

Об утверждении Инструкции по организации и производству судебно-медицинской экспертизы

Утративший силу

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2010 года № 368. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 23 июня 2010 года № 6305. Утратил силу приказом Министерства юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года № 484 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования)

Сноска. Утратил силу приказом Министерства юстиции РК от 27.04. 2017 № 484 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Примечание РЦПИ!

Порядок введения в действие приказа см. п. 6.

В соответствии со статьей 20 Закона Республики Казахстан "О судебно-экспертной деятельности", **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемую Инструкции по организации и производству судебно-медицинской экспертизы.

2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Департаменту административно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Бисмильдин Ф.Б.) после государственной регистрации настоящего приказа обеспечить в установленном законодательством порядке его официальное опубликование в средствах массовой информации.

4. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2004 года № 875/1 "Об утверждении Правил организации и производства судебно-медицинской экспертизы" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 3375, опубликованный в газете "Юридическая газета" от 24 января 2005 года № 9-13).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Каирбекову С.З.

6. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти дней после дня его первого официального опубликования.

Министр

Ж. Доскалиев

"Согласовано"

Министр внутренних дел

Республики Казахстан

_____ С. Баймагамбетов

21 мая 2010 года

Утверждена
приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 мая 2010 года № 368

**Инструкция по организации и производству
судебно-медицинской экспертизы
Раздел 1. Организация и производство
судебно-медицинской экспертизы
Глава 1. Общие положения**

1. Настоящая Инструкция детализирует организацию и производство судебно-медицинской экспертизы в Республике Казахстан (далее - Инструкция).

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 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 следующих следственных действиях:

- 1) к осмотру трупа на месте его обнаружения (происшествия);

- 2) эксгумации, изъятию образцов для сравнительного исследования;
- 3) к проведению следственного эксперимента.

Также судебно-медицинский эксперт привлекается для проведения экспертизы и дачи разъяснения по проведенным им ранее судебно-медицинским исследованиям в судебном заседании.

Глава 2. Производство судебно-медицинской экспертизы

4. Назначение экспертизы производится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

5. Экспертиза подразделяется на единоличную, дополнительную, повторную, комиссионную, и комплексную.

Экспертизу производят один или несколько экспертов в зависимости от вида и сложности экспертизы.

Комиссионная экспертиза назначается в случаях необходимости производства сложных судебно-экспертных исследований и проводится не менее чем двумя экспертами одной специальности.

Постановление, определение органа (лица), назначившего комиссионную судебную экспертизу, обязательны для руководителя органа судебной экспертизы. Руководитель органа судебной экспертизы может также самостоятельно принять решение о проведении по представленным в соответствии с постановлением, определением о назначении судебной экспертизы материалам комиссионной экспертизы и организовать ее производство.

Председателем судебно-медицинской экспертной комиссии является руководитель органа судебно-медицинской экспертизы, в его отсутствие – заместитель по экспертной работе.

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.

Для координации деятельности судебных экспертов, входящих в состав комиссии, руководитель органа судебной экспертизы либо орган (лицо), назначивший комиссионную судебную экспертизу, назначает ведущего эксперта.

Ведущий эксперт осуществляет разработку общего плана судебно-экспертных исследований, определяет сроки проведения отдельных исследований в пределах общего срока производства судебной экспертизы и

контролирует их соблюдение, осуществляет связь с органом (лицом), назначившим судебную экспертизу, руководит совещанием судебных экспертов.

При необходимости привлечения 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.

При производстве экспертизы по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей представляются протоколы клинико-анатомических и клинических конференций, документы комиссий организаций здравоохранения.

Члены экспертной комиссии:

выполняют поручения председателя;

осуществляют подготовку материалов к заседанию комиссии;

своевременно знакомятся с материалами дела;

принимают участие в работе комиссии;

составляют совместно с председателем заключения и правильно их оформляют;

сдают в канцелярию органа судебной экспертизы заключения и поступившие материалы.

При производстве комиссионной судебной экспертизы каждый из судебных экспертов независимо и самостоятельно проводит исследования в полном объеме

В случае разногласия между экспертами каждый из них или часть экспертов дает отдельное заключение либо эксперт, мнение которого расходится с выводами остальных членов комиссии, формулирует его в заключении отдельно.

Комплексная экспертиза назначается, когда для установления обстоятельства, имеющего значение для дела, необходимы исследования на основе разных отраслей знаний, и проводится судебными экспертами различных специальностей в пределах их компетенции.

Организация производства комплексной экспертизы, порученной органу судебной экспертизы, возлагается на его руководителя. Руководитель органа судебной экспертизы вправе также самостоятельно принять решение о проведении по представленным в соответствии с постановлением, определением о назначении судебной экспертизы материалам комплексной экспертизы и организовать ее производство.

При производстве комплексной судебной экспертизы каждый из судебных экспертов проводит исследования в пределах своих специальных научных знаний.

В заключении комплексной судебной экспертизы указывается, какие исследования, в каком объеме провел каждый судебный эксперт и к каким выводам он пришел. Каждый судебный эксперт подписывает заключение в части, отражающей проведенное им исследование.

На основе результатов исследований, проведенных каждым из судебных экспертов, ими формулируется общий вывод (выводы) об обстоятельстве, для установления которого была назначена судебная экспертиза. Общий вывод (выводы) формулируют и подписывают только эксперты, компетентные в оценке полученных результатов. Если основанием окончательного вывода комиссии или части ее являются факты, установленные одним из судебных экспертов (отдельными судебными экспертами), то об этом указывается в заключении.

В случае разногласия между экспертами каждый из них или часть экспертов дает отдельное заключение либо эксперт, мнение которого расходится с выводами остальных членов комиссии, формулирует его в заключении отдельно.

Дополнительная экспертиза назначается при недостаточной ясности или полноте заключения, а также возникновении необходимости решения дополнительных вопросов, связанных с предыдущим исследованием. Производство дополнительной экспертизы поручается тому же, а в случае его отсутствия, иному эксперту.

Повторная экспертиза назначается для исследования тех же объектов и решения тех же вопросов в случаях:

- недостаточно обоснованного предыдущего заключения эксперта;
- сомнения в правильности заключения эксперта;
- нарушения процессуальных норм назначения и производства экспертизы.

В постановлении, определении о назначении повторной экспертизы приводятся причины несогласия с результатами предыдущей экспертизы. Производство повторной экспертизы поручается комиссии экспертов. Эксперты, проводившие предыдущую экспертизу, могут присутствовать при производстве повторной экспертизы и давать комиссии пояснения, в экспертном исследовании и составлении заключения они не участвуют.

В случае, если вторая или последующая по счету судебная экспертиза назначается по нескольким основаниям, одни из которых относятся к дополнительной экспертизе, а другие - к повторной, такая экспертиза производится по правилам повторной экспертизы.

Участие нескольких экспертов (экспертной комиссии) обязательно при производстве (проведении) первичной и дополнительной экспертиз в следующих случаях:

по делам привлечения к уголовной и административной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения;

определения возраста;

определения состояния здоровья;

определения пола;

случаев, связанных с прерыванием беременности;

иных сложных случаев.

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 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 иных 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 РГКП "Центр судебной медицины" Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее - Центр), судебно-медицинский эксперт временно командировается за пределы обслуживаемой территории.

Руководители филиалов Центра в регионах устанавливают взаимозаменяемость судебно-медицинских экспертов на период их отпуска или болезни.

Экспертизы в Центре производятся после проведения первичных и комиссионных экспертиз в филиалах Центра.

При отсутствии профильных специалистов и при мотивированном отводе судебно-медицинских экспертов филиалов в Центре могут проводиться первичные экспертизы.

10. В случае сложности экспертизы и необходимости решения вопросов, требующих специальных познаний, судебно-медицинский эксперт заявляет ходатайство перед лицом (органом), назначившим экспертизу, о необходимости участия в ней соответствующих врачей и (или) специалистов, обладающих специальными познаниями.

11. В случае необходимости производства в процессе проведения экспертизы, судебно-медицинских лабораторных исследований для разрешения вопросов, поставленных перед судебно-медицинским экспертом или возникших у него лично, на основании имеющегося у него постановления органов дознания, следователя, прокурора или суда, он направляет объекты в соответствующее лабораторное подразделение органа судебной экспертизы с направлением на проведение исследования.

Содержание направления составляют краткие обстоятельства дела, объективные данные, выявленные при экспертизе, цели лабораторного исследования.

После получения результатов лабораторного исследования оформляется заключение эксперта.

12. При возникновении необходимости консультации лица, подвергаемого экспертизе, обследованию у врача-специалиста, работающего в другой организации здравоохранения, об этом незамедлительно письменно ставится в известность лицо (орган), назначившее экспертизу, которым обеспечивается его проведение, с последующим предоставлением эксперту результатов обследования.

13. При выявлении в процессе проведения экспертизы объектов, которые являются вещественными доказательствами и предметами отдельной судебно-медицинской, криминалистической или иной экспертизы, они подлежат описанию в заключении эксперта и последующей их передаче под расписку лицу (органу), назначившему экспертизу.

14. Объекты для экспертных исследований, в том числе вещественные доказательства, подлежат строгому учету и хранению. Эксперт обеспечивает их недоступность от посторонних лиц.

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

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

Глава 3. Оформление заключения эксперта

17. Результаты экспертизы оформляются в соответствии с требованиями Закона Республики Казахстан "О судебно-экспертной деятельности в Республики Казахстан".

18. Эксперт представляет заключение на государственном или русском языке.

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

20. В вводной части заключения указываются:

время и место производства экспертизы;

условия производства экспертизы, имеющие значение для экспертного исследования (освещение, температура воздуха);

постановление, на основании которого производится экспертиза;

фамилия, имя, отчество эксперта, занимаемая должность, образование, специальность и стаж работы по специальности, при наличии: квалификационная категория, ученая степень, ученое звание;

при экспертизе трупа - фамилия, имя, отчество, возраст умершего (если известно);

при экспертизе потерпевших, обвиняемых и других лиц - фамилия, имя, отчество, возраст, местожительство, документ, удостоверяющий личность;

при экспертизе по материалам дела и административных дел экспертиз вещественных доказательств - наименование и номер уголовного, административного или гражданского дела, количество томов, листов дела, перечень объектов и образцов, поступивших на экспертизу;

фамилии, имя, отчество лиц, присутствующих при производстве экспертизы;

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

перечень вопросов, поставленных на разрешение экспертизы;

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

21. В исследовательской части содержится подробное описание процесса исследования всех предоставленных объектов экспертного исследования и найденных при этом фактических данных. В исследовательской части излагаются примененные методы исследования, и используется объективная регистрация (фотоснимки, контурные схемы с обозначением повреждений).

Структура исследовательской части определяется видом проводимой экспертизы.

В исследовательской части указываются:

при экспертизе трупа - описание одежды и данные наружного исследования трупа, внутреннего исследования полостей, органов и тканей, перечень изъятых объектов, передаваемых следователю для проведения других видов экспертиз или направленных на лабораторное исследование, результаты проведенных

лабораторных исследований с указанием дат их проведения и получения экспертом результатов исследований в виде заключения эксперта, судебно–медицинский диагноз;

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 исследовалась), наличие повреждений и наложений на ней, перечень объектов, направленных на лабораторное исследование, результаты этих исследований, отмечается дата проведения дополнительных обследований и исследований, получения их результатов экспертом, формирования выводов в заключении;

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, описания исследования образцов для сравнения;

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

при экспертизе по делам о профессиональной деятельности медицинских работников - сведения, полученные при изучении оригиналов медицинских и иных документов, имеющих значение для дела (при отсутствии оригиналов документов, экспертиза проводится на основании копии документов заверенных органом (лицом) назначившим экспертизу).

22. Вводная часть, исследовательская часть и выводы составляют протокол заключения эксперта.

В зависимости от вида и сложности экспертизы протокол подписывают один или несколько экспертов, производивших экспертизу.

23. Выводы в заключении являются научно-обоснованным мнением эксперта, сформулированным на основании полученных им результатов и их объективного анализа. Выводы следует излагать ясно, конкретно, не допуская их различного толкования. Допускается объединение ответов на близкие по смыслу вопросы или изменение их последовательности. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть мотивировано и обосновано фактическими и научными данными.

Формулировка выводов начинается с изложения оснований (преамбулы), на основании которых установлены все последующие факты и завершается изложением выводов.

В выводах указываются:

ответы судебно-медицинского эксперта на вопросы, поставленные лицом (органом), назначившим экспертизу после получения всех результатов лабораторных и дополнительных экспертных исследований, с формулированием выводов;

экспертная оценка объективных данных, выявленных в процессе исследования, которые, по мнению эксперта, имеют значение для дела, излагаются ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов;

экспертное суждение по каждому выводу должно быть мотивировано, обосновано фактическими данными.

В случаях невозможности предоставления ответов на поставленные вопросы, выходящие за пределы специальных знаний, либо представленные материалы не пригодны или недостаточны для дачи заключения, эксперт составляет мотивированное сообщение об этом и направляет его органу или лицу, назначившему экспертизу.

24. Заключение составляется в двух экземплярах, один из которых передается лицу (органу), назначившему экспертизу, а другой остается на хранении в архиве органа судебной экспертизы.

25. Заключение по завершению, передается в канцелярию для регистрации и выдачи органу (лицу), назначившему экспертизу.

26. Заключение не подменяется различными справками и выписками, а также для составления вышеуказанных судебно-медицинских документов не применяются не утвержденные формы и бланки анкетного типа, экспертиза не производится по наружному осмотру трупа или не полному его исследованию.

Глава 4. Сроки производства экспертизы

27. Сроки производства экспертиз определяются их видом, объемом и характером экспертных исследований. Длительность срока исполнения экспертиз зависит от видов проводимых различных лабораторных исследований.

Продолжительность производства экспертизы не должна превышать 30 суток со дня получения от органов дознания, следователя, прокурора или суда всех необходимых материалов.

28. Производство экспертиз осуществляется в следующие сроки:

при экспертизе трупов - до 30 суток, с учетом сроков производства лабораторных методов исследования, но не более чем через 3 суток, без учета выходных и праздничных дней, после получения последнего результата дополнительных методов лабораторных исследований;

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

при экспертизе живых лиц, по делам упрощенного досудебного судопроизводства, не требующих дополнительных исследований и медицинской документации - до 3 суток без учета выходных и праздничных дней.

29. В случаях, невозможности завершения производства экспертизы в установленный срок, до его истечения судебно-медицинский эксперт через руководителя органа судебной экспертизы в письменном виде предупреждает об этом лицо (орган), назначившее экспертизу, указав причину и ориентировочный срок ее завершения.

Продление срока производства судебной экспертизы осуществляется органом (лицом), назначившим судебную экспертизу, по мотивированному ходатайству руководителя органа судебной экспертизы.

Приостановление производства судебной экспертизы производится до устранения обстоятельств, явившихся основанием для приостановления, но не более чем на десять суток. Если обстоятельства, явившиеся основанием для приостановления производства судебной экспертизы, не будут устранены в течение указанного срока, в адрес органа (лица), назначившего судебную экспертизу, направляется сообщение о невозможности дать заключение.

Заключение судебного эксперта либо сообщение о невозможности дать заключение направляется органу (лицу), назначившему судебную экспертизу, в течение трех суток после их составления.

Раздел 2. Экспертиза установления тяжести причиненного вреда здоровью

Глава 5. Общие положения

30. В соответствии с медицинскими признаками (критериями) вреда здоровью, предусмотренными уголовным законодательством Республики Казахстан, эксперт при проведении экспертизы устанавливает тяжесть причиненного вреда здоровью.

Для установления тяжести причиненного вреда здоровью достаточно одного из признаков этого вреда.

При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть причиненного 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, психогенных.

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

Процент стойкой утраты общей трудоспособности, вследствие различных травм, устанавливается в соответствии с таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, согласно Приложению 1 к настоящей Инструкции.

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 услуги.

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

Глава 6. Тяжкий вред здоровью

31. Квалифицирующими признаками (критериями) тяжкого вреда здоровью являются:

- 1) опасность 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.

32. 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.

33. 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 спинного мозга;

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) переломы подъязычной кости, 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, при отсутствии явлений гемо-пневмоторакса);

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 мочеоточника, 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).

Открытым переломом следует считать перелом, который сообщается с внешней средой, т.е. в проекции перелома имеются нарушение целостности окружающих мягких тканей, кожи, причиненное прямым воздействием травмирующего предмета или в результате повреждения мягких тканей и кожи концами костных отломков изнутри;

19) при открытых переломах лучевой, локтевой и малоберцовой костей, при закрытых переломах плечевой, бедренной и большеберцовой костей, а также закрытых повреждениях крупных суставов (плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного, голеностопного) степень причиненного вреда здоровью устанавливается в зависимости от вызванной ими опасности для жизни, длительности расстройства здоровья, либо по признаку стойкой утраты трудоспособности;

20) повреждение крупного кровеносного сосуда: аорты, сонной (общей, внутренней, наружной), подключичной, подмышечной (подкрыльцовой), плечевой, подвздошной, бедренной, подколенной артерий или сопровождающих их вен, с проникновением в их просвет;

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, легких и других органов, тромбоэмболии, сочетание угрожающих жизни состояний;

23) термические ожоги третьей, четвертой степени с площадью поражения, превышающей 15 % поверхности тела, ожоги третьей степени с площадью поражения превышающей 20 % поверхности тела, ожоги второй степени с площадью поражения превышающей 30 % поверхности тела, а также ожоги меньшей площади, сопровождающиеся угрожающими жизни состояниями (последствия ожогов должны оцениваться без учета пластических и восстановительных операций), ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужения голосовой щели;

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;

27) открытые повреждения тазобедренного и коленного суставов;

28) повреждения от действия низкой температуры (общее охлаждение организма, отморожения), при наличии угрожающих жизни состояний.

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

1) под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или снижение остроты зрения до 0,04 и ниже (счет пальцев на расстоянии 2 метров и до светоощущения); потеря зрения на единственный глаз;

2) потеря зрения на один глаз влечет за собой утрату органом его функции и относится к тяжкому вреду здоровью, потеря одного здорового (зрячего)

глазного яблока является потерей органа и также относится к тяжкому вреду здоровью;

3) повреждение слепого глаза, потребовавшее его удаления, оценивается в зависимости от длительности расстройства здоровья, с обязательным указанием о неизгладимости повреждения;

4) под потерей речи следует понимать потерю способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих, либо в результате потери голоса;

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 относится к тяжкому вреду здоровью;

6) под потерей какого-либо органа, либо утратой органом его функций следует понимать: потерю руки, ноги, (отделение их от туловища или утрату ими функций вследствие паралича или иного состояния, исключаящего 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, потерю одного яичка, расцениваемого как потеря органа;

7) при повреждениях лица эксперт устанавливает их тяжесть в соответствии с признаками, содержащимися в настоящей Инструкции, также определяется, 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 в заключении отмечает, 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 %): 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 1 к настоящей Инструкции);

9) у детей утрата трудоспособности определяется, исходя из общих положений, установленных настоящей Инструкцией; 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 утрате профессиональной трудоспособности - определение производится медико-социальными экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности;

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

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

Глава 7. Средний вред здоровью

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

1) длительное расстройство здоровья - на срок свыше 3 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 вреда здоровью;

2) значительная стойкая утрата общей трудоспособности (10–33 % включительно).

Глава 8. Легкий вред здоровью

36. Квалифицирующими признаками (критериями) легкого вреда здоровью являются:

- 1) кратковременное расстройство здоровья - сроком не свыше 3 недель - не более 21 дня;
- 2) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности - менее 10 %.

Глава 9. Проведение экспертизы тяжести причиненного вреда здоровью

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

38. Экспертиза тяжести причиненного вреда здоровью также может быть проведена по медицинским документам (карте стационарного больного, карте амбулаторного больного и другим медицинским документам) при наличии полного пакета документов, содержащих исчерпывающие данные о характере повреждения, его клиническом течении.

39. В случаях установления последствий или исхода травм, при проведении экспертизы по медицинским документам, когда судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью вызывает затруднения в связи с противоречивыми данными медицинских документов о характере, последствиях, продолжительности заболевания, по запросу эксперта орган уголовного преследования или суд обеспечивает явку потерпевшего для проведения экспертизы.

40. Судебно-медицинский эксперт устанавливает личность свидетельствуемого лица, по документу, удостоверяющему личность (в случае его отсутствия личность свидетельствуемого удостоверяет лично лицо, назначившее экспертизу), выясняет у свидетельствуемого лица обстоятельства причинения повреждений; жалобы и, при необходимости, другие сведения; изучает материалы дела и медицинские документы. Все полученные данные фиксируются в заключении эксперта.

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

42. При проведении экспертизы, эксперт использует только оригиналы медицинских документов, при отсутствии подлинных документов, эксперт принимает за основу копии медицинских документов, заверенных органом (лицом назначившим экспертизу), использует данные дополнительных исследований, проводимых с привлечением профильных 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.

43. 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 исходит из объективных данных, в том числе установленных в процессе проведения экспертизы.

44. Судебно-медицинский эксперт оценивает данные медицинских документов критически, так как длительность лечения потерпевшего может быть не обоснована характером травмы, ее клиническим проявлением, также может иметь место отказ потерпевшего от листка нетрудоспособности и преждевременный выход на работу по личному желанию.

Во всех указанных случаях судебно-медицинский эксперт оценивает 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 срокам.

45. При оценке тяжести вреда здоровью, причиненного лицу, страдающему каким либо заболеванием, учитываются только последствия причиненной травмы.

Эксперт также определяет влияние травмы на заболевание (обострение заболевания, переход его в более тяжелую форму).

При необходимости определение влияния травмы на заболевание решается комиссией экспертов с участием специалистов клинического профиля.

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

При разной давности возникновения или механизме образования повреждений оценку тяжести каждого из них производят отдельно.

47. При повреждении здоровой парной части тела или парного органа оценке подлежат только последствия причиненной травмы, без учета ранее 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.

48. В случае обнаружения, при осмотре потерпевшего, признаков различного происхождения вреда здоровью, эксперт устанавливает, чем причинен каждый из них.

В случае обнаружения, при осмотре потерпевшего, признаков вреда здоровью различной давности, отмечается неоднократность их нанесения и указываются сроки причинения и тяжесть каждого из них отдельно.

49. Осложнения, возникшие при производстве операций или применении 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 настоящей Инструкции.

Экспертиза осложнений указанных в настоящем пункте проводится комиссией судебных экспертов.

Осложнения, являющиеся следствием причин не связанных с производством операций и методов диагностики (тяжесть состояния больного, непредвиденные особенности реакции организма и другие), подлежат описанию с указанием отсутствия причинной связи между ними и повреждениями.

50. Обострения предшествующих заболеваний после причинения вреда здоровью, а также другие последствия, возникшие в силу случайных обстоятельств, индивидуальных особенностей организма, не являются основанием для изменения тяжести вреда здоровью.

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

51. В случаях наступления смерти указываются и даются обоснования причины смерти, наличия или отсутствия причинной связи между повреждениями и смертью.

Оценка тяжести вреда здоровью в случаях наступления смерти проводится на основании настоящей Инструкции.

52. При экспертизе тяжести вреда здоровью в заключении отражаются:

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

2) характеристика следообразующей части травмирующего предмета (предметов);

3) механизм возникновения;

4) давность (срок) причинения;

5) вред здоровью с указанием квалифицирующего признака.

53. Заключение эксперта должно соответствовать требованиям главы 3 раздела 1 настоящей Инструкции.

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

55. Предварительные выводы с предположительным суждением о тяжести вреда здоровью не составляются.

56. Судебно-медицинский эксперт не оценивает 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 указанных 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.

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

58. Заключение эксперта по завершению, передается в канцелярию для регистрации и выдачи органу (лицу), назначившему экспертизу.

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

Раздел 3. Организация и производство осмотра трупа на месте его обнаружения

Глава 10. Общие положения

60. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения (происшествия) является следственным действием.

61. Наружный осмотр трупа производит следователь в присутствии понятых, прокурора, с участием врача-специалиста в области судебной медицины, а при невозможности его участия - иного врача.

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

63. Доставка врача - специалиста в области судебной медицины (врача, выполняющего его обязанности) 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 экспертизы трупа и копия протокола осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия).

Глава 11. Порядок производства осмотра трупа на месте его обнаружения

64. На месте обнаружения трупа, врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности) первоначально устанавливает, имеются ли у предполагаемого трупа достоверные признаки смерти.

В случае отсутствия достоверных признаков смерти врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности) ставит об этом в известность следователя, который вызывает скорую медицинскую помощь.

В указанном случае, врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности), лично принимает необходимые меры по проведению реанимационных мероприятий.

При отсутствии положительного эффекта от предпринятых реанимационных мероприятий следователь вносит в протокол осмотра места происшествия время начала, окончания и виды реанимационных мероприятий, результат и основания прекращения.

65. В процессе осмотра трупа на месте его обнаружения врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности) 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 лежа 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, определяется пол, примерный возраст, телосложение, цвет кожных покровов, видимых слизистых оболочек, состояние зрачков, роговиц, состояние естественных отверстий, при наличии в них инородных тел и выделений указывается 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) указывается их локализация, распространение относительно частей тела и степень их выраженности;

7) наличие какого-либо постороннего запаха 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.

При осмотре ран (повреждений), их зондирование и другие действия, влекущие за собой изменение 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, копоты и так далее) , а также извлечение, перемещение, фиксированных в повреждениях орудий и предметов до экспертизы трупа, не применяется.

66. По окончании наружного осмотра трупа и изучения обстановки на месте происшествия (обнаружения трупа) врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности) в устной форме сообщает 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 предполагаемой причины смерти.

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

67. На месте обнаружения трупа, врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности), осуществляет следующие действия:

1) консультирует 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 экспертизы;

2) оказывает 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) обращает внимание следователя и понятых на все особенности (в том числе и негативные обстоятельства), которые имеют значение для данного конкретного случая;

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

68. В случае выявления и изъятия объектов, подлежащих экспертизе в судебно-медицинской лаборатории, врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности), обращает внимание следователя на необходимость описания любого следа биологического происхождения, отмечает его локализацию, форму, размеры, вероятность происхождения вещества.

Кроме этого, в случае обнаружения следов:

1) крови в виде луж - указывает характер краев, периферии, наличие отпечатков (например, след волосистой части головы), отмечает наличие следов волочения (отмечает направление полос, их ширину, характер краев и концов), интенсивность пропитывания кровью (указывает, с какой стороны лицевой или изнаночной, происходило пропитывание ткани), при наличии потеков крови, указывает направление каждого отрезка, характер его концов, капель крови - описывает размеры участка со следами капель, их количество, наличие признаков слияния, вторичного разбрызгивания по периферии, детализирует характер краев; брызг крови - отметить размеры участка со следами брызг, их форму (веерообразная, в виде цепочки и прочие), количество следов, указывает направление длинника овала (при овальной форме), направление заостренного конца и точечного элемента (при каплевидной форме или следа в виде восклицательного знака), помарок крови - детализирует характер краев (мазки, отпечатки), при наличии инерционных следов крови – указывает направление отхождения центробежных полос;

2) при поиске и описании следов спермы - четко описывает форму и очертания следов и их цвета, с учетом характера предмета-носителя, отмечает характерное свечение в ультрафиолетовых лучах;

3) при поиске и описании следов иных выделений (слюны, мочи, пота и прочие) - описывает особенности формы пятен и их свечения в ультрафиолетовых лучах (слюна, пот и сперма могут обнаруживаться как на предметах одежды подозреваемого, так и вокруг трупа);

4) при поиске волос организовывается хорошее, регулируемое под разными углами освещение, при этом необходимо иметь лупу, пинцет с резиновыми наконечниками, пробирки, пакеты, клейкую ленту, 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 12. Особенности осмотра трупа при различных видах смерти

69. Осматривая труп при подозрении на различные виды смерти, врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности) , 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 патологической 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 высоту 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 не извлекаются);

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);

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 соединительнотканые 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 соединительнотканые 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 подозрении на смерть от удушения руками, при закрытии 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, 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 и характер, на которой он находится; состояние одежды (соответствие ее времени года, ветхость, влажность и другие);

трупные изменения, наличие инея и кусочков льда в области глаз, отверстий рта и носа, наличие местного действия низкой температуры и 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 рекомендует 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, особенности мест расчленения;

форма, приблизительные размеры и особенности иных повреждений;

21) при обнаружении скелетированного трупа - на взаимное расположение костей, соответствие нормальному расположению их в скелете, повреждений и наложений на поверхности костей;

скелет полностью освобождают от почвы и лишь затем, извлекают 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 карантинных и особо опасной инфекции (далее - ООИ) (чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, сыпной тиф, сибирская язва, бешенство и другие, вновь возникшие особо опасные инфекции), врач - специалист в области судебной медицины (врач, выполняющий его обязанности), 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. Производство экспертизы трупа

Глава 13. Основные положения назначения и организации экспертизы трупа

70. Экспертиза трупа 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 экспертизы трупа не допускается.

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

72. 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.

73. 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.

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

75. 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.

76. 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.

77. Своевременная доставка в морг трупа, его одежды и других предметов, непосредственно относящихся к трупу, обеспечивается лицом (органом), назначившим экспертизу.

78. 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.

79. Поступившие в морг трупы, одежда и иные предметы, доставленные с трупом, регистрируются в журнале. Трупы хранятся в условиях, препятствующих развитию гнилостных изменений.

Консервирующие вещества применяются с письменного разрешения органа (лица) назначившего экспертизу.

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

80. Экспертиза трупа производится 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. Эксперт, являющийся сотрудником органов судебной экспертизы, считается 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.

81. Экспертиза производится судебно-медицинским экспертом единолично.

В отдельных случаях экспертиза (трупа иностранного гражданина; первичная экспертиза ранее не вскрытого эксгумированного трупа, повторная экспертиза трупа и другие) производится комиссией судебно-медицинских экспертов.

Если в указанных 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.

82. Экспертиза может быть начата после появления ранних трупных изменений (охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение). До появления указанных изменений вскрытие трупа производится только после констатации смерти и оформления акта о наступлении смерти.

Один экземпляр указанного акта вручается судебно-медицинскому эксперту, которому поручена экспертиза, и хранится в органе судебной экспертизы вместе с копией заключения.

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

83. Лицо, назначившее экспертизу, может 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.

84. 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, не допускается.

Глава 14. Общая последовательность проведения экспертизы трупа

85. 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) наружное исследование трупа;

4) внутреннее исследование трупа;

5) изъятие материала для дополнительных, в том числе лабораторных исследований, и направление их для проведения экспертиз (исследований) в судебно-медицинские лаборатории производится в соответствии с разделом 9 настоящей Инструкции;

6) комплексную оценку результатов исследования трупа, дополнительных, лабораторных исследований и данных представленных эксперту материалов;

7) составление судебно-медицинского диагноза;

8) формулирование выводов;

9) оформление заключения эксперта.

Общая схема последовательности действий эксперта может изменяться и дополняться в соответствии с положениями настоящей Инструкции.

86. 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.

87. Наружное исследование трупа включает исследование одежды, обуви и иных предметов, доставленных с трупом; 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.

88. 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 измеряются и фотографируются.

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 целью недопущения возможности возникновения дополнительных повреждений или загрязнений, одежду при необходимости просушивают, упаковывают и передают под расписку следователю.

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

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

91. Обязательному взвешиванию подлежат трупы детей в возрасте до одного года.

92. При исследовании трупных изменений:

1) определяют на ощупь охлаждение трупа в прикрытых одеждой и открытых частях тела; измеряют температуру 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/см^2 и фиксируют время восстановления первоначальной окраски (в секундах, минутах);

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

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;

6) применяют инструментальные и лабораторные методы определения времени наступления смерти, при наличии соответствующего оборудования и реактивов.

93. 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).

Наряду с составлением словесного портрета, обнаруженные анатомические и другие индивидуальные особенности фотографируются с масштабом.

94. При исследовании головы отмечают состояние костей мозгового и лицевого черепа, наличие подвижности, деформации и других особенностей.

Особо тщательно осматривается волосистая часть.

Указывается, открыты ли глаза, определяют цвет радужной оболочки и диаметр зрачков, отмечают состояние белочной и соединительной оболочек (бледность, желтушность, экхимозы), наличие одутловатости лица.

Указывается отсутствие или наличие выделений из отверстий носа, рта и ушей, характер выделений.

Осматривается кайма и слизистая оболочка губ.

Отмечается, открыт ли рот, сомкнуты ли зубы, имеется ли ущемление языка.

Указывается цвет и особенности зубов, наличие и количество коронок, протезов, в том числе из желтого металла.

Перечисляются отсутствующие зубы и описывают состояние альвеолярной поверхности десен.

Указывается наличие или отсутствие в полости рта крови, частичек пищевых масс, порошков, иных инородных предметов.

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

95. 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 определяется форма и размеры молочных желез, пигментации околососковых кружков и белой линии живота, наличие выделений из сосков при надавливании на молочные железы, рубцов беременности и других особенностей.

96. 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. Указывается отсутствие или наличие выделений, повреждений, рубцов, язв и других особенностей. Исследуется состояние заднего прохода.

97. При ощупывании костей скелета отмечается наличие патологической подвижности или деформаций.

98. Все обнаруженные наружные повреждения описываются при последовательном осмотре различных областей трупа либо отдельно.

Исследование наружных повреждений производится визуально, а при необходимости с помощью лупы или стереомикроскопа, операционного микроскопа.

Исследования производятся с полнотой, обеспечивающей получение необходимых фактических данных для последующей реконструкции обстоятельств происшествия (установление механизма образования повреждений , выявление видовых, групповых или индивидуальных признаков орудия травмы)

99. Для каждого повреждения в отдельности указывается его вид (кровоподтек, ссадина, рана), точная анатомическая локализация, форма, 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 указывается соответствующая анатомическая 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 другие травмы) 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 используются 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;

6) 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).

100. 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.

Указывается точная локализация 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).

101. 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, производятся 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 производится после окончания внутреннего исследования трупа.

102. Составляется схема наружных повреждений на контурных изображениях (схемах) частей тела человека; повреждения и характерные следы на одежде и обуви также зарисовывается на соответствующих схематических изображениях.

103. Повреждения на теле фотографируются. Производятся 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.

104. 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 указанных в настоящем пункте действиях.

105. Обязательно производится внутреннее исследование трупа. Исследуются полость черепа, грудная и брюшная 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.

106. Способ вскрытия трупа, последовательность и приемы исследований полостей и органов определяет эксперт, руководствуясь предварительными сведениями об обстоятельствах смерти, конкретными особенностями случая, задачами исследования.

При исследовании и оформлении результатов вскрытия трупа (центральная нервная система, сердечно-сосудистая и другие системы) обязателен системный порядок.

107. Анатомические разрезы, отсепаровка мягких тканей и исследование внутренних органов производятся самим экспертом. Распил костей черепа, позвоночника, выделение других костей скелета и внутренних органов производит санитар под руководством эксперта.

108. При подозрении на пневмоторакс или воздушную (газовую) эмболию предварительно производят соответствующую пробу (прокалывают плевральные полости или желудочки сердца под водой);

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.

109. Разрезы мягких тканей производятся не затрагивая, по возможности, наружные повреждения, операционные раны, свищи, дренажи, катетеры, канюли, выпускники, а также инородные предметы, оставшиеся в ранах.

Отмечаются цвет мышц, наибольшая толщина подкожно-жирового слоя, наличие (отсутствие) травматических или патологических изменений.

110. До извлечения органов шеи, грудной и брюшной полостей их осматривают на месте.

Отмечается правильность расположения органов, пороки развития; степень выполнения легкими плевральных полостей; высота 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.

Указывается 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, гортани и трахеи;

2) при подозрении на отравление накладывают лигатуры на пищевод, желудок и кишечник;

3) при подозрении на утопление инструменты, посуду, перчатки и органы трупа до взятия материала для исследования на наличие планктона, водой не обмываются.

111. Для извлечения органов применяют метод отдельной или полной эвисцерации.

При необходимости применяются методы: 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).

Обеспечивается хороший доступ к органам, возможность их детального исследования и при необходимости сохранение топографических соотношений между ними и повреждениями.

112. 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, селезенка, почки (раздельно). Взвешивание щитовидной, зубной и поджелудочной желез, надпочечников, гипофиза, эпифиза и иных органов производится при наличии их патологии.

113. 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 отмечаются 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 других изменений.

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

При обнаружении внутричерепных кровоизлияний, очагов размягчения, опухолей указываются их точная локализация 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.

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

114. 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-акципитального сочленения для обнаружения или исключения кровоизлияний, разрывов связок, переломов.

115. 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.

116. 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.

117. 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 предусматривает 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.

118. Последовательность исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, определяет эксперт с учетом требований настоящей Инструкции.

119. 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).

В процессе вскрытия кишечника, 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.

120. 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 измеряются и взвешиваются.

Отмечают вид и количество содержимого желчного пузыря, состояние его слизистой оболочки, проходимость протоков.

121. При исследовании почек определяются их форма 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.

122. Последовательность исследования органов таза определяет эксперт с учетом требований настоящей Инструкции:

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; указываются наличие слизистой пробки, раскрытие шейки (с обозначением степени раскрытия), отмечаются выделения и повреждения; исследуются 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.

123. 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.

124. 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 - 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 их исследование, либо вырезанные кусочки хранят в архиве без проведения исследования, срок хранения материалов архива предусмотрен настоящей Инструкцией;

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 карантинные и ООИ взятие материала производится с участием врача-бактериолога санитарно-эпидемиологической службы;

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 взятия 200-300 миллилитров 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 медико-криминалистического (физико-технического) исследования при смерти от огнестрельного повреждения, повреждений острыми рубящими, режущими, колюще-режущими и тупыми орудиями.

125. Объекты, предназначенные для направления в судебно-медицинскую лабораторию, изымаются, упаковываются и опечатываются.

Заполняется бланк (бланки) направления в лабораторию, в котором указывают, кем и когда вынесено постановление о назначении экспертизы трупа и вопросы из постановления, подлежащие разрешению при проведении экспертизы в подразделениях лаборатории.

Организация 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.

126. По окончании исследования трупа все органы под контролем эксперта помещают в труп и зашивают.

Также зашивают дополнительно произведенные разрезы. Не допускается помещать в полости трупа не принадлежащие ему органы или посторонние предметы (кроме ветоши).

127. Не допускается введение в труп консервирующих веществ до окончания исследования трупа и взятия материала на лабораторное исследование.

По окончании экспертизы трупа, консервация может быть произведена только по письменному разрешению лица, назначившего экспертизу.

128. 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 срочно извещает это лицо (орган) об установленной причине смерти.

129. При обнаружении нераспознанных, при жизни карантинных и ООИ, эксперт или заведующий отделом (отделением) срочно извещает об этом в письменном виде соответствующие местные органы государственного управления здравоохранения и территориальные органы санитарно-эпидемиологического надзора.

130. 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 клинко-анатомической конференции.

Глава 15. Оформление врачебного свидетельства о смерти (врачебного свидетельства о перинатальной смерти)

131. 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.

132. Порядок заполнения и выдачи Врачебного свидетельства о смерти ("Врачебного свидетельства о перинатальной смерти") осуществляется в соответствии Приказом Министерства здравоохранения от 27.08.2007 № 520 "О введении медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти".

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

После получения результатов лабораторных исследований составляется, новое свидетельство о смерти и с отметкой "Взамен предварительного" пересылается 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. Организация и производство экспертизы в судебно-гистологическом подразделении

Глава 16. Общие положения

134. 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 направлении, не выходящих за пределы специальных познаний, регламентирующих производство экспертиз (исследований) вещественных доказательств.

135. Судебно-гистологические экспертизы выполняют в соответствующем структурном подразделении Центра судебной медицины и его территориальных подразделениях, судебно-медицинскими экспертами, имеющими специальную подготовку по судебно-медицинской гистологии или патологической анатомии.

Глава 17. Организации и производство экспертизы

136. Поступающие органы и ткани, взятые при вскрытии трупа и соответствующие документы к ним принимает заведующий подразделением.

137. Все объекты и сопроводительные документы регистрируются в регистрационном журнале отделения (отдела).

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

139. Объем и методики судебно-гистологических экспертных исследований определяет судебно-медицинский эксперт, исходя из цели и задач работы, требований к обоснованности и объективности экспертных исследований.

140. Судебно-медицинский эксперт-гистолог принимает к исполнению порученную ему судебно-гистологическую экспертизу, производит в пределах поставленных ему задач необходимые исследования, своевременно оформляет научно обоснованные и объективные выводы; обеспечивает сохранность органов и тканей, взятых при вскрытии трупа и направленных на исследование в судебно-гистологический отдел (отделение).

141. В процессе проведения судебно-гистологической экспертизы, судебно-медицинский эксперт-гистолог изучает материалы дела, относящиеся к предмету исследования, выписывает из них необходимые сведения, снимает копии, запрашивает в установленном процессуальном законодательством порядке дополнительные объекты и медицинские документы (медицинская карта стационарного или амбулаторного больного и др.), необходимые для формулирования выводов.

142. Предоставление судебно-медицинскому эксперту необходимого для производства судебно-гистологической экспертизы оборудования, материалов, информационных средств, обеспечение условий работы соответствующих технике безопасности и производственной санитарии возлагается на руководителя экспертного учреждения.

143. Результаты судебно-гистологической экспертизы оформляются заключением эксперта в соответствии с действующим процессуальным законодательством.

144. Заключение содержит вводную, исследовательскую части и выводы.

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

146. В некоторых случаях целесообразно к результатам судебно-гистологической экспертизы прилагать микрофотографии, как объективное доказательство описания препаратов, что значительно облегчает решение спорных вопросов при повторных экспертизах.

Глава 18. Взятие и обработка трупного материала, предназначенного для судебно-гистологической экспертизы

147. Взятие материала для судебно-гистологического исследования должно производиться в 100 процентах случаев аутопсий.

148. Проведение судебно-гистологического исследования обязательно в случаях:

- 1) подозрений на убийства;
- 2) производственных травм;
- 3) отравлений (в том числе и алкоголем);
- 4) поражений электротоком;
- 5) смерти от действия низкой или высокой температуры внешней среды;
- 6) при скоропостижной смерти детей и взрослых;
- 7) инфекционных заболеваний (в том числе и туберкулез);
- 8) онкологических и гематологических болезней;
- 9) ятрогенных заболеваний;
- 10) смерти в медицинских организациях;
- 11) смерти беременных и рожениц.

149. В иных случаях вопрос о необходимости производства гистологического исследования решает судебно-медицинский эксперт в зависимости от конкретной ситуации.

150. Образцы органов (тканей) трупа для гистологического исследования получает судебно-медицинский эксперт, производящий экспертизу трупа.

151. Материал, направленный на судебно-гистологическое исследование, принимают фиксированным и подготовленным к дальнейшей обработке судебно-медицинским экспертом, проводившим экспертное исследование трупа.

Вырезанные кусочки должны иметь толщину не более 0,8 см, длину и ширину в пределах 1,5 – 2,0 см, т.е. не превышать размеры стандартного покровного стекла

152. Исследование на наличие диатомового планктона в органах и тканях производится после химического разрушения материала в химико-токсикологическом отделе (отделении).

153. Обработку трупного материала и изготовление микропрепаратов внутренних органов и тканей производит лаборант, имеющий специальную подготовку по гистологической технике, под контролем судебно-медицинского эксперта.

154. К гистологическим препаратам (срезам) предъявляются следующие требования: толщина не более 3-5 микрон, ровные, не рваные, без складок, равномерно окрашенные с четкой дифференцировкой различных структур. Не допустимо загрязнение срезов инородными частицами, кристаллами красителя, а также попадание пузырьков воздуха под покровное стекло. При двойных окрасках (ядерная и фоновая) не допускается закрашивание фона ядерной краской; применяют препараты хорошо просветленные и освобожденные от карбол-ксилола.

155. Из каждого кусочка изготавливают не менее 2-х срезов для одной методики окраски. На стеклах проставляется номер заключения эксперта судебно-гистологической экспертизы, количество изготовленных блоков и год изготовления.

156. В зависимости от целей и задач исследования применяют различные окраски. В повседневной работе во всех случаях обязательна окраска срезов гематоксилином и эозином. В необходимых случаях рекомендуется применять следующие окраски:

- на липиды (Судан);
- для выявления солей окиси железа (по Перлсу);
- на соединительную ткань (по Ван-Гизону, или Зербино, или Маллори);
- на эластические волокна (по Вейгерту или Харту);
- на выявление "ранних повреждений" кардиомиоцитов (по Рего, или Ли, или Селье);
- на амилоид (Конго красным или генциановым фиолетовым);
- на гликоген (по Бесту или Шабадашу или реактивом Шиффа);
- нервной ткани (по Нисслю);
- для выявления гемоглобинуринных пигментов (по Лепене);
- мазков-отпечатков слизистой верхних дыхательных путей (по Павловскому);
- для определения кровенаполнения микроциркуляторного русла легких при судебно-медицинском исследовании трупов новорожденных (по Маллори);

для выявления микробов (метиленовым синим Лефлера или по Грам-Вейгерту).

157. Для определения ряда патологических состояний в судебно-гистологической практике возможно использование таких специальных методов исследования как фазово-контрастный, люминесцентный, в поляризованном свете.

158. Гистологическое исследование одного кусочка органа или ткани (мазка) с применением одной методики окраски является одним гистологическим объект-исследованием. Каждая дополнительная окраска препарата, изготовленная из этого же кусочка, использование каждого специального метода микроскопии (люминесцентный, фазово-контрастный, в поляризованном свете), а также морфометрирование и микрофотографирование одного препарата учитывают как дополнительный объект исследования.

Раздел 6. Организация и производство экспертизы в судебно-биологическом подразделении

Глава 19. Общие положения

159. 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 судебной медицины.

160. 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 20. Организация и производство экспертизы

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

1) постановление о назначении 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 экспертизы трупа или живого лица; первичное заключение эксперта в тех случаях, когда назначена повторная или дополнительная экспертизы).

162. В случаях, когда необходимые материалы не представлены, их запрашивает эксперт.

При отсутствии подозреваемого (или потерпевшего) экспертизу производят без образцов.

163. Заведующий подразделением передает вещественные доказательства и материалы дела эксперту.

164. 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.

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

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

167. Ответственность за сохранность вещественных доказательств и документов до окончания экспертизы обеспечивает эксперт.

168. Число экспертов, для производства экспертизы, определяет заведующий подразделением.

169. При повторной экспертизе повторно проводятся все первичные исследования, а также исследования, которые ранее не проводились. При повторной экспертизе сохраняются по возможности первичные обозначения объектов.

170. При дополнительной экспертизе проводятся исследования, которые не проводились при предыдущей экспертизе.

171. Экспертизу вещественных доказательств производят в следующей последовательности:

- 1) изучение документов;
- 2) осмотр упаковки и ее описание;
- 3) исследование сравнительных образцов лиц, проходящих по делу;
- 4) осмотр и описание вещественных доказательств;

5) определение наличия объектов биологического происхождения (производится по ходу описания вещественного доказательства);

6) составление плана проведения экспертизы в соответствии с выявленными объектами и имеющимися методиками;

7) определение видовой, групповой, половой принадлежности объектов;

8) составление экспертных выводов;

9) оформление заключения.

172. При проведении специальных исследований по установлению наличия, вида, группы, пола, расхождение объектов производят так, чтобы обеспечить и полноту исследования, и возможность дополнительных или повторных действий с ними, за исключением чрезвычайно малых объектов, без полного уничтожения которых невозможно ответить на поставленные вопросы.

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

174. Маркировка объектов должна быть четкой и оставаться неизменной во всех реакциях при исполнении одной экспертизы.

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

Глава 21. Экспертиза крови

176. План проведения экспертизы крови соответствует общим принципам: выявление следов, похожих на кровь; определение ее наличия, видовой, групповой, половой принадлежности и регионального происхождения.

177. 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 покабливанием острым предметом поверхности следа, особенно, если он имеет темный цвет.

178. 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 и тест - пластинок. Из указанных методов любой может быть использован экспертом в работе, с учетом чувствительности каждого.

В случае получения отрицательной реакции, при использовании менее чувствительного метода, обязательно применяют более чувствительный и после его проведения делают вывод о не обнаружении крови.

Для вывода о присутствии крови 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 констатирует только факт ее не выявления.

179. Видовую принадлежность крови определяют после установления ее наличия.

180. Вид крови определяют иммунологическими методами: реакцией преципитации в жидкой среде, агаре, встречным иммуноэлектрофорезом на различных носителях; иммунофлюоресценцией. В ряде случаев результат может быть установлен при выявлении У-хроматина.

Выбор методики определяется характером следов крови.

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

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

183. 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). При получении отрицательной реакции с вытяжкой с какими-либо видовыми сыворотками, нецелесообразно исследовать контрольные участки предмета-носителя с этими сыворотками.

184. В случае установления на вещественных доказательствах крови человека, следующим этапом является определение ее групповой принадлежности по генетически обусловленным системам.

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

186. При определении групповой характеристики крови лиц, проходящих по делу, образцы исследуются в жидком виде, а затем вводят во все реакции в высушенном виде на марле.

В исключительных случаях в качестве образца исследуют одежду, снятую с трупа (это действие оговаривается в постановлении о назначении экспертизы).

187. Образцы крови у проходящих по делу лиц изымаются в судебно-биологическом подразделении или же по поручению лица,

назначившего экспертизу, медицинским работником медицинской организации, с последующей доставкой на исследование. Одновременно доставляют кровь жидкую и высушенную на марле.

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, ногти, кости, мышцы.

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

В случае получения крови в сухом виде на марле, то ее исследование 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.

189. После установления наличия крови, ее видовой и групповой характеристики, эксперт, при постановке вопроса, устанавливает половую принадлежность крови и ее региональное происхождение, используя для этой цели цитологические методы исследования.

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

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

Глава 22. Экспертиза следов спермы

192. Изучение вещественных доказательств по делам о половых преступлениях начинают с поиска следов, напоминающих пятна спермы. Это достигается путем осмотра предметов при ярком естественном или искусственном освещении, в ультрафиолетовых лучах, реакцией с картофельным соком, осторожным поскабливанием острым предметом поверхности следа.

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, для дачи ответа о том, что она не обнаружена, следует использовать весь возможный арсенал методик.

193. 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, реакцию с картофельным соком, метод хроматографии, тест-пластинки и АСР).

194. Групповую принадлежность спермы по системам АВ0 определяют теми же методами, что и группу крови, с модификациями.

195. Конкретизация экспертных выводов по результатам исследования спермы возможна при использовании реакции иммунофлюоресценции, с помощью которой группоспецифические антигены выявляют непосредственно в сперматозоидах.

196. Перед установлением группы спермы исследованию подвергают образцы крови и выделения лиц, проходящих по делу. Одновременно 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 путем исследования образцов его желчи, мочи, крови.

197. Для решения вопросов о группе спермы в смешанных следах (например, кровь и сперма) используют экстрагирование материала в бутанол, в смесь бутанола с метанолом, а так же методику дифференциального лизиса клеток.

198. При работе со следами спермы на вещественных доказательствах, а также с образцами спермы, используют одни и те же реагенты.

Глава 23. Экспертиза слюны, пота, мочи

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

200. Наличие слюны в следах, выявленных при осмотре вещественных доказательств, устанавливают реакцией, разработанной Мюллером в модификации Барсегянц, и реакцией на амилазу "PHADEBAS".

201. На окурках и жевательных резинках, не имеющих признаки пребывания во рту, наличие слюны не устанавливают. В случаях, когда при выявлении группоспецифических антигенов на окурках и жевательных резинках получают нечеткие результаты, прибегают к реакции по установлению наличия слюны.

202. Групповые свойства в слюне выявляют теми же методиками, что и в следах спермы.

203. Перед проведением реакций, направленных на выявление группоспецифических антигенов в слюне, устанавливают категории выделительства проходящих по делу лиц.

204. В случае постановки вопроса о половой принадлежности слюны, эксперт использует для решения этого вопроса цитологические методы исследования.

205. В связи с отсутствием строго специфической реакции на установление наличия пота, определение его производится 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.

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

207. В случае необходимости выявления присутствия пота в пятнах на носильных вещах, то вывод о его присутствии делается после исключения наличия в этих пятнах слюны или спермы.

208. Не устанавливается наличие пота на длительно ношенных предметах (подкладке головных уборов, стельках обуви, носках, чулках и других вещах).

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

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

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

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

213. Вид мочи не устанавливают из-за отсутствия в ней достаточного количества белка (в исключительных случаях возможно установление реакцией иммунофлюоресценции).

214. Группоспецифические антигены А, В, Н системы АВ0 в моче выявляют реакцией абсорбции-элюции в разных ее модификациях.

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

Глава 24. Экспертиза волос

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

217. Исследование и установление вида волос производят путем макро- и микроскопического исследования их морфологических признаков, с использованием физических и химических методов.

218. Этими же методами определяют региональную природу волос.

219. Для решения вопроса о возможной принадлежности определенному человеку, волосы сравнивают между собой в одном поле зрения микроскопа.

220. В нескольких волосах или в части одного волоса проводят реакцию абсорбции-элюции для выявления группоспецифических антигенов А, В, Н системы АВ0.

221. Исследуют волосы, взятые в качестве образцов от человека, в случаи их групповой идентичности с волосами - "уликами".

222. В случае получения вывода в процессе исследования волос, что они принадлежат животному, эксперт не решает вопрос о виде этого животного, так как это входит в компетенцию другого специалиста.

Глава 25. Экспертиза прочих объектов

223. При исследовании кусочков органов (тканей) и гистологических препаратов вначале устанавливают принадлежность их определенному органу (ткани), если кусочки изъяты на месте происшествия. Данное исследование производит эксперт-гистолог.

224. Группоспецифические антигены А, В, Н системы АВ0 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.

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

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

227. При работе с гнилостно измененной мышечной тканью возможно выявление группоспецифических антигенов А, В, Н системы АВ0, предварительно проведя специальную работу по подготовке материала для исследования.

Глава 26. Экспертиза цитологических объектов

228. Экспертизу цитологических объектов проводят судебно-медицинские эксперты судебно-биологических подразделений, имеющие специальную подготовку по судебной биологии и освоившие цитологические методики.

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

230. Эксперт-цитолог должен иметь подготовку по судебной биологии, и выполняет комплекс исследований, а не только изолированные цитологические.

В случае присутствия цитологических вопросов в большом числе экспертиз, экспертизы следует выполнять комиссионно, экспертом-биологом и экспертом-цитологом, по указанию лица, назначившего экспертизу.

231. 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;
- 6) определение групповых свойств клеток.

Глава 27. Экспертиза спорного происхождения детей

232. Отдельные системы у детей формируются лишь к десяти месяцам жизни, поэтому биологические исследования следует проводить по достижении ребенком возраста не менее 10 месяцев - 1 года.

233. 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.

234. 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.

235. В случае 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.

В случае представления крови на марле, то в крови предполагаемых родителей изучают только те свойства, которые возможно выявить в пятне.

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

237. Забор крови осуществляет судебно-медицинский эксперт или квалифицированный лаборант в присутствии судебно-медицинского эксперта в специально отведенном для этих целей помещении у всех обследуемых лиц, при предъявлении ими документов с фотографией, удостоверяющих их личность.

238. По усмотрению лица или органа, назначившего экспертизу, допускается взятие крови в учреждении здравоохранения по месту жительства и пересылка по почте или с нарочным этих образцов в высушенном виде на марле. Образцы должны быть упакованы индивидуально в запечатанный бумажный пакет, снабженный идентифицирующей надписью и подписью медицинского работника, взявшего кровь, заверенный печатью учреждения.

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

240. 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".

241. 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.

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

243. 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.

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

Раздел 7. Организация и производство экспертиз в молекулярно-генетическом подразделении

Глава 28. Общие положения

245. Экспертизы с использованием методов молекулярно-генетической индивидуализации человека проводят с целью определения индивидуализирующих признаков биологических объектов на уровне дидокси-нуклеиновой кислоты (далее - ДНК) и установления определенных фактов, которые могут иметь доказательственное значение по делу, в частности, для решения диагностических и идентификационных экспертных задач.

246. Экспертизу производят на основании постановления органа дознания, следователя, прокурора, работников суда.

247. Молекулярно-генетическую экспертизу проводят в специализированном подразделении Центра (или его филиалах) судебно-медицинским экспертом, имеющим специальную подготовку.

Глава 29. Организация и производство экспертизы

248. Прием, регистрация, хранение и уничтожение вещественных доказательств и различных объектов, направляемых для проведения судебно-медицинской молекулярно-генетической экспертизы, осуществляются следующим образом:

1) поступающие вещественные доказательства и образцы, необходимые для производства экспертизы, принимают на хранение и регистрируют в журнале вместе с сопроводительными документами в канцелярии органа судебной экспертизы. Для производства экспертизы вещественные доказательства и образцы передаются в молекулярно-генетическое подразделение;

2) предоставляются копии всех необходимых для проведения экспертизы документов;

3) образцы крови у проходящих по делу лиц могут быть взяты непосредственно в молекулярно-генетическом или судебно-биологическом подразделениях Центра (его филиалах), а также по поручению правоохранительных органов - медицинским работником учреждения здравоохранения с последующей доставкой в опечатанном виде. При процедуре забора крови должны присутствовать два медицинских работника;

4) для разрешения спорного происхождения детей (оспариваемого отцовства/материнства) производится взятие крови у обследуемых лиц в условиях лаборатории в количестве 0,5 - 1,0 миллилитров из вены или из пальца. Стандартное исследование предполагает забор крови у ребенка, его матери и

предполагаемого отца (в отдельных случаях, по согласованию с органами, назначившими экспертизу, возможно выполнение экспертизы в отсутствие матери ребенка);

5) забор крови осуществляет судебно-медицинский эксперт или квалифицированный лаборант в присутствии судебно-медицинского эксперта в специально отведенном для этих целей помещении у всех обследуемых лиц, при предъявлении ими документов с фотографией, удостоверяющих их личность;

6) по усмотрению лица или органа, назначившего экспертизу, допускается взятие крови в учреждении здравоохранения по месту жительства в количестве 0,5 - 1 миллилитров и пересылка по почте или с нарочным этих образцов в высушенном виде на марле. Образцы должны быть упакованы индивидуально в запечатанный бумажный пакет, снабженный идентифицирующей надписью и подписью медицинского работника, взявшего кровь, заверенный печатью учреждения;

7) порядок явки обследуемых лиц в лабораторию для сдачи крови в случае разрешения спорного происхождения детей (оспариваемого отцовства/материнства) должен быть одновременным для обеих сторон. Исключение составляет те случаи, когда родители проживают в разных странах или городах и их одновременная явка невозможна. Такой же подход должен быть при отсутствии одного из родителей;

8) конкретная форма предоставления образцов крови для проведения экспертизы (очно или заочно, т.е. с нарочным, по почте) определяется лицом или органом, назначившим экспертизу;

9) образец жидкой крови из трупа берет судебно-медицинский эксперт, производящий вскрытие трупа. Целесообразно брать кровь из полости сердца. В тех случаях, когда кровь по каким-либо причинам взять невозможно, в качестве образцов можно брать мышцы, кости, ногти, зубы, волосы с луковицей.

249. В тех случаях, когда необходимые материалы не представлены, эксперт их запрашивает.

250. Объекты и документы хранят в запирающемся и опечатываемом помещении, сейфе или металлическом шкафу; скоропортящиеся объекты - в специальном запирающемся холодильнике (морозильнике).

251. Руководитель структурного подразделения определяет число экспертов, необходимых для проведения конкретной экспертизы, и поручает ему (им) производство экспертизы.

252. Эксперт получает по описи объекты и сопроводительные документы. На этапе ознакомления с постановлением (определением) о назначении экспертизы судебно-медицинский эксперт изучает обстоятельства дела, подлежащие разрешению вопросы и перечень представленных для экспертизы материалов,

проверяет соответствие поступивших материалов их перечню. В необходимых случаях эксперт письменно уведомляет лицо (орган) назначившее экспертизу органы о необходимости предоставления дополнительных сведений и объектов, о корректировке поставленных вопросов.

253. Судебно-медицинский эксперт, производящий молекулярно-генетическую экспертизу, описывает полученные им объекты и произведенные с ними действия. Оставшиеся после проведения экспертизы объекты в упакованном и опечатанном виде возвращают лицу или органу, назначившему экспертизу.

254. Все не востребовавшие объекты и иные материалы должны быть пронумерованы, и храниться в упаковке, обеспечивающей их сохранность.

255. Оформленные заключения эксперта, вместе с упакованными вещественными доказательствами и сопроводительным документом передают в канцелярию органа судебной экспертизы для выдачи лицу (органу), назначившему экспертизу.

Сопроводительный документ подписывает руководитель органа судебной экспертизы или его заместитель по экспертной работе.

256. Этапы выполнения молекулярно-генетических экспертных исследований :

- 1) изучение документов;
- 2) осмотр упаковки, указанных на ней реквизитов и оттиска печати;
- 3) осмотр и описание представленных объектов и документов;
- 4) описание локализации объектов биологического происхождения на вещественном доказательстве (производят по ходу описания его);
- 5) установление индивидуализирующих признаков объектов;
- 6) отдельная оценка выявленных признаков, сопоставление и оценка различий и совпадений признаков, анализ всей совокупности экспертных данных с целью разрешения поставленных вопросов;
- 7) составление выводов по результатам произведенного экспертного исследования.

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

258. С целью определения объема предстоящей экспертизы, степени пригодности представленных объектов, их сортировки и классификации на идентифицирующие и идентифицируемые, их нумерации и маркировки, а также для принятия мер по сохранению первоначальных свойств, судебно-медицинский эксперт осуществляет их предварительный осмотр.

259. На основании данных предварительного ознакомления с представленными материалами, эксперт составляет план проведения экспертизы, руководствуясь следующими положениями:

1) объекты подвергаются исследованию в определенной последовательности, которая определяется местом каждого в идентификационном процессе, а также изменчивостью их первоначальных свойств. Обычно сначала исследуют идентифицирующие объекты неизвестного происхождения, связанные с расследуемым событием или преступлением (например, следы). Затем сравнительный идентифицирующий материал (образцы от идентифицируемых лиц). По возможности, первыми исследуют объекты, идентификационные признаки которых в результате гнилостных и прочих процессов могут быть утрачены ранее, чем у других объектов;

2) при выборе методов исследования судебно-медицинский эксперт сначала оценивает возможности всех методов, применимых при данном виде экспертного исследования; затем, исходя из характера объектов и имеющихся в распоряжении эксперта информационно-методических материалов, отбирает оптимальные методы для использования в конкретном случае и определяет рациональную очередность их применения;

3) все получаемые результаты фиксируют в соответствующем документальном виде (фотографии, электрофореграммы, таблицы), сопровождают пояснительными надписями и хранят в архиве отдела;

4) таблицы с результатами исследований, иллюстрирующие обоснованность выводов, прилагаются к заключению эксперта и служат его неотъемлемой составной частью.

260. Исследование представленных объектов с помощью методов молекулярно-генетической индивидуализации человека проводят с целью судебно-медицинской идентификации (отождествления) личности и установления спорного происхождения детей. Основными являются следующие виды исследований:

1) установление половой принадлежности биологических следов и объектов;

2) идентификация неопознанных останков;

3) установление принадлежности крови, спермы, слюны, волос, тканей, органов и отделенных частей тела конкретному лицу;

4) установление истинных родителей ребенка по делам о спорном происхождении детей (оспаривание отцовства, материнства или подмена детей); проведение экспертного исследования при наличии только одного родителя;

5) установление матрилинейного родства;

6) установление зиготности близнецов;

7) диагностическое типирование ДНК для целей последующей идентификации с объектами преступлений и несчастных случаев.

261. В лаборатории выделяется не менее трех территориально-автономных операционных зон, каждая из которых предназначается для выполнения строго определенного круга операций. Каждая зона укомплектовывается спецодеждой, лабораторным и офисным оборудованием, лабораторной посудой, которые предназначены для использования только в границах данной зоны.

Лабораторная зона общего назначения - помещения для хранения и подготовки вещественных доказательств, забора крови, выделений и очистки ДНК, мойки и стерилизации посуды; кабинеты экспертов, комнаты для лаборантов и санитаров, компьютерный зал для обработки данных и оформления документов, аппаратные;

Чистая зона полимеразной цепной реакции (далее - ПЦР) - стерильные, оборудованные УФ-облучателями боксированные помещения с приточно-нагнетательной вентиляцией, для приготовления реагентов, компонентов реакционных смесей, для пробоподготовки и постановки ПЦР;

зона для анализа продуктов амплификации: оборудованные УФ-облучателями и моечной арматурой боксированные помещения с вытяжной вентиляцией, для проведения электрофореза ДНК, окрашивания гелей и документирования электрофореграмм.

262. При использовании технологии типирования полиморфизма нуклеотидных последовательностей митохондриальной ДНК третья зона должна иметь выделенный коммартмент или отдельную зону для постановки секвенирующих реакций, очистки продуктов данных реакций и пробоподготовки для секвенирующего электрофореза.

263. На первом этапе осуществляют выделение из исследуемых объектов геномной ДНК, ее очистку, определение концентрации и хранение. Для этого необходимо иметь стандартное лабораторное оборудование для молекулярной биологии (постановка полимеразной цепной реакции требует наличия специального стерильного шкафа-бокса с ультрафиолетовым облучателем).

Анализ результатов исследования требует наличия компьютерной системы видеодокументирования и обработки экспертных данных.

264. Базовыми технологиями геномного идентификационного анализа, применяемыми в судебно-медицинской экспертной практике, являются:

1) анализ полиморфизма длины амплифицированных фрагментов (далее - ПДАФ) ДНК;

2) анализ полиморфизма нуклеотидных последовательностей ДНК.

265. Для выполнения молекулярно-генетических экспертных исследований, обработки и интерпретации получаемых данных, в ходе проведения экспертных

исследований допускается использование тест-систем, расчетных алгоритмов и методик анализа, прошедших апробацию и рекомендованных к применению.

266. Для получения препаратов ДНК при проведении судебно-медицинской экспертизы следов, содержащих сперму, для разделения присутствующих в смеси генетического материала мужчины донора спермы и ДНК из других возможных источников (например, эпителиальных клеток и клеток крови потерпевших при изнасиловании) следует применять такие методики, которые включают поэтапный дифференциальный лизис клеток.

Глава 30. Экспертиза идентификации личности

267. Экспертизе подвергают части тела и другие объекты от неопознанных трупов людей и расчлененных трупов, отчлененные части тела и их фрагменты, части скелетированных трупов, отдельные кости, фрагменты костей, мягкие ткани, жидкую кровь и выделения, высохшие следы крови и выделений, зубы, кожу, волосы человека и другие биологические объекты.

268. Допускается отождествление объектов на основании сравнительного анализа ДНК, выделенных из биологических образцов разного тканевого происхождения, поскольку во всех клетках одного организма ДНК в норме одинакова.

269. Экспертизой предусматривается определение половой принадлежности ДНК, выделенной из объекта, и установление в ней индивидуальных аллельных состояний (генотипов) определенных полиморфных локусов, которые могут служить идентификационными признаками объекта при их сопоставлении с аналогичными параметрами объектов сравнения.

270. Для обоснованного вывода о безусловном исключении причастности идентифицируемого лица к происхождению исследованных объектов несовпадение аллельных профилей, регистрируется как минимум для двух несцепленных локусов (в некоторых случаях с учетом конкретных обстоятельств исключающий вывод обосновывается при однолокусном несовпадении гетерозиготных профилей).

271. Тождественность аллельных профилей ДНК не влечет безусловный вывод о происхождении сравниваемых биологических объектов от одного индивидуума. Необходима вероятностная оценка генетической идентичности объектов экспертизы в случае их не исключения.

272. При количественном анализе результата для расчета вероятности генетической идентичности объектов следует учитывать этническую принадлежность идентифицируемых лиц.

Глава 31. Экспертиза спорного происхождения детей

273. Молекулярно-генетическая экспертиза спорного происхождения детей отвечает на вопросы:

1) исключается ли отцовство, материнство данного индивидуума в отношении данного ребенка (плода);

2) если отцовство, материнство не исключается, то какова вероятность того, что полученный результат не является следствием случайного совпадения индивидуализирующих признаков неродственных лиц.

274. В стандартных экспертизах изучают образцы жидкой или высушенной крови обследуемых лиц. При необходимости вместо образцов крови, анализу могут подвергаться и другие объекты: слюна, мазки (соскобы) со слизистой оболочки ротовой полости, abortивный материал, объекты от трупов родителей и ребенка, отдельные кости и их фрагменты, мягкие ткани и другие биологические объекты.

275. Допускается проведение сравнительного анализа объектов, используя ДНК, выделенные из биологических образцов разного тканевого происхождения.

276. Идентификационный тест, направленный на разрешение случаев оспариваемого отцовства, материнства, предусматривает сравнительный анализ на основе закономерностей наследования индивидуальных аллельных состояний (генотипов) ребенка, матери и предполагаемого отца. В случае оспариваемого отцовства, материнства (при условии бесспорной истинности другого родителя) присутствие у ребенка аллелей, не свойственных ни одному из родителей, служит основанием для исключения указанного родства. В свою очередь, полное комплементарное соответствие геномного профиля ребенка таковым предполагаемых родителей означает не исключение предполагаемого родства.

277. Для обоснованного вывода о безусловном исключении отцовства, материнства аллели ребенка, не свойственные ни одному из указанных родителей, регистрируются, как минимум, в двух несцепленных локусах.

278. Совпадение условно отцовских (не материнских) аллелей в генотипе ребенка с аллелями, присутствующими в геноме предполагаемого отца, не означает доказанного отцовства. Вероятностная оценка не исключенного родства строго обязательна. Искомое условное значение вероятности отцовства соответствует Байесовой постериорной вероятности при 50 % априорной вероятности отцовства.

279. Для полного трио (мать - ребенок – предполагаемый отец) при условии, что истинность другого родителя считается бесспорной:

1) не ниже 99,90 % (рассчитываемый как Байесова вероятность отцовства/материнства);

2) не ниже 1000 (рассчитываемый как индекс отцовства PI).

280. Для дуэта (ребенок - предполагаемый отец) в отсутствие другого родителя:

1) не ниже 99,75 % (рассчитываемый как Байесова вероятность отцовства/материнства);

2) не ниже 400 (рассчитываемый как индекс отцовства PI).

281. При количественном анализе результата для расчета вероятности отцовства (материнства) следует учитывать этническую принадлежность обследуемых лиц.

Раздел 8. Организация и производство судебно–медицинской экспертизы в химико–токсикологическом подразделении

Глава 32. Общие положения

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

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

284. Объективные результаты химико-токсикологического исследования получают при соблюдении правил производства химико-токсикологической экспертизы.

Глава 33. Организация и производство экспертизы

285. Эксперт, проводящий химико-токсикологическую экспертизу, осматривает поступившие в отделение объекты. При этом устанавливается соответствие полученных объектов с описанием их в сопроводительном документе.

286. Эксперт при выполнении экспертизы решает поставленные перед ним вопросы, также проводит в пределах своих специальных познаний такие исследования, которые могут иметь значение для дела.

287. Объекты принимаются в опечатанном виде с надлежащими реквизитами (фамилия, инициалы трупа, порядковый номер заключения судебно-медицинской экспертизы трупа, фамилия, инициалы освидетельствуемого или больного, наименование и дата изъятия объекта, кем направлены объекты исследования), при наличии правильно оформленного постановления или направления; в случаях экспертизы объектов, вещественных

доказательств от освидетельствуемого объекты принимаются при наличии протокола забора образцов с удостоверительными подписями лиц подтверждающих их подлинность).

288. Все объекты и сопроводительные документы регистрируются в регистрационном журнале отделения.

289. Химико-токсикологическая экспертиза по одному лицу от начала до конца выполняется одним экспертом или экспертной комиссией, которым поручено ее выполнение.

290. Вещественные доказательства на протяжении всего времени исследования должны находиться в запечатанном помещении.

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

292. Для исключения неоправданного расхода объектов, эксперт при поступлении вещественных доказательств тщательно изучает все материалы по проводимой экспертизе:

1) соответствие поставленных вопросов, данными сопроводительных документов (обстоятельства дела, выписка из истории болезни, заключение судебно-медицинского исследования трупа и другие материалы);

2) наружным осмотром объектов исследования (характер объекта, его количество, окраска, специфический запах, наличие посторонних включений, реакции среды, наличие консерванта).

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

294. При получении ограниченного количества объектов они могут быть израсходованы полностью по согласованию с лицом (органом), которые их направили.

295. При производстве химико-токсикологических экспертиз используют апробированные методики, и методики из специализированных источников с проведением контрольных проб.

296. Для необходимости изолирования из сравнительно большого количества объекта исследования ничтожно малого количества яда, эксперт-химик выбирает необходимый метод извлечения, от которого может зависеть дальнейший ход анализа и его результаты.

297. Каждое исследование следует проводить как количественное исследование, в которое оно может быть переведено на любой стадии работы.

Объекты для испытаний берут по массе, а количество дистиллятов, диализатов, фильтратов - по объему.

298. При изолировании химических веществ из органов (тканей) наилучшие результаты достигаются при измельчении объектов на кусочки размерами около 8 x 8 x 8 миллиметров.

299. 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.

300. Для проведения исследования применяются методы качественного обнаружения и количественного определения, которыми владеет эксперт и сможет учесть ошибки, возникающие при их применении.

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

302. При получении отрицательного результата при проведении реакций, имеющих "отрицательное судебно-химическое значение", эксперт прекращает дальнейшее исследование на данное вещество или группу веществ.

303. Проводятся несколько различных реакций, совпадение результатов которых исключало возможность ошибки.

304. Результат любой используемой аналитической реакции, оценивается через время, регламентированное для ее полного протекания.

305. При необходимости в ходе экспертизы проведения анализа на вещества, не указанные в постановлении, эксперт расширяет исследование, известив об этом лицо (орган), назначивший экспертизу.

306. 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.

307. Для анализа реактивы используются химически чистые, чистые для анализа, особой степени чистоты. Чистоту реактивов 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 (проведение "холостых" проб).

308. При выполнении любых исследований методом тонкослойной хроматографии удаляются все органические растворители и воды с поверхности хроматографических пластинок во избежание ложных результатов.

309. 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, 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 кислоты, едкие калий и натрий, аммония гидроокись;

5) вещества, изолируемые специальными методами: цинка фосфид, йод, бром, окись углерода;

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

310. Для достоверной идентификации определяемых веществ должны быть применены не менее двух независимых методов, которые основаны на различных физических или химических принципах.

311. Остатки объектов исследования хранятся в архиве отделения в опечатанном виде, на этикетках проставляется срок хранения и подпись эксперта, проводившего исследование. После исследования на этиловый спирт биологические объекты хранятся в течение месяца. Остатки внутренних органов и других объектов исследования хранятся в течение года при температуре не выше 4 градусов Цельсия в архиве отделения, либо выдаются вместе с первым экземпляром заключения органу (лицу), назначившему экспертизу, о чем делается запись и ставится роспись получившего в регистрационном журнале и на втором экземпляре.

312. По истечении срока хранения составляется Акт уничтожения объектов исследования с указанием номера экспертизы, срока поступления и уничтожения, под которым подписывается заведующий, эксперт и лаборант.

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

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

315. 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 к настоящей Инструкции.

Раздел 9. Организация и производство экспертизы в медико-криминалистическом подразделении

Глава 34. Общие положения

316. Целью медико-криминалистических исследований 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).

317. Объектами медико-криминалистических исследований являются вещественные доказательства, которые предоставляются лицом, назначившим экспертизу. Наряду с экспертизами вещественных доказательств, производят исследование объектов, направляемых судебно-медицинскими экспертами других подразделений.

318. Поступившие материалы дел и объекты экспертизы хранят в сейфе или запирающемся металлическом шкафу.

Глава 35. Виды и объекты экспертиз, производящихся в медико-криминалистических подразделениях

319. 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).

320. 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.

321. При производстве трассологических экспертиз решают следующие вопросы:

1) установление вида, механизма и условий образования следов;

2) определение свойств орудия травмы и его отождествления.

322. 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.

323. 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 и условия возникновения повреждений тела и одежды при взрывной травме, определенные характеристики взрывных устройств.

324. 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.

325. 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.

326. Микрологические экспертизы проводят как самостоятельные в тех случаях, когда по представленным материалам и сформулированным вопросам не требуется проведения других видов экспертиз.

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.

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

1) материалы уголовных дел, законченных судебно-медицинских и криминалистических 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.

328. 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 36. Методы исследования и технические приемы

329. 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 ультрамикроразмеров 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 состава веществ; 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 слеодообразования;

3) методы и приемы моделирования: изготовление объемных слепков с поверхности следов повреждений, анатомических образований (маски), слепков раневых каналов с целью фиксации рельефа объектов; получение экспериментальных следов (следов-повреждений) - для установления слеодообразующих свойств орудий травмы, механизма и условий слеодообразования 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) по ранее полученным исходным данным об объекте или процессе; статистический анализ - определение параметров объектов и процессов на основании математического обобщения необходимого множества одноименных величин; векторно-графический анализ - установление количества, механизма и последовательности образования следов-повреждений; методы реконструкции признаков и динамических процессов (описательной, графической и пластической реконструкции).

330. В ходе проведения экспертиз используются:

- 1) информация, содержащаяся в информационно-методических документах;
- 2) диссертационные работы;
- 3) научные статьи, опубликованные в официальных изданиях и других материалах;
- 4) компьютерные программы, имеющие сертификат на право использования, апробированные в подразделении и давшие положительный эффект;
- 5) собственные методики, разработанные в подразделении и официально апробированные в других органах судебной экспертизы.

Глава 37. Организация и производство экспертизы

331. Процесс производства экспертизы включает следующие этапы:

- 1) ознакомление с постановлением, предоставленными материалами (включая медицинские документы);
- 2) предварительный осмотр вещественных доказательств и предоставленных образцов;
- 3) исследование;
- 4) формулирование выводов;
- 5) оформление заключения экспертизы.

332. На этапе ознакомления с постановлением о назначении экспертизы эксперт изучает обстоятельства дела, вопросы, подлежащие разрешению, и перечень представленных на экспертизу материалов, проверяет соответствие поступивших материалов их перечню.

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.

333. 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 - 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).

334. 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.

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

336. При проведении трассологических экспертиз, исследования проводят в следующей последовательности:

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

4) отдельное 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.

337. 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.

338. 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.

339. 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;

6) 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 после получения положительного результата сопоставления по перечисленным признакам.

340. При 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.

341. 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.

342. При производстве экспертиз по реконструкции событий (ситуационные экспертизы) учитывают следующие особенности:

1) проведение ситуационных экспертиз осуществляется на стадии предварительного расследования, когда обвиняемый еще не ознакомлен с материалами уголовного дела и данными содержащихся в нем экспертиз;

2) экспериментальная часть исследований осуществляется 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 отрабатывают на участниках событий и статистах, а эксперименты, проводящиеся по объективным данным и сравнение результатов их проводят, с привлечением 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 заключения;

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 делается при достоверном и убедительном исключении всех других возможных версий событий;

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 компьютерного моделирования;

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 иллюстрируется (фотографиями с реперажем, рисунками, схемами с векторно-графическими построениями), наглядно

раскрывая все этапы процесса экспериментального исследования и подтверждая результаты сравнительного анализа.

Раздел 10. Получение и направление образцов трупного материала для проведения экспертиз (исследований) в судебно-медицинской лаборатории

343. Для экспертного исследования получают: образцы для химико-токсикологической, судебно-гистологической, цитологической, судебно-биологической, медико-криминалистической, микробиологической (вирусологической) экспертизы, а также для экспертизы на диатомовый планктон.

344. 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. В этих целях до вскрытия тщательно вымывается секционный стол, инструменты и перчатки.

Части органов помещают в сухие стеклянные банки. Металлическая или керамическая посуда не используется. Банки моются раствором горчицы или соды, тщательно ополаскиваются чистой водопроводной, а затем дистиллированной водой и высушиваются в сушильном шкафу.

Органы водой не обмываются и не загрязняются 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) не менее 200 миллилитров крови;
- 2) 1/3 головного мозга;
- 3) 1/4 наиболее полнокровного участка легкого;
- 4) желудок с содержимым;
- 5) не менее 1/3 наиболее полнокровного участка печени, желчный пузырь и его содержимое;
- 6) селезенку;
- 7) одну почку и всю мочу;
- 8) по одному метру тонкой и толстой кишок с содержимым из наиболее измененных отделов;
- 9) матку и влагалище при подозрении на введение яда через влагалище или матку;
- 10) участок кожи и мышцы из области предполагаемого введения яда при подозрении на его подкожное или внутримышечное введение.

Для решения вопроса о нахождении в состоянии наркотического опьянения, при смерти не связанной с отравлением – 100 миллилитров крови и всю мочу.

При отравлении яды распределяются в органах и тканях по-разному. В зависимости от отравления предполагаемым ядом берут следующий трупный материал:

1) алкалоидами (опием, морфином, стрихнином, атропином, кокаином, анабазином, пахикарпином, аконитином, другими алкалоидами) – кровь, мочу, ткань мышцы, головной и спинной мозг, легкие желудок с содержимым, печень с желчным пузырем, почку, селезенку, тонкую и толстую кишки с содержимым. При подозрении на отравление хинином - дополнительно матку;

2) барбитуратами и снотворными небарбитурового ряда – кровь, мочу, головной мозг, желудок с содержимым, печень с желчным пузырем, почку, тонкую кишку с содержимым;

3) гликозидами - печень с желчным пузырем, верхние отделы тонкого кишечника, кровь, почку, сердце, ткани из места инъекции (обязательной консервацией этиловым спиртом 96 %); на исследование должна быть направлена контрольная проба того же спирта, равная количеству, которое было использовано для консервирования;

4) кислотами и едкими щелочами - глотку, трахею, пищевод, желудок с содержимым, почку, кишечник, участки кожи со следами действия яда;

5) "летучими" ядами (нитробензолом, анилином, бензолом и другими) - кровь (не менее 200 миллилитров), моча, мозг, легкое, желудок с содержимым, печень с желчным пузырем, почку, верхний отдел тонкой кишки с содержимым;

6) "металлическими" ядами - желудок с содержимым, печень, селезенку, почку, мочу, тонкую и толстую кишки с содержимым, 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 - кровь, стекловидное тело, спинномозговую жидкость, головной мозг, желудок с содержимым, печень с желчным пузырем, почку и мочу;

8) нитритами – кровь, моча, содержимое желудка и кишок. Объекты, направляемые для исследования на наличие нитритов этиловым спиртом не консервируются;

9) окисью углерода и другими газами - кровь (около 20 миллилитров);

10) психотропными веществами (аминазином, элениумом, седуксеном и другие) – кровь, мочу, печень, почку, желудок с содержимым, тонкую и толстую

кишки с содержимым, если объект консервирован этиловым спиртом, то на исследование направляется контрольная проба того же спирта, равная количеству, которое было использовано для консервирования;

11) синильной кислотой и ее солями - кровь (не менее 200 миллилитров), мозг, желудок с содержимым, печень с желчным пузырем, почку и мочу;

12) фенолами, крезолами – мочу, головной мозг, желудок с содержимым, тонкую и толстую кишки с содержимым, почку, кровь;

13) формальдегидом (формалином) – головной мозг, печень, желудок с содержимым, двенадцатиперстную кишку, часть тощей кишки с содержимым, почку, мочу;

14) фосфорорганическими и карбаматными пестицидами - печень, почку, желудок, кишечник, кровь, мочу; при ингаляционном поступлении фосфорорганических соединений 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 не менее 5 миллилитров. При невозможности направить кровь, мочу на этиловый спирт берут мышечную ткань (около 100 грамм). Транспортировка биологических объектов должна осуществляться при условиях препятствующих развитию гнилостных изменений. Кровь берут пипеткой или шприцем из крупных вен конечностей или синусов твердой мозговой оболочки.

Образцы (объекты) исследования консервируют только при подозрении на отравление сердечными гликозидами, производными фенотиазина, фосфорорганическими пестицидами, алкалоидами и трициклическими антидепрессантами. Для фиксации используют спирт-ректификат, с уровнем над внутренними органами в банках не менее 10 миллиметров. Одновременно с образцами (объектами) исследования направляют контрольную пробу спирта из той же партии в количестве 250-300 миллилитров.

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

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:

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;

копию медицинских документов истории болезни, если умерший находился на стационарном или амбулаторном лечении;

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 квадратных сантиметров.

345. Образцы органов (тканей) трупа для гистологического исследования получает судебно-медицинский эксперт, производящий экспертизу 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.

Кусочки вырезают острыми инструментами. Ножницами во избежание размятия тканей не пользуются, также кусочки органов не мнут, не скоблят 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.

Вырезанные кусочки из желудочно-кишечного тракта до фиксации споласкиваются теплым физиологическим раствором или обычной

водопроводной водой, в целях освобождения их от излишка крови, от загрязнения слизью, желчью, пищевыми и каловыми массами.

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

Для микроскопического исследования изъятие различных отделов центральной и периферической нервной системы осуществляется аккуратно и не травматично. Аккуратное и не травматичное изъятие касается не только грубых, видимых невооруженным глазом, повреждениях мозговой или нервной ткани, но и сравнительно слабых, вызывающих только микроскопически улавливаемые, но 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 не допускается соприкосновение тканей мозга с водой, которая может вызвать артефициальные отечные или "водяночные" изменения. Если предполагается фиксировать объекты в спирте (96 градусов и абсолютном спирте), не допускается обмывание водой.

Кусочки берутся толщиной от 0,5 до 1,0 сантиметров. Длина и ширина могут быть различными, обычно 1,5 x 1,5 – 2,0 x 2,0 сантиметров. Оставшийся после вырезки материал хранится в течение 1 года в маркированном марлевом мешочке, помещенном в плотно закрывающийся сосуд со свежим раствором 10 % формалина.

При заборе материала для микроскопического исследования соблюдаются следующие требования:

1) разрезы органов производятся так, чтобы показать их анатомическое строение (например, в кусочке почки должны быть представлены корковое и мозговое вещество, надпочечника - кора и мозговое вещество в очаге пневмонии - центральный и периферический участки);

2) из органов, имеющих просвет, изготавливается полный поперечный срез, а при невозможности изготовления его - срез, проходящий через всю стенку;

3) во всех случаях смерти вне зависимости от предполагаемой патологии в обязательном порядке берутся кусочки следующих внутренних органов: головного мозга, сердца, легких, печени, почек.

В зависимости от предполагаемой патологии дополнительно берутся следующие кусочки:

из опухолей берется материал с участком здоровой ткани и прилежащие лимфатические узлы. Большие опухолевые узлы имеют часто омертвевшую

середину, поэтому иссекают периферию, так как разложившиеся ткани не представляют интереса;

при туберкулезных поражениях наиболее пригодными являются для исследования периферические части очага, капсулы;

капсула абсцесса берется с участком соседней непораженной ткани;

при пневмонии - центральный и периферические участки;

при механических повреждениях и ряде болезненных процессов (кровоподтеки, электрометки, ссадины, раны, опухоли, инфаркты) берется место повреждения с прилежащими здоровыми тканями, при механической асфиксии - странгуляционную борозду, из которой кусочки вырезают так, чтобы в них попали дно, нижний и верхний краевые валики с неповрежденной тканью (если бороздка широкая, можно вырезать два кусочка так, чтобы в них были представлены верхний краевой валик и дно, нижний краевой валик и дно), при кровоизлияниях вырезаются кусочки из места наибольшего кровоизлияния, на границе с неповрежденной тканью, а также на отдалении;

при болезненных процессах, имеющих преимущественную локализацию, берутся кусочки 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 других органов;

для информативности гистологического исследования, касающегося черепно-мозговой травмы, эксперт целенаправленно располагает взятым материалом, берутся следующие кусочки внутренних органов: мягкие мозговые оболочки, кусочки мозговой ткани из области подпаутинных цистерн, артериальный круг, зоны удара и противоудара с обязательной маркировкой, кора с мягкими мозговыми оболочками и подлежащим белым веществом, ствол головного мозга, ткань почки, печени, поджелудочной железы, ткань эпифиза, гипофиза, щитовидной железы, твердую мозговую оболочку по показаниям;

при субарахноидальных, особенно базальных, кровоизлияниях - артерии основания головного мозга различного калибра из мест, где локализуются патологические изменения и врожденные пороки развития;

при ожогах берутся 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; легкие, почки;

при охлаждении - кожа из различных участков тела, подозрительных на отморожение на границе с неизменной тканью, исследуется скелетная

мускулатура и внутренние органы (желудок, двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа, сердце, легкие; яички);

при отравлении прижигающими ядами берется язык, пищевод, желудок, тонкий кишечник, верхние дыхательные пути, почки, печень;

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

при определенных показаниях - кожу с подкожной жировой клетчаткой и мышцами из мест введения лекарственных и наркотических веществ;

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

при подозрении на смерть от острой коронарной недостаточности берется венечная артерия в месте наибольших изменений, сердце - по краю ишемизированных и полнокровных участков через всю толщу стенки, в случае отсутствия очага некроза макроскопически, берутся кусочки ткани сердца из различных отделов левого и правого желудочков, межжелудочковой перегородки с маркировкой места взятия;

при внезапной смерти лиц молодого возраста в условиях чрезмерной физической нагрузки, психической травмы или иных стрессовых воздействий, а также когда причина смерти неясна, наряду с другими органами берут гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, органы иммуногенеза, мазки-отпечатки слизистых оболочек дыхательных путей;

для решения вопроса о живорожденности (мертворожденности) для микроскопического исследования берутся кусочки легких из различных долей и прикорневых отделов, а также подвергаются исследованию родовая 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;

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;

при подозрении на синдром приобретенного иммунодефицита берутся головной и спинной мозг, печень, почки, желудок, кишечник, органы иммуногенеза (костный мозг, вилочковая железа, лимфоузлы различной локализации, селезенка), а при показаниях - сетчатка глаза, кожа, слизистая оболочка рта.

Для исследования материала на диатомовый планктон (альгологический анализ) с целью подтверждения факта наступления смерти в результате утопления в воде используют один из двух способов взятия материала;

1) в первом способе рекомендуется взятие перикардиальной жидкости, крови из полости правого и левого желудочков, содержимого пазухи основной кости, с соблюдением алгоритма взятия трупного материала и его исследования:

до эвисцерации внутренних органов на перикардиальной сорочке секционным ножом делают разрез, через который вводят шприц и набирают перикардиальную жидкость, далее извлекают сердце, последовательно, на стенке левого, затем правого желудочков делают разрезы, через которые вводят одноразовый шприц и набирают кровь, если кровь отсутствует, необходимо сделать смывы дистиллированной водой, в количестве 500-1000 миллилитров, при вскрытии черепной коробки, после извлечения головного мозга и удаления гипофиза, верхнюю стенку пазухи основной кости скалывают долотом, рассекают ее слизистую оболочку и стерильным одноразовым шприцом осуществляют забор содержимого – жидкость (слизь), в случаях, когда обнаруживают незначительное количество слизиобразных масс, их тщательно собирают стерильным марлевым тампоном со стенок пазухи;

2) при втором способе основными объектами для исследования могут быть следующие органы и ткани от трупа в различных состояниях:

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

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

вещество головного 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; фрагмент бедренной или плечевой кости с костным мозгом (длиной 100 - 150 миллиметров);

при проведении судебно-медицинской экспертизы гнилостно измененного трупа - фрагмент трубчатой кости с костным мозгом, ткань легкого (подплевральную пластинку толщиной около 10 миллиметров и массой вещества не менее 100 грамм).

Каждый образец помещают в отдельную посуду и закрывают крышкой.

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

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 % 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).

Во всех случаях установления утопления необходимо соблюдение следующих требований:

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 загрязнений;

выделение кусочков следует проводить отдельными чистыми инструментами для каждого органа;

использовать стерильные одноразовые шприцы.

Количество кусочков, взятых из того или иного органа определяет эксперт, производящий исследование трупа. Вырезанные кусочки тотчас же опускаются в 10 % раствор формалина, который готовят заранее, разводя водопроводной водой в соотношении 1:9 (обычный 40 % формальдегид принимают за 100 %). Приготовленный раствор обычно имеет кислую реакцию. 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 %) - 100 миллилитров, вода дистиллированная - 900 миллилитров, натрия фосфат однозамещенный - 4 грамм, натрия фосфат двузамещенный безводный - 6,5 грамм.

Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем кусочков не менее чем в 10 раз. При большом числе кусочков их помещают в несколько банок. Не

допускается слипание кусочков в растворе и их прилегание к дну емкости. Для этих целей на дно ее кладут слой марли. Во избежание подсыхания всплывших кусочков (например, легкого) сверху их покрывают слоем марли. Фиксация в формалине проводится при комнатной температуре 1 - 2 дня. Через сутки раствор меняют. Более длительная фиксация нежелательна.

Для подробного микроскопического исследования центральной и периферической нервной системы материал помещается в следующие фиксирующие жидкости: нейтральный 10-12 % формалин; 96 градусный этиловый спирт; жидкости Орта и Ценкера. Фиксирующие жидкости сменяют через сутки с момента взятия материала. Спирт меняется ежедневно в течение 5 суток.

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

Ткани высохшие - мумифицированные, находящиеся в состоянии торфяного дубления, а также высохший жировоск, направляются в лабораторию в сухом виде, не фиксируя ни в какой жидкости, в хорошо закупоренной стеклянной посуде. Жировоск внутри обкладывают слоем марли. В лаборатории ткани, жировоск размачивается в 3 % формалине на физиологическом растворе в течение 2-3 суток, а затем обрабатывается обычным способом. Если жировоск находится во влажном состоянии, кусочки его берутся в самом начале исследования трупа, немедленно помещая в 10 % раствор формалина.

Рекомендуется применять заливку в парафин или целлоидин. Метод замораживания применяется для окраски на жир.

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.

Фиксация производится в чистых стеклянных емкостях (банках). На емкость, содержащую объект, наклеивается этикетка с указанием фамилии и инициалов умершего, даты и порядковый номер заключения судебно-медицинской экспертизы трупа, фамилии эксперта, направившего объект.

Материал сохраняется и пересылается в хорошо закупоренном виде. При пересылке емкости опечатываются. При проведении гистологического исследования в морге, где проводили судебно-медицинское исследование трупа, емкости (банки) не опечатываются.

При отсылке профикированного объекта, он пересылается в слое марли, смоченной 10 % раствором формалина, плотно обернутый клеенкой или пергаментной бумагой.

При направлении в гистологическое отделение кусочков, помещенных в фиксирующую жидкость, в сопроводительном документе, помимо сведений об

умершем (фамилия, имя, отчество, год рождения, пол, а для детей до года даты рождения), обстоятельствах дела (клинический диагноз и время пребывания в стационаре при смерти в лечебных учреждениях), даты смерти с указанием года, месяца, часов, минут; и кратких данных исследования трупа, судебно-медицинский эксперт указывает данные постановления, на основании которого производится экспертиза (орган и лицо, назначивший экспертизу, дата назначения), какие органы направляются, количество кусочков (общее и по органам), способ фиксации и задачи судебно-гистологического исследования, макроскопическое описание изменений органов и тканей, направленных на гистологическое исследование.

346. 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 % 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 % 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 % этиловым спиртом, высушивают, попарно складывают (поверхности мазков обращены внутрь) и завертывают в чистую белую бумагу. Затем их помещают в маркированный пакет, который опечатывают.

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.

347. Для судебно-биологического исследования из трупа изымают в качестве образцов кровь, волосы, желчь (мочу) 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:

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;

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;

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, 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. 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:

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 опечатывают на прикрепленном к ним кусочке картона;

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 мочевой 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, 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.

348. 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.

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:

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;

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 подкожно-жировой 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, отступя 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 опечатывают.

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 сантиметров 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:

для установления наличия и отложения металлов и других посторонних включений в области повреждений кожи, костей, хрящей и других тканей;

для установления повышенного содержания отдельных металлов (серебро, свинец, хром, марганец, цинк, медь, барий, таллий, сурьма, кадмий, стронций) 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);

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);

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, требуется навеска 5-10 грамм

Получение образцов производят чисто вымытыми медицинскими инструментами, имеющими неповрежденное хромированное покрытие и предварительно обработанными этиловым спиртом:

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;

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 исследования);

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.

Тара из-под химических реактивов, фотоматериалов, металлических предметов или других веществ не используется. 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.

349. 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:

кусочки легких, печени, головного мозга и других органов вырезают размером 1x1x2 сантиметров; 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;

для исследования содержимого кишечника изымают 2-3 отрезка тонкой кишки длиной 15-20 сантиметров, предварительно наложив на них двойные лигатуры, между которыми производят рассечение;

кусочки головного мозга следует вырезать до извлечения его из полости черепа; для этого прижигают твердую мозговую оболочку и после ее рассечения поверхность мозга.

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 % 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 ООИ материал упаковывают особо тщательно. Стеклянную посуду помещают в металлические пеналы, которые опечатывают и специально выделенным транспортом перевозят в лабораторию особо опасных инфекций.

При различных инфекционных заболеваниях следует изымать следующие объекты для исследования:

актиномикоз, бластомикозы и другие диссеминированные микозы - гной, кусочки тканей в области поражения, легкие и другие органы, в зависимости от характера поражения;

бешенство - головной мозг (аммонов рог, продолговатый мозг);

бруцеллез - кровь, моча, внутренние органы (особенно печень, селезенка), мокрота, гной, экссудаты в пораженных тканях и органах; у женщин - дополнительно молочные железы;

брюшной тиф, паратифы - кровь из сердца, желчь, печень, селезенка, легкие, почки, мозг, лимфатические узлы кишечника, содержимое толстого и тонкого кишечника;

возвратный тиф, малярия, лептоспиры - кровь, внутренние органы (особенно селезенка, печень, мозг), спинномозговая жидкость, моча (при лептоспирозах);

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 (кусочки орудия травмы, одежды) в случае их обнаружения;

герпес обычный - головной мозг, печень;

гонококковая инфекция - отделяемое уретры, влагалища, шейки матки, прямой кишки, предстательная железа, экссудат суставов, воспаленных придатков и брюшины;

грипп - кусочки трахеи, отделяемое носоглотки, соскоб со слизистой оболочки трахеи, кровь;

дизентерия - содержимое нижних отделов толстой кишки, кровь, моча, мезентеральные железы, печень, селезенка;

дифтерия, ангина Венсана - пленки и отделяемое с пораженных участков слизистых оболочек (зева, носа, половых органов, глаз), кожи, кровь;

коклюш - легкие, слизь носоглотки;

лейшманиоз (внутренний) - костный мозг, селезенка, печень, кровь;

листериоз - головной мозг, печень, селезенка;

менингококковые инфекции - спинномозговая жидкость, мозговые оболочки, кровь, слизь из зева, тканевая жидкость, гной;

орнитоз - кусочки легких из пневмонических очагов, селезенка, экссудат из плевральных полостей;

оспа - кусочки кожи и слизистых с элементами сыпи, чешуйки и корочки, кровь из сердца, печень;

пневмококковая инфекция, инфекция капсульными бактериями Фридлендера, инфекция гемофилами Афанасьева-Пфейфера - легкие, слизь носоглотки, мокрота, кровь, гной, моча, спинномозговая жидкость, плевральные и другие экссудаты;

полиомиелит - мозг (особенно продолговатый и спинной), кровь, отделяемое носоглотки, содержимое тонкой и толстой кишки;

сап - кусочки кожи и слизистые оболочки в изъязвленных участках, лимфатические узлы, кусочки мышечной ткани в области абсцессов, внутренние органы, кровь;

сибирская язва - пораженные участки кожи и других тканей, лимфатические узлы, кровь, экссудаты, внутренние органы, спинномозговая жидкость, костный мозг;

сифилис - отделяемое слизистых оболочек, кусочки тканей в области поражения, внутренние органы, кровь, спинномозговая жидкость;

стафилококковые, стрептококковые инфекции, инфекции, инфекции синегнойной палочкой - гной, экссудат, кровь, участки пораженных тканей и органов, соскобы со слизистой оболочки зева, регионарные лимфатические узлы;

столбняк - гной, кусочки ткани из пораженных областей, старых рубцов, кровь, печень, селезенка, инородные тела в виде кусочков орудия травмы;

сыпной тиф - кровь, внутренние органы, кусочки кожи с элементами сыпи;

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;

туберкулез - мокрота, мазки из гортани, кусочки легких и других внутренних органов (в зависимости от характера поражения), моча, спинномозговая жидкость;

холера - три отрезка тонкой кишки длиной 10-15 сантиметров, желчный пузырь, регионарные лимфатические узлы, печень, селезенка;

чума, туляремия - лимфатические узлы (бубоны), кровь, внутренние органы (особенно легкие, селезенка, печень), слизь зева, мокрота, кусочки пораженной кожи, спинно-мозговая жидкость, костный мозг;

энцефалиты - головной мозг, спинномозговая жидкость, кровь, периферические нервы, внутренние органы;

СПИД - кровь из полости сердца.

350. Получение образцов для исследования на диатомовый планктон. 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.

Раздел 11. Организация и производство экспертиз половых состояний лиц женского пола

Глава 38. Общие положения

351. Экспертизы половых состояний проводит судебно-медицинский эксперт.

352. В случае необходимости для проведения экспертизы иных специальных медицинских познаний, то экспертизу проводят комиссионно с участием специалистов соответствующего медицинского профиля.

353. Экспертизу лица женского пола проводят в оборудованном для этой цели светлом, теплом помещении, при естественном дневном освещении или достаточном искусственном освещении. При отсутствии надлежащих условий экспертизу следует проводить в профильных структурных подразделениях организаций здравоохранения.

354. Обследование наружных и внутренних половых органов лиц женского пола проводят на гинекологическом кресле.

355. При проведении судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы используют следующий медицинский инструментарий, оборудование и материалы: ростомер, медицинские весы, мягкую или металлическую измерительную ленту, тазомер, зеркала Симса или Куско различных размеров, акушерский стетоскоп, хирургические и анатомические пинцеты, стеклянные палочки, пуговчатый зонд, обезжиренные предметные и покровные стекла, операционный или стереоскопический микроскоп, кольпоскоп

, лампы ультрафиолетового и инфракрасного освещения, резиновые перчатки, пробирки со стерильными тампонами, стерильные салфетки.

Для обследования внутренних половых органов и взятия материала для лабораторного исследования используют стерильные медицинские инструменты.

После окончания обследования медицинские инструменты подвергают дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Остальные изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции.

356. Судебно-медицинский эксперт устанавливает личность потерпевшей по предъявлении документа удостоверяющего личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, а также если лицо несовершеннолетнее, личность удостоверяется лицом, назначившим экспертизу.

357. Материалы для лабораторного исследования в процессе проведения экспертизы берет судебно-медицинский эксперт.

Взятые материалы направляют в соответствующее подразделение судебно-медицинской экспертизы в опечатанном виде с сопроводительным документом, подписанным судебно-медицинским экспертом или передаются лицу (органу) назначившему экспертизу.

В документе указывают: фамилию, имя, отчество и возраст потерпевшей; дату и время взятия и перечень направляемых на исследование материалов; дату и время происшествия, по поводу которого назначена экспертиза; фамилию и инициалы судебно-медицинского эксперта, вопросы поставленные на разрешение.

358. Для исключения вируса иммуно-дефицита человека, а также возможного заражения венерическими болезнями, трихомониазом и хламидиозом потерпевших направляют на обследование в специализированные организации здравоохранения.

Результаты обследования в письменном виде сообщаются судебно-медицинскому эксперту, проводящему экспертизу, и вносятся им в заключение.

359. Предметы одежды, находившиеся на потерпевшей и подозреваемом в момент происшествия, в случаях, когда к моменту проведения экспертизы одежда еще не была изъята, судебно-медицинский эксперт ставит в известность орган или лицо, назначившее экспертизу, о направлении одежды на лабораторное исследование, и предупреждает о недопустимости чистки или стирки этой одежды.

360. При документировании результатов экспертизы полового состояния приводят:

1) данные медицинских документов с указанием их дат и номеров (в тех случаях, когда потерпевшая до проведения экспертного исследования обращалась в учреждения здравоохранения);

2) жалобы потерпевшей, специальный анамнез, в котором, с учетом поставленных на разрешение вопросов, должны быть указаны: время наступления, характер и продолжительность менструаций (менструальный цикл), дата первого дня последней менструации, данные о начале и течении половой жизни, дата последнего полового сношения, беременности (количество, течение), аборт, роды (количество, течение), послеродовые заболевания, характер выделений, перенесенные операции и болезни (сифилис, туберкулез, эндокринные и другие заболевания);

3) сведения об особенностях полового созревания (характер полового влечения, занятие онанизмом).

361. В исследовательской (описательной) части заключения эксперта, в зависимости от целей экспертизы, приводят результаты обследования потерпевшей:

1) физическое развитие: телосложение, упитанность, рост, размеры таза и другие антропометрические данные, наличие пороков развития и так далее;

2) повреждения на теле: наличие, локализация, размеры, цвет, форма и характер (раны, ссадины, кровоподтеки и так далее), особое внимание следует обращать на повреждения в области верхних и нижних конечностях, спины, суставных поверхностей, лица, шеи, молочных желез, наружных половых органов, внутренней поверхности бедер;

3) выраженность вторичных половых признаков: характер и степень оволосения в подмышечных впадинах, на лобке и больших половых губах; степень развития молочных желез (горизонтальные и вертикальные размеры), их форма, упругость, диаметр и окраска околососковых кружков и сосков, их форма и высота, отсутствие или наличие отделяемого из молочных желез;

4) анатомические особенности наружных половых органов: состояние больших и малых половых губ, цвет слизистых оболочек, состояние клитора и наружного отверстия мочеиспускательного канала, наличие и характер выделений, наличие или отсутствие воспалительного процесса;

5) характер девственной плевы: форма, высота (от основания до свободного края), толщина (тонкая, средней толщины, мясистая), консистенция (эластичная, плотная), степень растяжимости (слабая, умеренная, значительная); характер и состояние свободного края (тонкий, толстый, гладкий, ровный, крупно - или мелковолнистый, зубчатый), величина (диаметр) естественного отверстия, при наличии нескольких отверстий: их количество и характер перегородок, наличие и точная локализация естественных выемок, состояние краев и границ выемок (

форма, консистенция), наличие, форма, точная локализация повреждений девственной плевы (в соответствии с цифрами условного циферблата часов) и степень их кровоточивости; наличие и выраженность кольца сокращения при введении кончика указательного пальца;

б) состояние заднепроходного отверстия и прямой кишки (в тех случаях, когда это необходимо), при осмотре заднепроходного отверстия отмечают его форму, цвет слизистой оболочки прямой кишки и наличие повреждений (кровоизлияний, ссадин, трещин, ран), описывают их месторасположение по окружности (в соответствии с цифрами условного циферблата часов), характер, форму, размеры, определяют тонус сфинктеров путем введения в прямую кишку указательного пальца, смазанного вазелином, или с помощью приборов, используемых в проктологической практике, при подозрении о наличии повреждения прямой кишки на недоступном для визуального осмотра уровне потерпевшая направляется на ректоскопическое обследование.

362. При взятии материалов для лабораторного исследования судебно-медицинский эксперт указывает, что именно и откуда было взято, куда и с какой целью направлено.

363. Заключение формулируется с учетом поставленных вопросов и на основании результатов проведения лабораторных исследований.

364. Заключение иллюстрируют фотографиями или схемами, дающими представление о характере и локализации повреждений, обнаруженных на теле. Фотографии или схемы повреждений на половых органах и девственной плеве допускаются при наличии добровольного письменного согласия потерпевшей; фотографирование производят по правилам масштабной фотографии.

365. При проведении экспертизы подозреваемого получают объективное представление о его физическом развитии, состоянии и размерах наружных половых органов; производят тщательный осмотр одежды и тела с целью выявления загрязнений, повреждений и других признаков, которые могли возникнуть при совершении насильственного полового акта или попыток к нему.

366. При экспертизе подозреваемого судебно-медицинский эксперт устанавливает характер, давность и возможный механизм образования обнаруженных телесных повреждений.

367. На одежде и теле подозреваемого, особенно в области половых органов, могут быть обнаружены волосы с различных участков тела потерпевшей, следы крови и выделений, клетки влагалищного эпителия, которые берет врач - судебно-медицинский эксперт и направляет для исследования в судебно-биологический отдел содержимое из-под ногтей; подозреваемого направляют в судебно-биологическое отделение для установления наличия крови и эпидермиса покровов потерпевшей.

Глава 39. Установление признаков нарушения половой неприкосновенности

368. Основным объектом при акушерско-гинекологической экспертизе лиц женского пола по установлению нарушения половой неприкосновенности (девственности) является девственная плева.

369. Нарушение полового состояния (с повреждением или без повреждения девственной плевы) может быть следствием полового акта или насильственных действий сексуального характера.

370. При нарушении целостности девственной плевы у потерпевших, до этого не имевших половых сношений, врач - судебно-медицинский эксперт должен описать девственную плеву, установить характер обнаруженных на ней повреждений, их механизм и вероятный срок их возникновения. При этом необходимо определить количество, точную локализацию, форму и морфологическую картину повреждений девственной плевы: характер краев (кровоточащие, рубцующиеся, зарубцевавшиеся), их глубину (надрыв, разрыв, достигающий до половины высоты плевы, до ее основания и тому подобное), цвет поверхности и плотность краев, а также наличие кровоизлияний в области девственной плевы.

371. Сроки заживления повреждений девственной плевы зависят от особенностей ее анатомического строения, размеров повреждений и факторов, увеличивающих длительность этого процесса, - присоединение инфекции, повторная травматизация и другие.

372. Если целостность девственной плевы не нарушена, то необходимо учитывать возможность совершения полового акта с потерпевшей без повреждения девственной плевы (дефлорации).

373. Особенности девственной плевы, допускающими возможность совершения половых актов с сохранением ее целостности, являются значительная величина естественного отверстия, эластичность (растяжимость) плевы, наличие глубоких или многочисленных естественных выемок, редко встречающиеся виды девственной плевы: бахромчатая, лепестковая, валикообразная, губовидная.

374. Важное значение в вышеуказанных случаях имеет выяснение соотношения размеров половых органов пострадавшей и подозреваемого. Кроме установления особенностей строения девственной плевы потерпевшей, необходимо получить объективное представление о максимальной величине окружности полового члена подозреваемого в состоянии эрекции, о чем необходимо письменно сообщить органу или лицу, назначившему судебно-медицинскую экспертизу.

375. Вывод о возможности или невозможности совершения полового акта без нарушения целостности девственной плевы в каждом конкретном случае должен основываться на объективных данных, полученных при обследовании потерпевшей и подозреваемого; при невозможности измерения окружности полового члена в состоянии эрекции следует измерить окружность его полового члена в спокойном состоянии в области короны головки и к этой цифре прибавить 2,5 плюс-минус 0,31 сантиметров. Полученная сумма даст ориентировочное представление об окружности полового члена в состоянии эрекции.

376. При необходимости установления наличия сперматозоидов во влагалище стерильным марлевым тампоном берут на исследование содержимое влагалища, с соблюдением мер предосторожности во избежание нарушения целостности неповрежденной девственной плевы.

377. При свежих повреждениях девственной плевы исследование слизистой оболочки влагалища, шейки матки, матки и придатков (если это необходимо) можно производить только после заживления повреждений (не ранее 10 - 12 суток) с помощью зеркала Куско или Симса малого размера и осторожного двуручного исследования в условиях медицинского учреждения с участием врача акушер-гинеколога.

378. При проведении судебно-медицинской экспертизы по поводу установления нарушения девственности или факта совершения полового акта, в тех случаях, когда в этом возникает необходимость, обследуют также и задний проход потерпевшей. Порядок обследования и правила изъятия мазков из заднего прохода у лиц женского и мужского пола аналогичны.

Глава 40. Установление признаков совершения полового акта с женщинами, ранее жившими половой жизнью

379. При проведении судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы, связанной с установлением факта совершения полового акта (или попытки к нему) с жившими половой жизнью лицами женского пола, в задачу судебно-медицинского эксперта входит выявление объективных признаков, свидетельствующих о факте полового сношения.

380. Основным объективным признаком полового сношения в таких случаях является наличие спермы во влагалище (при половом акте, завершившемся семяизвержением). Большое значение имеет и обнаружение пятен спермы в области половых органов, на теле и одежде потерпевшей. В сочетании с этими

признаками наличие повреждений в области половых органов, на бедрах, голених и на теле потерпевшей свидетельствует о возможном половом сношении с применением силового воздействия.

381. Для установления наличия спермы во влагалище содержимое влагалища (преимущественно из заднего и боковых сводов) берут стерильным марлевым тампоном с помощью корнцанга и в виде мазков наносят на 2 - 3 предметных стекла.

После просушивания при комнатной температуре тампон и предметные стекла с мазками упаковывают и направляют в судебно-биологическое отделение для установления наличия сперматозоидов и определения групповой принадлежности спермы.

Для контроля направляют также образец марли из того же куска длиной не менее 10 сантиметров, из которого изготовлен тампон.

Содержимое влагалища на наличие спермы следует брать до 5 суток после совершения полового акта, по поводу которого производят экспертизу.

После указанного срока проведение лабораторного исследования на наличие спермы во влагалище нецелесообразно. Наличие кровянистого выделения из влагалища в период менструации, в результате повреждений или иных причин, не является препятствием для получения из влагалища мазков и тампонов.

Глава 41. Установление последствий, связанных с нарушением половой неприкосновенности

382. В результате действий, связанных с нарушением половой неприкосновенности лиц женского пола, у потерпевших могут возникать различные последствия органического или функционального характера, приводящие к стойкому расстройству здоровья, психическим заболеваниям, утрате способности к совокуплению, зачатию и другие.

383. При проведении экспертизы лиц женского пола по этому поводу с врачами-специалистами необходимо установить характер возникших последствий.

384. Если потерпевшая в связи с событием, по поводу которого назначена экспертиза, обращалась за врачебной помощью или находилась на излечении в учреждении здравоохранения, запрашивают через орган или лицо, назначившее экспертизу, соответствующую медицинскую документацию и учитывают полученные данные при даче заключения.

385. Экспертиза лиц женского пола по установлению заражения венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией проводят, при расследовании дел, связанных с привлечением к уголовной ответственности лиц, виновных в

заражении венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией, также при рассмотрении гражданских дел.

386. Судебно-медицинскую экспертизу по поводу установления последствий, связанных с нарушением половой неприкосновенности, проводят комиссионно с привлечением врачей акушеров–гинекологов.

Глава 42. Установление признаков насильственных действий сексуального характера

387. При насильственных действиях сексуального характера могут совершаться различные противоестественные сексуальные манипуляции, поэтому в задачу судебно-медицинского эксперта входит установление возникающих при этом объективных признаков.

388. В результате совершения насильственных действий сексуального характера у потерпевших могут возникать разнообразные повреждения на теле, в том числе и на половых органах - кровоизлияния, ссадины и царапины в области лобка, наружных половых органов, промежности, отек, гиперемия слизистых оболочек преддверья влагалища, девственной плевы, кровоизлияния, надрывы и разрывы девственной плевы, ссадины и кровоподтеки на бедрах, плечах и других областях тела.

389. В случае обнаружения при экспертизе у потерпевшей только гиперемии слизистых оболочек половых губ, преддверья влагалища и девственной плевы, то необходимо произвести повторное обследование через 3 - 5 суток для уточнения причины этого явления, так как оно может быть следствием неопрятного содержания половых органов или глистной инвазии, о чем письменно ставится в известность, как потерпевшая, так и орган или лицо, назначившее экспертизу.

При отсутствии указанных причин, гиперемия слизистой оболочки половых органов, возникшая в результате совершения насильственных действий сексуального характера (трения половым членом, манипуляций руками и другие) , в течение указанного срока исчезает или значительно уменьшается. В случае неявки потерпевшей на повторный осмотр заключение эксперта выдается без уточнения причины выявленного явления.

390. При экспертизе по поводу насильственных действий сексуального характера необходимо обращать внимание на состояние промежности, так как при систематическом длительном совершении насильственных действий сексуального характера в результате давления половым членом или манипуляций руками могут образоваться следующие изменения: зияние половой щели, воронкообразное углубление, атрофия и изменение цвета кожных покровов в области промежности, задней спайки и ладьевидной ямки.

Эти изменения следует учитывать в совокупности с другими объективными признаками, обнаруженными при обследовании.

391. Важное доказательное значение при экспертизе насильственных действий сексуального характера имеет обнаружение спермы в области половых органов, во влагалище и на теле потерпевшей. В таких случаях берут для медико-биологического исследования содержимое влагалища и следы засохших выделений, подозрительные на сперму.

392. Определенное значение при проведении экспертизы по поводу насильственных действий сексуального характера имеет обнаружение признаков венерических заболеваний в острой форме. Однако при этом следует иметь в виду и другие источники возможного заражения.

393. При экспертизе по поводу насильственных действий сексуального характера и удовлетворения полового влечения в извращенной форме исследуют заднепроходное отверстие.

394. В случае обнаружения при экспертизе потерпевшей, что с ней совершались сексуальные действия путем введения полового члена в задний проход и после этого она еще не имела дефекации, не проводила туалет с помощью клизмы прямой кишки, берут с помощью марлевого (или ватного) тампона содержимое прямой кишки для лабораторного исследования на наличие спермы. Указанную процедуру проводят до исследования тонуса сфинктеров.

395. При систематических сношениях через задний проход в области заднепроходного отверстия и в прямой кишке могут возникать следующие изменения: воронкообразная форма и зияние заднепроходного отверстия, сглаженность складок в области заднего прохода и на слизистой оболочке прямой кишки, изменение ее цвета (багровый с синюшным оттенком), расслабление сфинктеров, расширение ампулярной части прямой кишки, выпадение слизистой оболочки прямой кишки.

При оценке результатов осмотра заднепроходного отверстия учитывают, что многие перечисленные признаки могут быть следствием хронических расстройств деятельности кишечника (систематические запоры, поносы и другие) или оперативных вмешательств. Исходя из этого, вывод о причинах происхождения обнаруженных изменений в области заднепроходного отверстия и в прямой кишке следует давать с учетом этих обстоятельств и всех признаков, установленных при обследовании потерпевшей.

396. Важным признаком для установления факта сношений через задний проход имеет наличие признаков ректальной гонореи или твердого шанкра.

397. В случаях совершения насильственных действий сексуального характера и удовлетворения полового влечения в извращенной форме путем введения полового члена в рот, осматривают у потерпевшей поверхность лица, слизистую

оболочку преддверья рта, область уздечки верхней губы, слизистую оболочку полости рта и описывают локализацию, характер всех обнаруженных повреждений.

Если указанное действие было совершено за несколько часов до обследования потерпевшей и при этом не был произведен туалет ротовой полости, не употреблялась пища или какая-либо жидкость, берут с помощью марлевого тампона содержимое полости рта (с поверхности слизистых оболочек и зубов) для проведения лабораторного исследования на наличие спермы.

Глава 43. Установление способности к совокуплению и зачатию

398. Экспертиза лиц женского пола по установлению способности к совокуплению и зачатию проводится комиссионно с участием врачей акушеров-гинекологов.

399. При решении вопроса о способности к совокуплению необходимо выяснить, имеются ли какие-либо врожденные или приобретенные изменения половых органов, препятствующие его совершению (укороченность влагалища, его аплазия или атрезия, сужение, опухоли и другие).

400. Если при проведении экспертизы не были обнаружены какие-либо изменения половых органов, препятствующие совершению половых актов, к проведению экспертизы привлекают врача-психотерапевта с целью установления или исключения причин функционального характера, затрудняющих или исключающих возможность совокупления.

401. При установлении способности к зачатию необходимо учитывать возраст, анатомо-физиологические особенности организма и половых органов, время наступления менструаций, характер менструального цикла; наличие гинекологических заболеваний воспалительного или неопластического характера, гормональных нарушений, хронических инфекций, интоксикаций, последствий лучевого воздействия, наличие в анамнезе каких-либо оперативных вмешательств на половых органах.

402. В случаях, когда путем амбулаторного обследования решить вопрос о способности к зачатию затруднительно, следует провести стационарное обследование, на которое направляет орган или лицо, назначившее экспертизу после получения им сопроводительного листа судебно-медицинского эксперта с указанием цели обследования.

403. Если экспертиза по установлению способности к зачатию проводят в связи с бракоразводным процессом, необходимо установить состояние производительной способности не только обследуемой женщины, но и мужа.

Глава 44. Установление наличия и срока беременности

404. Экспертиза лиц женского пола по определению наличия и срока беременности проводят комиссионно, с участием врача акушер-гинеколога.

405. Наличие беременности и вероятный срок зачатия определяют на основании изучения медицинских документов (если обследуемая по поводу беременности обращалась в учреждения здравоохранения), данных материалов дела и сведений, полученных при опросе, а также результатов объективного осмотра.

406. Путем опроса выясняют дату первого дня последней и ожидающейся, но не пришедшей менструации; наличие субъективных признаков, возникающих на ранних сроках беременности (нарушение аппетита, рвоты, изменение обоняния, вкусовых ощущений, наличие функциональных проявлений со стороны нервной системы - сонливость, раздражительность и другие).

407. При объективном осмотре производят осмотр тела, молочных желез, наружных половых органов и исследование внутренних половых органов. В процессе осмотра устанавливают наличие пигментации на лице, на кожных покровах в области белой линии живота, сосков и околососковых кружков; выясняют, имеется ли выделение секрета из молочных желез; фиксируют объективные признаки беременности в области половых органов: синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки, изменение величины, формы и консистенции тела матки.

408. Для выявления ранних сроков беременности применяют определение хорионического гонадотропина в моче. Наиболее достоверные данные о беременности могут быть получены методом вагинального ультразвукового сканирования, который позволяет обнаружить плодное яйцо в матке с трех недель беременности.

409. Установление поздних сроков беременности заключается в выявлении признаков наличия плода в полости матки и его размеров путем ручного, ультразвукового и других методов обследования, которые проводят в профильных учреждениях здравоохранения для установления гестацитарного возраста плода.

410. Средняя продолжительность нормальной беременности человека составляет 280 дней (40 недель) или 10 акушерских месяцев. О сроках беременности можно судить на основании учета времени, прошедшего с первого дня последней менструации до момента определения этого срока.

С этой целью могут быть использованы следующие варианты подсчета:

1) по менструации: от первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца плюс 7 дней;

2) по овуляции: от первого дня ожидавшейся, но не пришедшей менструации отсчитывают назад 14 - 16 дней плюс 273 - 274 дня;

3) по шевелению плода: к дате первого шевеления плюс 5 акушерских месяцев у первородящих и 5,5 месяцев - у повторнородящих.

Для определения срока беременности и срока зачатия могут быть использованы и другие различные методики.

411. Если женщина уже родила и при этом все же возникает необходимость в определении срока зачатия, то вычисление его производят исходя из средней продолжительности беременности (274 - 278 дней) и промежутка времени овуляции (плюс-минус - 6 - 7 дней).

Глава 45. Установление факта бывших родов

412. Экспертизу лиц женского пола по установлению бывших родов производят совместно с врачом акушером-гинекологом.

413. В случаях, когда родоразрешение произошло в организации здравоохранения, его давность устанавливают по медицинским документам (истории родов, истории развития новорожденного, акту судебно-медицинской экспертизы трупа новорожденного).

414. При внебольничных родах, если факт родоразрешения не был зафиксирован в медицинских документах, установление бывших родов и срока беременности производят на основании опроса и осмотра родильницы.

415. Путем опроса, наряду с выяснением анамнестических сведений, относящихся к определению срока зачатия и течения беременности, устанавливают дату первого шевеления плода, дату родов и все связанные с ними обстоятельства.

416. Обследование производят путем осмотра и описания молочных желез, живота и его кожных покровов, промежности, наружных и внутренних половых органов.

417. При осмотре наружных половых органов устанавливают: состояние половой щели (закрыта, зияет), промежности (наличие или отсутствие разрывов, их давность), слизистой оболочки (цвет, отечность, наличие повреждений), задней спайки половых губ, девственной плевы (характер и размеры повреждений), отсутствие или наличие выделений и их характер.

418. При влагалищном исследовании устанавливают: состояние влагалища и его стенок, наличие и характер посторонних включений (волосы, посторонние частицы и вещества), шейки матки (длина, плотность, консистенция; состояние

наружного зева - точечный или щелевидный), тела матки (положение, величина, консистенция, подвижность, чувствительность; наличие и характер выделений; характер поверхности - гладкая, бугристая).

419. Установление факта бывших родов, срока беременности при них и послеродового периода по состоянию родовых путей у повторнородящих возможно в пределах 3 - 4 недель. За пределами этого срока, при отсутствии свежих разрывов на шейке матки и в области промежности, установление факта бывших родов и их давности затруднительно. У первородящих в таких случаях большое значение имеет установление формы наружного маточного зева, который после родов становится щелевидным.

420. Важное значение для установления факта и срока бывших родов имеет лабораторное исследование отделяемого молочных желез, особенно по истечении 6 - 8 недель после родов, когда вследствие инволюции матка уже не сохраняет признаки бывших родов.

Глава 46. Установление факта искусственного прерывания беременности

421. Экспертиза лиц женского пола по поводу искусственного прерывания беременности проводится в случаях производства аборта врачом в профильных структурных подразделениях организаций здравоохранения без соответствующего основания, либо врачом вне профильных учреждений здравоохранения, либо лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля.

422. Экспертиза лиц женского пола по установлению факта искусственного прерывания беременности производят комиссионно с участием врачей акушеров-гинекологов.

423. При проведении указанной экспертизы следует установить:

- 1) была ли беременность;
- 2) при каком сроке беременность была прервана;
- 3) было ли прерывание беременности самопроизвольным или искусственным;
- 4) сколько времени прошло с момента прерывания беременности;
- 5) каким способом была прервана беременность;

6) могло ли прерывание беременности произойти при обстоятельствах, указанных обследуемой;

7) какова тяжесть вреда здоровью, причиненного женщине в связи с прерыванием беременности.

424. Путем осмотра устанавливаются объективные признаки прерывания беременности: наличие, характер и локализация повреждений в области

влагалища, шейки матки и шеечного канала (ожоги, ссадины, надрывы, разрывы, следы от наложений пулевых щипцов и другие).

425. В случае обнаружения при осмотре в половых путях следов каких-либо посторонних жидкостей (мыльный раствор, йодная настойка, раствор марганцовокислого калия и другие), необходимо взять обнаруженную жидкость на марлевый тампон и направить в судебно-химическую лабораторию.

Глава 47. Установление связи прерывания беременности с травмой

426. Экспертиза лиц женского пола по установлению связи прерывания беременности с травмой проводится комиссионно, с участием врача акушера-гинеколога, на основании обследования потерпевшей и изучения медицинских документов из учреждений здравоохранения, в которые она обращалась по поводу ранее бывшей и настоящей беременности (до и после травмы).

427. Путем опроса потерпевшей устанавливают:

- 1) дату травмы;
- 2) по каким частям тела были нанесены удары или какими частями тела ударялась потерпевшая при падении;
- 3) через какое время после получения травмы появились признаки прерывания беременности и в чем они выражались (например, ноющие боли в пояснице, в нижней части живота, схваткообразные боли в области живота, выделения из половых органов и их характер - бесцветные, сукровичные, жидкая кровь, свертки крови);
- 4) количество беременностей в прошлом; как протекали и чем закончились: срочными родами, самопроизвольным выкидышем, искусственным прерыванием беременности;
- 5) болела ли потерпевшая перед настоящей беременностью (или во время беременности) какими-либо гинекологическими болезнями, инфекционными, эндокринными и другими заболеваниями, где и когда лечилась;
- 6) как протекала настоящая беременность до получения травмы;
- 7) не находилась ли обследуемая до получения травмы на лечении с целью сохранения беременности;
- 8) проводились ли до и во время беременности какие-либо лабораторные или специальные исследования (на резус-совместимость, реакцию Вассермана, выявление гонококков, трихомонад, вакцинации, прививки и другие).

428. При опросе потерпевшей определяют и запрашивают у лица или органа, назначившего экспертизу, перечень медицинских документов из учреждений здравоохранения.

429. При осмотре потерпевшей устанавливают наличие (или отсутствие) телесных повреждений и состояние половых органов: размеры, положение, консистенцию, подвижность и чувствительность матки, наличие спаек в околоматочной клетчатке, опухолей в матке и придатках, воспалительных изменений в половых органах и другие.

430. Вывод о причине прерывания беременности должен основываться на результатах осмотра потерпевшей и анализа медицинских документов, полученных из учреждений здравоохранения.

При этом следует иметь в виду, что, наряду с травмой, причиной прерывания беременности могут быть и другие факторы: недоразвитие матки, воспалительные заболевания матки и придатков, привычный выкидыш как результат предшествующих аборт, резус-конфликт, инфекционные, эндокринные и другие заболевания.

431. Решение вопроса о причинной связи прерывания беременности с травмой может основываться только на бесспорных объективных данных (разрыв плодного пузыря с отхождением околоплодных вод, отслойка плаценты с маточным кровотечением возникают сразу же или вскоре после получения травмы у здоровой женщины с неотягощенным акушерским анамнезом).

Наиболее опасным периодом в этом отношении является вторая половина беременности.

В значительно меньшей степени возможно прерывание беременности в результате травмы в первой ее половине (до 12 недель), когда матка находится в полости таза и надежно защищена его костями от внешних механических воздействий.

Раздел 12. Организация и производство экспертиз половых состояний лиц мужского пола

Глава 48. Общие положения

432. Экспертизу половых состояний лиц мужского пола проводят в соответствии с настоящей Инструкцией.

433. При проведении экспертизы устанавливают: способность к половому сношению и оплодотворению; признаки, характеризующие совершение полового акта факт заражения венерическими болезнями и ВИЧ-инфекцией.

Установление заражения венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией проводят при расследовании дел, связанных с привлечением к уголовной ответственности лиц, виновных в заражении венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией.

434. Экспертизу лиц мужского пола при половых преступлениях и по гражданским делам проводит судебно-медицинский эксперт, имеющий соответствующую подготовку в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

435. Для установления способности к половому сношению, оплодотворению, судебно-медицинскую экспертизу проводят комиссионно, с участием врачей сексопатологов, урологов, эндокринологов, венерологов и врачей других специальностей.

436. Судебно-медицинскую экспертизу потерпевших и подозреваемых проводят, в специально оборудованных и оснащенных для этой цели кабинетах судебно-медицинской экспертизы, при достаточном естественном или искусственном освещении.

437. При проведении судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинский эксперт устанавливает личность обследуемого на основании документа удостоверяющего личность, при отсутствии документов, если лицо несовершеннолетнее, личность удостоверяется лицом, назначившим экспертизу.

438. Основные сведения об обстоятельствах происшествия судебно-медицинский эксперт получает из постановления о назначении экспертизы. Уточнение необходимых дополнительных медицинских данных может быть осуществлено путем непосредственного опроса обследуемого.

439. Сведения, полученные от несовершеннолетнего в присутствии представителя или одного из родителей, записывают по возможности дословно и оценивают с учетом всех других известных обстоятельств происшествия.

440. В случаях, когда одежда подозреваемого и потерпевшего к моменту проведения экспертизы не была изъята, судебно-медицинский эксперт ставит в известность лицо или орган, назначивший экспертизу, о необходимости направления предметов одежды в отделения лаборатории экспертизы, не допуская ее чистки и стирки.

441. Судебно-медицинский эксперт осуществляет взятие и направление на лабораторные анализы объектов биологического происхождения (мазки из прямой кишки, с головки полового члена, семенная жидкость, смывы с головки полового члена и другие). Смывы с головки полового члена берутся в пределах одних суток после предполагаемого полового акта, если не был произведен туалет наружных половых органов.

442. При подозрении на заражение венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией, судебно-медицинский эксперт ставит об этом в известность лицо или орган, назначивший экспертизу.

443. В случае при проведении экспертизы возникновение необходимости в решении вопроса о половой принадлежности, то врач - судебно-медицинский эксперт ставит в известность лицо или орган, назначивший эту экспертизу, о целесообразности дополнительного сексологического обследования.

444. Эксперт излагает данные из представленных медицинских документов; результаты объективного обследования: общие антропометрические показатели; выраженность вторичных половых признаков; состояние наружных половых органов; состояние области заднепроходного отверстия и прямой кишки; жалобы, специальный анамнез, в котором отражают сведения о физическом развитии, перенесенных болезнях (венерических, инфекционных, эндокринных и другие), травмах и операциях; сведения о времени появления полового влечения, его характера и изменениях, о половом развитии (время появления поллюций и спонтанных эрекций); сведения об онанизме и половой жизни - ее начале и последующем характере; данные о семейном положении в прошлом и настоящем (причины разводов, если они были, характер половой жизни с женой); дату последнего полового акта; сведения о длительности полового воздержания (если оно имело место) и его причинах; наличие профессиональных вредностей; сведения о вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотических средств и другие) и так далее.

445. Заключение иллюстрируют фотографиями или схемами, дающими представление о характере и локализации повреждений, обнаруженных на теле. Фотографии или схемы повреждений на половых органах допускаются при наличии добровольного письменного согласия обследуемого; фотографирование производят по правилам масштабной фотографии.

Глава 49. Установление способности к половому сношению

446. Необходимость в установлении способности к половому сношению лиц мужского пола возникает, при судебно-медицинских экспертизах, связанных с расследованием половых преступлений, при установлении тяжести вреда здоровью при травмах, рассмотрении гражданских дел о спорном отцовстве, а также при бракоразводных процессах.

447. Способность к половому сношению у лиц мужского пола зависит от нормального анатомического развития половых органов, отсутствия болезненных изменений половых органов и болезненных состояний (органических или функциональных) организма, затрудняющих физическую возможность совершения половых актов или влияющих на половую потенцию.

448. При проведении таких экспертиз у обследуемых путем опроса выясняют:

1) имеются ли в анамнезе венерические, инфекционные, эндокринные заболевания, болезни центральной и периферической нервных систем, половых органов, травмы половых органов и костей таза с нарушением функции половых органов (с целью уточнения полученных сведений запрашивают документы из учреждений здравоохранения, в которых лечатся или лечились обследуемые);

2) наличие профессиональных вредностей и вредных привычек (радиоактивное облучение, длительные контакты со свинцом, ртутью, употребление наркотиков, транквилизаторов, гормональных препаратов и алкоголя, курение и тому подобное);

3) данные о половом развитии, половой жизни в добрачный и брачный периоды: время появления поллюций, их частота, занятие онанизмом (продолжительность, активность);

4) время начала половой жизни, регулярность и частота половых сношений, наличие сексопатологии (по данным учреждений здравоохранения и по мнению обследуемого), характер половой жизни в браке (количество браков, наличие детей, семейные конфликты на почве половой жизни и так далее).

449. Если при опросе лицо, в отношении которого производится судебно-медицинская экспертиза, заявляет о своей импотенции, а при экспертизе не были установлены объективные причины, подтверждающие его заявление, то наряду с изучением медицинских документов из учреждений здравоохранения, в которые он обращался, следует также ознакомиться с протоколами опроса его жены и потерпевшей, и в случае необходимости, привлечь к консультации врачей соответствующих специальностей.

450. В ходе проведения экспертизы устанавливают:

1) общее физическое развитие - телосложение, питание (его особенности), рост стоя и сидя, окружность грудной клетки, наличие и количество постоянных зубов и зубов мудрости;

2) выраженность вторичных половых признаков: степень и характер оволосения на лице, в подмышечных впадинах и лобковой области, форму щитовидного хряща, тембр голоса;

3) состояние рефлексов (брюшных, кремастерных, ягодичных, анальных);

4) развитие наружных половых органов, ширину (в средней трети и в наиболее широкой части головки) и окружность (в области короны головки) ненапряженного полового члена (при возникновении эрекции производят измерение напряженного полового члена); состояние пещеристых тел (наличие уплотнений, их количество, величина, местоположение и характер), вид крайней плоти, ее подвижность, вид уздечки; расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, состояние его наружных губок, наличие или отсутствие пороков развития (гипоспадия, эписпадия и другие);

5) при выявлении признаков вживления в половые органы инородных предметов, указываются их характер, форма, локализация, плотность, подвижность, размеры;

6) форму и вид мошонки (морщинистость, пигментация), наличие яичек в мошонке, их консистенцию (мягкая, мягкоэластичная, эластичная), характер поверхности (гладкая, бугристая), наличие болезненности, размеры (длина, ширина, толщина) и состояние придатков (бугристость), наличие уплотнений в области головки, тела или хвоста;

7) исследование яичек и придатков производят следующим образом: яичко захватывают рукой в резиновых перчатках таким образом, чтобы оно находилось на ладонной поверхности между сложенными вместе вторым – пятым пальцами. Правое яичко исследуют левой рукой, левое - правой. Для измерения полового члена и яичек удобно использовать малый акушерский циркуль с вмонтированными в его концевые шарики металлическими стержнями длиной 2,5 сантиметров;

8) исследование предстательной железы и семенных пузырьков производят в резиновой перчатке через прямую кишку, смазанным вазелином указательным пальцем, в коленно-локтевом положении или в положении на правом боку с подтянутыми к груди ногами. При этом определяют: консистенцию предстательной железы (дряблая, мягкоэластичная, эластичная, плотноэластичная), ее величину, характер поверхности (гладкая, бугристая), выраженность срединной бороздки, равномерность или неравномерность долей.

451. Если при проведении экспертизы наряду с указанным обследованием необходимы более сложные, инструментальные исследования (переднюю и заднюю уретроскопию, ректоскопию), то их проведение должно осуществляться в профильных учреждениях здравоохранения.

452. Если в процессе экспертизы по поводу установления способности к половому сношению возникают вопросы, связанные с половой принадлежностью лиц, то к экспертизе привлекают врачей-сексопатологов, и при необходимости - врачей соответствующих специальностей.

453. При оценке результатов экспертизы следует иметь в виду, что наряду с аномалиями, травматическими повреждениями и заболеваниями наружных и внутренних половых органов причиной утраты способности к половому сношению у лиц мужского пола могут быть различные заболевания нервной системы, эндокринные расстройства и болезни внутренних органов. Поэтому суждение о сохранении или утрате способности к половому сношению должно основываться на результатах всестороннего обследования и изучения медицинских документов.

Глава 50. Установление способности к оплодотворению

454. Необходимость в установлении способности к оплодотворению возникает при расследовании уголовных дел, связанных с изнасилованием; половыми сношениями с лицами женского, мужского пола; насильственных действий сексуального характера; с уклонением от уплаты алиментов на содержание детей; с определением вреда здоровью при нанесении повреждений, сопровождающихся утратой производительной способности, а также при рассмотрении гражданских дел о спорном отцовстве.

455. Экспертизу в таких случаях проводят с целью получения сведений и объективных данных, на основании которых можно судить о сохранении или нарушении способности к оплодотворению. Особое внимание при этом уделяют получению анамнестических данных, дающих представление о состоянии оплодотворяющей способности, целенаправленному объективному их обследованию и исследованию семенной жидкости.

456. Путем опроса выясняют сведения о половом развитии, половой жизни, перенесенных в прошлом и имеющих в настоящее время заболеваний, травмах, вредных привычках и профессиональных вредностях, оказывающих отрицательное воздействие на способность к оплодотворению, к которым относят:

1) венерические заболевания воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, их придатков и мочеиспускательного канала;

2) инфекционные болезни - паротит, малярия, краснуха, туберкулез, бруцеллез, тифы и другие;

3) заболевания, травмы центральной и периферической нервной системы, эндокринные заболевания, травмы половых органов и костей таза, сопровождающиеся нарушением функции половых органов;

4) употребление наркотиков и их суррогатов, транквилизаторов, гормональных препаратов, злоупотребление алкоголем, курение, радиационное облучение, отравление свинцом, ртутью, мышьяком, ядохимикатами и тому подобное.

457. При оценке данных состояния половых органов учитывают:

1) двустороннее поражение яичек и придатков (наличие уплотнений и бугристости), возникшее вследствие перенесенных воспалений или травмы, являющееся, объективным свидетельством утраты способности к оплодотворению в результате непроходимости семявыносящих путей или нарушения сперматогенеза;

2) поражение только одного яичка, не приводит к потере производительной способности. В то же время последствием одностороннего воспаления придатков может быть аспермия, обусловленная облитерацией также противоположного семявыносящего протока вследствие сопутствующего эпидидимиту воспалительного процесса в предстательной железе;

3) прикорневая и мошоночная эпи- или гипоспадия не являются безусловным признаком неспособности к оплодотворению;

4) рубцовые изменения в области семенных пузырьков и предстательной железы являются частой причиной утраты способности к оплодотворению;

5) для установления возможности прохождения спермы при сужении мочеиспускательного канала необходимо проведение инструментального обследования в специализированных учреждениях здравоохранения.

458. Исследование семенной жидкости (эякулята) является основным методом в установлении оплодотворяющей способности:

1) получать эякулят следует путем виброэякуляции, а в случае невозможности ее применения – путем мастурбации. У несовершеннолетних получение спермы допустимо только с помощью массажа предстательной железы и семенных пузырьков;

2) при получении эякулята необходимо соблюдать меры по обеспечению безопасности медицинского персонала из-за возможного заражения его ВИЧ-инфекцией, венерическими болезнями, инфекционным гепатитом и другими инфекционными заболеваниями.

3) целесообразно брать эякулят на лабораторное исследование не ранее 3-4 суток после предшествовавшего семяизвержения и зафиксировать данные о дате эякуляции, предшествовавшей получению спермы для исследования.

459. При получении эякулята и его доставке в судебно-биологическое отделение необходимо исключить факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на биохимические характеристики спермы и подвижность сперматозоидов, чрезвычайно чувствительных к влиянию воздуха, колебаниям температуры и механическим воздействиям.

Для предотвращения "холодового шока" сперматозоидов и исключения какого-либо влияния на биохимическую характеристику спермы эякулят собирают только в чистую и сухую стеклянную посуду, нагретую до нормальной температуры тела.

460. Для анализа берут весь эякулят, в том числе наиболее ценный его первый миллилитр, в котором содержится до 70-75 % наиболее зрелых и активных сперматозоидов.

Обязательно производят исследование и "последней капли" после эякуляции. Для ее получения с помощью легкого массажа полового члена от корня к головке

из мочеиспускательного канала выдавливают и наносят на предметное стекло каплю спермы для последующего микроскопического исследования. Наличие в "последней капле" подвижных сперматозоидов при их отсутствии в эякуляте, представленном обследуемым, указывает на его подмену или добавление к нему каких-либо веществ, обездвиживающих сперматозоиды.

461. Лабораторное исследование эякулята производится не позднее трех часов с момента его получения и должно включать:

1) исследование физических характеристик: цвета, прозрачности, вязкости, объема;

2) определение уровня кислотности (далее – pH);

3) микроскопическое исследование - в свежем виде для установления числа подвижных сперматозоидов, а также после окрашивания для выявления патологических форм сперматозоидов и форменных элементов эякулята.

462. При оценке результатов исследования спермы учитывают ее качественные показатели:

1) нормоспермией считают концентрацию сперматозоидов от 40 до 119 миллионов в 1 миллилитре эякулята; количество сперматозоидов с поступательным движением (хорошо подвижных) – 40 % и более, морфологически измененных - менее 40 %. Эякулят с содержанием сперматозоидов 20-30 миллионов в 1 миллилитре считается условно нормальным ;

2) к олигоспермии 1-й степени относят случаи с содержанием сперматозоидов 10-19 миллионов в 1 миллилитре; олигоспермии 2-й степени – менее 10 миллионов в 1 миллилитре сперматозоидов. К наиболее частым причинам олигоспермии относят: гонорею, трихомонадный уретрит, травм мошонки, расширение вен семенного канатика, орхиты, односторонний крипторхизм, вирусную инфекцию;

3) азооспермия и аспермия характеризуются отсутствием в эякуляте семенных нитей. При азооспермии в эякуляте имеются клетки сперматогенеза, из которых происходит образование сперматозоидов (незрелые формы). При аспермии в эякуляте отсутствуют сперматозоиды, клетки сперматогенеза и клетки Сертоли. Причиной азооспермии могут являться: гонорея, трихомонадный орхит, орхит и эпидидимит любой этиологии, крипторхизм, туберкулезная и химическая интоксикация, все виды радиоактивного облучения, травма мошонки. Аспермия является следствием непроходимости семявыносящих путей или атрофии канальцев яичек;

4) астеноспермия - в эякуляте содержится менее 40 % активно подвижных сперматозоидов. Астеноспермия может быть следствием гонореи, трихомонадного уретрита, контакта с этилированным бензином, эпидидимита;

5) некроспермия - отсутствие подвижных сперматозоидов в эякуляте. Для исключения ложной некроспермии, обусловленной допущенными погрешностями при получении и доставке спермы, следует проводить повторное исследование. Необходимо также учитывать, что неподвижность сперматозоидов не всегда свидетельствует об их гибели и может устраняться при слабом нагревании или добавлении питательного раствора Бакера (3 грамм левулезы, 0,6 грамм двузамещенного натрия фосфата, 0,01 грамм однозамещенного калия фосфата, 100 миллилитров дистиллированной воды), в подобных случаях правильнее указывать на акиноспермию (отсутствие подвижности);

б) тератоспермия - повышенное содержание в эякуляте морфологически измененных и дегенеративных форм сперматозоидов. Возможные причины тератоспермии - гонорея, трихомонадный орхит, алкоголизм, туберкулезная интоксикация, травма мошонки.

463. Вывод о способности к оплодотворению основывается на совокупности всех данных, полученных при опросе, объективном обследовании и исследовании семенной жидкости.

Наличие в эякуляте даже небольшого количества подвижных сперматозоидов не может являться основанием для категорического исключения возможности к оплодотворению.

Глава 51. Установление признаков полового сношения

464. При экспертизе лиц мужского пола, подозреваемых в совершении изнасилования, выявление признаков полового сношения следует проводить максимально оперативно и по возможности одним и тем же врачом - судебно-медицинским экспертом, проводившим экспертизу потерпевшей (потерпевшего).

465. При осмотре одежды подозреваемого обращают внимание на ее повреждения, пятна, подозрительные на кровь, кал, сперму, а также наличие на одежде волос, волокон тканей, загрязнение почвой, растениями и так далее.

Характер загрязнений может указывать на особенности происшествия и на их региональное происхождение, что в совокупности с другими объективными обстоятельствами дела может иметь большое значение для расследования. Обнаруженные повреждения и загрязнения одежды фиксируют и указывают их характер, размеры, форму, цвета и точную локализацию.

466. Предметы одежды, находящиеся на потерпевшем или подозреваемом в момент происшествия в тех случаях, когда к моменту проведения экспертизы одежда еще не была изъята, судебно-медицинский эксперт ставит в известность орган или лицо, назначившее экспертизу, о направлении одежды на

лабораторное исследование и предупреждает о недопустимости чистки или стирки этой одежды.

467. Установление групповой принадлежности спермы в пятнах на одежде потерпевших имеет особенно важное значение при групповых изнасилованиях, так как в таких случаях сперма может принадлежать нескольким лицам, участвовавшим в изнасиловании.

468. Направление в лабораторию содержимого из-под ногтей рук подозреваемого и потерпевшей, так как в нем могут находиться кровь, клетки эпидермиса влагалища и волокна одежды осуществляет лицо, назначившее экспертизу.

469. При осмотре подозреваемого устанавливают:

- 1) общее физическое развитие: рост, массу тела, телосложение и так далее;
- 2) половое развитие: выраженность вторичных половых признаков, развитие и состояние наружных и внутренних половых органов, размеры полового члена в "спокойном" и, по возможности, в "напряженном" состоянии;
- 3) наличие, количество и характер спермы на головке полового члена с закрытой крайней плотью или в венечной борозде при открытой головке полового члена;
- 4) наличие крови, волос, кала на теле;
- 5) наличие крови, клеток эпителия, кала и других посторонних частиц в области головки и тела полового члена;
- 6) наличие повреждений на языке, лице, спине, на других частях тела (кровоподтеки, следы укусов, ссадины, царапины, раны) и на половых органах (повреждения на головке полового члена, крайней плоти, уздечке и другие) и решают вопрос о сроке возникновения обнаруженных телесных повреждений и механизме их образования.

Глава 52. Установление признаков мужеложства

470. При экспертизе по поводу мужеложства осмотр потерпевших производят в соответствии с главой 9 настоящей Инструкцией.

471. При осмотре полового члена обращают внимание на наличие и характер имеющихся на нем повреждений, а также крови, волос, кала и других посторонних частиц. Особенно тщательно следует осмотреть область венечной борозды и уздечки, где частицы дольше всего задерживаются.

472. Обнаруженные на половом члене какие-либо посторонние частицы или их наложения переносят на предметные стекла путем отпечатков для последующего исследования в судебно-биологической лаборатории.

473. Если возникает предположение, что половой член смазывали вазелином или каким-либо другим жироподобным веществом, то его обтирают тампоном из ваты или марли, который направляют в судебно-химическое отделение.

474. При установлении признаков, характерных для пассивного мужеложства, путем опроса выясняют, не страдает ли освидетельствуемый каким-либо желудочно-кишечным заболеванием, сопровождающимся запорами или поносами, не было ли заболеваний прямой кишки (геморроя, проктита, дизентерии, выпадения прямой кишки) и оперативных вмешательств по поводу заболеваний в области заднепроходного отверстия. Последствия, остающиеся после указанных заболеваний и оперативных вмешательств, могут быть ошибочно приняты за изменения, связанные с систематическим пассивным мужеложством.

В процессе опроса необходимо также выяснить, не болеет ли освидетельствуемый в настоящее время, не болел ли в прошлом какими-либо венерическими заболеваниями.

При наличии в организациях здравоохранения документов, в которых могут содержаться сведения о последствиях, имевшихся ранее сношений через задний проход (наличие в прошлом твердого шанкра в области заднепроходного отверстия или гонорейного проктита), через орган или лицо, назначившее экспертизу, их запрашивают и изучают.

475. С целью выявления объективных признаков, характерных для пассивных партнеров, производят детальный осмотр области заднепроходного отверстия и прямой кишки.

Осмотр производят в резиновых перчатках на жесткой кушетке в коленно-локтевом положении. При этом устанавливают наличие или отсутствие каких-либо повреждений на ягодицах, отмечают состояние межягодичной щели. Затем ягодицы слегка разводят руками и осматривают область заднепроходного отверстия, обращая внимание на его форму, выраженность лучеобразных складок, наличие повреждений и их характер.

Для дальнейшего осмотра большими пальцами рук, расположенных параллельно по обеим сторонам заднепроходного отверстия на расстоянии 2-2,5 см, раздвигают ягодицы и осматривают анальное отверстие и видимую часть слизистой оболочки прямой кишки. Затем определяют тонус сфинктеров и состояние предстательной железы путем введения в прямую кишку указательного пальца руки, смазанного вазелином. Если возникает подозрение о возможности наличия повреждений прямой кишки на уровне, недоступном для визуального осмотра, то проводится ректоскопическое обследование врачом-специалистом.

476. В области заднепроходного отверстия и промежности пассивного партнера (потерпевшего) в свежих случаях мужеложства могут находиться приставшие лобковые волосы активного партнера и следы засохшей спермы. Их берут и направляют в судебно-биологическое отделение.

477. При осмотре и экспертизе потерпевших устанавливают:

1) имеются ли какие-либо повреждения на теле (в частности, кровоподтеки на ягодицах от давления пальцами);

2) отмечают состояние межягодичной щели (глубокая, неглубокая);

3) устанавливают состояние лучеобразных складок (выраженные, невыраженные, сглаженные, мягкие, грубые), их окраску;

4) наличие повреждений в области заднепроходного отверстия и прямой кишки (кровоподтеки, ссадины, надрывы и разрывы слизистой оболочки) и их локализацию;

5) при обнаружении рубцов указывают их характер (линейные, неправильной формы, втянутые, не втянутые, плотные, неплотные) и локализацию (по аналогии с циферблатом часов, с учетом положения обследуемого при осмотре);

6) состояние области заднепроходного отверстия (в виде небольшого углубления, широкой или втянутой воронки, не зияет, зияет незначительно, значительно).

478. После осмотра заднепроходного отверстия производят обследование прямой кишки.

479. В тех случаях, когда пассивный партнер после сношения через задний проход не имел акта дефекации, то перед началом исследования прямой кишки следует взять ее содержимое для лабораторного исследования на наличие сперматозоидов. Содержимое прямой кишки берут с помощью марлевого или ватного тампона, которым делают мазки на предметных стеклах.

480. Мазки высушивают при комнатной температуре и исследуют после окрашивания фуксином.

Если в мазках сперматозоиды не обнаруживают, то надлежит исследовать и тампон. Если тампон исследуют сразу же после получения содержимого из прямой кишки, то его направляют в судебно-биологическое отделение в пробирке, в свежем виде, а при несрочном исследовании - высушенным при комнатной температуре.

481. Обследование прямой кишки начинают с исследования состояния ее наружного и внутреннего сфинктеров. Исследование можно проводить с помощью инструментального метода сфинктерометрии, а при невозможности его применения - ручным методом.

Сфинктер, обладающий хорошим тонусом, плотно охватывает введенный палец (симптом кольца), расслабленный сфинктер охватывает палец слабо,

допуская в ряде случаев возможность смещения пальца в вертикальной плоскости.

При исследовании тонуса сфинктера прямой кишки необходимо иметь в виду возможность их искусственного сокращения, однако такое "волевое" сокращение сфинктеров долго удерживаться не может.

482. Осмотр слизистой оболочки прямой кишки с целью выявления возможных повреждений (трещин, ссадин, разрывов) начинают с переходной складки (граница анальной области и слизистой оболочки прямой кишки).

Наиболее частыми повреждениями в этой области являются трещины, которые располагаются, продольно между складками слизистой оболочки на передней и частично на боковых стенках прямой кишки.

483. При обследовании состояния прямой кишки отмечают ее цвет (бледноватая, розовая, красноватая, красная, багрово-красная, багрово-синюшная). Для сношений через задний проход характерным признаком является раздражение слизистой оболочки прямой кишки, интенсивность которого зависит от частоты и систематичности сношений, а также ряда других причин, связанных с пассивным мужеложством (повреждения слизистой оболочки, внесение инфекции и другие).

У пассивных партнеров, наряду с раздражением слизистой оболочки прямой кишки, могут отмечаться и свежие ее повреждения в виде кровоподтеков, трещин, ссадин и ран. При наличии таких повреждений описывают их характер, форму и локализацию.

Ссадины, расположенные на вершинах складок слизистой оболочки, характерны для действия твердого предмета, конец которого образует грань. Такой предмет при введении в прямую кишку как бы соскабливает складки слизистой оболочки; половой член подобные повреждения на слизистой оболочке не образует.

В ряде случаев, преимущественно у детей, с которыми совершен акт мужеложства, наблюдаются ссадины овальной формы, находящиеся на вершинах складок и в пространстве между ними.

На слизистой оболочке прямой кишки могут также встречаться разрывы с завернутыми внутрь краями, имеющими вид прямых углов, одна из сторон которых располагается поперечно по отношению к прямой кишке, а другая имеет продольное направление. Такие повреждения характерны для насильственного введения полового члена в прямую кишку без предварительного смазывания его веществами, уменьшающими трение (вазелин и тому подобное).

484. Обследование слизистой оболочки прямой кишки на более высоком ее уровне (если это необходимо) производят с помощью ректоскопа.

Для судебно-медицинских целей ректоскопическое исследование производят на глубину, не превышающую 10 сантиметров.

Единичные акты мужеложства, не оставляют стойких изменений в области заднепроходного отверстия и прямой кишки (исключение составляют только случаи, сопровождающиеся значительными повреждениями, после заживления которых остаются рубцы). Возникающие при этом поверхностные повреждения слизистой оболочки и кожных покровов в области заднепроходного отверстия и слизистой оболочки прямой кишки обычно проходят бесследно.

485. Для лиц, систематически совершающих акты мужеложства в качестве пассивных партнеров, характерны следующие изменения в области заднепроходного отверстия и прямой кишки: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность лучеобразных складок в окружности заднепроходного отверстия и слизистой оболочки прямой кишки, расслабление сфинктеров и багрово-красная с синюшным оттенком окраска слизистой оболочки прямой кишки.

486. На одежде пассивного партнера могут находиться следы спермы, кала. Если есть основания полагать, что они возникли при акте мужеложства, то проводят судебно-биологическое исследование одежды с целью установления групповой принадлежности спермы от активного партнера и выявления частиц кала в пятнах спермы. При этом одежда, как вещественное доказательство, изымается органом или лицом, назначившим экспертизу путем составления протокола осмотра вещественных доказательств и изъятия объектов.

487. При экспертизах по поводу насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних обращают внимание на повреждения и изменения в области половых органов и заднепроходного отверстия.

Приложение 1
к Инструкции о порядке
организации и производства
судебно-медицинской экспертизы

Таблица процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм

№ п/п	Последствия различных травм, отравлений и других воздействий внешних причин	Процент стойкой утраты общей трудоспособности
Центральная и периферическая нервная система		
	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы:	
	1) выраженное слабоумие, параличи, частые эпилептические припадки (не реже одного раза в неделю), нарушение	

1.	процесса узнавания (агнозия), нарушение целенаправленного действия (апраксия), резкое нарушение или потеря речи (афазия), отсутствие координации движения (атаксия), резкие вестибулярные и мозжечковые расстройства;	100
	2) значительное снижение интеллекта, значительное уменьшение объема движений и силы в конечностях, резкое или значительное нарушение координации, эпилептические припадки (не реже 1 раза в месяц). Примечание. Для установления процента стойкой утраты общей трудоспособности достаточно наличия одного остаточного явления тяжелой черепно-мозговой травмы, предусмотренного настоящим пунктом.	75
2.	Тяжелая черепно-мозговая травма, повлекшая:	
	1) значительные нарушения координации, выраженное повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, снижение интеллекта, ослабление памяти, эпилептические припадки (4–10 раз в год);	60
	2) умеренные нарушения координации, умеренное повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, не резко выраженные двигательные расстройства, редкие эпилептические припадки (2-3 раза в год);	45
3.	3) легкие нарушения координации, легкое повышение тонуса мышц и снижение силы в конечностях, умеренные двигательные расстройства, нарушения чувствительности, единичные эпилептические припадки. Примечание. Для установления процента постоянной утраты общей трудоспособности необходимо наличие не менее двух последствий тяжелой черепно-мозговой травмы, предусмотренных настоящим пунктом, или эпилептических припадков.	30
	Черепно-мозговая травма:	
3.	1) повлекшая за собой отдельные очаговые симптомы (анизокория, неравенство глазных щелей, отклонение (девиация) языка в сторону, нистагм, сглаженность носогубной складки и иные проявления отдельных очаговых симптомов).	20
	2) повлекшая за собой значительно выраженные вегетативные симптомы (тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения и иные проявления вегетативных симптомов).	15
4.	Сотрясение головного мозга, повлекшее за собой возникновение отдельных объективных признаков или вегетативных симптомов со стороны центральной нервной системы (неравенство глазных щелей, нистагм, отклонение языка в сторону, вегетососудистая дистония, высокие сухожильные рефлексы, гипергидроз, неустойчивость в позе Ромберга и др.).	5
	Сотрясение головного мозга, не повлекшее за собой	

	<p>нарушений со стороны центральной нервной системы, а также повторные сотрясения головного мозга, подтвержденные объективной неврологической симптоматикой, установленной в медицинском учреждении, но не повлекшие за собой появления новых патологических изменений со стороны центральной нервной системы.</p>	
5.	<p>Примечания. 1. Критерии стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренные пунктами 4 и 5 настоящего Перечня применяются только в том случае, когда диагноз сотрясения головного мозга подтвержден объективными симптомами, характерными для этого вида черепно-мозговой травмы и установленными при первичном обращении в медицинское учреждение.</p> <p>2. В тех случаях, когда диагноз сотрясения головного мозга не подтвержден объективными неврологическими признаками, а поставлен на основании анамнеза и субъективных жалоб, пункты 4 и 5 настоящего Перечня не применяются.</p> <p>У лиц, страдающих органическим поражением центральной нервной системы (арахноидитом, энцефалитом, эпилепсией, нарушением мозгового кровообращения и др.) или перенесших ранее тяжелую черепно-мозговую травму, при наличии диагноза сотрясения головного мозга, не подтвержденного динамикой неврологической симптоматики, процент утраты общей трудоспособности не устанавливается.</p>	
6.	<p>Нарушение функции спинного мозга на уровне шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника:</p> <p>1) грубые расстройства чувствительности, движений в конечностях (пара- и тетраплегии), резкие нарушения функций тазовых органов, грубые нарушения трофики, нарушение сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, резко выраженная спастичность;</p> <p>2) значительные расстройства чувствительности, движений в конечностях (выраженные монопарезы или умеренно выраженные парапарезы), нерезко выраженная спастичность, нарушение трофики и функций тазовых органов;</p> <p>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;</p> <p>4) легкое нарушение чувствительности, сухожильных рефлексов, незначительная гипотрофия мышц без нарушений движений в конечностях, а также функции тазовых органов.</p>	<p>100</p> <p>60</p> <p>40</p> <p>15</p>
	<p>Нарушение функции "конского хвоста":</p> <p>1) грубые расстройства чувствительности и движений в обеих нижних конечностях (полный паралич дистальных отделов и глубокий паралич проксимальных), резкое нарушение функции тазовых органов, грубые нарушения</p>	<p>100</p>

	трофики (пролежни, трофические язвы);	
7.	2) резкие нарушения чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка или группы корешков, выпадение движений, значительные нарушения функций тазовых органов, трофические расстройства (язвы, цианоз, отеки);	60
	3) 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;	40
	4) легкие расстройства чувствительности, сухожильных рефлексов, незначительная гипотрофия мышц без нарушения движений в конечностях, а также функции тазовых органов;	15
	5) легкие расстройства чувствительности без нарушения рефлексов и движений в конечностях, без нарушения трофики и функции тазовых органов (болевого синдром).	5
	8.	Травматическая радикулопатия различной локализации (в результате прямой травмы позвоночника).
9.	Нарушения функций тройничного, лицевого и подъязычного нервов (при периферических повреждениях):	
	1) легкая степень - умеренные нарушения функций;	5
	2) средняя степень - средние нарушения функций;	15
	3) сильная степень – резкие нарушения функций.	25
10.	Нарушения функций шейного и плечевого сплетений и их нервов:	
	1) легкое нарушение чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств, атрофии, парезов, контрактур;	5
	2) нарушение чувствительности и (или) рефлексов с гипотрофией мышц, легкими двигательными расстройствами;	15
	3) значительное ограничение движений, значительное снижение силы и расстройство чувствительности, значительная атрофия мышц;	25
	4) резкое ограничение движений в суставах верхней конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие расстройства чувствительности;	40
	5) отсутствие движений в суставах верхней конечности, отсутствие чувствительности, резкие нарушения трофики (трофические язвы).	70
	Нарушения функций поясничного и крестцового сплетений и их нервов:	
	1) легкое нарушение чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств, атрофии, парезов, контур;	5
	2) нарушения чувствительности и/или рефлексов с гипотрофией мышц, легкими двигательными расстройствами;	15
	3) значительное выпадение движений, значительное снижение силы и расстройство чувствительности, значительная	25

11.	атрофия мышц;	
	4) резкое ограничение движений в суставах нижней конечности, атрофия мышц, снижение силы, резкие расстройства чувствительности;	40
	5) отсутствие движений в суставах нижней конечности, отсутствие чувствительности, резкие нарушения трофики (трофические язвы).	70
Органы зрения		
12.	Паралич аккомодации:	
	1) одного глаза;	15
	2) обоих глаз.	30
13.	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения).	30
14.	Сужение поля зрения:	
	а) концентрическое:	
	в одном глазу до 60°;	10
	в одном глазу до 30°;	20
	в одном глазу до 5°;	30
	в двух глазах до 60°;	20
	в двух глазах до 30°;	40
	в двух глазах до 5°;	60
	б) неконцентрическое:	
	в одном глазу до 50°;	5
	в одном глазу до 25°;	10
	в одном глазу до 5°;	15
	в двух глазах до 50°;	10
	в двух глазах до 25°;	20
в двух глазах до 5°.	30	
Примечание. При снижении остроты зрения и концентрическом сужении полей зрения в результате травмы процент стойкой утраты общей трудоспособности в связи с травмой одного глаза не должен превышать 35 %.		
15.	Опущение века (птоз) и другие параличи глазных мышц, дефект век, мешающий закрытию глазной щели, а также сращение век:	
	1) одного глаза:	
	веко закрывает (не закрывает) зрачок до половины;	10
	веко закрывает (не закрывает) зрачок полностью;	20
	2) обоих глаз:	
	веки закрывают (не закрывают) зрачок до половины;	25
веки закрывают (не закрывают) зрачок полностью.	50	
Пульсирующий экзофтальм:		
I. Одного глаза:		

16.	1) легкая степень – умеренно выраженный;	20
	2) средняя степень – значительно выраженный;	30
	3) сильная степень – резко выраженный;	40
	2. Обоих глаз:	
	1) легкая степень – умеренно выраженный;	35
	2) средняя степень – значительно выраженный;	60
	3) сильная степень – резко выраженный.	85
17.	Конъюнктивит (кератит) рубцовый трихиаз, заворот века, установленные при судебно-медицинской экспертизе, без снижения остроты зрения:	
	1. Одного глаза;	5
	2. Обоих глаз.	10
18.	Иридоциклит или хориоретинит, установленные при судебно-медицинской экспертизе, без снижения остроты зрения:	
	1. Одного глаза;	10
	2. Обоих глаз.	20
	Примечание. При снижении остроты зрения в результате заболеваний, явившихся следствием травмы и перечисленных в пунктах 17 и 18 настоящего Перечня, стойкая утрата общей трудоспособности определяется в соответствии с пунктом 24 настоящего Перечня, при этом пункты 17 и 18 настоящего Перечня не применяются.	
19.	Нарушения функций слезовыводящих путей:	
	1) рубцовая непроходимость слезных каналов или слезоносового канала;	10
	2) травматический дакриоцистит.	20
20.	Полная потеря зрения:	
	1) единственного глаза, обладающего зрением;	65
	2) обоих глаз, обладающих зрением.	100
21.	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладающего зрением.	0
22.	Рубцы оболочек глазного яблока, колобома (дефект радужной оболочки, изменение формы зрачка), гемофтальм, смещение хрусталика одного глаза, не вызвавшие снижения остроты зрения.	5
23.	Последствия перелома орбиты, не проникающего в полость черепа:	
	1) без повреждения мышц и смещения глазного яблока;	10
	2) с повреждением глазных мышц и смещением глазного яблока.	20
	Примечание. Последствия проникающих переломов верхней стенки орбиты определяются в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктами 1–4 настоящего Перечня, а непроникающих - в соответствии с пунктом 23 настоящего Перечня.	
Снижение остроты зрения каждого глаза в результате прямой травмы		Процент постоянной

	Острота зрения до травмы	Острота зрения после травмы	утраты общей трудоспособности
24.	1,0	0,9	5
		0,8	5
		0,7	5
		0,6	5
		0,5	10
		0,4	10
		0,3	15
		0,2	20
		0,1	25
		0,09 – 0,05	30
		0,04 и ниже	35
0,9	0,9	0,8	5
		0,7	5
		0,6	5
		0,5	5
		0,4	10
		0,3	10
		0,2	15
		0,1	20
		0,09 – 0,05	30
		0,04 и ниже	35
0,8	0,8	0,7	5
		0,6	5
		0,5	10
		0,4	10
		0,3	15
		0,2	20
		0,1	25
		0,09 – 0,05	30
		0,04 и ниже	35
0,7	0,7	0,6	5
		0,5	5
		0,4	10
		0,3	10
		0,2	15
		0,1	20
		0,09 – 0,05	25
		0,04 и ниже	30
0,4	5		

0,6	0,3	10
	0,2	10
	0,1	15
	0,09 – 0,05	20
	0,04 и ниже	25
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	0,09 – 0,05	15
0,4	0,04 и ниже	20
	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	0,09 – 0,05	15
0,3	0,04 и ниже	20
	0,2	5
	0,1	5
	0,09 – 0,05	10
	0,04 и ниже	20
0,2	0,1	5
	0,09 – 0,05	10
	0,04 и ниже	20
0,1	0,09 – 0,05	10
	0,04 и ниже	20
ниже 0,1	0,04 и ниже	20
Примечания:		
1) при отсутствии или противоречивости сведений об остроте зрения до травмы следует ориентироваться на остроту зрения неповрежденного глаза;		
2) к полной слепоте приравнивается острота зрения, равная 0,04 и ниже;		
3) при удалении глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также сморщивании его процент стойкой утраты общей трудоспособности увеличивается на 10 %.		
Органы слуха		
25.	Посттравматическое гнойное воспаление среднего уха (типа мезотимпанита):	
	а) одного уха;	5
	б) обеих ушей.	10
26.	Посттравматический эптитимпанит или эптитимпанит, осложненный холестеатомой, грануляциями:	
	а) одного уха;	10
	б) обеих ушей.	20
Объективные нарушения вестибулярной функций в результате прямой травмы органов слуха, подтвержденные данными вестибулометрии:		

27.	1) легкая степень – неуверенность походки, головокружение при поворотах головы и наклонах туловища;	10
	2) средняя степень – бледность, приступы головокружения с тошнотой, рвотой (не реже шести раз в год), неуверенность походки;	30
	3) сильная степень – многократные, продолжительные приступы головокружения с выраженными вегетативными реакциями, неуверенность походки.	50
28.	Отсутствие ушных раковин:	
	1) отсутствие до 1/3 части ушной раковины, вызывающее ее деформацию;	5
	2) отсутствие одной ушной раковины или части ее (1/3 и более);	15
	3) отсутствие двух ушных раковин.	30
29.	Понижение слуха одного уха:	
	1) шепотная речь на расстоянии не более одного метра, разговорная – от 1 до 3 метров, понижение слуха на 30–50 децибел на частотах 500, 1000, 2000, 4000 герц;	5
	2) шепотная речь – 0 метров, 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 метров;	25
Дыхательная система		
30.	Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей).	70
31.	Отсутствие мягких частей носа	40
	1) отсутствие крыльев и кончика носа 2) отсутствие кончика или крыла носа	10
32.	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
33.	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
	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:	

34.	1) легкая степень – одышка при физической нагрузке, учащение пульса;	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 венозных сосудов.	40
35.	Удаление части легкого.	40
36.	Удаление легкого.	60
37.	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
38.	Деформация грудины в результате ее перелома:	
	1) умеренная - без нарушения функции органов средостения и акта дыхания;	10
	2) значительная - с ограничением подвижности грудной клетки при акте дыхания;	20
	3) резкая - с нарушением органов средостения.	35
Сердечно-сосудистая система		
39.	Сердечно-сосудистая недостаточность вследствие ранения сердца, его оболочек и магистральных сосудов:	
	1) I степени - учащение пульса, одышка после физической нагрузки, увеличение размеров сердца, отеки;	30
	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
40.	Нарушение кровообращения вследствие повреждения крупных периферических сосудов:	
	1) легкая степень - умеренная отечность, снижение пульсации;	10
	2) средняя степень - значительная отечность, синюшность, резкое ослабление пульсации;	20
	3) сильная степень - резкая отечность, синюшность, лимфостаз, трофические нарушения (язвы).	30
Органы пищеварения		
	Нарушение акта жевания в результате перелома скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также вывиха нижней челюсти:	
	1) легкая степень - умеренное нарушение прикуса и акта жевания;	10

41.	2) средняя степень - значительное нарушение прикуса и акта жевания;	15
	3) сильная степень - резкое нарушение прикуса и открывания рта, деформация челюсти.	20
42.	Отсутствие части верхней или нижней челюсти (с учетом потери зубов, независимо от их количества).	40
43.	Отсутствие челюсти (с учетом потери зубов, независимо от их количества).	80
44.	Отсутствие языка:	
	1) наличие грубых рубцов, вызывающих затруднение при приеме пищи;	5
	2) на уровне дистальной трети;	15
	3) на средней уровне трети;	35
	4) полное.	70
45.	Потеря постоянных зубов:	
	1) 2-3 зубов;	5
	2) 4-6 зубов;	10
	3) 7-10 зубов;	20
	4) 11 и более зубов.	25
<p>Примечания. 1. Перелом зуба в результате травмы приравнивается к его потере.</p> <p>2. При потере в результате травмы протезированных несъемными протезами зубов процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется с учетом потери только опорных зубов. При потере в результате травмы съемных протезов процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется.</p> <p>3. При потере молочных зубов у детей процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется только в том случае, если, по заключению врача-стоматолога травмированный молочный зуб в дальнейшем не будет заменен постоянным.</p> <p>4. При потере зубов в результате перелома челюсти процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями стойкой утраты общей трудоспособности, предусмотренными пунктами 42 и 43 настоящего Перечня, путем суммирования процентов.</p> <p>5. Перелом коронок зубов или вывих зубов, пораженных болезнями кариозного (кариес, пульпит, периодонтит) или некариозного происхождения (гипоплазия эмали, флюороз), в том числе пломбированных, рассматривается как патологический, и в таких случаях процент стойкой утраты общей трудоспособности не определяется.</p> <p>6. Перелом зуба (менее 1/4 коронки) в результате травмы приравнивается к его потере</p>		
46.	Сужение полости рта, образование слюнной фистулы:	20
	Сужение пищевода или глотки в результате ожога или ранения:	

47.	1) умеренное - затрудненное прохождение твердой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,6-1,5 см);	25
	2) значительное - затрудненное прохождение мягкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,3-0,5 см);	40
	3) резкое - затрудненное прохождение жидкой пищи (диаметр просвета в области сужения 0,2 см и менее);	70
	4) непроходимость (при наличии гастростомы), состояние после пластики пищевода.	90
48.	Нарушение функции желудочно-кишечного тракта в результате травмы, острого отравления:	
	1) диспептические расстройства, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, холецистит, дуоденит, проктит, парапроктит;	15
	2) спаечная болезнь, спаечная непроходимость (состояние после операции по поводу спаечной непроходимости), рубцовое сужение прямой кишки и заднепроходного отверстия;	40
	3) кишечный свищ, кишечно-вагинальный свищ;	70
	4) противоестественный задний проход (колостома).	90
49.	Удаление желчного пузыря в результате травмы.	20
50.	Удаление части печени в результате травмы.	35
51.	Удаление селезенки в результате травмы.	30
52.	Удаление желудка в результате травмы.	80
53.	Удаление в результате травмы:	
	1) части брыжейки (резекция);	15
	2) части желудка, поджелудочной железы или кишечника.	30
Мочеполовая система		
54.	Удаление в результате травмы:	
	1) части почки;	35
	2) одной почки.	60
55.	Нарушение функции мочевыделительной системы в результате травмы (осложнения травмы):	
	1) цистит, уретрит, пиелостит, пиелонефрит, умеренное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, ушивание стенки мочевого пузыря;	10
	2) значительное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, уменьшение объема мочевого пузыря;	25
	3) мочеполовые свищи, непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала.	40
56.	Последствия повреждений органов мочеполовой системы с учетом тяжести повреждения:	
	1) легкая степень – умеренное сужение мочеиспускательного канала;	15
	2) средняя степень - значительное сужение мочеиспускательного канала;	30
	3) тяжелая степень - непроходимость уретры,	

	ректо-вагинальные и (или) уретро-вагинальные свищи.	50	
Мягкие ткани			
57.	Рубцы в результате ожогов, отморожений или ранений, расположенные на лице и (или) передне-боковой поверхности шеи:		
	1) занимающие до 10 % указанной поверхности;	5	
	2) занимающие 10-20 %;	15	
	3) занимающие 20-30 %;	25	
	4) занимающие свыше 30 %.	35	
	Примечание: Область лица имеет условные границы: верхняя - край волосистого покрова головы; боковые – задний край основания ушной раковины, задний край ветви нижней челюсти; нижняя - угол и нижний край тела нижней челюсти; (ушные раковины являются частью лица).		
58.	Наличие на туловище и конечностях рубцов, образовавшихся в результате различных травм:		
	1) площадью 1-2 %;	10	
	2) площадью 3-4 %;	15	
	3) площадью 5-10 %;	25	
	4) площадью более 10 %.	35	
	Примечание: один процент поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев исследуемого; при нарушении функции, вызванной наличием рубцов, пункт 57 настоящей таблицы не применяется; в этих случаях следует применять соответствующие пункты настоящей "Таблицы", с учетом степени функциональных нарушений; при определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного аутоотрансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи.		
Опорно-двигательный аппарат			
Позвоночник			
59.	Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела (за исключением копчика):		
	1) умеренное ограничение подвижности без деформации, с умеренно выраженным болевым синдромом;	15	
	2) значительное ограничение подвижности, умеренная деформация, болевой синдром;	30	
	3) резкое ограничение подвижности, значительная деформация, болевой синдром;	50	
	4) полная неподвижность позвоночника (в том числе и одного из его отделов), резкая его деформация, выраженный болевой синдром	70	
60.	Удаление в результате травмы:		
	1) части копчика;	15	
	2) копчика.	20	
Верхняя конечность			
	Лопатка и ключица	справа	слева

	Нарушение функции плечевого сустава в результате перелома лопатки, ключицы, разрыва ключично-акромиального или грудинно-ключичного сочленений:		
61.	1) легкая степень - умеренная деформация, гипотрофия мышц, снижение силы конечности, умеренное ограничение движений в плечевом суставе;	10	10
	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		справа	слева
62.	Анкилоз (неподвижность) плечевого сустава.	45	35
63.	Болтающийся плечевой сустав в результате резекции головки плечевой кости или суставной поверхности лопатки в связи с травмой.	60	50
64.	Ограничение движений (контрактура) в плечевом суставе:		
	а) умеренно выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 170–120°; разгибание (отведение назад) – 60–40°; отведение плеча в сторону – 150–120°;	10	10
	б) значительно выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – 115–75°; разгибание (отведение назад) – 35–30°; отведение плеча в сторону – 115–75°;	20	15
	в) резко выраженное: сгибание (отведение плеча вперед) – меньше 75°; разгибание (отведение назад) – меньше 30°; отведение плеча в сторону – меньше 75°.	30	25
	Примечание. Объем движений в плечевом суставе в норме: отведение плеча вперед (сгибание) – 180°; отведение плеча назад (разгибание) – 60–70°; отведение плеча в сторону – 180°; ротация внутрь – 90°; ротация наружу – 50°.		
65.	Первичный вывих плеча (при вывихе плеча, повлекшим за собой нарушение функции плечевого сустава, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется по пункту 63 настоящей таблицы).	20	15
Плечо		справа	слева
66.	Отсутствие верхней конечности и лопатки (или части ее).	80	75
67.	Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции в плечевом суставе или культи на уровне верхней трети плеча.	75	70
68.	Культи плеча на уровне средней или нижней трети.	70	65
69.	Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой кости.	40	35
Локтевой сустав		справа	слева
70.	Болтающийся локтевой сустав в результате резекции костей, составляющих его.	50	40

71.	Анкилоз (неподвижность) локтевого сустава, подтвержденный рентгенологическими данными:		
	1) в функционально выгодном положении (угол от 60° до 90°);	30	25
	2) в функционально невыгодном положении (угол меньше 60° или больше 90°).	40	35
72.	Ограничение движений в локтевом суставе – контрактура:		
	1) легкая степень – умеренно выраженная контрактура (сгибание – 50-60°, разгибание – 175-160°);	10	10
	2) средняя степень – значительно выраженная контрактура (сгибание – 65-90°, разгибание – 155-140°);	20	15
	3) сильная степень – резко выраженная контрактура (сгибание – меньше 90°, разгибание – меньше 140°). Примечание. В норме объем движений в локтевом суставе: сгибание – 30-40°; разгибание – 180°; ротация – 180°.	30	25
Предплечье		справа	слева
73.	Отсутствие предплечья в результате экзартикуляции в локтевом суставе или культи на уровне верхней трети предплечья.	70	65
74.	Культи предплечья на уровне средней или нижней трети.	65	60
75.	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
76.	Нарушение функции предплечья:		
	1) умеренное ограничение движений в лучезапястном и локтевом суставах, ограничение супинации и пронации до 60°;	10	10
	2) умеренное ограничение движений в одном из суставов (лучезапястном или локтевом) и значительное в другом, ограничение супинации и пронации до 45°;	15	10
	3) значительное ограничение движений в луче запястном и локтевом суставах или умеренное ограничение движений в одном из них и резкое в другом, ограничение супинации и пронации до 30°;	20	15
	4) значительное ограничение движений в одном из суставов (лучезапястном или локтевом) и резкое в другом;	25	20
	5) резкое ограничение движений в лучезапястном и локтевом суставах.	30	25
	Примечание: Измерение амплитуды вращательных движений производится от 0° (положение предплечья среднее между пронацией и супинацией). При этом рука должна быть согнута в локтевом суставе под углом 90-100°.		

Лучезапястный сустав		справа	слева
77.	Анкилоз лучезапястного сустава, подтвержденный рентгенологическим исследованием:		
	1) в функционально выгодном положении (сгибание или разгибание до 20°);	30	25
	2) в функциональном невыгодном положении (сгибание или разгибание 20° и более).	40	35
78.	Ограничение движений в лучезапястном суставе – контрактура:		
	1) легкая степень – умеренно выраженная контрактура (сгибание – 140-150°, разгибание – 145-150°);	10	10
	2) средняя степень – значительно выраженная контрактура (сгибание – 155-160°, разгибание – 155-160°);	15	15
	3) сильная степень – резко выраженная контрактура (сгибание – больше 160°, разгибание – больше 160°).	25	20
	Примечание. В норме объем движений в лучезапястном суставе: сгибание – 110-115°, разгибание – 135-140°.		
Кисть, запястье, пясть		справа	слева
79.	Отсутствие кисти на уровне запястья или пястных костей.	65	60
80.	Ложные суставы или несросшиеся перелом костей запястья или пястных костей.	15	15
81.	Нарушение функции кисти в результате травмы запястья, пясти (деформация, снижение мышечной силы, нарушение хватательной способности):		
	1) умеренно выраженное;	10	5
	2) значительно выраженное;	15	10
	3) резко выраженное.	20	15
Пальцы кисти			
Первый (большой) палец		справа	слева
82.	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию.	5	5
83.	Культия на уровне:		
	1) ногтевой фаланги;	10	10
	2) межфалангового сустава;	15	10
	3) основной фаланги.	20	15
84.	Отсутствие пальца.	30	25
85.	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее.	30	25
86.	Анкилоз (неподвижность) межфалангового сустава:		
	1) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца;	10	10
	2) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца.	15	10
Анкилоз (неподвижность) двух суставов:			
	1) в функционально выгодном (полусогнутом) положении		

87.	пальца;	15	10
	2) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца.	20	15
88.	Анкилоз (неподвижность) запястно-пястного сустава и двух суставов пальца:		
	1) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца;	20	15
	2) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	25	20
89.	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)		справа	слева
90.	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию, а также культи на уровне дистальной половины ногтевой фаланги.	5	5
91.	Культи на уровне:		
	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
92.	Отсутствие пальца с пястной костью.	25	20
93.	Нарушение функции пальца:		
	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			
94.	Культи на уровне:		
	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
95.	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее.	20	15

96.	Нарушение функции одного пальца:		
	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
Примечание. При ампутации двух и более пальцев одной кисти на различных уровнях процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется по соответствующим статьям "Таблицы" путем суммирования, однако в сумме этот процент не должен превышать процента, который может быть установлен при полной потере этих пальцев (согласно п.79 настоящей "Таблицы").			
Таз			
97.	Нарушение функции таза в результате перелома костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного сочленений:		
	1) легкая степень - умеренное нарушение статики, походки, умеренное ограничение движений в одном тазобедренном суставе;	20	
	2) средняя степень - значительное нарушение статики, умеренное ограничение движений в двух тазобедренных суставах или значительное ограничение движений в одном из этих суставов;	30	
	3) сильная степень - резкое нарушение статики, походки, значительное ограничение движений в обоих тазобедренных суставах или резкое ограничение движений в одном из этих суставов.	50	
Примечание. При изолированных переломах вертлужной впадины процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется в соответствии с критериями, предусмотренными пунктом 98 настоящей таблицы.			
Нижняя конечность			
Тазобедренный сустав			
98.	Анкилоз (неподвижность) тазобедренного сустава:		
	1) в функционально выгодном (разогнутом) положении	45	
	2) в функционально невыгодном (согнутом) положении	60	
	3) болтающийся тазобедренный сустав в результате резекции головки бедра и (или) вертлужной впадины	70	
Ограничение движений в тазобедренном суставе – контрактура:			
	1) легкая степень – умеренно выраженная контрактура (сгибание – 80°, разгибание – 50°, отведение – 55-40°);	15	
	2) средняя степень – значительно выраженная контрактура		

99.	(сгибание – 75-60°, разгибание – 45-35°, отведение – 35-30°);	25
	3) сильная степень – резко выраженная контрактура (сгибание – 60°, разгибание – меньше 35°, отведение – меньше 30°).	35
	Примечание. В норме объем движений в тазобедренном суставе: сгибание – 90-100°, разгибание – 60-79°, отведение - 60°	
Бедро		
100.	Отсутствие нижней конечности в результате экзартикуляции в тазобедренном суставе или культи бедра на уровне верхней трети.	70
101.	Культи бедра на уровне средней или нижней трети.	60
102.	Ложный сустав или несросшийся перелом бедра.	55
	Нарушение функции конечности в результате травмы бедра:	
	1) умеренное нарушение статики, незначительная деформация, умеренное ограничение движений в тазобедренном или коленном суставах;	15
103.	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 ограничение движений в одном из этих суставов;	45
	4) резкое ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах.	60
Коленный сустав		
104.	Болтающийся коленный сустав.	45
	Анкилоз (неподвижность) сустава:	
105.	1) в функционально выгодном (разогнутом) положении;	35
	2) в функционально невыгодном (согнутом) положении.	50
106.	Избыточная (патологическая) подвижность в суставе в результате разрыва связочного аппарата.	10
	Ограничение движений в коленном суставе – контрактура:	
	1) легкая степень – умеренно выраженная контрактура (сгибание – 80-85°, разгибание – 170-175°);	10
107.	2) средняя степень – значительно выраженная контрактура (сгибание – 90-100°, разгибание – 165-150°);	20
	3) сильная степень – резко выраженная контрактура (сгибание – больше 100°, разгибание – меньше 150°).	30
	Примечание. В норме объем движений в коленном суставе: сгибание – 30-40°, разгибание – 180°.	
Голень		

108.	Отсутствие голени в результате экзартикуляции в коленном суставе или культя на уровне верхней трети голени.	60
109.	Культя на уровне средней и нижней трети голени.	50
110.	Ложный сустав или несросшейся перелом костей голени:	
	1) обеих костей;	45
	2) большеберцовой кости;	35
	3) малоберцовой кости;	10
	4) большеберцовой и сросшийся перелом малоберцовой;	40
	5) малоберцовой и сросшийся перелом большеберцовой.	20
111.	Нарушение функции голени:	
	1) легкая степень - умеренное нарушение статики, болевой синдром, незначительная деформация (укорочение на 1-2 сантиметра), умеренное ограничение движений в коленном или голеностопном суставах;	15
	2) средняя степень - значительное нарушение статики, болевой синдром, отечность, деформация, умеренное ограничение движений в коленном и (или) голеностопном суставах, или значительное ограничение движений в одном из этих суставов;	25
	3) сильная степень - резкое нарушение статики, болевой синдром, отечность, значительное ограничение движений в коленном и (или) голеностопном суставах, или резкое ограничение движений в одном из этих суставов, выраженная деформация.	40
Голеностопный сустав		
112.	Болтающийся голеностопный сустав.	35
113.	Анкилоз (неподвижность) голеностопного сустава:	
	1) в функционально выгодном положении (под углом 90-95°);	25
	2) в функционально невыгодном (каком-либо ином) положении.	35
114.	Ограничение движений в голеностопном суставе (контрактура):	
	1) умеренно выраженная контрактура (разгибание – 80-85°, сгибание – 10-130°);	10
	2) значительно выраженная контрактура (разгибание – 90-95°, сгибание – 90-105°);	15
	3) резко выраженная контрактура (разгибание и сгибание в пределах 10°).	20
	Примечание. Объем движений в голеностопном суставе в норме: разгибание – 70-75°, сгибание – 135-140° (отсчет ведется от угла 90° – функционально выгодного положения стопы).	
115.	Внутрисуставной перелом костей голеностопного сустава, разрыв связок, вывих стопы без нарушения функции сустава на день освидетельствования.	

Стопа		
116.	Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в голеностопном суставе или ампутации на уровне предплюсны, пяточной или таранной кости	40
Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации:		
117.	1) на уровне костей предплюсны;	25
	2) на уровне плюсневых костей.	30
Нарушение функции стопы в результате ее травмы:		
118.	1) умеренное нарушение статики, отечность, болевой синдром;	10
	2) значительное нарушение статики, выраженный болевой синдром, деформация, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе;	15
	3) резкое нарушение статики, выраженный болевой синдром, значительная деформация, значительное ограничение движений в голеностопном суставе;	25
	4) резкое нарушение статики, резко выраженная отечность, резкое ограничение движений в голеностопном суставе.	30
119.	Резкое нарушение статики, значительная деформация, стойкий болевой синдром, в том числе ложный сустав или несросшийся перелом одной или нескольких костей.	25
Пальцы стопы		
120.	Отсутствие всех пальцев стопы в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговых суставах, или ампутации на уровне основных фаланг.	25
121.	Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или частью ее.	15
122.	Отсутствие первого пальца в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги.	10
123.	Нарушение функции первого пальца в результате травмы или отсутствие ногтевой фаланги.	5
Отсутствие какого-либо пальца стопы в результате экзартикуляции в плюсне-фаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги (кроме первого):		
124.	1) одного пальца;	5
	2) двух – трех пальцев;	10
	3) четырех пальцев.	15
Отсутствие пальца с плюсневой костью или частью ее (кроме первого):		
125.	1) одного пальца;	10
	2) двух - трех пальцев;	15
	3) четырех пальцев.	20
Нарушение функции пальцев или отсутствие одной - двух фаланг, кроме первого:		
	1) одного-двух пальцев;	5
	2) трех-четырёх пальцев.	10

126.	Примечание: Если в результате травмы двух и более пальцев стопы (кроме первого) функция одного из них полностью восстановилась, а функция остальных оказалось нарушенной, процент стойкой утраты общей трудоспособности определяется по настоящему пункту.	
127.	Посттравматические тромбозы, лимфостаз, нарушение трофики:	
	1) легкая степень (умеренная отечность, умеренная пигментация, бледность кожных покровов);	5
	2) средняя степень (значительная отечность, цианоз, трофические язвы, площадью до 4 см ²);	10
	3) сильная степень (резкая отечность, "слоновость" конечности, цианоз, трофические язвы площадью более 4 см ²).	15
128.	Травматический остеомиелит, функционирующие свищи, нагноительный процесс.	10

Приложение 2
к Инструкции о порядке
организации и производства
судебно-медицинской экспертизы

Таблица коэффициентов пересчета химико-токсикологических исследований на полные анализы.

№ п.п.	Метод исследования и объект исследования	Качественное определение	Количественное определение	Примечание
1	2	3	4	5
1. Газовая хроматография (ДТП)				
1.1.	Этиловый спирт			используется при проведении одной пробы только на этиловый спирт.
1.1.1.	Кровь	0,02	0,04	
1.1.2.	Моча	0,02	0,04	
1.1.3.	Дистиллят	0,02	0,04	
1.1.4.	Биологические органы и ткани	0,03	0,05	
1.2.	Исследование на этиловый и другие спирты			используется при введении одной пробы на этиловый и другие спирты, где соответственно затрачивается больше времени.
1.2.1	Биологические и другие жидкости	0,04	0,04	
1.2.2.	Биологические органы и ткани	0,05	0,05	
2. Газовая хроматография (ДИП)				
2.1.	Уксусная кислота	0,15	0,2	одно исследование одной пробы
2.3.	Летучие яды	0,15	0,2	
2.4.	Лекарственные вещества	0,3	0,3	
2.5.	Гликоли	0,3	0,3	

3. Газовая хроматография (другие детекторы)				
3.1.		0,3	0,3	одно исследование одной пробы
4. Высоко-эффективная жидкостная хроматография				
4.1.	ВЭЖХ	0,3	0,3	одно исследование одной пробы
5. Хромато-масс спектрометрия				
5.1.	ВЭЖХ-МС	0,5	0,5	одно исследование
5.2.	МС	0,3	0,3	одной пробы
6. Спектрофотометрия				
6.1.	УФ - и видимая область	0,05	0,05	На одну спектральную характеристику
6.2.	ИК – область света	0,2	0,2	
7. Дистилляция				
7.1.	Суррогаты алкоголя	0,4		перегонка из одного объекта
7.2.	Синильная кислота	0,4		
7.3.	Уксусная кислота	0,3		
7.4.	Гликоли	0,2		
7.5.	Фтор	0,6		
8. Изолирование токсических веществ экстракцией полярными растворителями				
8.1.	Водой			
8.1.1.	из биологических и других жидкостей	0,3		одно изолирование одного объекта
8.1.2.	из тканей органов	0,35		
8.2.	Гидролиз			
8.2.1.	биологических жидкостей	0,35		
8.2.2.	тканей органов	0,4		
8.2.3.	извлечений	0,35		
8.3.	Спиртом	0,45		
8.4.	Ацетоном	0,3		
8.5.	Другими растворителями	0,3		
9. Изолирование органическими растворителями				
9.1.	Гексаном	0,4		одно изолирование одного объекта
9.2.	Другими органическими растворителями	0,3		
10. Деструкция				
10. 1.	Любого объекта	0,4		
11. Минерализация				
	Минерализация органов и тканей,			

11.1.	промывных вод и биологических жидкостей, других объектов исследования	0,4		одно изолирование одного объекта
11.2.	Разрушение для исследования на диатомовый планктон	0.3		
12. Озоление				
12.1.	Любого объекта	0,3		
13. Диализ				
13.1.	Любого объекта	0,4		
14. Тонкослойная хроматография				
14.1.	Без элюирования	0,1		Одна пластинка в одной хроматографической системе с одним реагентом.
14.2.	С элюированием	0,15		При проявлении пластинки несколькими реагентами прибавляется дополнительно, с каждым из реагентов, значение для одной реакции идентификации, т.е. 0,02
15. Реакции идентификации				
15.1.	Без маскировки ионов	0,02		одна реакция, также для предварительных проб, основанных на химических свойствах
15.2.	с маскировкой ионов	0,1		
16. Иммуно-ферментный анализ (тест)				
16. 1.		0,01		Проведение предварительного ИФ теста в химико-токсикологическом отделении
17. Определение СОНб				
17.1.	Спектрофотометрия	0.1	0.2	
17.2.	Газовая хроматография	0,05		
Прочие (по затрате рабочего времени) 1 полный анализ = 25,5 час.				

