ходу описания вещественного доказательства);
составление плана проведения экспертизы в соответствии с выявленными объектами и имеющимися методиками;
определение видовой, групповой, половой принадлежности объектов;
составление экспертных выводов;
оформление заключения.

232. При проведении специальных исследований по установлению наличия, вида, группы, пола и тому подобного, расходование объектов производят таким образом, чтобы обеспечить и полноту исследования, и возможность дополнительных или повторных действий с ними. Исключение составляют экспертизы с чрезвычайно малыми объектами, без полного уничтожения которых невозможно ответить на поставленные вопросы.

233. Жидкая кровь должна быть исследована не позднее, чем на следующий день после ее поступления в подразделение.

234. Маркировка объектов должна быть четкой и остаться неизменной во всех реакциях при исполнении одной экспертизы.

235. Перед проведением каждого исследования и в зависимости от его вида проверяют пригодность используемых реактивов и реагентов (их специфичность и активность).

236. Осмотр и описание вещественных доказательств производят с указанием полной характеристики представленных на экспертизу объектов и предполагаемых следов биологического происхождения на них. При этом указывают признаки, позволяющие идентифицировать представленные предметы: подробно указывают фактуру, основные размеры, отличительные детали, цвет, изношенность, повреждения, загрязнения и другие особенности. Особые требования предъявляют к описанию следов биологического происхождения, в

обязательном порядке отмечают локализацию следа, его цвет, форму, контуры, степень пропитывания, уплотнения, размеры, особенности.

Следует принять меры по обнаружению следов, подвергшихся уничтожению путем распарывания швов, разбора орудий (оружия) преступления и прочее.

Целесообразно использовать специальные бланки со схематическим изображением одежды, обуви, орудий, по возможности фотографировать вещественные доказательства и следы на них с приложением масштабной л и н е й к и .

Эксперт подробно описывает образцы, представленные для сравнения вместе с вещественными доказательствами, а также образцы, взятые в присутствии лица, н а з н а ч и в ш е г о э к с п е р т и з у .

237. В разделе "Исследование" полученные результаты можно указывать либо в специальных таблицах, либо в произвольной форме.

238. В разделе "Выводы" вначале излагают данные о групповой характеристике лиц, образцы крови и выделений, которые представлены для сравнительного изучения; затем - результаты, полученные при исследовании объектов, направленных на экспертизу. Далее формулируют вывод о возможности (невозможности) происхождения подвергшихся исследованию объектов от конкретного человека, интересующего лица, назначившее э к с п е р т и з у .

Выводы должны быть краткими, аргументированными, научно-обоснованными и изложенными в доступной для восприятия форме.

239. Оформленное заключение вместе с упакованными вещественными доказательствами и сопроводительным документом (в нем указывают номер заключения, фамилии лиц, проходящих по делу), передают для отправки в канцелярию органа судебной экспертизы. Сопроводительный документ подписывает руководитель органа судебной экспертизы или его заместитель по экспертной работе.

Глава 26. Судебно-медицинская экспертиза крови

240. План проведения судебно-медицинской экспертизы крови соответствует о б щ и м п р и н ц и п а м :

выявление следов, похожих на кровь;
определение ее наличия, видовой, групповой, половой принадлежности и регионального происхождения.

241. Выявление следов, похожих на кровь, производят визуально при естественном свете, солнечном или искусственном освещении с использованием лупы или без нее; осмотром в ультрафиолетовых лучах; осторожным

поскабливанием острым предметом поверхности следа, особенно, если он имеет
т е м н ы й ц в е т .

242. Реакции, с помощью которых устанавливают наличие крови, основанные на обнаружении гемоглобина и его производных, могут осуществляться методами микроспектроскопии, хроматографии, электрофореза, люминесценции с последующим выявлением спектра поглощения.

Из перечисленных методов любой может быть использован экспертом в работе, однако, при этом следует учитывать чувствительность каждого. Если вначале был использован менее чувствительный метод и получена отрицательная реакция, то обязательно применяют более чувствительный и только потом может быть сделан вывод о необнаружении крови.

Для вывода о присутствии крови может быть достаточно использование любого из перечисленных методов, давшего после его применения положительный результат, а для вывода о не обнаружении крови - обязательно последовательное применение разных методов по нарастанию их чувствительности.

Отрицательный результат реакций не является основанием для вывода об отсутствии крови. В этом случае эксперт вправе констатировать только факт, что она не выявлена.

243. Видовую принадлежность крови определяют только после установления ее наличия.

244. Вид крови определяют иммунологическими методами: реакцией преципитации в жидкой среде, агаре по Оухтерлони; встречным и параллельно-встречным иммуноэлектрофорезом на различных носителях;

и м м у н о ф л ю о р е с ц е н ц и е й .

В ряде случаев диагноз может быть поставлен при выявлении У-хроматина. Выбор методики определяется характером следов крови.

245. Во всех, поступающих в подразделение партиях сывороток, проверяют их активность и специфичность.

246. В реакцию по установлению видовой принадлежности обязательно вводят сыворотку, преципитирующую белок человека и не менее двух иных видовых сывороток, выбор которых диктуется обстоятельствами дела.

247. Вместе с вытяжками из следов крови обязательно готовят вытяжки из контрольных (незапятнанных) участков предметов-носителей (последние используют после получения положительных результатов с вытяжками из следов крови). Если вытяжки с какими-либо видовыми сыворотками дали отрицательную реакцию, то нецелесообразно исследовать контроль с этими реагентами.

248. Если установили, что на вещественных доказательствах кровь происходит от человека, то следующим этапом является определение ее групповой принадлежности по генетически установленным системам (в соответствии со специальными методическими рекомендациями, письмами, научными статьями).

249. В следах крови человека, смешанной с кровью животных, групповые свойства не определяют.

250. Изучению групповой характеристики крови должно предшествовать исследование образцов крови проходящих по делу лиц. Их, по возможности, вначале исследуют в жидком виде, а затем вводят во все реакции в высушенном на марле (бинте) виде. В исключительных случаях в качестве образца можно исследовать одежду, снятую с трупа (это действие обязательно должно быть оговорено в постановлении о назначении экспертизы).

251. Образцы крови у проходящих по делу лиц могут быть взяты в судебно-биологическом подразделении или же по поручению лица, назначившего экспертизу, медицинским работником медицинской организации, места заключения с последующей доставкой на исследование. Одновременно доставляют кровь жидкую и высушенную на марле (бинте).

Образец жидкой крови из трупа берет судебно-медицинский эксперт, производящий вскрытие (целесообразно производить забор из полости сердца). В тех случаях, когда кровь в силу каких-то причин взять невозможно, в качестве образцов берут волосы, кости, зубы, мышцы.

252. При направлении жидкой крови по делам о предполагаемых убийствах или изнасилованиях ее исследуют по наибольшему количеству систем с целью последующего дифференцирования.

Если кровь поступает в сухом виде на марле, то исследование ее производят вместе с вещественными доказательствами, при этом эксперт начинает изучать образцы с наиболее информативных и доступных систем выбирая для исследования объектов именно те системы, по которым между образцами выявлено различие.

253. Решив вопросы о присутствии крови, ее видовой и групповой характеристике, эксперт, при необходимости, может установить пол крови и ее региональное происхождение, используя для этой цели специальные методики.

254. Дифференцирование крови плода, новорожденного и взрослого человека осуществляют электрофоретическим путем и иммунологическими методами.

255. Принадлежность крови беременной женщине устанавливают с помощью гравидадиagnostикума.

256. Дифференцирование периферической и менструальной крови производят электрофоретическим и цитологическим методами.

Глава 27. Судебно-медицинская экспертиза следов спермы

257. Изучение вещественных доказательств по делам о половых преступлениях начинают с поиска следов, напоминающих пятна спермы. Это достигается осмотром предметов при ярком естественном или искусственном освещении, в ультрафиолетовых лучах, реакцией с картофельным соком.

В следах, в которых подозревают присутствие спермы, ее наличие устанавливают доказательными методами. Любой, избранный экспертом метод исследования, при положительном его результате дает право на вывод о присутствии спермы, в то время, как для дачи ответа о том, что она не обнаружена, следует использовать весь возможный арсенал методик.

258. Во избежание ошибочного вывода при наличии заболеваний (азоспермия, олигоспермия, некроспермия и другие), при отрицательном результате морфологических поисков следует применять иные методики (в частности, подавление активности кислой фосфатазы ингибитором и реакцию с картофельным соком, метод хроматографии).

259. Групповую принадлежность спермы по системам АВО определяют теми же методами, что и группу крови, с модификациями, описанными в соответствующих руководствах.

260. Возможно дифференцирование следов спермы при одинаковой группе выделений проходящих по делу лиц (только у выделителей).

261. Конкретизация экспертных выводов по результатам исследования спермы возможна при использовании реакции иммуно-флюоресценции, с помощью которой группоспецифические антигены выявляют непосредственно в сперматозоидах.

262. Перед установлением группы спермы исследованию подвергают образцы крови и выделения лиц, проходящих по делу. При этом устанавливают их групповую характеристику и категорию выделительства.

Для определения категории выделительства целесообразно подвергать исследованию то выделение, которое эксперт выявил в следах на вещественных доказательствах (в данном случае нужно исследовать сперму), так как, исследуя разные выделения, эксперт не может исключить получения противоречивых результатов.

Категорию выделительства трупа устанавливают либо путем исследования образцов его желчи и мочи по системе АВО, либо крови по системе Le. В ряде случаев следует проводить параллельные исследования и сопоставлять

полученные результаты.

263. При работе со следами спермы на вещественных доказательствах, а также с образцами спермы или слюны, следует использовать одни и те же реагенты.

Глава 28. Судебно-медицинская экспертиза слюны, пота, мочи

264. Приступая к работе над вещественными доказательствами, эксперт отыскивает следы, похожие на слюну. Это исследование проводят либо при ярком освещении, либо в ультрафиолетовых лучах.

265. Наличие слюны в следах, выявленных при осмотре вещественных доказательств, устанавливают реакцией, разработанной Мюллером в модификации Барсегянц.

266. На окурках, имеющих признаки пребывания во рту, наличие слюны не устанавливают в целях экономии материала для других видов исследования. Лишь в тех случаях, когда при выявлении группоспецифических антигенов на окурках получают нечеткие результаты, целесообразно прибегнуть к реакции по установлению наличия слюны.

267. Групповые свойства в слюне выявляют теми же методиками, что и в следах спермы. Изучают систему АВО - антигенов АВ с сопутствующим антигеном О.

268. Перед проведением реакций, направленных на выявление группоспецифических антигенов в слюне, необходимо установить категории выделительства проходящих по делу лиц.

269. Если поставлен вопрос о половой принадлежности слюны, эксперт использует для решения этого вопроса цитологические методы исследования.

270. В связи с отсутствием строго специфической реакции на установление наличия пота, определение его целесообразно производить реакцией хроматографии в тонком слое или химическими реакциями в случаях:

- 1) установления принадлежности вещественного доказательства определенному лицу;
- 2) изучения отпечатков пальцев;
- 3) установления природы влияния предмета-носителя на сыворотки.

271. Выявление пота на спичках, в подногтевом содержимом, на окурках проводить не рекомендуется из-за большой вероятности неспецифических результатов.

272. Если эксперт вынужден выявлять присутствие пота в пятнах на носильных вещах, то вывод о его присутствии может быть сделан только после исключения наличия в этих пятнах слюны или спермы.

273. Устанавливать наличие пота на длительно ношенных предметах (

подкладке головных уборов, стельках обуви, носках, чулках и других вещах) не целесообразно.

274. Вид пота устанавливают чрезвычайно редко, лишь при особых обстоятельствах (возможность присутствия пота какого-либо животного). Для этой цели используют метод встречного иммуноэлектрофореза.

275. Групповые свойства пота устанавливают методом абсорбции в количественной модификации и абсорбции-элюции в разных модификациях.

276. Для решения вопросов о группе пота в смешанных следах (например, кровь и пот) используют экстрагирование материала в бутанол или в смесь бутанола с метанолом.

277. Наличие мочи в следах определяют по присутствию мочевины или креатинина.

278. Вид мочи не устанавливают из-за отсутствия в ней достаточного количества белка (в исключительных случаях может быть установлен реакцией иммунофлюоресценции).

279. Группоспецифические антигены системы АВО - антигенов АВ с сопутствующим антигеном О в моче выявляют реакцией абсорбции-элюции в разных ее модификациях.

280. Группоспецифические свойства смешанных следов устанавливают по тем же методикам, которые используют при работе с изолированными следами.

Глава 29. Судебно-медицинская экспертиза волос

281. Объекты, напоминающие волосы, представляются лицом, назначившим экспертизу.

282. Определение наличия и вида волос производят путем макро- и микроскопического исследования их морфологических признаков, с использованием физических и химических методов.

283. Этими же методами определяют региональную природу волос.

284. Для решения вопроса о возможной принадлежности определенному человеку волосы сравнивают между собой.

285. В нескольких волосах или в части одного волоса проводят реакцию абсорбции-элюции для выявления группоспецифических антигенов системы АВО - антигенов АВ с сопутствующим антигеном О.

286. Исследуют волосы, взятые в качестве образцов от конкретного человека, тогда, когда они одинаковы по групповой характеристике с волосами - "уликами". Разные по группе образцы волос исследовать не имеет смысла, так как происхождение волос - "улик" от человека с другой групповой принадлежностью исключается уже на этом этапе.

287. Если в процессе исследования волос эксперт пришел к выводу, что они принадлежат животному, эксперт не решает вопрос о виде этого животного, так как это входит в компетенцию другого специалиста.

Глава 30. Судебно-медицинская экспертиза прочих объектов

288. При исследовании кусочков органов (тканей) и гистологических препаратов вначале решают вопрос об их принадлежности определенному органу (ткани), если кусочки изъяты на месте происшествия. Данное исследование производит эксперт-гистолог.

289. Группоспецифические антигены системы АВО - антигенов АВ с сопутствующим антигеном О выявляют реакциями абсорбции-элюции и смешанной агглютинации, которые используют параллельно, стараясь охватить как можно больший объем материала. Это связано с неодинаковой выраженностью антигенов в подобных объектах.

290. Для установления групповой принадлежности частей расчлененного трупа или при исследовании эксгумированного трупа изучению подвергают кости, зубы, волосы. При работе с костными фрагментами, зубами следует пользоваться различными модификациями реакции абсорбции-элюции (исследование бляшек, навесок, кусочков) и в дальнейшем сопоставлять между собой все полученные результаты.

291. Наличие кала определяют по морфологической картине приготовленных мазков (группу изолированного кала не устанавливают).

292. Наличие бывшей беременности можно установить по морфологической картине секрета молочных желез, который берут в динамике через определенные промежутки времени.

293. При работе с гнилыми мышцами возможно выявление группоспецифических антигенов АВО - антигенов АВ с сопутствующим антигеном О, но предварительно необходимо провести специальную работу по подготовке материала для исследования.

Глава 31. Судебно-медицинская экспертиза цитологических объектов

294. Судебно-медицинскую экспертизу цитологических объектов проводят судебно-медицинские эксперты судебно-биологических подразделений, имеющие специальную подготовку по судебной биологии и освоившие цитологические методики.

295. Объектами цитологических экспертиз являются: кровь, выделения (сперма, влагалищное содержимое, слюна, кал), волосы, частицы органов (тканей)

296. Эксперт-цитолог должен иметь подготовку и по судебной биологии, и должен выполнять комплекс исследований, а не только изолированные цитологические. Если же цитологические вопросы присутствуют в большом числе экспертиз, то такие экспертизы следует выполнять комиссионно, экспертом-биологом и экспертом-цитологом, по указанию лица, назначившего экспертизу.

297. При производстве судебно-медицинских цитологических экспертиз разрешаются следующие вопросы:

- 1) установление наличия частиц органов (тканей);
- 2) обнаружение изолированных клеток биологического происхождения;
- 3) определение половой принадлежности крови, волос, слюны, клеток;
- 4) органная принадлежность биологических объектов;
- 5) региональное происхождение крови;
- б) исследование секрета молочных желез и мазков вагинального содержимого для разрешения вопроса о сроке бывших родов или аборта;
- 7) определение групповых свойств клеток реакцией смешанной агглютинации.

Срок хранения цитологических препаратов (стекол) не более 3 лет.

Глава 32. Судебно-медицинская экспертиза спорного происхождения детей

298. Отдельные системы у детей формируются лишь к десяти месяцам жизни, поэтому биологические исследования следует проводить по достижении ребенком возраста не менее десяти месяцев - одного года.

299. Цель экспертизы - решение вопроса о возможности происхождения ребенка от обоих или от одного из заявленных родителей. Для этого изучают групповой полиморфизм свойств человеческого организма и затем, на основании законов наследования, делают соответствующие выводы.

300. Взятие крови для проведения экспертиз родства производится лишь при одновременной явке всех заинтересованных лиц и при предъявлении ими документов, удостоверяющих личность. Исключение составляют те экспертизы, когда родители проживают в разных странах или городах и их одновременная явка невозможна; такой же подход должен быть при отсутствии одного из родителей.

301. Если одного из родителей нет в живых или отсутствует ребенок, а кровь из его трупа представлена в виде высушенного пятна, то исследование производят только по тем системам, по которым возможно исключить

происхождение ребенка. Если же кровь представлена на марле, то в крови предполагаемых родителей изучают только те свойства, которые возможно выявить в пятне.

302. При проведении отдельных экспертиз для решения вопроса о возможном исключении по отдельным системам следует изучать кровь дедушки и бабушки, а иногда сестер и братьев ребенка.

303. Во всех сомнительных случаях, а также при получении данных об исключении отцовства (материнства) по одной системе, рекомендуется повторное взятие крови и проведение заново тех исследований, которые первично свидетельствовали об исключении отцовства (материнства), а также, если по этим системам были получены сомнительные данные.

304. Взятие крови производит квалифицированный лаборант в специально отведенном для этих целей помещении в присутствии судебно-медицинского эксперта.

305. Объем исследований при экспертизе спорного происхождения детей определяется организационно-техническими возможностями данного конкретного подразделения.

306. Экспертиза спорного происхождения детей проводится традиционными методами, поэтому является экспертизой исключения. В то же время, позитивное решение вопроса возможно при использовании хромосомного и биостатического анализов и генетической "дактилоскопии".

307. В процессе проведения исследования крови и слюны в экспертизах спорного происхождения детей у всех проходящих по делу лиц определяют фенотипы (в ряде случаев - гаплотипы и генотипы) генетически обусловленных систем крови, собственные группы слюны, категорию выделительства.

308. В тех случаях, когда удастся установить, что кому-то из заинтересованных в экспертизе лиц было произведено переливание крови, экспертизу проводят не ранее, чем через шесть месяцев после этого переливания.

309. Специфичность и активность реагентов, которые должны использоваться в конкретной экспертизе, проверяют заранее, используя для этой цели образцы, заведомо содержащие или не содержащие каждый из выявляемых антигенов.

310. При получении данных, которые могут быть положены в основу выводов для исключения отцовства (материнства), обязательно нужно учитывать особенности системы, отвергающей отцовство (материнство).

Раздел 7. Правила производства судебно-медицинской экспертизы в химико-токсикологических подразделениях органа судебной экспертизы

Глава 33. Общие положения

311. Целью экспертизы химико-токсикологической экспертизы является химическое исследование объектов (вещественных доказательств, образцов), требующее специальных познаний в области токсикологической химии.

312. Объектами химико-токсикологического исследования служат: внутренние органы трупов людей, биологические жидкости и выделения тела человека, другие вещественные доказательства, требующие химико-токсикологического исследования.

313. Объективные результаты химико-токсикологического исследования могут быть получены лишь при соблюдении правил производства химико-токсикологической экспертизы.

Глава 34. Порядок производства экспертизы

314. Эксперт, проводящий экспертизу, осматривает и подробно описывает в рабочем журнале поступившие в отделение объекты. При этом устанавливается соответствие полученных объектов с описанием их в сопроводительном документе.

315. При производстве химико-токсикологических экспертиз используют апробированные методики.

316. Для исключения систематических, операторских, случайных ошибок, неоправданного расхода объектов эксперт тщательно изучает все материалы по проводимой экспертизе и составляет план исследования, который определяется: поставленными вопросами, данными сопроводительных документов (обстоятельства дела, выписка из истории болезни, заключение судебно-медицинского исследования трупа и другие материалы), наружным осмотром объектов исследования (характер объекта, окраска, специфический запах, наличие посторонних включений и других). Определение запаха, окраски, реакции среды объекта, наличия инородных включений в объекты могут дать дополнительную информацию, которая способствует составлению правильного плана исследования.

317. Если объект консервирован этиловым спиртом, то на исследование должна быть направлена контрольная проба того же спирта, равная количеству,

которое было использовано для консервирования. Консервирование этиловым спиртом объектов, направляемых для исследования на наличие этилового спирта или нитритов запрещено.

318. При проведении химико-токсикологической экспертизы расходуют две трети присланных объектов, а одну треть хранят в архиве подразделения для возможного повторного или дополнительного исследования.

319. При получении ограниченного количества объектов они могут быть израсходованы полностью по согласованию с лицами, которые их направили.

320. Необходимость изолирования из сравнительно большого количества объекта исследования ничтожно малого количества яда требует от эксперта-химика умения выбрать правильный метод извлечения, от которого может зависеть дальнейший ход анализа и его результаты.

321. При изолировании химических веществ из органов (тканей) наилучшие результаты достигаются при измельчении объектов на кусочки размерами около 8 х 8 х 8 мм.

322. Для извлечения химических веществ из тканей органов следует отдавать предпочтение растворителям с гидрофильными свойствами (спирт, ацетон и другим средствам) в силу их более легкого проникновения через мембрану клетки, в которой вещества находятся в виде водных растворов. Такой подход обеспечит наилучший результат.

323. Для проведения исследования следует применять лишь те методы качественного обнаружения и количественного определения, которыми эксперт-химик владеет и сможет учесть ошибки, возникающие при их применении.

324. Применяемые аналитические испытания должны быть доказательными, специфичными, обладать высокой чувствительностью, характеризоваться открываемым минимумом и границей обнаружения (предельным содержанием) веществ.

325. Получение отрицательного результата при проведении реакций, имеющих "отрицательное судебно-химическое значение", дает право эксперту прекратить дальнейшее исследование на данное вещество или группу веществ.

326. Необходимо проводить несколько различных реакций, чтобы совпадение их результатов исключало возможность ошибки.

327. Результат любой используемой аналитической реакции, следует оценивать через время, регламентированное для ее полного протекания.

328. Если в ходе экспертизы возникает необходимость в проведении анализа на вещества, не указанные в постановлении, эксперт расширяет исследование, известив об этом лицо (орган), назначивший экспертизу.

329. Каждое исследование всегда следует проводить как количественное

исследование, в которое оно может быть превращено на любой стадии работы. Объекты для испытаний берут по массе, а количество дистиллятов, диализатов, фильтратов - по объему.

330. Количественное содержание токсического вещества исследуют во всех случаях, где имеются соответствующие методики определения. Количества найденных веществ относятся к 100 граммам взятой для анализа навески объекта и выражаются в весовых единицах.

331. Следует убедиться в химической чистоте используемых для анализа реактивов, при этом на чистоту реактивы проверяют в тех максимальных количествах, в которых они будут употреблены для анализа и теми же методами и реакциями, которые будут применены в ходе судебно-химического исследования.

332. При выполнении любых исследований методом тонкослойной хроматографии необходимо полное удаление органических растворителей и воды с поверхности хроматографических пластинок во избежание ложных результатов.

333. При подозрении на отравление неизвестным ядом химико-токсикологическая экспертиза проводится согласно перечню токсикологически важных веществ:

1) вещества, изолируемые дистилляцией с водяным паром: синильная кислота и ее соединения, метиловый, этиловый, пропиловый, бутиловый, амиловый спирты, формальдегид, хлороформ, углерод четыреххлористый, дихлорэтан, ацетон;

2) органические вещества, изолируемые подкисленной водой или подкисленным спиртом, другими органическими растворителями: производные барбитуровой и тиобарбитуровой кислот, морфин, кодеин, дионин, героин, гидрокодон, папаверин, промедол, стрихнин, атропин, гиосциамин, скополамин, кокаин, пахикарпин, никотин, кофеин, хинин, эфедрин, эфедрон, тетрагидроканнабинол, производные фенотиазина, производные 1,4-бензодиазепина, карбофос, метафос, метилэтилтиофос, метилнитрофос, трихлорметафос-3, метилмеркаптофос, фосфамид, фталофос, фозалон, бутифос, хлорофос, октаметил, севин;

3) вещества, изолируемые минерализацией: ртуть, мышьяк, таллий, кадмий, свинец, барий, медь, марганец, хром, цинк, сурьма, серебро, висмут;

4) вещества, изолируемые диализом: нитраты, нитриты, азотная, серная, соляная и другие кислоты, едкие калий и натрий, аммония гидроокись и др. соединения;

5) вещества, изолируемые специальными методами:

цинка фосфид, йод, бром, окись углерода и другие;

б) вещества, на которые расширяют общее исследование в зависимости от клинической, секционной картины, обстоятельства дела, данных, полученных с места происшествия, особенностей течения химических реакций и так далее.

334. Эксперт-химик при выполнении экспертизы не только решает поставленные перед ним вопросы, но также проводит в пределах своих специальных познаний такие исследования, которые могут иметь значение для дела.

Глава 35. Качество химико-токсикологических исследований

335. Для обеспечения высокого качества исследований рекомендуется проводить внутрилабораторный и внешний контроль качества, ориентированный как на методы, так и на определяемые вещества.

336. Для более достоверной идентификации определяемых веществ по возможности следует применить не менее двух независимых методов, которые основаны на различных физических или химических принципах.

Глава 36. Документация

337. Журнал регистрации экспертиз и исследований, включающий следующие разделы: дата поступления вещественных доказательств и объектов исследования, порядковый номер, орган, назначивший экспертизу с указанием фамилии направившего, фамилия, инициалы трупа (больного), перечень объектов исследования, цель исследования, начало и окончание экспертизы, полученный результат, число полных анализов, расписка лица, получившего заключение экспертизы и остатки вещественных доказательств.

338. Рабочие журналы судебно-медицинских экспертов-химиков с кратким описанием проведенных исследований, работы приборов, расчетами, результатами.

339. Журналы учета и расхода этилового спирта, материальных ценностей, подлежащих количественному учету.

340. Прием и хранение объектов исследования и сопроводительных документов.

341. Документы должны поступать через канцелярию с визой руководителя.

342. Объекты принимаются только в опечатанном виде с надлежащими реквизитами (фамилия, инициалы трупа или больного, наименование и дата изъятия объекта, порядковый номер заключения судебно-медицинской экспертизы трупа или истории болезни, кем направлен объект), при наличии правильно оформленного постановления или направления.

343. Все объекты и сопроводительные документы регистрируются в регистрационном журнале отделения. При этом отмечают характер упаковки, печатей, надписей и соответствие доставленных вещественных доказательств данным, указанным в постановлении или направлении.

344. Объекты в процессе проведения исследования сохраняются в металлическом шкафу, а подверженные гниению - в герметической емкости в холодильнике, которые в конце рабочего дня опечатываются назначенным ответственным лицом.

345. После исследования на этиловый спирт кровь и моча должны храниться в течение месяца. Остатки внутренних органов и других объектов исследования должны храниться в течение года при температуре не выше 4 градусов Цельсия в архиве отделения, либо могут быть выданы вместе с первым экземпляром заключения лицу или органу, назначившему экспертизу, о чем делается запись и ставится роспись получившего в регистрационном журнале и на втором экземпляре.

346. Остатки объектов исследования хранятся в архиве отделения в опечатанном виде, на этикетках проставляется срок хранения и роспись эксперта, проводившего исследование.

347. По истечении срока хранения составляется акт уничтожения объектов исследования с указанием номера дела, срока поступления и уничтожения, под которым подписывается заведующий, эксперт-химик и лаборант.

348. В отдельных случаях объекты исследования могут быть уничтожены ранее установленного срока по письменному разрешению лица, их направившего. Необходимость уничтожения объектов ранее установленного срока может возникнуть в связи с отсутствием условий для их длительного хранения.

349. По окончании химико-токсикологической экспертизы все сопроводительные документы хранятся вместе со вторым экземпляром заключения в архиве.

350. В целях единого подхода к учету экспертной работы в химико-токсикологических подразделениях действуют условные коэффициенты пересчета судебно-химических исследований неизвестных веществ на полные анализы (условные единицы), согласно приложению 2 настоящего приказа.

Раздел 8. Правила производства судебно-медицинской экспертизы в медико-криминалистических подразделениях органа судебной экспертизы

Глава 37. Общие положения

351. Предметом судебно-медицинских экспертиз является установление и оценка фактов, при которых помимо знаний в области общей судебной медицины требуются специальные познания в области теории и практики криминалистической идентификации и применение различных специальных лабораторных методов исследования (физических, фотографических, технических, химических, математических и других).

352. Объектами судебно-медицинских экспертиз являются трупы, их органы (ткани), живые лица, материалы дел и различные предметы, целесообразность исследования которых обоснована представителями органа, ведущего уголовный или гражданский процесс.

Глава 38. Виды и объекты экспертиз, производящихся в медико-криминалистических подразделениях

353. В медико-криминалистических подразделениях судебно-медицинских лабораторий производятся следующие виды судебно-медицинских экспертиз:

- 1) трассологические;
- 2) баллистические;
- 3) отождествления личности;
- 4) микрологические (экспертизы микрообъектов и следов веществ);
- 5) реконструкции событий (ситуационные экспертизы).

354. Объектами трассологических экспертиз являются:

- 1) повреждения; следы внедрения на теле человека и связанные с ними по происхождению аналогичные следы на одежде, возникшие в результате механического взаимодействия острых и тупых предметов с одеждой и телом человека, кровотечения, переноса веществ и частиц материалов с одной взаимодействующей поверхности на другую, а также воздействия химических, термических и иных факторов, приводящих к телесным повреждениям;
- 2) документированные отображения свойств указанных следов и процессов их возникновения в виде словесно-речевых, графических, фотографических, рентгенографических, математических и других моделей в материалах уголовного дела и медицинских документах;
- 3) предполагаемые орудия травмы (проверяемые объекты) и отображения их следов в различного вида моделях;
- 4) образцы объектов экспертизы, представленные для исследования и полученные экспериментально в ходе экспертизы.

355. При производстве трассологических экспертиз решают следующие вопросы:

- 1) установление вида, механизма и условий образования следов;

2) определение свойств орудия травмы и его отождествления;

3) установление целого по частям.

356. Выполнение диагностических задач, связанных только с визуальной оценкой морфологических свойств изолированных повреждений, не содержащих идентификационных признаков, в условиях медико-криминалистических подразделений
нецелесообразно.

357. Объектами баллистических экспертиз являются:

1) огнестрельные повреждения тела человека и связанные с ними единым механизмом образования огнестрельные повреждения одежды, иные следы на теле и одежде, возникающие в процессе причинения огнестрельной травмы, а также огнестрельные снаряды, их части, извлеченные из тела и одежды;

2) фиксированные отображения свойств огнестрельных повреждений и следов, связанных с ними, на теле и одежде человека в виде словесно-речевых, графических, фотографических, рентгенографических, математических и других моделей в различного рода материалах уголовного дела и медицинских документах;

3) огнестрельное оружие как предполагаемое средство причинения огнестрельной травмы, образцы боеприпасов и отображения их свойств в различного рода моделях;

4) документированные отображения процессов возникновения изучаемых огнестрельных повреждений и сопутствующих им следов в виде объективных моделей динамики огнестрельной травмы, представленных на исследование и полученных экспериментально в ходе экспертизы;

5) повреждения тела человека и связанные с ними единым механизмом повреждения одежды, возникшие в результате взрывной травмы, иные следы на теле и одежде, образующиеся в процессе повреждения взрывом, их отображения и образцы взрывных устройств или их составных частей;

6) другие объекты экспертизы, представленные и (или) полученные экспериментально в ходе ее выполнения.

358. При производстве баллистических экспертиз:

1) устанавливают факт поражения снарядом огнестрельного оружия, поражающими факторами взрывного устройства;

2) определяют количество повреждений и последовательность выстрелов;

3) определяют локализацию входных и выходных повреждений;

4) устанавливают: направления раневых каналов; дистанцию выстрелов; вид и особенности огнестрельного оружия и боеприпасов; положение и позу тела потерпевшего в момент причинения огнестрельных повреждений; признаки причинения повреждения через преграду и после рикошета снаряда; направление выстрела, а также механизм, условия возникновения повреждений тела и одежды

при взрывной травме и определенные характеристики взрывных устройств.

359. Объектами экспертиз отождествления личности являются:

1) части тела и другие объекты от: неопознанных трупов людей на любой стадии трупных изменений, расчлененных трупов, отчлененные части тела, скелетированные трупы, части скелетов, отдельные кости, костные фрагменты, объекты, похожие на кости, зола из мест сожжения трупов;

2) признаки, характеризующие особенности неопознанных трупов, их частей, костных останков, документированных в виде их словесно-речевых, антропометрических, морфологических, графических, объемных, фотографических, рентгенографических и других моделей, полученных при осмотре на месте обнаружения и в процессе проведения судебно-медицинских экспертиз;

3) документально зафиксированные данные о месте, условиях нахождения и обстоятельствах обнаружения неопознанных трупов;

4) документально зафиксированные сведения о лицах, находящихся в розыске, отображения в виде объективных моделей, а также зафиксированные сведения, поступившие от родственников о лицах, находящихся в розыске и представленные на экспертизу.

При экспертизе отождествления личности определяют видовую принадлежность останков, количество трупов, которым они принадлежали, их расовую, половую, возрастную принадлежность, прижизненный рост и другие размеры тела, особенности его строения, наличие признаков имевшихся заболеваний, телесных повреждений, их характер и давность, признаки словесного портрета и другие индивидуальные особенности, необходимые для установления личности неопознанных останков.

360. Объектами микрологических экспертиз (экспертиз микрообъектов и следов веществ) являются:

1) микрочастицы и микроследы в поврежденных тканях трупов людей и в следах на одежде, связанных по механизму образования с телесными повреждениями;

2) объекты, изъятые в микроколичествах для проведения исследования в спектральной лаборатории, судебно-биологическом, судебно-гистологическом, химико-токсикологическом подразделениях;

3) зафиксированные в уголовном (розыскном) деле и в медицинских документах сведения о ранее проведенных микрологических исследованиях, о результатах судебно-медицинского исследования трупа на месте его обнаружения и других, направляемых на экспертизу объектах.

361. Микрологические экспертизы проводят как самостоятельные в тех случаях, когда по представленным материалам и сформулированным вопросам

не требуется проведения других видов экспертиз (трассологической, баллистической и прочие).

При судебно-медицинских микрологических экспертизах устанавливают наличие на одежде, на теле трупа, в повреждениях и в тканях тела инородных микрообъектов, факт переноса (внедрения) веществ и микрообъектов с орудия травмы на одежду и тело и наоборот.

362. Объектами экспертиз реконструкции событий (ситуационных экспертиз) являются :

1) материалы уголовных дел, законченных судебно-медицинских и криминалистических (автотехнических, трассологических, баллистических и других) экспертиз ;

2) материалы следственных и экспертных экспериментов, выполненных в период проведения ситуационных экспертиз ;

3) объекты ранее проведенных экспертиз (предметы одежды участников событий, транспортные средства, орудия нанесения повреждений, огнестрельное оружие, предметы обстановки места происшествия и прочие), а также образцы, копии и объективные модели ;

4) живые лица - фактические участники изучаемых событий и статисты, привлекаемые для реконструкции обстоятельств, имеющих значение для ситуационного анализа ;

5) подлинное место происшествия, участок дороги, ландшафта или максимально соответствующая ему по документально зафиксированным существенным параметрам и условиям имитация места происшествия.

363. При экспертизе реконструкции событий, задача эксперта сводится к установлению соответствия (или несоответствия) показаний участников событий о динамике процессов причинения и получения телесных повреждений объективным данным, добытым следственным и экспертным путем.

Глава 39. Методы исследования и технические приемы

364. В зависимости от видов экспертиз и характера изучаемых объектов в медико-криминалистическом подразделении применяют следующие методы исследования и технические приемы:

1) подготовительные методы и приемы:

изготовление макропрепаратов путем специальной обработки кожи, костей и их фрагментов, хрящей, внутренних органов, предметов одежды и других микрообъектов с целью приведения их в необходимое для проведения исследования состояние ;

изготовление препаратов тканей тела, микрошлифов костей и зубов для

выявления и изучения повреждений, определения видовой, половой, возрастной принадлежности, выявления и исследования микроналожений и включений;

изготовление микропрепаратов повреждений волос, текстильных материалов, инородных наложений, включений;

реставрация объектов исследования (скрепление препаратов, фрагментов одежды и прочие);

наливка органов и тканей, раневых каналов рентгеноконтрастными, красящими веществами (включая подготовку препарата к наливке и последующую препаровку);

высушивание, взвешивание, растворение и другие виды подготовки объектов для последующего спектрального анализа;

2) методы наблюдения и фиксации свойств объектов:

визуальный - для исследования свойств объектов невооруженным глазом или с помощью лупы в видимом диапазоне спектра при всех видах экспертиз, в инфракрасной и ультрафиолетовой областях спектра;

измерительный - для макро- и микроизмерения линейных размеров объектов, деталей следов, инородных частиц, расстояний между объектами, измерения массы при всех видах экспертиз;

остеоскопический и остеометрический - для установления особенностей внешнего строения костей и их размеров;

денситометрический - для установления относительных оптических плотностей макро- и микрорентгеновских, фотографических изображений, фотохимических отпечатков, аутограмм;

спектрофотометрический - для установления спектральных характеристик объектов;

денсиметрический - для определения удельной плотности костей;

микротвердометрический - для определения механической плотности костей, зубной и других тканей;

непосредственная стереомикроскопия - для изучения макро- и микросвойств объектов в видимой области спектра;

микроскопия, люминесцентная, инфракрасная, фазовоконтрастная, поляризационная, электронная микроскопия - для изучения в различных режимах микро- и ультрамикрорпризнаков объектов;

фотографический - для получения черно-белого, цветного, обзорного, макро- и микрофотографического изображений при различных режимах освещения, в том числе цветоделительное, стереоскопическое фотографирование в крайних областях спектра, репродукционная, безнегативная печать, съемка спектров, изготовление диапозитивов и другие фотографические методы;

фотохимических отпечатков и получение аутограмм на фотографических

материалах - для выявления объектов и определения давности смерти;
рентгеновский - для получения обзорных, контактных, метрических, макро- и микрорентгенограмм, включая анализ рентгеновского изображения (электронный, оптический, фотографический, аналоговый, цифровой и другие);
спектральный (эмиссионный, люминесцентная спектроскопия, атомно-абсорбционный, рентгеноспектрометрия, инфракрасная спектрофотометрия и другие) - для установления элементного и молекулярного
с о с т а в а в е щ е с т в ;

химический (контактно-диффузионный и электрографический, цветные химические реакции, хроматографический и прочие) - для получения топографической картины невидимых следов;

графический (схематические зарисовки, копировки контуров объектов, графическая кодировка признаков) - для документальной фиксации свойств следов, иллюстрации механизма и условий следообразования;

3) методы и приемы моделирования:

изготовление объемных слепков с поверхности следов повреждений, анатомических образований (маски), слепков раневых каналов с целью фиксации
р е л ь е ф а о б ь е к т о в ;

получение экспериментальных следов (следов-повреждений) - для установления следообразующих свойств орудий травмы, механизма и условий следообразования и получения образцов;

экспериментальное моделирование динамики процесса причинения телесных повреждений при ситуационных экспертизах;

4) аналитические методы:

сравнительный анализ - сопоставление, скольжение (совмещение), наложение, репераж признаков на изображениях объектов;

математический анализ - выполнение расчетов параметров объектов и процессов (размеров, скоростей, масс, углов и прочее) по ранее полученным исходным данным об объекте или процессе;

статистический анализ - определение параметров объектов и процессов на основании математического обобщения необходимого множества одноименных
в е л и ч и н ;

векторно-графический анализ - установление количества, механизма и последовательности образования следов-повреждений;

методы реконструкции признаков и динамических процессов (описательной, графической и пластической реконструкции).

365. Методики и приемы исследования, допустимые при проведении судебно-медицинских экспертиз.

При проведении судебно-медицинских экспертиз при необходимости может

быть использована информация:

- 1) содержащаяся в информационно-методических документах;
- 2) в диссертационных работах, научных статьях, опубликованных в официальных изданиях и других материалах, например, на электронных носителях (компьютерные программы, имеющие сертификат на право использования), апробированные в подразделении и давшие положительный эффект;
- 3) собственные методики, разработанные в подразделении и официально апробированные в других органах судебной экспертизы.

Глава 40. Порядок производства экспертизы

366. Предварительный осмотр вещественных доказательств (образцов) осуществляют с целью определения объема предстоящей работы, степени их пригодности для проведения определенного вида исследования, сортировки и классификации объектов на идентифицирующие и идентифицируемые нумерации и маркировки, а также для своевременного принятия мер по сохранности их первоначальных свойств.

367. На основании данных предварительного ознакомления эксперт определяет вид предстоящей экспертизы (трассологическая, баллистическая и другие) и составляет план ее проведения.

368. Объекты экспертизы подвергают исследованию в определенной последовательности, которая обусловлена:

- 1) местом каждого объекта в идентификационном процессе (при трассологических и баллистических экспертизах в первую очередь исследуют идентифицирующие объекты, то есть следы от отождествляемых орудий, а во вторую очередь исследованию подвергают проверяемые объекты - предполагаемые орудия травмы; в экспертизах отождествления личности и микрологических экспертизах - наоборот, сначала исследуют идентифицируемые объекты, а затем весь сравнительный материал);

- 2) изменчивостью первоначальных свойств объектов (первыми исследуют объекты, идентификационные признаки которых в результате гнилостных и прочих процессов могут быть утрачены ранее, чем у других объектов);

- 3) механизмом и условиями образования (в первую очередь исследуют повреждения наружных слоев материалов одежды, затем внутренних, после этого послойно изучают раневой канал; идентификационные исследования по следам-повреждениям начинают с тех, которые причинены в первую очередь, если предварительно установлена последовательность их образования).

369. При выборе методов исследования эксперт сначала определяет все

методы, применяемые при данном виде экспертизы. Затем, исходя из характера объектов, отбирает наиболее пригодные и эффективные методы для использования в конкретном случае и определяет очередность их применения, исходя из необходимости максимального сохранения свойств объектов до конца исследования.

370. Общий порядок проведения исследования определяют с учетом основных положений теории криминалистической идентификации в зависимости от вида экспертизы.

371. При проведении трассологических экспертиз исследования проводят в следующей последовательности:

1) раздельное исследование подлинных (исследуемых) следов (идентифицирующих объектов), при котором по документальным данным и на нативном материале (непосредственно следы - повреждения на одежде и теле пострадавшего, инородные наложения и включения на них) изучают свойства каждого следа в отдельности всеми доступными средствами, определяют механизм его образования, выявляют общие и частные признаки и выясняют степень пригодности для отождествления;

2) сравнительное исследование подлинных следов, в процессе которого устанавливают повторяемость каждого выявленного признака в различных следах; определяют, один или несколько следообразующих объектов отобразилось в них, либо констатируют единообразие или разнообразие механизмов следообразования и определяют связи между изучаемыми следами;

3) раздельное исследование при наличии предполагаемых орудий травмы и получение экспериментальных следов (образцов) этими орудиями;

4) раздельное и сравнительное исследование экспериментальных следов, которые проводят по той же схеме, что и при исследовании подлинных следов;

5) сравнительное исследование подлинных, экспериментальных следов и оценка полученных результатов.

372. Процесс сравнительного исследования проводят последовательно от общих признаков к частным. При сравнении объектов по общим признакам выявляют и оценивают сходства и различия. Сравнением частных признаков устанавливают совпадения и различия.

373. При проведении баллистических экспертиз исследования проводят в той же последовательности, что и в трассологических экспертизах, но учитывают следующие особенности:

1) признаки, определяющие механизм и условия возникновения огнестрельных повреждений в баллистических экспертизах, в большей мере, чем в трассологических, приобретают самостоятельное идентификационное значение, так как они, наряду с информацией о дистанции выстрела, локализации входных

и выходных отверстий, направлении и глубине раневого канала и прочее, отображают вид и особенности (иногда индивидуальные) огнестрельного оружия и боеприпасов;

2) сравнительным материалом для установления механизма и условий образования повреждений, вида и особенностей огнестрельного оружия (при отсутствии предполагаемых орудий травмы), могут служить образцы аналогичных орудий, представленные на экспертизу, а при их отсутствии - данные о групповых баллистических свойствах оружия, полученные в экспериментах при ранее проведенных экспертизах или опубликованные в специальной литературе;

3) при производстве баллистической экспертизы особое внимание уделяют соблюдению правил техники безопасности, в частности, перед судебно-медицинским исследованием огнестрельного оружия необходимо убедиться, что оно не заряжено, а экспериментальные стрельбы проводить только в рамках комплексной экспертизы, в специально оборудованном под тир помещении, с соблюдением соответствующих мер безопасности и участием специалиста по криминалистическим исследованиям огнестрельного оружия.

374. При проведении экспертиз по отождествлению личности последовательность выполнения и объем исследований определяют, исходя из характера и качественного набора представленных объектов:

1) раздельное анатомо-морфологическое исследование идентифицируемых объектов (неопознанных останков или объектов, похожих на них), проводят в сомнительных случаях, когда определяют биологическую и тканевую принадлежность каждого объекта, анатомическую и видовую принадлежность;

2) устанавливают признаки пола, расы, возраста и роста, заболеваний, травм, врожденных дефектов и других особенностей каждого объекта;

3) сравнительно-анатомическим исследованием устанавливают происхождение разрозненно обнаруженных объектов на предмет их происхождения от одного индивида по выявленным при раздельном исследовании признакам, когда их происхождение от человека не вызывает сомнения;

4) совокупной оценкой (синтезом) данных раздельного исследования идентифицируемых объектов, происходящих от одного индивида, окончательно устанавливают его пол, возраст и рост, учитывая результаты изучения всех объектов, признаки патологических изменений и аномалий развития, а также определяют внешние прижизненные, общие и частные признаки, словесный портрет, рубцы кожи и другие данные;

5) раздельным исследованием сравнительного материала на разыскиваемых лиц, устанавливают пригодные для идентификационных исследований документальные сведения, фотоснимки, рентгенограммы и другие

объекты-модели (идентифицирующие объекты), отображающие признаки без вести пропавшего, а также изучают и обобщают его признаки;

б) при сравнительном исследовании идентифицируемых и идентифицирующих объектов; сначала проводят сопоставление данных об их поле, расе, возрасте, росте, особенностях строения тела, затем сопоставлению подвергают признаки из словесного портрета и индивидуальные особенности;

7) сравнение методами наложения (фотосовмещения), скольжения и репеража выполняют только после получения положительного результата сопоставления по перечисленным признакам.

375. При судебно-медицинских микрологических экспертизах изучение представленных объектов, как и в антропологических исследованиях, начинают с идентифицируемых объектов, затем следует анализ образцов и сравнительное исследование. В зависимости от перечня и чувствительности используемых в подразделении методов, экспертиза может быть окончена на этапе обнаружения микрообъектов и краткой общей характеристики их, либо доведена до уровня классификации или идентификации вещества.

376. Производство по реконструкции событий (ситуационных экспертиз) всегда начинают с изучения материалов следствия и выполненных по делу экспертиз (судебно-медицинских и криминалистических), затем, в зависимости от поставленных задач, определяют способы и средства их решения.

Этапами выполнения экспертизы являются:

1) анализ объективных данных о динамике событий, добытых путем следственных и экспертных действий;

2) раздельный анализ проверяемых версий о динамике события;

3) экспериментальные исследования, выполненные раздельно по каждой проверяемой версии;

4) экспериментальное исследование, выполненное с учетом результатов анализа объективных данных;

5) сравнительное исследование экспериментальных данных с оценкой полученных результатов сравнения.

377. При производстве экспертиз по реконструкции событий (ситуационные экспертизы) учитывают следующие особенности:

1) проведение ситуационных экспертиз имеет смысл только на стадии предварительного расследования, когда обвиняемый еще не ознакомлен с материалами уголовного дела и данными содержащихся в нем экспертиз;

2) экспериментальная часть исследований может проводиться как следственный эксперимент (тогда анализ полученных экспериментальных данных проводит эксперт по материалам дела), либо как экспертный эксперимент;

3) экспериментальные исследования выполняют отдельно по каждой проверяемой версии;

4) при экспериментах в случаях огнестрельных повреждений для визирования траектории полета пули используют туго натянутую бечеву, один конец которой фиксируется у дульного среза оружия, другой - в месте предполагаемого контакта с телом потерпевшего или с областью входной раны (при выстрелах с близкой дистанции), а также лазер или геодезические инструменты (при выстрелах с неблизкой дистанции);

5) участники расследуемого события и статисты являются объектами исследования и согласно методике эксперимента, подлежат освидетельствованию на предмет схожести их антропометрических признаков и физического развития;

6) проверяемые с привлечением эксперта версии отработывают на участниках событий и статистах, а эксперименты, проводящиеся по объективным данным и сравнение результатов их проводят, как правило, с привлечением только статистов;

7) при моделировании ситуации предварительно на теле статиста, заменяющего (изображающего) потерпевшего, наносят метки соответственно имеющимся повреждениям (метки эти должны быть невидимыми для обвиняемого (прикрыты одеждой)); устанавливается соответствие или несоответствие локализации реальных повреждений и условных контактных следов, полученных экспериментально;

8) объективность исследования достигается адекватным применением основных физических законов механики, отражающих закономерности статики и динамики объектов;

9) в графическом анализе процесса взаимодействия двух тел (объектов и субъектов) используют планиметрические построения таких физических величин, как: вращающий момент, плечо и рычаг силы и другое; при наличии количественных показателей физических величин они могут быть получены с помощью динамометра, миллисекундомера, тензометра и других приборов; ситуационная оценка исследуемой версии (процесса) может быть подкреплена математическим анализом с получением расчетных величин: импульса силы, линейного ускорения, энергии удара, упругих сил сопротивления и прочих параметров;

10) сравнение результатов всех отработанных версий с объективными данными проводят по всем параметрам: локализации, направлениям длинников ран, их обушковых и лезвийных концов; направлениям раневых каналов, другим морфологическим признакам, указывающим траекторию полета огнестрельного снаряда, движения орудия травмы, транспорта и прочего;

11) выявляют сходства и различия, причем различия подразделяют на существенные (полное несовпадение) и несущественные, зависящие от условий проведения эксперимента, в ходе которого практически невозможно добиться абсолютного совпадения всех сравниваемых параметров;

12) на основании проведенного сравнительного исследования делают вывод о возможности или невозможности причинения повреждений, приводя его подробную аргументацию, которую излагают в резюмирующей части
з а к л ю ч е н и я ;

13) при существенных различиях делают вывод о невозможности причинения повреждений при данной ситуации; при отсутствии существенных различий и наличии сходств не исключают возможность образования повреждений у потерпевшего в изученной ситуации. Категорический вывод в этом случае возможен только при достоверном и убедительном исключении всех других
в о з м о ж н ы х в е р с и й с о б ы т и й ;

14) в тех случаях, когда экспериментальные исследования не требуют демонстрации динамики событий статистами, используют биоманекены или искусственные манекены, либо анализируют динамику событий в графических схемах, математических расчетах, путем репеража фотоизображений с помощью
к о м п ь ю т е р н о г о м о д е л и р о в а н и я ;

15) все действия участников эксперимента фиксируют с помощью фото-, кино-, видеосъемки с акцентированием внимания на узловых этапах и фазах (расположение орудия травмы в руке нападавшего, взаиморасположение потерпевшего и нападавшего, траектория движения руки с орудием травмы, контакт орудия травмы с телом потерпевшего, последующие перемещения участников событий, транспортного происшествия; фиксации подлежат не только статические этапы, но и фазы динамики движений);

16) ситуационная экспертиза должна иллюстрироваться (фотографиями с реперажем, рисунками, схемами с векторно-графическими построениями и так далее), наглядно раскрывая все этапы процесса экспериментального исследования и подтверждая результаты сравнительного анализа.

Раздел 9. Порядок получения и направления образцов трупного материала для проведения экспертиз (исследований) в судебно-медицинской лаборатории

378. Образцы для экспертных исследований в лабораториях органа судебной экспертизы получают в соответствии с действующим законодательством .

Для экспертного исследования получают: образцы для химико-токсикологической, судебно-гистологической, цитологической,

судебно-биологической, медико-криминалистической (физико-технической), микробиологической (вирусологической) экспертизы, а также для экспертизы на д и а т о м о в ы й п л а н к т о н .

379. При получении образцов для химико-токсикологической экспертизы эксперт следит за тем, чтобы предполагаемый яд не был удален из трупа и не попал в него извне. Поэтому до вскрытия необходимо тщательно вымыть секционный стол, инструменты и перчатки. Во время вскрытия не пользоваться водой и другими жидкостями.

Части органов помещают в сухие стеклянные банки. Использование металлической или керамической посуды запрещается. Банки следует мыть раствором горчицы или соды, тщательно ополаскивать чистой водопроводной, а затем дистиллированной водой и высушивать в сушильном шкафу.

Органы нельзя обмывать водой и загрязнять химическими веществами или механическими примесями.

Внутренние органы извлекают после наложения двойных лигатур на пищевод, желудок, кишечник (на расстоянии 1 метра в разных отделах) для предотвращения механического перемещения их содержимого.

При подозрении на отравление неизвестным ядом, а также при комбинированных отравлениях необходимо изымать:

- 1) желудок с содержимым (банка № 1);
- 2) по одному метру тонкой и толстой кишок с содержимым из наиболее измененных отделов (банка N 2);
- 3) не менее 1/3 наиболее полнокровного участка печени, желчный пузырь и его содержимое (банка N 3);
- 4) одну почку и всю мочу (банка N 4);
- 5) 1/3 головного мозга (банка N 5);
- 6) не менее 200 мл крови (банка N 6);
- 7) селезенку (банка N 7);
- 8) 1/4 наиболее полнокровного участка легкого (банка N 8);
- 9) матку и влагалище при подозрении на введение яда через влагалище или матку (банка N 9);
- 10) участок кожи и мышцы из области предполагаемого введения яда при подозрении на его подкожное или внутримышечное введение (банка N 10).

При отравлении яды распределяются в органах и тканях по-разному. Поэтому, в зависимости от отравления предполагаемым ядом берут следующий трупный материал:

- 1) алкалоидами (опием, морфином, стрихнином, бруцином, атропином, кокаином, никотином, анабазином, кониином, пахикарпином, аконитином и др.) - желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с содержимым, печень с

желчным пузырем, почку, селезенку. При подозрении на отравление хинином -
д о п о л н и т е л ь н о м а т к у ;

2) барбитуратами и снотворными небарбитурового ряда - печень с желчным
пузырем, почку, желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с
с о д е р ж и м ы м ;

3) гликозидами - печень с желчным пузырем, почку, кровь, сердце, ткани из
м е с т а и н ь е к ц и и ;

4) кислотами и едкими щелочами - желудок с содержимым, глотку, трахею,
пищевод, печень, почку, участки кожи со следами действия яда;

5) «летучими» ядами (нитробензолом, анилином, бензолом и др.) - желудок с
содержимым, верхний отдел тонкой кишки с содержимым, кровь (не менее 200
мл), печень с желчным пузырем, мозг, почку;

6) «металлическими» ядами - желудок с содержимым, тонкую и толстую
кишки с содержимым, печень, почку, селезенку и дополнительно:

при подозрении на хроническое отравление соединениями свинца - плоские
к о с т и ;

при подозрении на хроническое отравление соединениями таллия - плоские
к о с т и и в о л о с ы ;

при подозрении на хроническое отравление соединениями мышьяка - волосы,
н о г т и и п л о с к и е к о с т и ;

при подозрении на отравление тетраэтилсвинцом - мозг и легкие;

7) метиловым и другими (кроме этилового) спиртами - желудок с содержимым
, тонкую кишку с содержимым, мозг, кровь, легкие, печень с желчным пузырем,
п о ч к у ;

8) нитритами - печень с желчным пузырем, желудок с содержимым, тонкую и
толстую кишки с содержимым;

9) окисью углерода и другими газами - кровь (около 20 мл);

10) психотропными веществами (аминазином, элениумом, седуксеном и
другими) - печень, почку, кровь, желудок, тонкую и толстую кишки с
с о д е р ж и м ы м ;

11) синильной кислотой и ее солями - желудок с содержимым, верхний отдел
тонкой кишки с содержимым, кровь (не менее 200 мл), печень с желчным
п у з ы р е м , п о ч к у ;

12) фенолами, крезолами - желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с
содержимым, почку, кровь, печень с желчным пузырем;

13) формальдегидом (формалином) - желудок с содержимым, тонкую кишку с
с о д е р ж и м ы м , п о ч к у ;

14) фосфорорганическими и карбаматными пестицидами - печень, почку,
желудок, кишечник, кровь; при ингаляционном поступлении ФОС

дополнительно изымают мозг и легкие;

15) фторидами - желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с содержимым, печень с желчным пузырем;

16) хлорорганическими углеводородами и хлорорганическими пестицидами - мозг, сальник, желудок с содержимым, тонкую кишку с содержимым, легкие, печень с желчным пузырем, почку;

17) этиловым спиртом - кровь и мочу в количестве по 20 мл (в посуде, наполненной под пробку);

18) кровь берут пипеткой или шприцем из крупных вен конечностей или синусов твердой мозговой оболочки. При невозможности направить кровь, мочу или органы берут мышечную ткань (около 100 г).

Образцы (объекты) исследования консервируют только при подозрении на отравление сердечными гликозидами, производными фенотиазина, фосфорорганическими пестицидами, алкалоидами и трициклическими антидепрессантами. Для фиксации используют спирт-ректификат, объем фиксирующей жидкости над внутренними органами в банках должен быть не менее 10 мм. Одновременно с образцами (объектами) исследования направляют контрольную пробу спирта из той же партии в количестве 250-300 мл.

Банки с образцами герметически закрывают притертыми стеклянными пробками (в порядке исключения - полиэтиленовыми крышками), обертывают чистой бумагой, обвязывают шпагатом или прочной ниткой и печатают так, чтобы их нельзя было открыть без нарушения печати.

На каждую банку наклеивают этикетку, соответствующую утвержденной типовой форме, и делают на ней все необходимые записи.

Опечатанные банки с образцами (объектами) исследования немедленно пересылают в химико-токсикологическое отделение органа судебной экспертизы

Для пересылки образцов (объектов) в другой город банки помещают в ящик и упаковывают так, чтобы обеспечить полную сохранность от механических повреждений. В ящик вкладывают опись с перечислением номеров банок и их содержимого, которую подписывает лицо, направляющее образцы. У него же остается копия описи. На крышке ящика указывают «Осторожно - стекло!», адрес органа судебной экспертизы и адрес отправителя. Одновременно направляют:

1) копию постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа; направление судебно-медицинского эксперта с кратким изложением обстоятельств наступления смерти и основных данных исследования трупа и диагноза; фамилии, инициалов и возраста умершего; предполагаемого яда, которым могло быть вызвано отравление; других вопросов, подлежащих

разрешению судебно-медицинским экспертом-химиком;

2) копию истории болезни, если умерший находился на стационарном или амбулаторном лечении;

3) копию заключения первичной судебно-медицинской экспертизы, если объекты направляются на повторный анализ.

При исследовании эксгумированного трупа на химико-токсикологическую экспертизу могут быть направлены грунт из-под гроба, кусочки одежды, обивки, подстилки, нижней доски гроба около 500 кв. см.

380. Получение образцов для судебно-гистологической экспертизы.

Образцы органов (тканей) трупа для гистологического исследования получает судебно-медицинский эксперт, производящий экспертизу трупа. Поручать получение органов лаборанту или санитару запрещается.

Кусочки вырезают острым ножом. Пользоваться ножницами во избежание размятия тканей не рекомендуется. Нельзя скоблить по поверхности кусочка, особенно слизистой и серозной оболочек. Рыхлые, легко распадающиеся ткани и массы (например, содержимое полости матки) берут на нож, не пользуясь пинцетом, и погружают в фиксирующую жидкость в марлевом мешочке.

Кусочки вырезают толщиной 0,5 см (не более 1 см), длина и ширина их могут быть различными, обычно 1x1,5 или 1,5x2 см, с таким расчетом, чтобы получаемый срез уместился под стандартное покровное стекло. Кусочки сразу же помещают в фиксирующую жидкость. Ввиду медленного ее проникновения в глубину ткани взятие на исследование более толстых кусочков не рекомендуется.

Для взятия кусочков разрезы органов должны производиться так, чтобы наилучшим образом показать их анатомическое строение. Например, в кусочке почки должны быть представлены корковое и мозговое вещество, в очаге пневмонии - центральный и периферический участки. При механических и иных повреждениях необходимо изымать место повреждения (поражения) с прилежащими здоровыми тканями.

Количество кусочков, взятых из одного органа, определяется выраженностью и распространенностью повреждения или патологического процесса, а также задачами исследования.

При изъятии нескольких кусочков одного и того же органа или ткани каждый из них маркируют этикеткой. Желательно придавать кусочкам различную форму и зарисовывать их схематически с пояснениями. Подпись на этикетках делают простым карандашом. Для этикеток используют материал, устойчивый к действию фиксирующих жидкостей (клеенка, фотобумага или другое).

Вырезанные кусочки помещают в раствор 10 процентный формалина. Его готовят из концентрированного раствора формалина, добавляя к одной его части

9 частей воды. Использовать формалин с белым осадком параформальдегида не следует. В таких случаях исходный концентрированный раствор помещают в вытяжной шкаф и подогревают до растворения осадка, после чего его можно использовать.

При необходимости использования нейтрального раствора формалина его готовят следующим образом:

раствор формалина (37 - 40%)	-	100	миллилитров
вода дистиллированная	-	900	миллилитров
однозамещенный фосфат натрия	-	4	грамм
безводный двузамещенный фосфат натрия	-	6,5	грамм

Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем кусочков не менее чем в 10 раз. При этом следят, чтобы кусочки в растворе не слипались и не прилегли ко дну банки. Для этого на дно банки кладут слой ваты и раствор периодически взбалтывают. Во избежание подсыхания всплывших кусочков их сверху покрывают ватой. Фиксация в формалине проводится при комнатной температуре 1 - 2 дня. Через сутки раствор меняют. Более длительная фиксация не желательна.

Для фиксации нервной ткани используют нейтральный формалин. Для некоторых специальных методик (например, окраска по Нисслию) кусочки фиксируют в 96 процентном спирте.

Частицы высушенных тканей собирают в пакет и направляют в гистологическое отделение в нефиксированном виде. Таким же образом направляют кусочки от мумифицированных трупов и трупов в состоянии торфяного дубления или жировоска.

Материал для гистохимических методик следует брать не позже 12 часов после смерти, а при хранении трупа в холодильной камере - через 24 часа. Фиксация материала производится в соответствии с намечаемой методикой.

При направлении в гистологическое отделение кусочков, помещенных в фиксирующую жидкость, в сопроводительном документе, помимо сведений об умершем (фамилия, имя, отчество, год рождения, а для детей до года даты рождения), обстоятельствах дела (клинический диагноз и время пребывания в стационаре при смерти в лечебных учреждениях) и кратких данных исследования трупа, судебно-медицинский эксперт указывает: какие органы направляются, количество кусочков (общее и по органам), способ фиксации и задачи судебно-гистологического исследования. Прилагается копия постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа.

Вырезку фиксированных кусочков органов и тканей делает эксперт, производивший исследование трупа. При отсутствии такой возможности вырезку проводит эксперт судебно-гистологического отделения. Оставшийся после

вырезки материал собирают в маркированный марлевый мешочек и помещают его в плотно закрывающийся сосуд со свежим раствором формалина.

Для гистологического исследования в случаях, подозрительных на СПИД, следует изымать головной мозг (обязательно из области подкорковых ганглиев и белого вещества полушарий), спинной мозг, легкие, органы желудочно-кишечного тракта, органы иммуногенеза (костный мозг, вилочковая железа, лимфоузлы, селезенка), печень, почки, сердце, при показаниях - сетчатку глаз, кожу и слизистую полости рта, кожу наружных половых органов. Кусочки помещают в обычные фиксаторы.

381. Получение образцов для цитологической экспертизы

Получение материала для цитологического исследования производится для установления генетического пола по X- и Y-хроматину в случаях, когда определение половой принадлежности затруднено вследствие наличия частей расчлененного трупа, обугливания трупа и так далее.

Для исследования изготавливают мазки-отпечатки из разных участков сохранившихся органов (тканей) трупа, а также волосы и ногти.

Предпочтительно изготовление мазков-отпечатков. Для этого обезжиренные предметные стекла прижимают к поверхности разреза органа или ткани, после чего высушивают на воздухе при комнатной температуре и фиксируют 10 минут метиловым спиртом или, при его отсутствии, этиловым. Изготавливают не менее 4 мазков-отпечатков от каждого органа.

Предметные стекла, предназначенные для изготовления мазков-отпечатков, предварительно обрабатывают 6-8 часов хромпиком, промывают в проточной воде, протирают и хранят в смеси Никифорова (1 часть 96 процентного этилового спирта и 1 часть этилового эфира). Перед использованием тщательно протирают.

При отсутствии возможности изготовить мазки-отпечатки изымают не менее 3-4 кусочков размером 1,5x1,5x1 см от каждого органа. Кусочки необходимо в первые сутки после изъятия передать в лабораторию. Если такой возможности нет, их сохраняют в холодильнике не более 36 часов до передачи в лабораторию. Допускается фиксация кусочков в 8 процентном растворе нейтрального формалина. Ткани трупа, подвергшегося действию высокой температуры или значительному высыханию (например, мумификации), не фиксируют.

Для исследования на X- и Y-хроматин могут быть направлены сгустки или корочки крови, а также пятна крови на одежде. Сгустки и корочки крови помещают в отдельные маркированные пробирки, закрывают пробками и опечатывают. Одежда со следами крови направляется на исследование в установленном порядке.

При наличии сгустков крови допускается изготовление мазков. Каплю крови

наносят на один из концов обезжиренного предметного стекла и быстрым равномерным движением края другого шлифованного стекла под углом 45 градусов к поверхности предметного стекла изготавливают мазок. После высушивания при комнатной температуре на воздухе мазки фиксируют 10 минут метиловым или 96 процентным этиловым спиртом, высушивают, попарно складывают (поверхности мазков обращены внутрь) и завертывают в чистую белую бумагу. Затем их помещают в маркированный пакет, который о п е ч а т ы в а ю т .

Волосы изымают путем выдергивания пальцами. Изымают не менее 10 волос с влагалищными оболочками. Помещают их в маркированный бумажный пакет, который прошивают нитками и концы ниток опечатывают печатью на прикрепленном к ним кусочке картона.

Ногтевые пластинки с 2-3 пальцев кисти или стопы изымают вместе с ростковой частью и аккуратно очищают от мягких тканей. Помещают в отдельный маркированный бумажный пакет, заклеивают и опечатывают.

Для исследования морфологического состава секрета молочных желез каплю их содержимого наносят на обезжиренное предметное стекло и изготавливают мазок, который высушивают при комнатной температуре на воздухе и фиксируют 5-10 минут метиловым спиртом.

При убийствах и половых преступлениях или подозрении на них срезают ножницами свободный край ногтевой пластинки с каждого пальца кисти и вместе с подногтевым содержимым, которое соскабливают заостренной частью деревянной палочки-лопатки, помещают в отдельный для каждого пальца маркированный пакет из бумаги или кальки. Все изготовленные пакетики помещают в общий пакет, который подписывают и опечатывают.

382. Получение образцов для судебно-биологической экспертизы

При исследовании трупа изымают в качестве образцов кровь, волосы, желчь (м о ч у) и влагалищные клетки .

Кровь направляют в судебно-биологическое отделение в жидком виде и в виде пятна на стерильном бинте (марле). При значительных затруднениях с транспортировкой допускается получение только образца на бинте:

1) кровь в количестве 3-5 мл берут из полостей сердца или крупных сосудов стерильной пипеткой или шприцом и помещают в чистую пробирку (флакон), которую закрывают резиновой или корковой пробкой. На пробирку наклеивают этикетку с указанием наименования изъятого образца, фамилии и инициалов умершего, регистрационного номера трупа, фамилии эксперта и даты исследования трупа. Пробирка опечатывается;

2) стерильный бинт (марлю) складывают в 5-6 слоев и пропитывают кровью из пипетки или шприца на участке диаметром 5-6 см. Бинт высушивают на листе

чистой бумаги при комнатной температуре в любом чистом помещении морга, кроме секционного зала и трупохранилища. Высушиваемые образцы нельзя помещать вблизи нагревательных приборов и подвергать прямому воздействию солнечных лучей и загрязнению. Высушенные образцы и часть чистого бинта, использованного для получения пятна, помещают в отдельные пакеты, которые маркируют, заклеивают и печатают;

3) при невозможности взять образцы крови (скелетированный, гнилостно измененный, мумифицированный труп и т.д.) изымают кусочки мягких тканей размером 1x1x0,5 см, ногти, волосы, кости. Кусочки мягких тканей изымают из глубжележащих областей, в которых в меньшей степени выражены гнилостные изменения.

Кусочки мягких тканей помещают в чистую стеклянную посуду, которую закрывают пробкой, маркируют и печатают. До отправки в лабораторию кусочки хранят в холодильнике. В случае длительной транспортировки изъятые кусочки высушивают при комнатной температуре или фиксируют 5-10 процентным раствором формалина. Образец формалина направляют в лабораторию для контроля.

Волосы изымают вместе с луковицами и влагалищными оболочками.

Ногти изымают вместе с ростковым слоем с двух пальцев каждой кисти.

При исследовании скелетированного трупа изымают 2-3 фрагмента костей, имеющих губчатое мозговое вещество.

Образцы волос изымают из различных областей тела, в зависимости от обстоятельств дела и задач исследования:

1) для идентификации личности умершего и при наличии повреждений в области головы изымают волосы с лобной, обеих височных, теменных и затылочной областей, а также из области повреждений (для этого пальцами из каждой указанной области выдергивают 15-20 волос с влагалищными оболочками и луковицей; аналогичным способом изымают при необходимости образцы волос с других областей тела; волосы помещают в отдельные, заранее маркированные пакеты, которые укладывают в общий пакет, который заклеивают, прошивают нитками и концы ниток печатают на прикрепленном к нему кусочке картона;

2) при половых преступлениях или подозрении на них дополнительно изымают волосы с лобка.

Для посмертного исследования изымают желчь, а при ее отсутствии - мочу или перикардальную жидкость. Для этого желчный пузырь, перикард или мочевого пузырь протирают вначале влажной чистой, а затем сухой марлей и вскрывают стенку чистым сухим ножом (скальпелем). Шприцом набирают 3-5 мл желчи, мочи или перикардальной жидкости и помещают ее в чистую пробирку (флакон

), который закрывают пробкой, маркируют и опечатывают.

При длительной транспортировке желчь (мочу, перикардальную жидкость) выливают на чистую марлю и высушивают.

Образцы влагалищного содержимого изымают при половых преступлениях и при подозрении на них. Марлевым тампоном берут содержимое со сводов влагалища и наносят его равномерным тонким слоем на 5-6 обезжиренных предметных стекол. Тампон и стекла высушивают при комнатной температуре, после чего стекла попарно складывают поверхностями мазка одно к другому, помещая между предметными стеклами спички или иную плотную прокладку, завертывают в чистую белую бумагу и вместе с тампоном помещают в маркированный пакет, который опечатывают. Одновременно в отдельном пакете направляется чистый тампон для контроля.

Аналогичным образом изготавливают и направляют на исследование тампоны с содержимым прямой кишки.

383. Получение образцов для медико-криминалистической (физико-технической) экспертизы.

На исследование в медико-криминалистическое (физико-техническое) отделение органа судебной экспертизы направляют одежду, органы и ткани трупа, предполагаемое орудие травмы.

Получение образцов для исследования производит судебно-медицинский эксперт. Поручать изъятие образцов лаборанту или санитару запрещается.

Одежду с повреждениями или следами загрязнения (наложений) перед отправкой высушивают на воздухе при комнатной температуре, после чего каждый предмет отдельно упаковывают в чистую белую бумагу, маркируют.

Для исследования повреждений кожи тупыми и острыми орудиями (в том числе осколками стекла) изымают препарат кожи с областью повреждения и не менее чем 2 см окружающей неповрежденной кожи. При наличии раневого канала препарат кожи иссекают вместе с подкожножировой клетчаткой и другими тканями по ходу канала:

1) для обозначения расположения повреждения относительно продольной оси тела препарат кожи иссекают в виде трапеции, узкая часть которой должна быть обращена к голове трупа; при отсутствии такой возможности верхний край препарата прошивают ниткой;

2) изъятый препарат кожи помещают в маркированный пакет из чистой кальки или белой бумаги, опечатывают и незамедлительно передают в физико-техническое отделение; в случае длительной транспортировки препарат кожи предварительно высушивают на воздухе при комнатной температуре.

Для обнаружения в области повреждений кожи инородных включений (следов металла, факторов близкого выстрела или других веществ) иссекают препарат

кожи и тщательно очищают его от подкожножировой клетчатки. Пользуются чистыми хромированными ножами или ножницами с ненарушенной поверхностью покрытия. Очищенный препарат кожи сразу же передают в установленном порядке в физико-техническое отделение, при отсутствии такой возможности - предварительно высушивают на воздухе при комнатной температуре. Аналогичным путем иссекают в качестве контроля препарат кожи из симметричных областей тела или вне области повреждения.

При наличии повреждений костей выпиливают поврежденный фрагмент, отступая на 2-3 см от края повреждения; аккуратно очищают его хромированными инструментами от мягких тканей и подсушивают на воздухе при комнатной температуре. Объект помещают в маркированный пакет из кальки или белой чистой бумаги, который опечатывают.

Хрящи с повреждениями иссекают, отступая на 2-3 см от края повреждения, и аккуратно очищают хромированными инструментами от мягких тканей. К концам объекта прикрепляют бирки с обозначением сторон и плоскостей рассечения. Для экспериментального воспроизведения повреждений изымается аналогичный участок хряща длиной не менее 3-5 см с противоположной стороны тела. Объекты отдельно помещают в маркированные пакеты из чистой белой бумаги или кальки и упаковывают их в полиэтиленовый пакет.

Костные останки скелетированных и сгоревших трупов для направления на исследование завертывают в бумагу и помещают в фанерный или картонный ящик, который маркируют и опечатывают.

Различные органы (ткани) могут быть изъяты для спектрографического исследования в следующих целях:

- 1) для установления наличия и отложения металлов и других посторонних включений в области повреждений кожи, костей, хрящей и других тканей;
- 2) для установления повышенного содержания отдельных металлов (серебро, свинец, хром, марганец, цинк, медь, барий, таллий, сурьма, кадмий, стронций и другого металла) в органах, тканях и жидкостях человека при подозрении на отравление изымают кусочки печени, почки (корковый и мозговой слои) и кровь; при подозрении на профессиональное (длительное) отравление, кроме того, изымают кость (фрагменты метафизарного отдела бедренной кости и костной части ребра);
- 3) для установления видовой принадлежности костных останков, установления наличия костного вещества в золе различного состава (однако, решение этих задач возможно лишь при условии создания в лаборатории коллекции контрольных образцов костной ткани человека и некоторых животных);
- 4) для выявления во внутренних органах, тканях, жидкостях и выделениях человека различных введенных извне токсических веществ органического

происхождения, в том числе, сильнодействующих лекарственных веществ; для установления следов горючих и лакокрасочных веществ в области повреждений на теле трупа (при наличии в лаборатории ИК-спектрофотометрии).

Для определения макро- и микроэлементов в объектах биологического происхождения с помощью спектрального анализа, как правило, требуется навеска 5-10 грамм. Получение образцов производят чисто вымытыми медицинскими инструментами, имеющими неповрежденное хромированное покрытие и предварительно обработанными этиловым спиртом:

1) изъятые объекты помещают отдельно в чашки Петри или фарфоровые тигли, которые предварительно промывают дистиллированной водой, этиловым спиртом и высушивают. Чашки Петри (тигли) с изъятими объектами подсушивают в термостате при 56-60 градусах по Цельсию; после подсушивания каждый объект упаковывают отдельно в пакет из кальки или чистой белой бумаги; все пакеты маркируют;

2) для сохранения образцов не следует применять фиксирующие или консервирующие жидкости; при отсутствии возможности высушить объекты допускается их фиксация в 96 процентном этиловом спирте в стеклянной посуде (в таких случаях образец спирта дополнительно направляется для контрольного исследования);

3) при сожжении трупа или его частей изымают пробы золы: деревянной или пластмассовой лопаткой берут из равных участков места сожжения не менее 4 проб весом 50 грамм каждая; пробы помещают в отдельные бумажные пакеты, которые маркируют; желательно изымать не менее 100 грамм образцов топлива, использованного при сжигании трупа.

Наличие контрольных образцов является обязательным условием при производстве спектрографических исследований. Для контроля изымают кусочки той же ткани (органа), но на некотором расстоянии от края повреждения или аналогичной области с противоположной стороны тела, не имевшие контакта с орудием травмы.

Для упаковки посылки с объектами можно использовать фанерные или картонные коробки. Категорически запрещается использование тары из-под химических реактивов, фотоматериалов, металлических предметов или других веществ. Упаковывают посылки так, чтобы обеспечить их сохранность от механических повреждений.

Для производства исследования в физико-техническое отделение органа судебной экспертизы направляют соответствующие объекты, в том числе контрольные образцы. Одновременно с ними направляют копию постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или копию определения суда; направление судебно-медицинского эксперта с кратким изложением

обстоятельств дела, наступления смерти и основных данных исследования трупа и диагноза; фамилии, имени, отчества и возраста умершего; вопросы, подлежащие разрешению экспертом физико-технического отделения и спектральной лаборатории.

384. Получение образцов для микробиологической (вирусологической) экспертизы.

Микробиологическое (вирусологическое) исследование производят при подозрении на смерть от инфекционных заболеваний или бактериальных пищевых отравлений.

Получение образцов для исследования должно производиться в первые 24 часа после наступления смерти. Вероятность получения положительных результатов в более поздние сроки снижается.

Получение материала производит специалист бактериологической лаборатории санитарно-эпидемиологической станции; и только лишь в случае его отсутствия - судебно-медицинский эксперт.

Для взятия используются стерильные инструменты, предметные стекла и посуда. С этой целью их промывают спиртом и обжигают.

Объекты для исследования изымаются в зависимости от предполагаемого диагноза, основанного на клинических симптомах заболевания и морфологических изменениях, выявленных при вскрытии трупа.

Трупную кровь берут из сердца до извлечения головного мозга. После проведения срединного разреза передней поверхности туловища и отделения кожно-мышечного лоскута протирают смоченной спиртом марлей поверхность грудины и прижигают раскаленным шпателем. Рассекают грудину и перикард. Прижигают шпателем переднюю поверхность правого желудочка и в его полость вводят конец стерильной пипетки или иглы шприца. Набирают не менее 5-10 мл крови. Если в полости сердца кровь свернулась или отсутствует, ее берут с соблюдением тех же условий из полости полой, бедренной или яремной вены.

Получение кусочков внутренних органов производят после прижигания их поверхности раскаленным шпателем:

1) кусочки легких, печени, головного мозга и других органов вырезают размером 1x1x2 см; кусочки легких вырезают из прикорневой области и из середины каждой доли (не следует брать кусочки из гипостатических участков); кусочки печени вырезают из каждой доли; желчный пузырь изымают целиком с содержимым после наложения лигатур;

2) для исследования содержимого кишечника изымают 2-3 отрезка тонкой кишки длиной 15-20 см, предварительно наложив на них двойные лигатуры, между которыми производят рассечение;

3) кусочки головного мозга следует вырезать до извлечения его из полости

череп; для этого прижигают твердую мозговую оболочку и после ее рассечения
п о в е р х н о с т ь м о з г а .

Изготавливают мазки и отпечатки органов. Надлежит делать мазки содержимого дыхательных путей (задней стенки глотки, гортани, трахеи, бронхов), отпечатки с их слизистой оболочки и с поверхности разрезов легких в местах, где подозревают патологический процесс. При наличии содержимого в полостях среднего уха из него также делают мазки. Мазки и отпечатки фиксируют нагреванием или высушивают на воздухе при комнатной температуре, лучше под вентилятором, защищая от загрязнения и мух.

Изъятый материал помещают в стерильные банки или пробирки. Их закрывают пробкой, маркируют и тщательно упаковывают. В качестве фиксирующей жидкости может быть использован только 35 процентный и стерильный водный раствор глицерина (петли кишечника не фиксируют и хранят в холодильнике). При отправке материала в бактериологическую лабораторию принимают меры предосторожности, чтобы не разбить стеклянную посуду.

При подозрении на особо опасные инфекции материал упаковывают особо тщательно. Стеклянную посуду помещают в металлические пеналы, которые опечатывают и специально выделенным транспортом перевозят в лабораторию
о с о б о о п а с н ы х и н ф е к ц и й .

При различных инфекционных заболеваниях следует изымать следующие
о б ь е к т ы д л я и с с л е д о в а н и я :

1) актиномикоз, бластомикозы и другие диссеминированные микозы - гной, кусочки тканей в области поражения, легкие и другие органы, в зависимости от
х а р а к т е р а п о р а ж е н и я ;

2) бешенство - головной мозг (аммонов рог, продолговатый мозг);

3) бруцеллез - кровь, моча, внутренние органы (особенно печень, селезенка), мокрота, гной, экссудаты в пораженных тканях и органах; у женщин -
д о п о л н и т е л ь н о м о л о ч н ы е ж е л е з ы ;

4) брюшной тиф, паратифы - кровь из сердца, желчь, печень, селезенка, легкие, почки, мозг, лимфатические узлы кишечника, содержимое толстого и тонкого
к и ш е ч н и к а ;

5) возвратный тиф, малярия, лептоспирозы - кровь, внутренние органы (особенно селезенка, печень, мозг), спинномозговая жидкость, моча (при
л е п т о с п и р о з а х) ;

6) газовая гангрена - кусочки ткани из области раны и пораженных тканей и органов, аппендикс, перитонеальная жидкость, секрет шейки матки, легкие, кровь (в зависимости от клинических проявлений), а также инородные тела (
к у с о ч к и о р у д и я т р а в м ы , о д е ж д ы) в с л у ч а е и х о б н а р у ж е н и я ;

7) герпес обычный - головной мозг, печень;

8) гонококковая инфекция - отделяемое уретры, влагалища, шейки матки, прямой кишки, предстательная железа, экссудат суставов, воспаленных придатков и брюшины;

9) грипп - кусочки трахеи, отделяемое носоглотки, соскоб со слизистой оболочки трахеи, кровь;

10) дизентерия - содержимое нижних отделов толстой кишки, кровь, моча, мезентеральные железы, печень, селезенка;

11) дифтерия, ангина Венсана - пленки и отделяемое с пораженных участков слизистых оболочек (зева, носа, половых органов, глаз), кожи, кровь;

12) коклюш - легкие, слизь носоглотки;

13) лейшманиоз (внутренний) - костный мозг, селезенка, печень, кровь;

14) листериоз - головной мозг, печень, селезенка;

15) менингококковые инфекции - спинномозговая жидкость, мозговые оболочки, кровь, слизь из зева, тканевая жидкость, гной;

16) орнитоз - кусочки легких из пневмонических очагов, селезенка, экссудат из плевральных полостей;

17) оспа - кусочки кожи и слизистых с элементами сыпи, чешуйки и корочки, кровь из сердца, печень;

18) пневмококковая инфекция, инфекция капсульными бактериями Фридлендера, инфекция гемофилами Афанасьева-Пфейфера - легкие, слизь носоглотки, мокрота, кровь, гной, моча, спинномозговая жидкость, плевральные и другие экссудаты;

19) полиомиелит - мозг (особенно продолговатый и спинной), кровь, отделяемое носоглотки, содержимое тонкой и толстой кишки;

20) сепсис - кусочки кожи и слизистые оболочки в изъязвленных участках, лимфатические узлы, кусочки мышечной ткани в области абсцессов, внутренние органы, кровь;

21) сибирская язва - пораженные участки кожи и других тканей, лимфатические узлы, кровь, экссудаты, внутренние органы, спинномозговая жидкость, костный мозг;

22) сифилис - отделяемое слизистых оболочек, кусочки тканей в области поражения, внутренние органы, кровь, спинномозговая жидкость;

23) стафилококковые, стрептококковые инфекции, инфекции синегнойной палочкой - гной, экссудат, кровь, участки пораженных тканей и органов, соскобы со слизистой оболочки зева, регионарные лимфатические узлы;

24) столбняк - гной, кусочки ткани из пораженных областей, старых рубцов, кровь, печень, селезенка, инородные тела в виде кусочков орудия травмы;

25) сыпной тиф - кровь, внутренние органы, кусочки кожи с элементами сыпи;

- 26) токсикоинфекции, вызванные:
кишечной палочкой - содержимое тонкой кишки, кровь из сердца, печень, селезенка, легкое, почки, лимфатические узлы кишечника;
сальмонеллами - паренхиматозные органы, кровь из сердца, содержимое желудка и тонкой кишки, лимфатические узлы кишечника;
протеем - содержимое тонкой и толстой кишок;
стафилококком - содержимое тонкой и толстой кишок;
cl. perfringens - содержимое тонкой кишки (200-300 мл), перитонеальная жидкость, кишечные и брыжеечные лимфатические узлы, кровь из сердца, п е ч е н ь ;
cl. botulinum - печень, отрезки тонкой кишки, желудок с содержимым, г о л о в н о й м о з г , к р о в ь ;
токсоплазмоз - головной мозг, печень, селезенка, легкие, лимфатические узлы;
- 27) туберкулез - мокрота, мазки из гортани, кусочки легких и других внутренних органов (в зависимости от характера поражения), моча, с п и н н о м о з г о в а я ж и д к о с т ь ;
- 28) холера - три отрезка тонкой кишки длиной 10-15 см, желчный пузырь, регионарные лимфатические узлы, печень, селезенка;
- 29) чума, туляремия - лимфатические узлы (бубоны), кровь, внутренние органы (особенно легкие, селезенка, печень), слизь зева, мокрота, кусочки пораженной кожи, спинно-мозговая жидкость, костный мозг;
- 30) энцефалиты - головной мозг, спинномозговая жидкость, кровь, периферические нервы, внутренние органы;
- 31) СПИД - кровь из полости сердца.

385. Получение образцов для исследования на диатомовый планктон. Изымают не вскрытую почку, на ножку которой накладывают лигатуру; фрагмент бедренной или плечевой кости длиной 10-15 см. Объекты помещают в чистые стеклянные банки без фиксирующей жидкости. Пользоваться водой запрещается.

Раздел 10. Порядок работы судебно-медицинской экспертной комиссии

386. В судебно-медицинской экспертной комиссии производятся сложные экспертизы, в том числе по материалам уголовных и гражданских дел, повторные экспертизы и экспертизы по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей.

387. Председателем судебно-медицинской экспертной комиссии является руководитель органа судебной экспертизы, в его отсутствие - заместитель по

экспертной работе либо один из назначенных заведующих отделами.

388. Судебно-медицинская экспертная комиссия должна состоять не менее чем из трех экспертов. Состав экспертной комиссии определяется лицом (органом), назначившим судебно-медицинскую экспертизу и указывается в постановлении о назначении экспертизы. Если конкретные эксперты в постановлении не указаны, выбор экспертов осуществляет руководитель органа судебной экспертизы, о чем сообщается лицу (органу), назначившему экспертизу. При необходимости в состав экспертной комиссии могут быть включены судебно-медицинские эксперты лабораторных подразделений.

389. В качестве членов комиссии должны привлекаться наиболее квалифицированные судебно-медицинские эксперты. При необходимости привлечение в члены комиссии специалиста, не являющегося сотрудником органа судебной экспертизы, руководитель органа судебной экспертизы вносит письменное предложение лицу (органу), назначившему экспертизу о привлечении в качестве членов экспертной комиссии специалистов медицинской организации и высших учебных заведений.

390. Судебно-медицинская экспертная комиссия производит экспертизу только после получения от лица (органа), назначившего экспертизу всех материалов, необходимых для ее производства, при чем все медицинские документы должны быть представлены в подлиннике (при отсутствии подлинных документов, экспертиза проводится на основании копии документов).

При производстве экспертизы по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей представляются протоколы клиничко-анатомических и клинических конференций и другие документы комиссий организаций здравоохранения, а также характеристики на привлекаемых к ответственности врачей с указанием возраста, стажа, специальности.

391. Судебно-медицинская экспертная комиссия имеет право поставить вопрос перед лицом (органом), назначившим экспертизу об участии в проведении допроса медицинских работников, привлекаемых к уголовной ответственности за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей для разъяснения вопросов, возникших у экспертной комиссии.

392. В необходимых случаях, по предложению членов экспертной комиссии для производства экспертизы живые лица могут быть помещены в стационар, о чем лицо (орган), назначившее экспертизу должно вынести соответствующее постановление в соответствии со статьей 247 Уголовно-процессуального кодекса Республики Казахстан.

393. Все медицинские организации и отдельные медицинские специалисты

оказывают судебно-медицинской комиссии содействие в ее работе.

394. Председатель комиссии:

- 1) несет ответственность за работу комиссии;
- 2) изучает материалы дела;
- 3) определяет состав комиссии, если он не предусмотрен постановлением о производстве экспертизы и время ее заседания;
- 4) руководит комиссией и участвует в ее работе.

395. Члены экспертной комиссии:

- 1) выполняют поручения председателя;
- 2) осуществляют подготовку материалов к заседанию комиссии;
- 3) своевременно знакомятся с материалами дела;
- 4) принимают участие в работе комиссии;
- 5) составляют совместно с председателем «заключения» и правильно их оформляют;
- 6) сдают в канцелярию органа судебной экспертизы заключения и поступившие материалы.

396. После ознакомления с материалами дела, председатель комиссии назначает одного из судебно-медицинских экспертов докладчиком по делу и поручает ему изложить данные материалов дела и других представленных медицинских документов. Этот судебно-медицинский эксперт именуется «Докладчик по делу», и включается в состав комиссии.

397. Каждый член комиссии изучает материалы дела.

398. Заключение судебно-медицинской экспертной комиссии должно иметь отдельную регистрацию, нумерация которого начинается с 1 января каждого года.

399. Заключение судебно-медицинской экспертной комиссии состоит из трех частей: «Введение», «Исследовательская часть» и «Выводы».

Исследовательская часть является составной частью заключения и вносится в него после введения.

400. В Введении указывается:

- 1) число, месяц и год производства экспертизы;
- 2) наименование комиссии и ее состав с указанием должности, стажа работы по специальности, ученой степени, ученого звания, фамилий и инициалов председателя и членов комиссии, в том числе докладчика по делу;
- 3) место производства экспертизы;
- 4) основание для производства экспертизы - дата вынесения постановления (определения), фамилия и должность лица, назначившего экспертизу;
- 5) реквизиты представленных материалов дела;
- 6) вопросы, поставленные на разрешение экспертов в изложении лица (органа)

назначившего

экспертизу;

7) обстоятельства дела в редакции лица (органа), назначившего экспертизу.

401. В исследовательской части должны быть изложены все данные, необходимые для обоснования выводов комиссии. Исследовательская часть должна содержать исключительно фактический материал в виде выдержек из материалов дела, отдельные части могут излагаться другими словами, но без изменения смысла и каких-либо оценок.

В исследовательской части следует приводить данные, необходимые для формирования выводов экспертной комиссии, которыми могут быть: повод к возбуждению дела (жалобы родственников или самого потерпевшего, обвиняемого, другие данные); выдержки из протокола осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия), из допроса свидетелей, обвиняемого, из докладных и объяснительных записок; ссылки на те или иные постановления органов расследования, на приговоры и определения судов; выдержки из заключения судебно-медицинской экспертизы трупа или из протокола патологоанатомического вскрытия с указанием его номера, даты производства исследования и фамилии, инициалов и должности врача, производившего исследование трупа; заключение судебно-медицинского эксперта и патологоанатомический диагноз с эпикризом; данные из медицинских документов (медицинской карты больного с указанием ее номера и наименования лечебного учреждения) с описанием состояния в день поступления или обращения, жалоб, имевшихся повреждений, результатов объективного исследования, произведенных оперативных вмешательств, с приведением выдержек из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, отражающих динамику травмы (заболевания), консультаций, обследований, результатов анализов, «назначений», проводившегося лечения, данные дополнительных исследований (физико-технического, гистологического, химико-токсикологического и других); выдержки из протоколов клинико-анатомических и клинических конференций; характеристики на привлекаемый к ответственности медицинский персонал с указанием возраста, стажа и специальности и так далее. Всякая выдержка должна сопровождаться ссылкой на том и лист дела.

402. Выводы судебно-медицинской экспертной комиссии должны излагаться в виде ответов на поставленные вопросы, входящие в ее компетенцию.

Выводы комиссии должны быть объективными, аргументированными и научно-обоснованными. В основу выводов должны быть положены объективные данные, установленные в процессе проведения экспертизы.

403. В случае несогласия кого-либо из членов комиссии с заключительными выводами «заключения» или с отдельными их пунктами, эти члены комиссии

составляют свои отдельные выводы.

404. Заключение комиссии после соответствующего оформления, а также представленные на исследование материалы и документы направляются с сопроводительным документом лицу (органу), назначившему экспертизу.

405. Материалы дела, поступившие на экспертизу, хранятся в сейфе.

К Правилам организации и производства судебно-медицинской экспертизы прилагаются следующие приложения:

1) таблица процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм;

2) коэффициенты пересчета судебно-химических исследований на полные анализы (условные единицы);

3) правила получения и направления образцов трупного материала для проведения экспертиз (исследований) в судебно-медицинской лаборатории.

Приложение 1

к Правилам организации и производства судебно-медицинской экспертизы

Таблица процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты общей трудоспособности в процентах
Центральная периферическая нервная система		
1	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: частые эпилептические припадки (не реже одного раза в неделю), выраженное слабоумие, параличи, нарушение процессов узнавания (агнозия), нарушение целенаправленного действия (апраксия), резкое нарушение речи (афазия), отсутствие координации движений (атаксия), резкие вестибулярные и мозжечковые расстройства.	100
2	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: значительное расстройство объема движений и силы в конечностях, резкое или значительное нарушение координации, резкое или значительное расстройство тонуса мышц, значительное ослабление памяти и снижение интеллекта, частые эпилептические припадки (не реже одного раза в месяц)	75
	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы (повреждений костей свода и основания черепа, эпидуральных и субдуральных гематом, субарахноидальных кровоизлияний, ушиба головного мозга), а также наличие трепанационного дефекта, в том числе и закрытого пластикой:	
	1) органическое повреждение нескольких черепно-мозговых нервов, значительное нарушение координации, выраженное повышение тонуса	

3	мышц и силы в конечностях, снижение интеллекта, ослабление памяти, эпилептические припадки (4-10 раз в год), наличие трепанационного дефекта площадью не менее 20 квадратных сантиметров;	60
	2) органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, умеренное нарушение координации, умеренное повышение тонуса мышц и силы в конечностях, нерезко выраженные двигательные расстройства, редкие эпилептические припадки (2-3 раза в год), наличие трепанационного дефекта площадью не менее 10 квадратных сантиметров ;	45
	3) органические поражения нескольких черепно-мозговых нервов, расстройство обоняния, вкуса, легкие нарушения координации, легкое повышение тонуса мышц и силы в конечностях, умеренные двигательные расстройства, умеренные нарушения чувствительности, единичные эпилептические припадки, наличие трепанационного дефекта площадью не менее 4 квадратных сантиметров	30
4	Остаточные явления черепно-мозговой травмы, перелома костей свода черепа, ушибы мозга, эпидуральной гематомы, субарахноидальное кровоизлияние:	
	1) отдельные очаговые симптомы - неравенство глазных щелей, отклонение языка, нистагм, сглаженность носогубной складки и другие, а также трепанационный дефект площадью менее 4 квадратных сантиметров;	20
	2) вегетативные симптомы - тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения и другие	15
5	Остаточные явления сотрясения головного мозга:	
	1) отдельные объективные признаки - сглаженность носогубной складки, неравенство глазных щелей, отклонение языка и другие;	10
	2) вегетативные симптомы, установленные при освидетельствовании, выраженные тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения (вегето-сосудистая дистония)	0
6	Нарушение функции спинного мозга на уровне шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника:	
	1) грубые расстройства чувствительности, движений в конечностях (пара- и тетраплегии), резкие нарушения функций тазовых органов, грубые нарушения трофики, нарушение сердечно-сосудистой деятельности и дыхания;	100
	2) значительные расстройства чувствительности, движений в конечностях (выраженные монопарезы или умеренно выраженные парапарезы), нерезко выраженная спастичность, нарушение трофики и функций тазовых органов;	60
	3) умеренные нарушения чувствительности, сухожильных рефлексов, легкие монопарезы корешкового или спинального характера, нерезко выраженные атрофии мышц и нарушения движений, умеренные нарушения трофики и функций тазовых органов;	40
	4) частичное нарушение проводниковой функции спинного мозга с легкими расстройствами чувствительности сухожильных рефлексов, без нарушений движений в конечностях, а также функций тазовых органов и трофики	15
7	Нарушение функции конского хвоста:	

	1) резкие нарушения чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка или группы корешков, выпадение движений, значительные нарушения функций тазовых органов, трофические расстройства (язвы, цианоз, отеки);	40		
	2) значительные расстройства чувствительности, гиперпатия, гипералгезия, выраженный болевой синдром, нарушение рефлекторной дуги (снижение или выпадение рефлексов), грубая атрофия мышц соответственно иннервации области корешков, умеренные вегетативные расстройства (похолодание конечностей), умеренные нарушения функций тазовых органов;	20		
	3) легкие расстройства чувствительности без нарушения рефлексов и движений в конечностях, без нарушения трофики и функции тазовых органов (болевой синдром)	5		
8	Травматический радикулит различной локализации (в результате прямой травмы позвоночника)	5		
9	Нарушения функций тройничного, лицевого и подъязычного нервов (при периферических повреждениях):			
	1) легкая степень - умеренные нарушения функций;	0		
	2) средняя степень - средние нарушения функций;	15		
	3) сильная степень - резкие нарушения функций	25		
10	Нарушения функций шейного и плечевого сплетений и их нервов:		Справа	Слева
	1) легкое нарушение чувствительности и рефлексов бездвигательных расстройств, атрофии, парезов, контрактур;	5	5	5
	2) легкое выпадение движений, снижение силы, чувствительности, нерезко выраженная атрофия мышц;	15	10	10
	3) значительное выпадение движений, значительное снижение силы и расстройство чувствительности, значительная атрофия мышц;	25	20	20
	4) резкие нарушения движений, чувствительности, нарушение трофики, трофические язвы	40	30	30
11	Нарушения функций поясничного и крестцового сплетений и их нервов:			
	1) легкое нарушение чувствительности и рефлексов без 5 двигательных расстройств, атрофии, парезов, контур;	5		
	2) легкое выпадение движений, снижение силы, 10 чувствительности, нерезко выраженная атрофия мышц;	10		
	3) значительное выпадение движений, значительное 25 снижение силы и расстройство чувствительности, значительная атрофия мышц;	25		
	4) резкие нарушения движений, чувствительности, 40 нарушение трофики, трофические язвы	40		
Органы зрения				
12	Паралич аккомодации:			
	1) одного глаза	15		
	2) обоих глаз	30		
13	Одноименная гемианопсия	30		
14	Концентрическое сужение поля зрения: в каждом глазу			
	До 60 градусов	10		
	До 30 градусов	20		

	До 5 градусов	30
15	Опущение века (птоз) и другие параличи глазных мышц, дефект век, мешающий закрытию глазной щели, а также сращение век:	
	1) одного глаза: в средней степени (веко закрывает верхнюю половину зрачка)	10
	в сильной степени (веко закрывает зрачок полностью)	20
	2) обоих глаз: в средней степени (веки закрывают верхние половины зрачков)	25
	в сильной степени (веки закрывают зрачки полностью)	50
16	Пульсирующий экзофтальм:	
	1. Одного глаза:	20
	1) легкая степень - умеренно выраженный	
	2) средняя степень - значительно выраженный	30
	3) сильная степень - резко выраженный	40
	2. Обоих глаз:	35
	1) легкая степень - умеренно выраженный	
2) средняя степень - значительно выраженный	60	
	3) сильная степень - резко выраженный	85
17	Конъюнктивит (кератит), освидетельствовании:	5
	1. Одного глаза:	
	2. Обоих глаз:	10
18	Иридоциклит или хориоретинит:	10
	1) Одного глаза:	
	2) Обоих глаз:	20
19	Нарушения функций слезопроводящих путей: 1) рубцовая непроходимость слезных каналов или слезоносового канала;	10
	2) травматический дакриоцистит	20
20	Полная потеря зрения:	65
	1) единственного глаза, обладающего зрением;	
	2) обоих глаз, обладающих зрением	100
21	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладающего зрением	0
22	Последствие перелома орбиты:	10
	1) без повреждения мышц и смещения глазного яблока;	
	2) повреждение глазных мышц и смещением глазного яблока	20
23	Снижение остроты зрения каждого глаза в результате прямой травмы (смотрите таблицу)	20
Органы слуха		
24	Посттравматическое гнойное воспаление среднего уха (типа мезотимпанита)	10
25	Посттравматический эптитимпанит или эптитимпанит, осложненный холестеатомой, грануляциями	20
	Объективные нарушения вестибулярной функций в результате травмы:	
	1) легкая степень - неуверенность походки, головокружение при поворотах головы и наклонах туловища;	10

26	2) средняя степень - бледность, приступы головокружение с тошнотой, рвотой (не реже шести раз в год), неуверенность походки;	30
	3) сильная степень - многократные, продолжительные приступы головокружение выраженными вегетативными реакциями, неуверенность походки	50
27	Отсутствие двух ушных раковин	25
28	Понижение слуха одного уха: 1) шепотная речь на расстоянии не более одного метра, разговорная - от 1 до 3 метра, понижение слуха на 30-50 децибел, на частотах 500, 1000, 2000, 4000 герц.	5
	2) шепотная речь - 0, разговорная - до 1 метра, понижение слуха на 60-80 децибел, на частотах 500, 1000, 2000, 4000 герц.	15
	3) полная глухота - шепотная и разговорная речь - 0	25
Дыхательная система		
29	Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей)	30
30	Отсутствие мягких частей носа (крыльев и кончика)	15
31	Нарушения носового дыхания: 1) средняя степень - значительное одностороннее, умеренное двухстороннее;	10
	2) сильная степень - резкое одностороннее, значительное двухстороннее;	15
	3) полное двухстороннее - резкая деформация носа, гнусавость	30
32	Нарушения функции гортани или трахеи в результате их повреждения: 1) легкая степень - осиплость голоса при физической нагрузке;	10
	2) средняя степень - дистрофия, нарушение дыхания, (одышка) в покое;	35
	3) сильная степень - постоянное ношение трахеостомической трубки, афония (потеря голоса)	60
33	Остаточные явления после травматического плеврита, пневмонии, гемоторакса, пневмоторакса, повреждение легкого и другие состояния, сопровождающиеся уменьшением дыхательной поверхности легкого, ателектазом, нагноительными процессами с развитием легочной недостаточности: 1) легкая степень - одышка при физической нагрузке, сердцебиение, боли в груди;	15
	2) средняя степень - одышка при незначительной физической нагрузке, синюшность лица, слабость, снижение артериального давления, увеличение печени, пульсация подложечной области;	25
	3) сильная степень - одышка в покое, резкая одышка при незначительной физической нагрузке, синюшность, застойные явления в легких, мраморность кожи, расширенная сеть венных сосудов	40
34	Удаление части легкого	40
35	Удаление легкого	60
36	Деформация грудной клетки, явившаяся результатом травмы: 1) умеренное ограничение подвижности при акте дыхания;	15
	2) значительное ограничение подвижности при акте дыхания;	30
	3) резкое ограничение подвижности при акте дыхания	40

37	Деформация грудины в результате перелома ее:	10
	1) уверенная - без нарушения функции органов средостения и акта дыхания;	
	2) значительная - с ограничением подвижности грудной клетки при акте дыхания;	20
	3) резкая - с нарушением органов средостения	35
Сердечно-сосудистая система		
38	Сердечно-сосудистая недостаточность в следствие ранения сердца, его оболочек и магистральных сосудов:	30
	1) I степени - учащение пульса, одышка после физической нагрузки, увеличение размеров сердца, отеки;	
	2) II степени - значительная одышка, застойные явления в легких и печени, постоянные отеки, асцит, набухание вен шеи;	60
	3) III степени - нарушение ритма дыхания, застойные явления в легких, выпот в полости плевры, кровохарканье, выпот в сердечной сорочке, асцит, цирроз печени и другие	90
39	Нарушение кровообращения в следствие повреждения крупных периферических сосудов:	10
	1) легкая степень - умеренная отечность, снижение пульсации;	
	2) средняя степень - значительная отечность, синюшность, резкое ослабление пульсации;	15
	3) сильная степень - резкая отечность, синюшность, лимфостаз, трофические нарушения (язвы)	20
Органы пищеварения		
40	Нарушение акта жевания в результате перелома скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также вывиха нижней челюсти:	10
	1) легкая степень - умеренное нарушение прикуса и акта жевания;	
	2) средняя степень - значительное нарушение прикуса и акта жевания;	15
	3) сильная степень - резкое нарушение прикуса и открывания рта, деформация челюсти	20
41	Отсутствие части верхней или нижней челюсти (с учетом потери зубов, независимо от их количества)	40
42	Отсутствие челюсти (с учетом потери зубов, независимо от их количества)	80
43	Отсутствие языка:	15
	1) на уровне дистальной трети	
	2) на средней уровне трети	35
	3) полное	70
44	Перелом зуба (приравнивается к его потере; при потере зубов в результате перелома челюсти процент утраты трудоспособности определяется по пунктам 40 и 44 путем суммирования). Потеря постоянных зубов:	5
	2-3 зуба	
	4-8 зубов	10
	более 8 зубов	15
	Сужение рта, образование слюнной фистулы:	10
	1) легкая степень	

45	2) средняя степень	20
	3) сильная степень	30
46	Сужение пищевода или глотки в результате ожога или ранения: 1) умеренное - затрудненное прохождение твердой пищи	25
	2) значительное - затрудненное прохождение мягкой пищи	40
	3) резкое - затрудненное прохождение жидкой пищи	70
	4) непроходимость (гастростома)	90
47	Нарушение функции желудочно-кишечного тракта: 1) диспептические расстройства, гастрит, панкреатит, энтерит, колит;	15
	2) спаечная болезнь, спаечная непроходимость (состояние после операции по поводу спаечной непроходимости);	30
	3) кишечный свищ;	50
	4) противоестественный задний проход	70
48	Повреждение печени в результате травмы и удаление желчного пузыря; гепатит, развившийся в результате острого отравления	20
49	Удаление части печени в результате травмы	35
50	Удаление селезенки в результате травмы	30
51	Удаление желудка в результате травмы	80
52	Удаления части желудка, поджелудочной железы или кишечника	30
Мочеполовая система		
53	Удаления почки	50
54	Нарушение функции мочевыделительной системы: 1) цистит, уретрит, пиелостит, умеренное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, ушивание стенки мочевого пузыря;	10
	2) значительное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, уменьшение объема мочевого пузыря, удаление части почки;	25
	3) мочеполовые свищи, непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала	40
55	Последствия повреждений органов половой системы с учетом тяжести повреждения	15; 30; 50
Мягкие ткани		
56	Рубцы в результате ожогов, отморожений или ранений, расположенные на лице или передне-боковой поверхности шеи (область лица имеет условные границы: верхняя - край волосистого покрова головы; боковая - передний край основания ушной раковины, задний край ветви нижней челюсти; нижняя - угол и нижний край тела нижней челюсти; нижняя - угол и нижний край тела нижней челюсти (ушные раковины являются частью лица)	25
57	Наличие на туловище и конечностях рубцов, образовавшихся в результате различных травм (один процент поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев исследуемого; при нарушении функции, вызванном наличием рубцов, пункт 57 не применяется; в этих случаях применять соответствующие "Таблицы" с учетом степени функциональных нарушений; при определении площади рубцов следует	10

	учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного аутотрансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи:		
	1) площадью 1-2 %		
	2) площадью 3-4 %	15	
	3) площадью 5-10 %	25	
	4) площадью более 10 %	35	
Опорно-двигательный аппарат			
Позвоночник			
58	Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела (за исключением копчика):	15	
	1) легкая степень - умеренное ограничение подвижности без деформации, с умеренно выраженным болевым синдромом;		
	2) средняя степень - значительное ограничение подвижности, умеренная деформация, болевой синдром;	30	
	3) сильная степень - резкое ограничение подвижности, значительная деформация, болевой синдром	50	
59	Удаление копчика или части его в результате травмы	20	
Верхняя конечность			
Лопатка и ключица		Справа	Слева
60	Нарушение функции плечевого сустава в результате перелома лопатки, ключицы, разрыва ключично-акромиального или грудинно-ключичного сочленений:	10	10
	1) легкая степень - умеренная деформация, гипотрофия мышц, снижение силы конечности, умеренное ограничение движений в плечевом суставе;		
	2) средняя степень - значительная деформация, гипотрофия, значительное ограничение движений в плечевом суставе;	20	15
	3) сильная степень - резкая деформация, резкая атрофия мышц плечевого пояса, резкое ограничение движений в плечевом суставе	25	20
Плечевой сустав			
61	Анкилоз (неподвижность) плечевого сустава	45	35
62	Болтающийся плечевой сустав	60	50
63	Ограничение движений в плечевом суставе (контрактура) (объем движений в плечевом суставе в норме: отведение руки кпереди (сгибание) - 180 градусов; отведение руки кзади (разгибание) - 60-70 градусов; отведение руки в сторону - 180 градусов; ротация внутренняя - 90 градусов; наружная - 50 градусов):	10	10
	1) легкая степень - умеренно выраженная контрактура: отведение руки кпереди (сгибание) - 170-120 градусов; отведение руки кзади (разгибание) - 60-40 градусов; отведение руки в сторону - 150 - 120 градусов;		
	2) средняя степень - значительно выраженная контрактура: отведение руки кпереди (сгибание) - 115 - 75 градусов; отведение руки кзади (разгибание) - 35-30 градусов; отведение руки в сторону - 115-75 градусов;	20	15
	3) сильная степень - резко выраженная контрактура: отведение руки кпереди (сгибание) - меньше 75 градусов; отведение руки кзади (разгибание) - меньше 30 градусов; отведение руки в сторону - меньше 75 градусов;	30	25

64	Первичный вывих плеча (при вывихе плеча, повлекшим за собой нарушение функции плечевого сустава, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется по пункту 63)	20	15
Плечо			
65	Отсутствие верхней конечности и лопатки (или части ее)	80	75
66	Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции в плечевом суставе или культи на уровне верхней трети плеча	75	70
67	Культи плеча на уровне средней или нижней трети	70	65
68	Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой кости (смотреть пункт 41)	40	35
Локтевой сустав			
69	Болтающийся локтевой сустав в результате резекции костей, составляющих его	50	40
70	Анкилоз (неподвижность) локтевого сустава: 1) в функционально выгодном положении (угол от 60 до 90 градусов);	35	30
	2) в функционально невыгодном положении (угол меньше 60 или больше 90 градусов)	40	35
71	Ограничение движений в локтевом суставе - контрактура (в норме объем движений в локтевом суставе: сгибание - 30-40 градусов; разгибание - 180 градусов; ротация - 180 градусов): 1) легкая степень - умеренно выраженная контрактура сгибание - 50-60 градусов, разгибание - 175-160 градусов;	10	10
	2) средняя степень - значительно выраженная контрактура сгибание - 65-90 градусов, разгибание - 155-140 градусов;	20	15
	3) сильная степень - резко выраженная контрактура сгибание - меньше 90 градусов, разгибание - меньше 180 градусов	30	25
Предплечье			
72	Отсутствие предплечья в результате экзартикуляции в локтевом суставе или культи на уровне верхней трети его	70	65
73	Культи предплечья на уровне средней или нижней трети	65	60
74	Ложный сустав, несросшийся перелом (при несросшемся переломе одной кисти предплечья и сросшемся переломе второй постоянная утрата общей трудоспособности определяется также по данному пункту): 1) одной кости предплечья	25	20
	2) обеих костей предплечья	40	35
75	Нарушение функции предплечья: 1) легкая степень - умеренное нарушение пронации и супинации (до 60 градусов) без ограничения движений в локтевом и лучезапястном суставах, гипотрофия мышц;	10	10
	2) средняя степень - умеренное нарушение пронации и супинации (до 45 градусов) умеренное ограничение движений в локтевом и лучезапястном суставах;	15	15
	3) сильная степень - умеренное нарушение пронации и супинации (до 30 градусов), значительная деформация, значительное ограничение движений в локтевом и лучезапястном суставах	25	20
Лучезапястный сустав			

76	Анкилоз лучезапястного сустава:	30	25
	1) в функционально выгодном положении		
	2) в функционально невыгодном положении	40	35
77	Ограничение движений в лучезапястном суставе - контрактура (в норме объем движений в лучезапястном суставе: сгибание -110-115 градусов, разгибание - 135-140 градусов):	10	10
	1) легкая степень - умеренно выраженная контрактура сгибание - 140-150 градусов, разгибание - 145-150 градусов;		
	2) средняя степень - значительно выраженная контрактура сгибание - 155-160 градусов, разгибание - 155-160 градусов;	15	15
	3) сильная степень - резко выраженная контрактура сгибание - больше 160 градусов, разгибание - больше 160 градусов	25	20
Кисть			
Запястье, пястье			
78	Отсутствие кисти на уровне запястье или пястных костей	65	60
79	Ложные суставы или несросшиеся перелом костей запястья или пястных костей (смотрите пункт 41)	15	15
80	Нарушение функции кисти в результате травмы запястья, пясти (деформация, снижение мышечной силы, нарушение хватательной способности) :	10	5
	1) умеренно выраженное		
	2) значительно выраженное	15	10
	3) резко выраженное	20	15
Пальцы кисти			
Первый (большой) палец			
81	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию	5	5
82	К у л ь т я н а у р о в н е :	10	10
	1) ногтевой фаланги		
	2) межфалангового сустава	15	10
	3) основной фаланги	20	15
83	Отсутствие пальца	30	25
84	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее	30	25
85	Анкилоз (неподвижность) двух суставов:	10	10
	1) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца;		
	2) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	15	10
86	Анкилоз (неподвижность) двух сустава:	15	10
	1) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца;		
	2) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	20	15
87	Анкилоз (неподвижность) запястно-пястного сустава и двух суставов п а л ь ц а :	20	15
	1) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца;		

	2) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	25	20
88	Нарушение функции пальца вследствие контрактуры: 1) умеренно выраженной или тугоподвижности;	10	10
	2) значительно выраженной в функционально выгодном (полусогнутом) положении;	15	10
	3) резко выраженной в функционально невыгодном (согнутом или выпрямленном) положении	20	15
Второй (указательный палец)			
89	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию, а также культя на уровне дистальной половины ногтевой фаланги	5	5
90	К у л ь т я н а у р о в н е : 1) проксимальной половины ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава;	10	10
	2) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава;	15	10
	3) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	20	15
91	Отсутствие пальца с пястной кости	25	20
92	Н а р у ш е н и е ф у н к ц и и п а л ь ц а : 1) умеренно выраженная контрактура или тугоподвижность суставов или сустава пальца, а также анкилоз второго (двигательного) межфалангового сустава;	10	5
	2) контрактура пальца в функционально выгодном (полусогнутом) положении, а также анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава;	15	10
	3) контрактура пальца в функционально невыгодном (согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз двух или трех суставов	20	15
Третий (средний), четвертый (безымянный) или пятый (мизинец) пальцы			
93	К у л ь т я н а у р о в н е : 1) ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава;	5	5
	2) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава;	10	10
	3) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальцев)	15	10
94	Отсутствие пальца с пястной костью	15	15
95	Н а р у ш е н и е ф у н к ц и и п а л ь ц а : 1) умеренно выраженная контрактура или тугоподвижность суставов или сустава пальца, а также анкилоз второго (дистального) межфалангового сустава;	5	5
	2) контрактура пальца в функционально выгодном (полусогнутом) положении, а также анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава;	10	10
	3) контрактура пальца в функционально невыгодном (согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз двух или трех суставов	15	15

Таз		
96	Нарушение функции таза в результате перелома костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного сочленений:	20
	1) легкая степень - умеренное нарушение статики;	
	2) средняя степень - значительное нарушение статики, ограничение движений в тазобедренном суставе;	30
	3) сильная степень - значительное нарушение статики, ограничение движений в обоих тазобедренных суставах	50
Нижняя конечность		
Тазобедренный сустав		
97	Анкилоз (неподвижность) тазобедренного сустава:	45
	1) в функционально выгодном (разогнутом) положении	
	2) в функционально невыгодном (согнутом) положении	60
98	Ограничение движений в тазобедренном суставе контрактура (в норме объем движений в тазобедренном суставе: сгибание - 90-100 градусов, разгибание - 60-79 градусов, отведение - 60 градусов): 1) легкая степень - умеренно выраженная контрактура: сгибание - 80 градусов, разгибание - 50 градусов, отведение - 55-40 градусов;	15
	2) средняя степень - значительно выраженная контрактура: сгибание - 75-60 градусов, разгибание - 45-35 градусов, отведение - 35-30 градусов;	25
	3) сильная степень - резко выраженная контрактура: сгибание - 60 градусов, разгибание - меньше 35 градусов, отведение - меньше 30 градусов	35
Бедро		
99	Отсутствие нижней конечности в результате экзартикуляции в тазобедренном суставе или культя бедра на уровне верхней трети	70
100	Культь бедра на уровне средней или нижней трети	60
101	Ложный сустав или несросшийся перелом бедра (дополнительно смотрите пункт 41)	55
102	Нарушение функции конечности в результате травмы бедра: 1) умеренное нарушение статики, незначительная деформация, умеренное ограничение движений в тазобедренном или коленном суставах;	15
	2) значительное нарушение статики, выраженная деформация, умеренное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или значительное ограничение движений в одном из этих суставов;	30
	3) резкое нарушение статики, деформация, значительное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или резкое ограничении движений в одном из этих суставов	45
Коленный сустав		
103	Болтающийся коленный сустав	45
104	Анкилоз (неподвижность) сустава:	35
	1) в функционально выгодном (разогнутом) положении	

	2) в функционально невыгодном (согнутом) положении	50
105	Избыточная (патологическая) подвижность в суставе в результате разрыва связочного аппарата	10
106	Ограничение движений в коленном суставе - контрактура (в норме объем движений в коленном суставе: сгибание - 30 - 40 градусов, разгибание - 180 градусов):	10
	1) легкая степень - умеренно выраженная контрактура: сгибание - 80 - 85 градусов, разгибание - 170-175 градусов;	20
	2) средняя степень - значительно выраженная контрактура: сгибание - 90 - 100 градусов, разгибание - 165-150 градусов;	30
	3) сильная степень - резко выраженная контрактура: сгибание - больше 100 градусов, разгибание - меньше 150 градусов	
Голень		
107	Отсутствие голени в результате экзартикуляции в коленном суставе или культи на уровне верхней трети голени	60
108	Культи на уровне средней и нижней трети голени	50
109	Ложный сустав или несросшейся перелом костей голени (дополнительно смотреть пункт 41; при несросшемся переломе одной кости голени постоянная утрата трудоспособности определяется по пункту 109):	45
	1) обеих костей	35
	2) большеберцовой кости	10
110	3) малоберцовой кости	
	Нарушение функции голени:	15
	1) Легкая степень - умеренное нарушение статики, болевой синдром, незначительная деформация (укорочение на 1-2 сантиметра), умеренное ограничение движений в коленном или голеностопном суставах;	25
2) средняя степень - значительное нарушение статики, болевой синдром, отечность, деформация, умеренное ограничение движений в коленном и голеностопном суставе или значительное ограничение движений в одном из этих суставов;	40	
3) сильная степень - резкое нарушение статики, болевой синдром, отечность, значительное ограничение движений в коленном или голеностопном суставе или резкое ограничение движений в одном из этих суставов, выраженная деформация		
Голеностопный сустав		
111	Болтающийся голеностопный сустав	35
112	Анкилоз (неподвижность) голеностопного сустава:	25
	1) в функционально выгодном положении (под углом 90-95 градусов);	35
	2) в функционально невыгодном (каком-либо ином) положении	
113	Ограничение движений в голеностопном суставе (контрактура):	10
	1) умеренно выраженная контрактура;	15
	2) значительно выраженная контрактура;	20
	3) резко выраженная контрактура	

114	Внутриставной перелом костей голеностопного сустава, разрыв связок, вывих стопы без нарушения функции сустава на день освидетельствования	-
Стопа		
115	Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в голеностопном суставе или ампутации на уровне предплюсны, пяточной или таранной кости	40
116	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне плюсневых костей	30
117	Нарушение функции стопы в результате перелома таранной или пяточной кости, подтаранного вывиха стопы: 1) легкая степень - умеренное нарушение статики, отечность, болевой синдром;	10
	2) средняя степень - значительное нарушение статики, выраженный болевой синдром, деформация, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе;	15
	3) сильная степень - резкое нарушение статики, выраженный болевой синдром, значительная деформация, значительное ограничение движений в голеностопном суставе	25
118	Нарушение функции стопы в результате ее травмы (перелома костей, вывиха, ранения, ожога, отморожения): 1) легкая степень - умеренное выраженное нарушение статики, незначительная деформация, болевой синдром;	10
	2) средняя степень - значительно выраженное нарушение статики, выраженная деформация, болевой синдром;	15
	3) сильная степень - резкое нарушение статики, значительная деформация, стойкий болевой синдром, в том числе ложный сустав или несросшийся перелом одной или нескольких костей	20
Пальцы стопы		
119	Отсутствие всех пальцев стопы в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговых суставах, или ампутации на уровне основных фаланг	25
120	Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или частью ее	15
121	Отсутствие первого пальца в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговом суставе или культя на уровне основной фаланги	10
122	Нарушение функции первого пальца в результате травмы или отсутствие ногтевой фаланги	5
123	Отсутствие какого-либо пальца стопы в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговом суставе или культя на уровне основной фаланги (кроме первого)	5
124	Отсутствие пальца с плюсневой костью ее (кроме первого)	10
125	Нарушение функции пальцев или отсутствие одной - двух фаланг, кроме первого (если в результате перелома двух пальцев стопы (кроме первого) функция одного из них оказалась нарушенной, постоянная утрата общей трудоспособности определяется в размере 5 процентов по пункту 125): 1) одного-двух пальцев	5
	2) трех-четырех пальцев	10

126	Посттравматические тромбозы, лимфостаз, нарушение трофики:	5
	1) легкая степень	
	2) средняя степень	10
	3) сильная степень	15
127	Травматический остеомиелит, функционирующие свищи, нагноительный процесс	10

П р и л о ж е н и е 2

к Правилам организации и производства
судебно-медицинской экспертизы

Коэффициенты пересчета судебно-химических исследований на полные анализы (условные единицы)

Метод исследования и органы	Результаты			Примечание
	+	-	Колич.	
1	2	3	4	5
1. Газовая хроматография (ДТП)				
1.1 Алкоголь				
1.1.1 Кровь	0,04	0,04		
1.1.2 Моча	0,04	0,15		
1.1.3 Мышца	0,15	0,15		
1.1.4 Дистиллят	0,04	0,04		
1.1.5 Жидкость	0,04	0,04		
1.2 Окись углерода	0,10	0,10		
2. Газовая хроматография (ДИП)				
2.1 Летучие	0,15	0,08	0,20	
2.2 Лекарственные	0,30	0,20	0,20	
2.3 Гликоли	0,30	0,20	0,20	
2.4 Уксусная кислота	0,15	0,08	0,20	
3. Газовая хроматография (ДЭЗ)	0,30	0,30	0,20	
4. Газовая хроматография (ТИД)	0,30	0,30	0,20	
5. ВЭЖХ	0,30	0,30	0,20	
6. Хромато-масс спектрометрия	0,30	0,30	-	
7. Перегонка				
7.1 Суррогаты алкоголя	0,40	0,25	0,20	
7.2 Уксусная кислота	0,30	0,20	0,20	
7.3 Гликоли	0,20	0,20		
7.4 Синильная кислота	0,40	0,25	0,20	
7.5 Фтор	0,60	0,60	0,20	

8. Изолирование лекарственных веществ				
8.1 Водой	0,30	0,30	0,20	
8.2 Спиртом	0,30	0,30	0,20	
8.3 Ацетонитрилом	0,30	0,30	0,20	
8.4 Другими органическими растворителями	0,30	0,30	0,20	
9. Изолирование наркотиков из биологических жидкостей	0,20	0,20	0,20	
10. Гидролиз				
10.1 Внутренние органы	0,30	0,30	0,20	
10.2 Извлечения	0,30	0,30	0,20	
11. Изолирование пестицидов органическими растворителями				
11.1 Эфиром	0,30	0,30	0,20	
11.2 Гексаном	0,40	0,40	0,20	
11.3 Бензолом	0,30	0,30	0,20	
11.4 Другими растворителями	0,30	0,30		
12. Спектрофотометрия				
12.1 УФ-область и видимая	0,05	0,05	к пункту 8,9,10,11 одна спектральная характеристика	
12.2 ИК-область	0,20	0,20		
13. Тонкослойная хроматография				
13.1 Без элюирования	0,15	0,05	к пункту 8,9,10,11 одна пластинка	
13.2 Элюирования		0,10		
14. Реакции				
14.1 Микрорекристаллические	0,02	0,02	к пункту 8,9,10,11 одна реакция	
14.2 Окрашивания	0,02	0,02		
15. Деструкция	0,40	0,40	0,10	
16. Минерализация	0,40	0,40	0,20	
17. Озоление	0,30	0,30	0,10	
18. Диализ	0,40	0,30	0,20	
19. Спектрофотометрическое определение СОН	0,15	0,15		
	0,05	0,05		
20. Иммуно-ферментный анализ	(по затрате времени) 1 = 25,5 часов.			
21. Прочие				

П р и л о ж е н и е 3
к Правилам организации и производства
судебно-медицинской экспертизы

**Правила получения и направления образцов
трупного материала для проведения экспертиз
(исследований) в судебно-медицинской
лаборатории**

Образцы для экспертных исследований в лабораториях органа судебной экспертизы получают в соответствии с требованиями положения главы 33 Уголовно-процессуального кодекса Республики Казахстан.

Для экспертного исследования получают:
образцы для химико-токсикологической, судебно-гистологической, цитологической, судебно-биологической, медико-криминалистической (физико-технической), микробиологической (вирусологической) экспертизы и образцы для экспертизы на диатомовый планктон.

1. Получение образцов для химико-токсикологической экспертизы

1. Эксперт следит за тем, чтобы предполагаемый яд не был удален из трупа и не попал в него извне. Поэтому до вскрытия необходимо тщательно вымыть секционный стол, инструменты и перчатки. Во время вскрытия не пользоваться водой и другими жидкостями.

2. Части органов помещают в сухие стеклянные банки. Использование металлической или керамической посуды запрещается. Банки следует мыть раствором горчицы или соды, тщательно ополаскивать чистой водопроводной, а затем дистиллированной водой и высушивать в сушильном шкафу.

3. Органы нельзя обмывать водой и загрязнять химическими веществами или механическими примесями.

4. Внутренние органы извлекают после наложения двойных лигатур на пищевод, желудок, кишечник (на расстоянии 1 метра в разных отделах) для предотвращения механического перемещения их содержимого.

5. При подозрении на отравление неизвестным ядом, а также при комбинированных отравлениях необходимо изымать:

- 1) желудок с содержимым (банка N 1);
- 2) по одному метру тонкой и толстой кишок с содержимым из наиболее измененных отделов (банка N 2);
- 3) не менее 1/3 наиболее полнокровного участка печени, желчный пузырь и его содержимое (банка N 3);
- 4) одну почку и всю мочу (банка N 4);

- 5) 1/3 головного мозга (банка N 5);
- 6) не менее 200 миллилитра крови (банка N 6);
- 7) селезенку (банка N 7);
- 8) 1/4 наиболее полнокровного участка легкого (банка N 8);
- 9) матку и влагалище при подозрении на введение яда через влагалище или матку (банка N 9);
- 10) участок кожи и мышцы из области предполагаемого введения яда при подозрении на его подкожное или внутримышечное введение (банка N 10).

6. При отравлении яды распределяются в органах и тканях по-разному. Поэтому, в зависимости от отравления предполагаемым ядом берут следующий материал:

1) алкалоидами (опием, морфином, стрихнином, бруцином, атропином, кокаином, никотином, анабазином, кониином, пахикарпином, аконитином и др.) - желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с содержимым, печень с желчным пузырем, почку, селезенку. При подозрении на отравление хинином - дополнительно матку;

2) барбитуратами и снотворными небарбитурового ряда - печень с желчным пузырем, почку, желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с содержимым;

3) гликозидами - печень с желчным пузырем, почку, кровь, сердце, ткани из места инъекции;

4) кислотами и едкими щелочами - желудок с содержимым, глотку, трахею, пищевод, печень, почку, участки кожи со следами действия яда;

5) "летучими" ядами (нитробензолом, анилином, бензолом и другими) - желудок с содержимым, верхний отдел тонкой кишки с содержимым, кровь (не менее 200 миллилитров), печень с желчным пузырем, мозг, почку;

6) "металлическими" ядами - желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с содержимым, печень, почку, селезенку и дополнительно:

при подозрении на хроническое отравление соединениями свинца - плоские кости;

при подозрении на хроническое отравление соединениями таллия - плоские кости и волосы;

при подозрении на хроническое отравление соединениями мышьяка - волосы, ногти и плоские кости;

при подозрении на отравление тетраэтилсвинцом - мозг и легкие.

7) метиловым и другими (кроме этилового) спиртами - желудок с содержимым, тонкую кишку с содержимым, мозг, кровь, легкие, печень с желчным пузырем, почку;

8) нитритами - печень с желчным пузырем, желудок с содержимым, тонкую и

толстую кишку с содержимым;

9) окисью углерода и другими газами - кровь (около 20 миллилитров);

10) психотропными веществами (аминазином, элениумом, седуксеном и другие) - печень, почку, кровь, желудок, тонкую и толстую кишки с содержимым ;

11) синильной кислотой и ее солями - желудок с содержимым, верхний отдел тонкой кишки с содержимым, кровь (не менее 200 миллилитров), печень с желчным пузырем, почку;

12) фенолами, крезолами - желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с содержимым, почку, кровь, печень с желчным пузырем;

13) формальдегидом (формалином) - желудок с содержимым, тонкую кишку с содержимым, почку;

14) фосфорорганическими и карбаматными пестицидами - печень, почку, желудок, кишечник, кровь; при ингаляционном поступлении ФОС дополнительно изымают мозг и легкие;

15) фторидами - желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с содержимым, печень с желчным пузырем;

16) хлорорганическими углеводородами и хлорорганическими пестицидами - мозг, сальник, желудок с содержимым, тонкую кишку с содержимым, легкие, печень с желчным пузырем, почку;

17) этиловым спиртом - кровь и мочу в количестве по 20 миллилитров (в посуде, наполненной под пробку);

18) кровь берут пипеткой или шприцем из крупных вен конечностей или синусов твердой мозговой оболочки. При невозможности направить кровь, мочу или органы берут мышечную ткань (около 100 грамм).

7. Образцы (объекты) исследования консервируют только при подозрении на отравление сердечными гликозидами, производными фенотиазина, фосфорорганическими пестицидами, алкалоидами и трициклическими антидепрессантами. Для фиксации используют спирт-ректификат, уровень которого над внутренними органами в банках должен быть не менее 10 миллиметров. Одновременно с образцами (объектами) исследования направляют контрольную пробу спирта из той же партии в количестве 250-300 миллилитров.

8. Банки с образцами герметически закрывают притертыми стеклянными пробками (в порядке исключения - полиэтиленовыми крышками), обертывают чистой бумагой, обвязывают шпагатом или прочной ниткой и опечатывают так, чтобы их нельзя было открыть без нарушения печати.

На каждую банку наклеивают этикетку, соответствующую утвержденной типовой форме, и делают на ней все необходимые записи.

Опечатанные банки с образцами (объектами) исследования немедленно

пересылают в химико-токсикологическое отделение органа судебной экспертизы

9. Для пересылки образцов (объектов) в другой город банки помещают в ящик и упаковывают так, чтобы обеспечить полную сохранность от механических повреждений. В ящик вкладывают опись с перечислением номеров банок и их содержимого, которую подписывает лицо, направляющее образцы. У него же остается копия описи. На крышке ящика указывают "Осторожно - стекло!", адрес органа судебной экспертизы и адрес отправителя.

10. Одновременно направляют:

1) копию постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа; направление судебно-медицинского эксперта с кратким изложением обстоятельств наступления смерти и основных данных исследования трупа и диагноза; фамилии, инициалов и возраста умершего; предполагаемого яда, которым могло быть вызвано отравление; других вопросов, подлежащих разрешению судебно-медицинским экспертом-химиком;

2) копию истории болезни, если умерший находился на стационарном или амбулаторном лечении;

3) копию заключения первичной судебно-медицинской экспертизы, если объекты направляются на повторный анализ.

11. При исследовании эксгумированного трупа на химико-токсикологическую экспертизу могут быть направлены грунт из-под гроба, кусочки одежды, обивки, подстилки, нижней доски гроба около 500 квадратных сантиметров.

2. Получение образцов для судебно-гистологической экспертизы

12. Образцы органов (тканей) трупа для гистологического исследования получает судебно-медицинский эксперт, производящий экспертизу трупа. Поручать получение органов лаборанту или санитару запрещается.

13. Кусочки вырезают острым ножом. Пользоваться ножницами во избежание размятия тканей не рекомендуется. Нельзя скоблить по поверхности кусочка, особенно слизистой и серозной оболочек. Рыхлые, легко распадающиеся ткани и массы (например, содержимое полости матки) берут на нож, не пользуясь пинцетом, и погружают в фиксирующую жидкость в марлевом мешочке.

14. Кусочки вырезают толщиной 0,5 сантиметра (не более 1 сантиметра), длина и ширина их могут быть различными, обычно 1x1,5 или 1,5x2 сантиметра, с таким расчетом, чтобы получаемый срез уместился под стандартное покровное стекло. Кусочки сразу же помещают в фиксирующую жидкость. Ввиду медленного ее проникновения в глубину ткани взятие на исследование более толстых кусочков не рекомендуется.

15. Для взятия кусочков разрезы органов должны производиться так, чтобы наилучшим образом показать их анатомическое строение. Например, в кусочке

почки должны быть представлены корковое и мозговое вещество, в очаге пневмонии - центральный и периферический участки. При механических и иных повреждениях необходимо изымать место повреждения (поражения) с прилежащими здоровыми тканями.

16. Количество кусочков, взятых из одного органа, определяется выраженностью и распространенностью повреждения или патологического процесса, а также задачами исследования.

17. При изъятии нескольких кусочков одного и того же органа или ткани каждый из них маркируют этикеткой. Желательно придавать кусочкам различную форму и зарисовывать их схематически с пояснениями. Подпись на этикетках делают простым карандашом. Для этикеток используют материал, устойчивый к действию фиксирующих жидкостей (клеенка, фотобумага и др.).

18. Вырезанные кусочки помещают в раствор 10 % формалина. Его готовят из концентрированного раствора формалина, добавляя к одной его части 9 частей воды. Использовать формалин с белым осадком параформальдегида не следует. В таких случаях исходный концентрированный раствор помещают в вытяжной шкаф и подогревают до растворения осадка, после чего его можно использовать.

Примечание: При необходимости использования нейтрального раствора формалина его готовят следующим образом:

раствор формалина (37 - 40%) - 100 миллилитров
вода дистиллированная - 900 миллилитров
однозамещенный фосфат натрия - 4 грамм
безводный двузамещенный фосфат натрия - 6,5 грамм

19. Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем кусочков не менее чем в 10 раз. При этом следят, чтобы кусочки в растворе не слипались и не прилегли ко дну банки. Для этого на дно банки кладут слой ваты и раствор периодически взбалтывают. Во избежание подсыхания всплывших кусочков их сверху покрывают ватой. Фиксация в формалине проводится при комнатной температуре 1-2 дня. Через сутки раствор меняют. Более длительная фиксация не желательна.

Примечание: Для фиксации нервной ткани используют нейтральный формалин. Для некоторых специальных методик (например, окраска по Нислю) кусочки фиксируют в 96 % спирте.

20. Частицы высушенных тканей собирают в пакет и направляют в гистологическое отделение в нефиксированном виде. Таким же образом направляют кусочки от мумифицированных трупов и трупов в состоянии торфяного дубления или жировоска.

21. Материал для гистохимических методик следует брать не позже 12 часов после смерти, а при хранении трупа в холодильной камере - через 24 часа.

Фиксация материала производится в соответствии с намечаемой методикой.

22. При направлении в гистологическое отделение кусочков, помещенных в фиксирующую жидкость, в сопроводительном документе, помимо сведений об умершем (фамилия, имя, отчество, год рождения, а для детей до года даты рождения), обстоятельствах дела (клинический диагноз и время пребывания в стационаре при смерти в лечебных учреждениях) и кратких данных исследования трупа, судебно-медицинский эксперт указывает: какие органы направляются, количество кусочков (общее и по органам), способ фиксации и задачи судебно-гистологического исследования. Прилагается копия постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа.

23. Вырезку фиксированных кусочков органов и тканей делает эксперт, производивший исследование трупа. При отсутствии такой возможности вырезку проводит эксперт судебно-гистологического отделения. Оставшийся после вырезки материал собирают в маркированный марлевый мешочек и помещают его в плотно закрывающийся сосуд со свежим раствором формалина.

24. Для гистологического исследования в случаях, подозрительных на СПИД, следует изымать головной мозг (обязательно из области подкорковых ганглиев и белого вещества полушарий), спинной мозг, легкие, органы желудочно-кишечного тракта, органы иммуногенеза (костный мозг, вилочковая железа, лимфоузлы, селезенка), печень, почки, сердце, при показаниях - сетчатку глаз, кожу и слизистую полости рта, кожу наружных половых органов. Кусочки помещают в обычные фиксаторы.

3. Получение образцов для цитологической экспертизы

25. Получение материала для цитологического исследования производится для установления генетического пола по X- и Y-хроматину в случаях, когда определение половой принадлежности затруднено вследствие наличия частей расчлененного трупа, обугливания трупа и т.д.

26. Для исследования изготавливают мазки-отпечатки из разных участков сохранившихся органов (тканей) трупа, а также волосы и ногти.

27. Предпочтительно изготовление мазков-отпечатков. Для этого обезжиренные предметные стекла прижимают к поверхности разреза органа или ткани, после чего высушивают на воздухе при комнатной температуре и фиксируют 10 минут метиловым спиртом или, при его отсутствии, этиловым. Изготавливают не менее 4 мазков-отпечатков от каждого органа.

Примечание: предметные стекла, предназначенные для изготовления мазков-отпечатков, предварительно обрабатывают 6-8 часов хромпиком, промывают в проточной воде, протирают и хранят в смеси Никифорова (1 часть 96% этилового спирта и 1 часть этилового эфира). Перед использованием
т щ а т е л ь н о
п р о т и р а ю т .

28. При отсутствии возможности изготовить мазки-отпечатки изымают не менее 3-4 кусочков размером 1,5x1,5x1 сантиметра от каждого органа. Кусочки необходимо в первые сутки после изъятия передать в лабораторию. Если такой возможности нет, их сохраняют в холодильнике не более 36 часов до передачи в лабораторию. Допускается фиксация кусочков в 8% растворе нейтрального формалина. Ткани трупа, подвергшегося действию высокой температуры или значительному высыханию (например, мумификации), не фиксируют.

29. Для исследования на X- и Y-хроматин могут быть направлены сгустки или корочки крови, а также пятна крови на одежде. Сгустки и корочки крови помещают в отдельные маркированные пробирки, закрывают пробками и опечатывают. Одежда со следами крови направляется на исследование в установленном порядке.

Примечание: при наличии сгустков крови допускается изготовление мазков. Каплю крови наносят на один из концов обезжиренного предметного стекла (смотрите пункт 28) и быстрым равномерным движением края другого шлифованного стекла под углом 45° к поверхности предметного стекла изготавливают мазок. После высушивания при комнатной температуре на воздухе мазки фиксируют 10 минут метиловым или 96% этиловым спиртом, высушивают, попарно складывают (поверхности мазков обращены внутрь) и завертывают в чистую белую бумагу. Затем их помещают в маркированный пакет, который опечатывают.

30. Волосы изымают путем выдергивания пальцами. Изымают не менее 10 волос с влагалищными оболочками. Помещают их в маркированный бумажный пакет, который прошивают нитками и концы ниток опечатывают печатью на прикрепленном к ним кусочке картона.

31. Ногтевые пластинки с 2-3 пальцев кисти или стопы изымают вместе с ростковой частью и аккуратно очищают от мягких тканей. Помещают в отдельный маркированный бумажный пакет, заклеивают и опечатывают.

32. Для исследования морфологического состава секрета молочных желез каплю их содержимого наносят на обезжиренное предметное стекло и изготавливают мазок, который высушивают при комнатной температуре на воздухе и фиксируют 5-10 минут метиловым спиртом (смотрите пункт 30).

33. При убийствах и половых преступлениях или подозрении на них срезают ножницами свободный край ногтевой пластинки с каждого пальца кисти и вместе с подногтевым содержимым, которое соскабливают заостренной частью деревянной палочки-лопатки, помещают в отдельный для каждого пальца маркированный пакет из бумаги или кальки. Все изготовленные пакетики помещают в общий пакет, который подписывают и опечатывают.

34. Порядок направления образцов в орган судебной экспертизы изложен в п. 23 Правил организации и производства судебно-медицинской экспертизы.

4. Получение образцов для судебно-биологической экспертизы

35. При исследовании трупа изымают в качестве образцов кровь, волосы, желчь (мочу) и влагалищные клетки.

36. Кровь направляют в судебно-биологическое отделение в жидком виде и в виде пятна на стерильном бинте (марле). При значительных затруднениях с транспортировкой допускается получение только образца на бинте:

1) кровь в количестве 3-5 миллилитров берут из полостей сердца или крупных сосудов стерильной пипеткой или шприцом и помещают в чистую пробирку (флакон), которую закрывают резиновой или корковой пробкой. На пробирку наклеивают этикетку с указанием наименования изъятого образца, фамилии и инициалов умершего, регистрационного номера трупа, фамилии эксперта и даты исследования трупа. Пробирка опечатывается;

2) стерильный бинт (марлю) складывают в 5-6 слоев и пропитывают кровью из пипетки или шприца на участке диаметром 5-6 сантиметров. Бинт высушивают на листе чистой бумаги при комнатной температуре в любом чистом помещении морга, кроме секционного зала и трупохранилища. Высушиваемые образцы нельзя помещать вблизи нагревательных приборов и подвергать прямому воздействию солнечных лучей и загрязнению. Высушенные образцы и часть чистого бинта, использованного для получения пятна, помещают в отдельные пакеты, которые маркируют, заклеивают и опечатывают;

3) при невозможности взять образцы крови (скелетированный, гнилостно измененный, мумифицированный труп и т.д.) изымают кусочки мягких тканей размером 1x1x0,5 сантиметра, ногти, волосы, кости. Кусочки мягких тканей изымают из глубжележащих областей, в которых в меньшей степени выражены гнилостные изменения.

Кусочки мягких тканей помещают в чистую стеклянную посуду, которую закрывают пробкой, маркируют и опечатывают. До отправки в лабораторию кусочки хранят в холодильнике. В случае длительной транспортировки изъятые кусочки высушивают при комнатной температуре или фиксируют 5-10% раствором формалина. Образец формалина направляют в лабораторию для контроля.

Волосы изымают вместе с луковицами и влагалищными оболочками (смотрите пункт 38 подпункт 1 Правил организации и производства судебно-медицинской экспертизы).

Ногти изымают вместе с ростковым слоем с двух пальцев каждой кисти.

При исследовании скелетированного трупа изымают 2-3 фрагмента костей, имеющих губчатое мозговое вещество.

37. Образцы волос изымают из различных областей тела, в зависимости от обстоятельств дела и задач исследования:

1) для идентификации личности умершего и при наличии повреждений в области головы изымают волосы с лобной, обеих височных, теменных и затылочной областей, а также из области повреждений. Для этого пальцами из каждой указанной области выдергивают 15-20 волос с влагалищными оболочками и луковицей. Аналогичным способом изымают при необходимости образцы волос с других областей тела. Волосы помещают в отдельные, заранее маркированные пакеты, которые укладывают в общий пакет. Последний заклеивают, прошивают нитками и концы ниток опечатывают на прикрепленном к ним кусочке картона;

2) при половых преступлениях или подозрении на них дополнительно изымают волосы с лобка.

38. Для посмертного исследования изымают желчь, а при ее отсутствии - мочу или перикардальную жидкость. Для этого желчный пузырь, перикард или мочевого пузырь протирают вначале влажной чистой, а затем сухой марлей и вскрывают стенку чистым сухим ножом (скальпелем). Шприцом набирают 3-5 миллилитров желчи, мочи или перикардальной жидкости и помещают ее в чистую пробирку (флакон), который закрывают пробкой, маркируют и опечатывают.

При длительной транспортировке желчь (мочу, перикардальную жидкость) выливают на чистую марлю и высушивают с соблюдением требований пункта 36 подпункта 2 Правил организации и производства судебно-медицинской экспертизы.

39. Образцы влагалищного содержимого изымают при половых преступлениях и при подозрении на них. Марлевым тампоном берут содержимое со сводов влагалища и наносят его равномерным тонким слоем на 5-6 обезжиренных предметных стекол. Тампон и стекла высушивают при комнатной температуре (смотрите пункт 36 подпункт 2 Правила организации и производства судебно-медицинской экспертизы), после чего стекла попарно складывают поверхностями мазка одно к другому, помещая между предметными стеклами спички или иную плотную прокладку, завертывают в чистую белую бумагу и вместе с тампоном помещают в маркированный пакет, который опечатывают. Одновременно в отдельном пакете направляется чистый тампон для контроля.

Аналогичным образом изготавливают и направляют на исследование тампоны с содержимым прямой кишки.

5. Получение образцов для медико-криминалистической (физико-технической) экспертизы

40. На исследование в медико-криминалистическое (физико-техническое) отделение органа судебной экспертизы направляют одежду, органы и ткани трупа, предполагаемое орудие травмы.

41. Получение образцов для исследования производит судебно-медицинский эксперт. Поручать изъятие образцов лаборанту или санитару запрещается.

42. Одежду с повреждениями или следами загрязнения (наложений) перед отправкой высушивают на воздухе при комнатной температуре, после чего каждый предмет отдельно упаковывают в чистую белую бумагу, маркируют.

43. Для исследования повреждений кожи тупыми и острыми орудиями (в том числе осколками стекла) изымают препарат кожи с областью повреждения и не менее чем 2 сантиметра окружающей неповрежденной кожи. При наличии раневого канала препарат кожи иссекают вместе с подкожножировой клетчаткой и другими тканями по ходу канала:

1) для обозначения расположения повреждения относительно продольной оси тела препарат кожи иссекают в виде трапеции, узкая часть которой должна быть обращена к голове трупа. При отсутствии такой возможности верхний край препарата прошивают ниткой;

2) изъятый препарат кожи помещают в маркированный пакет из чистой кальки или белой бумаги, печатают и незамедлительно передают в физико-техническое отделение. В случае длительной транспортировки препарат кожи предварительно высушивают на воздухе при комнатной температуре.

44. Для обнаружения в области повреждений кожи инородных включений (следов металла, факторов близкого выстрела и так далее) иссекают препарат кожи и тщательно очищают его от подкожножировой клетчатки. Пользуются чистыми хромированными ножами или ножницами с ненарушенной поверхностью покрытия. Очищенный препарат кожи сразу же передают в установленном порядке в физико-техническое отделение, при отсутствии такой возможности - предварительно высушивают на воздухе при комнатной температуре. Аналогичным путем иссекают в качестве контроля препарат кожи из симметричных областей тела или вне области повреждения.

45. При наличии повреждений костей выпиливают поврежденный фрагмент, отступая на 2-3 сантиметра от края повреждения; аккуратно очищают его хромированными инструментами от мягких тканей и подсушивают на воздухе при комнатной температуре. Объект помещают в маркированный пакет из кальки или белой чистой бумаги, который печатают.

46. Хрящи с повреждениями иссекают, отступая на 2-3 сантиметра от края повреждения, и аккуратно очищают хромированными инструментами от мягких тканей. К концам объекта прикрепляют бирки с обозначением сторон и плоскостей рассечения. Для экспериментального воспроизведения повреждений

изымается аналогичный участок хряща длиной не менее 3-5 сантиметра с противоположной стороны тела. Объекты отдельно помещают в маркированные пакеты из чистой белой бумаги или кальки и упаковывают их в полиэтиленовый п а к е т .

47. Костные останки скелетированных и сгоревших трупов для направления на исследование завертывают в бумагу и помещают в фанерный или картонный ящик, который маркируют и опечатывают.

48. Различные органы (ткани) могут быть изъяты для спектрографического исследования в следующих целях:

1) для установления наличия и отложения металлов и других посторонних включений в области повреждений кожи, костей, хрящей и других тканей;

2) для установления повышенного содержания отдельных металлов (серебро, свинец, хром, марганец, цинк, медь, барий, таллий, сурьма, кадмий, стронций и др.) в органах, тканях и жидкостях человека при подозрении на отравление. Изымают кусочки печени, почки (корковый и мозговой слои) и кровь. При подозрении на профессиональное (длительное) отравление, кроме того, изымают кость (фрагменты метафизарного отдела бедренной кости и костной части ребра);

3) для установления видовой принадлежности костных останков, установления наличия костного вещества в золе различного состава (однако, решение этих задач возможно лишь при условии создания в лаборатории коллекции контрольных образцов костной ткани человека и некоторых животных);

4) для выявления во внутренних органах, тканях, жидкостях и выделениях человека различных введенных извне токсических веществ органического происхождения, в том числе, сильнодействующих лекарственных веществ; для установления следов горючих и лакокрасочных веществ в области повреждений на теле трупа (при наличии в лаборатории ИК-спектрофотометрии).

49. Для определения макро- и микроэлементов в объектах биологического происхождения с помощью спектрального анализа, как правило, требуется навеска 5-10 грамм. Получение образцов производят чисто вымытыми медицинскими инструментами, имеющими неповрежденное хромированное покрытие и предварительно обработанными этиловым спиртом:

1) изъятые объекты помещают отдельно в чашки Петри или фарфоровые тигли, которые предварительно промывают дистиллированной водой, этиловым спиртом и высушивают. Чашки Петри (тигли) с изъятыми объектами подсушивают в термостате при 56-60° С. После подсушивания каждый объект упаковывают отдельно в пакет из кальки или чистой белой бумаги. Все пакеты м а р к и р у ю т ;

2) для сохранения образцов не следует применять фиксирующие или

консервирующие жидкости. При отсутствии возможности высушить объекты допускается их фиксация в 96% этиловом спирте в стеклянной посуде. В таких случаях образец спирта дополнительно направляется для контрольного и с л е д о в а н и я ;

3) при сожжении трупа или его частей изымают пробы золы. Деревянной или пластмассовой лопаткой берут из равных участков места сожжения не менее 4 проб весом 50 грамм каждая. Пробы помещают в отдельные бумажные пакеты, которые маркируют. Желательно изымать не менее 100 грамм образцов топлива, использованного при сжигании трупа.

50. Наличие контрольных образцов является обязательным условием при производстве спектрографических исследований. Для контроля изымают кусочки той же ткани (органа), но на некотором расстоянии от края повреждения или аналогичной области с противоположной стороны тела, не имевшие контакта с о р у д и е м т р а в м ы .

51. Для упаковки посылки с объектами можно использовать фанерные или картонные коробки. Категорически запрещается использование тары из-под химических реактивов, фотоматериалов, металлических предметов и так далее. Упаковывают посылки так, чтобы обеспечить их сохранность от механических п о в р е ж д е н и й .

52. Для производства исследования в физико-техническое отделение экспертного учреждения направляют соответствующие объекты, в том числе контрольные образцы. Одновременно с ними направляют:

1) копию постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или копию определения суда; направление судебно-медицинского эксперта с кратким изложением обстоятельств дела, наступления смерти и основных данных исследования трупа и диагноза; фамилии, имени, отчества и возраста умершего; вопросы, подлежащие разрешению экспертом физико-технического отделения и спектральной лаборатории.

6. Получение образцов для микробиологической (вирусологической) экспертизы

53. Микробиологическое (вирусологическое) исследование производят при подозрении на смерть от инфекционных заболеваний или бактериальных п и щ е в ы х о т р а в л е н и й .

54. Получение образцов для исследования должно производиться в первые 24 часа после наступления смерти. Вероятность получения положительных результатов в более поздние сроки снижается.

55. Получение материала производит специалист бактериологической лаборатории санэпидстанции и только лишь в случае его отсутствия - с у д е б н о - м е д и ц и н с к и й э к с п е р т .

56. Для взятия используются стерильные инструменты, предметные стекла и посуда. С этой целью их промывают спиртом и обжигают.

Объекты для исследования изымаются в зависимости от предполагаемого диагноза, основанного на клинических симптомах заболевания и морфологических изменениях, выявленных при вскрытии трупа.

57. Трупную кровь берут из сердца до извлечения головного мозга. После проведения срединного разреза передней поверхности туловища и отделения кожно-мышечного лоскута протирают смоченной спиртом марлей поверхность грудины и прижигают раскаленным шпателем. Рассекают грудину и перикард. Прижигают шпателем переднюю поверхность правого желудочка и в его полость вводят конец стерильной пипетки или иглы шприца. Набирают не менее 5-10 миллилитров крови. Если в полости сердца кровь свернулась или отсутствует, ее берут с соблюдением тех же условий из полости полой, бедренной или яремной вены.

58. Получение кусочков внутренних органов производят после прижигания их поверхности раскаленным шпателем:

1) кусочки легких, печени, головного мозга и других органов вырезают размером 1x1x2 сантиметра. Кусочки легких вырезают из прикорневой области и из середины каждой доли (не следует брать кусочки из гипостатических участков). Кусочки печени вырезают из каждой доли. Желчный пузырь изымают целиком с содержимым после наложения лигатур;

2) для исследования содержимого кишечника изымают 2-3 отрезка тонкой кишки длиной 15-20 сантиметра, предварительно наложив на них двойные лигатуры, между которыми производят рассечение;

3) кусочки головного мозга следует вырезать до извлечения его из полости черепа. Для этого прижигают твердую мозговую оболочку и после ее рассечения поверхность мозга.

59. Изготавливают мазки и отпечатки органов. Надлежит делать мазки содержимого дыхательных путей (задней стенки глотки, гортани, трахеи, бронхов), отпечатки с их слизистой оболочки и с поверхности разрезов легких в местах, где подозревают патологический процесс. При наличии содержимого в полостях среднего уха из него также делают мазки. Мазки и отпечатки фиксируют нагреванием или высушивают на воздухе при комнатной температуре, лучше под вентилятором, защищая от загрязнения и мух.

60. Изъятый материал помещают в стерильные банки или пробирки. Их закрывают пробкой, маркируют и тщательно упаковывают. В качестве фиксирующей жидкости может быть использован только 35% и стерильный водный раствор глицерина (петли кишечника не фиксируют и хранят в холодильнике). При отправке материала в бактериологическую лабораторию

принимают меры предосторожности, чтобы не разбить стеклянную посуду.

61. При подозрении на особо опасные инфекции материал упаковывают особо тщательно. Стеклянную посуду помещают в металлические пеналы, которые опечатывают и специально выделенным транспортом перевозят в лабораторию о с о б о о п а с н ы х и н ф е к ц и й .

62. При различных инфекционных заболеваниях следует изымать следующие о б ъ е к т ы д л я и с с л е д о в а н и я :

1) актиномикоз, бластомикозы и другие диссеминированные микозы - гной, кусочки тканей в области поражения, легкие и другие органы, в зависимости от х а р а к т е р а п о р а ж е н и я ;

2) бешенство - головной мозг (аммонов рог, продолговатый мозг);

3) бруцеллез - кровь, моча, внутренние органы (особенно печень, селезенка), мокрота, гной, экссудаты в пораженных тканях и органах; у женщин - д о п о л н и т е л ь н о м о л о ч н ы е ж е л е з ы ;

4) брюшной тиф, паратифы - кровь из сердца, желчь, печень, селезенка, легкие, почки, мозг, лимфатические узлы кишечника, содержимое толстого и тонкого к и ш е ч н и к а ;

5) возвратный тиф, малярия, лептоспиры - кровь, внутренние органы (особенно селезенка, печень, мозг), спинномозговая жидкость, моча (п р и л е п т о с п и р о з а х) ;

6) газовая гангрена - кусочки ткани из области раны и пораженных тканей и органов, аппендикс, перитонеальная жидкость, секрет шейки матки, легкие, кровь (в зависимости от клинических проявлений), а также инородные тела (к у с о ч к и о р у д и я т р а в м ы , о д е ж д ы) в с л у ч а е и х о б н а р у ж е н и я ;

7) герпес обычный - головной мозг, печень;

8) гонококковая инфекция - отделяемое уретры, влагалища, шейки матки, прямой кишки, предстательная железа, экссудат суставов, воспаленных п р и д а т к о в и б р ю ш и н ы ;

9) грипп - кусочки трахеи, отделяемое носоглотки, соскоб со слизистой о б о л о ч к и т р а х е и , к р о в ь ;

10) дизентерия - содержимое нижних отделов толстой кишки, кровь, моча, мезентеральные ж е л е з ы , п е ч е н ь , с е л е з е н к а ;

11) дифтерия, ангина Венсана - пленки и отделяемое с пораженных участков слизистых оболочек (зева, носа, половых органов, глаз), кожи, кровь;

12) коклюш - легкие, слизь носоглотки;

13) лейшманиоз (внутренний) - костный мозг, селезенка, печень, кровь;

14) листериоз - головной мозг, печень, селезенка;

15) менингококковые инфекции - спинномозговая жидкость, мозговые оболочки, кровь, слизь из зева, тканевая жидкость, гной;

16) орнитоз - кусочки легких из пневмонических очагов, селезенка, экссудат из плевральных полостей;

17) оспа - кусочки кожи и слизистых с элементами сыпи, чешуйки и корочки, кровь из сердца, печень;

18) пневмококковая инфекция, инфекция капсульными бактериями Фридендера, инфекция гемофилами Афанасьева-Пфейфера - легкие, слизь носоглотки, мокрота, кровь, гной, моча, спинномозговая жидкость, плевральные и другие экссудаты;

19) полиомиелит - мозг (особенно продолговатый и спинной), кровь, отделяемое носоглотки, содержимое тонкой и толстой кишки;

20) сепсис - кусочки кожи и слизистые оболочки в изъязвленных участках, лимфатические узлы, кусочки мышечной ткани в области абсцессов, внутренние органы, кровь;

21) сибирская язва - пораженные участки кожи и других тканей, лимфатические узлы, кровь, экссудаты, внутренние органы, спинномозговая жидкость, костный мозг;

22) сифилис - отделяемое слизистых оболочек, кусочки тканей в области поражения, внутренние органы, кровь, спинномозговая жидкость;

23) стафилококковые, стрептококковые инфекции, инфекции, инфекции синегнойной палочкой - гной, экссудат, кровь, участки пораженных тканей и органов, соскобы со слизистой оболочки зева, регионарные лимфатические узлы;

24) столбняк - гной, кусочки ткани из пораженных областей, старых рубцов, кровь, печень, селезенка, инородные тела в виде кусочков орудия травмы и т.д.;

25) сыпной тиф - кровь, внутренние органы, кусочки кожи с элементами сыпи;

26) токсикоинфекции, вызванные:

кишечной палочкой - содержимое тонкой кишки, кровь из сердца, печень, селезенка, легкое, почки, лимфатические узлы кишечника;

сальмонеллами - паренхиматозные органы, кровь из сердца, содержимое желудка и тонкой кишки, лимфатические узлы кишечника;

протеем - содержимое тонкой и толстой кишок;

стафилококком - содержимое тонкой и толстой кишок;

cl. perfringens - содержимое тонкой кишки (200-300 миллилитров), перитонеальная жидкость, кишечные и брыжеечные лимфатические узлы, кровь из сердца, печень;

cl. botulinum - печень, отрезки тонкой кишки, желудок с содержимым, головной мозг, кровь;

токсоплазмоз - головной мозг, печень, селезенка, легкие, лимфатические узлы.

27) туберкулез - мокрота, мазки из гортани, кусочки легких и других

внутренних органов (в зависимости от характера поражения), моча, спинномозговая жидкость;

28) холера - три отрезка тонкой кишки длиной 10-15 сантиметров, желчный пузырь, регионарные лимфатические узлы, печень, селезенка;

29) чума, туляремия - лимфатические узлы (бубоны), кровь, внутренние органы (особенно легкие, селезенка, печень), слизь зева, мокрота, кусочки пораженной кожи, спинно-мозговая жидкость, костный мозг;

30) энцефалиты - головной мозг, спинномозговая жидкость, кровь, периферические нервы, внутренние органы;

31) СПИД - кровь из полости сердца.

63. Порядок направления изъятого материала на исследование изложен в пункте 10, 11 настоящих Правил.

7. Получение образцов для исследования на диатомовый планктон

64. Изымают не вскрытую почку, на ножку которой накладывают лигатуру; фрагмент бедренной или плечевой кости длиной 10-15 сантиметров. Объекты помещают в чистые стеклянные банки без фиксирующей жидкости. Пользоваться водой запрещается.

65. Направление на исследование изъятых образцов производят с соблюдением требований пункта 9 настоящих Правил.