

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И.ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России)

На правах рукописи

**БУТОВСКИЙ
ДМИТРИЙ ИГОРЕВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ
ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА**

14.03.05 - СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Диссертация на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Кильдюшов Е.М.

Москва - 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	16
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	34
Глава 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАВОВЫХ И МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА.	41
Глава 4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ УЧАСТИЯ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ, А ТАКЖЕ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ, СОПРОВОЖДАВШЕЙСЯ МАССОВЫМИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ ЖЕРТВАМИ.	85
Глава 5. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УНИФИЦИРОВАННОЙ КАРТЫ РЕГИСТРАЦИИ ТРУПНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ РАБОТЕ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПО ОСМОТРУ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ.	115
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	124
ВЫВОДЫ	131
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	135
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	131
ПРИЛОЖЕНИЕ	164

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность.

В условиях социально-экономического реформирования российского общества прослеживается тенденция роста количества совершаемых преступлений. По данным Главного информационно-аналитического центра Министерства внутренних дел (ГИАЦ МВД) России (форма 1-Г) за 1997-2011 годы, среднегодовые темпы их прироста составляют 1,9 %, при этом число выявленных лиц, их совершивших, ежегодно уменьшается на 1,0 %. На фоне роста преступности качество осмотра трупа на месте его обнаружения является одним из важнейших компонентов, влияющих на раскрываемость насильственных преступлений, а значит и на общую составляющую борьбы с преступностью и установления правопорядка в России.

Доля смертей от внешних причин в Российской Федерации имеет тенденцию к увеличению. Это предопределяет в будущем увеличение нагрузки именно на судебно-медицинские подразделения, так как, например, в г. Москве к осмотру трупов в местах их обнаружений привлекают исключительно врачей – судебно-медицинские экспертов.

Специфическая и динамично меняющаяся обстановка крупного города оказывает влияние как на особенности работы врача при осмотре трупа на месте его обнаружения, так и на деятельность Бюро судебно-медицинской экспертизы. Это связано не только со способами лишения жизни, преобладающими в мегаполисе, но и с особенностями обнаружения трупов, что увязывается как со спецификой проживания в мегаполисе, так и с возможностями судебно-медицинских подразделений крупных городов.

Специфика тяжкой насильственной преступности в мегаполисах во многом определяется такими особенностями микросреды сверхкрупного города, как социальная анонимность жителей, ослабление социального контроля, обезличенность взаимодействия людей, наличие большого количества приезжих, высокая внутренняя и внешняя миграция населения и

т.п. Криминологические последствия этого проявляются в виде увеличения количества серийных преступлений, а также преступлений, совершенных с особой жестокостью и лицами, с болезненными расстройствами психики (20% всех тяжких насильственных преступлений). Отсюда крайне важной становится совершенствование не только качества, но и форм деятельности врача-специалиста в осмотре трупа.

Именно мегаполис может явиться мишенью террористов или местом масштабных техногенных катастроф, сопровождающихся большими человеческими жертвами. Такие факторы, как большое количество трупного материала поступающего в зону осмотра трупов, необходимость экстренной эвакуации трупов в морги, наличие большого количества родственников погибших на месте происшествия повышает значимость совершенствования проведения первичных идентификационных мероприятий именно на месте обнаружения трупа.

Дополнительную актуальность проблеме придает тот факт, что в рамках проводимой судебно-правовой реформы существенно обновлено законодательство, служащее правовой основой деятельности врача при осмотре трупа, значительные коррективы внесены в ведомственные акты, как правоохранных органов, так и Министерства здравоохранения Российской Федерации. В силу различных причин нормативная правовая база создавалась и обновлялась в разное время и без взаимоувязывания отдельных правовых предписаний. Это привело к тому, что отдельные вопросы остались без надлежащего правового регулирования, а объективно взаимосвязанные нормативные правовые акты содержат противоречащие друг другу предписания и существенно различаются по терминологии.

Так, ст. 178 УПК РФ прямо указывает, что «следователь производит осмотр трупа с участием понятых, судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия – врача», однако врач в УПК РФ нигде не упоминается в качестве официального участника уголовного судопроизводства и не признается самостоятельной процессуальной фигурой, имеющей

юридически закрепленные права и обязанности. Законодатель также не конкретизирует основной (базовой) медицинской специальности и послевузовской профессиональной специализации врача, который может быть привлечен к судопроизводству.

Все это снижает эффективность осмотра трупа на месте его обнаружения, а следовательно и эффективность раскрытия и расследования насильственных преступлений в целом.

Недостаточно разработаны и научные основы действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения, особенно с учетом специфики мегаполиса, хотя эти вопросы всегда привлекали внимание ученых. Под разными углами зрения они рассматривались в трудах дореволюционных, советских и современных российских ученых – специалистов в области судебной медицины, уголовного процесса, криминалистики и судебной экспертизы (Р.С. Белкин, [18], И.В. Буромский, [36], А.Ю. Вавилов, [39, 40], В.Н. Махов, [136], Н.П. Яблоков, [270], и др.).

Не умаляя ценности результатов исследований названных и иных авторов, необходимо отметить, что интегрального анализа деятельности врача при осмотре трупа в условиях мегаполиса в современных правовых, научно-технических и криминологических условиях, сделано не было.

Таким образом, в настоящее время, как в науке, так и на практике, можно констатировать наличие проблемной ситуации, выражающейся в противоречии между пониманием необходимости совершенствования деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения путем интенсификации использования современных судебно-медицинских знаний и нормативными и методическими ограничениями, сформированными еще в 20 веке без учета особенностей преступности регионов России и, особенно, преступности мегаполисов. Указанная ситуация требует системного подхода к проблеме и делает актуальной совершенствование теоретических основ и оптимизацию алгоритмов действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса.

Объектом исследования являются: общественные отношения, складывающиеся при организации и реализации деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса.

Предметом диссертационного исследования является деятельность по организации и производству осмотра трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать и обосновать единые основы организации и производства врачом осмотра трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса с позиций действующего законодательства и современных тенденций развития судебной медицины.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Достижение поставленной цели возможно при решении следующих задач:

1. Внести изменения в принципиальную схему работы электронной системы «Розыскник», внедренную в деятельность подразделений органов внутренних дел указанием МВД России от 29.09.05 г. № 1/6727.

2. Разработать унифицированную карту регистрации трупных явлений для использования ее врачом при осмотре трупа на месте его обнаружения.

3. Проанализировать современные возможности правовых и методических основ действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения для совершенствования уголовно-процессуального законодательства и ведомственных нормативных актов, а также для улучшения методической базы, регламентирующей проведение осмотра трупа на месте его обнаружения, содержащих, в частности, порядок действий врача-специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД СОИСКАТЕЛЯ

Автором разработан единый комплекс правовых и методологических основ деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса.

В ходе исследования: установлены исторические тенденции организации осмотра трупа на месте его обнаружения, заложенные еще в законодательстве царской России; выделены основные исторические этапы изменения организации осмотра трупа на месте его обнаружения; выявлены особенности практического применения современных форм использования знаний специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа и предложены направления дальнейшего их развития; определены пути совершенствования правовых основ и методологических подходов осмотра трупа на месте его обнаружения; разработаны предложения по совершенствованию законодательства и ведомственных актов, включая авторский проект «Порядка действий врача-специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа на месте его обнаружения», учитывающий современное состояние судебно-медицинской науки и существующую правовую базу.

В рамках исследования предложены: алгоритм действий врача в случаях обнаружения трупа с ранними трупными явлениями, поза которого не менялась, и обоснована возможность и необходимость его юридического закрепления в ведомственном нормативном акте; алгоритм деятельности специалиста в области судебной медицины в дежурной следственно-оперативной группе; авторские выводы по роли квалификации и организации обучения врачей, привлекаемых к осмотру трупа на месте его обнаружения.

Часть авторских предложений, направлена на оптимизацию работы непосредственно ГБУЗ города Москвы «Бюро судебно-медицинской

экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы». Среди них: методические рекомендации по осмотру трупа на месте его обнаружения; унифицированная регистрационная карта, с заложенными в ней алгоритмами действий врача при осмотре трупа; предложения по оптимизации методологии осмотра трупа и др.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые с позиций действующего законодательства и выявленных тенденций развития судебной медицины обоснованы и разработаны единые основы организации и производства врачом осмотра трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса, представленные к закреплению в соответствующем ведомственном акте.

Проведен комплексный системный анализ исторических и современных правовых и методических основ участия врача в осмотре трупа, позволивший выделить основные этапы изменения организации осмотра трупа и выявить исторически predetermined тенденции. Разработан и научно обоснован алгоритм действий врача, определяющий круг решаемых вопросов и последовательность действий при осмотре трупа на месте его обнаружения, учитывающий все многообразие условий нахождения трупа в крупном городе, а также современную правовую и методологическую основу данного вида деятельности.

Устранены понятийные разноречия между практиками деятельности судебно-медицинской службы и правоохранительных органов, ориентированными на проведение идентификационных мероприятий в отношении трупов неопознанных лиц; усовершенствованно уголовно-процессуальное понятие «специалист»; научно обоснованно совершенствование подготовки врачей, направленной на реализацию положений уголовно-процессуального законодательства о возможности их привлечения к осмотру трупа на месте его обнаружения.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

На основе существующей правовой базы и потенциальных возможностей современных медицинских технологий разработаны единая правовая система, определяющая деятельность врача при осмотре трупа на месте его обнаружения, выраженная во взаимосвязанном совершенствовании уголовно-процессуального законодательства и ведомственных нормативных актов, а также алгоритм действий врача-специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения, закреплённый в проекте «Порядка действий врача-специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа на месте его обнаружения», позволяющий проводить динамичную корректировку направления работы и последовательности проводимых мероприятий в зависимости от состояния трупа.

Разработана унифицированная регистрационная карта, с заложенными в ней алгоритмами действий, предназначенная для применения врачом при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса, внедрение которой в работу групп дежурных судебно-медицинских экспертов отдела дежурных экспертов ГБУЗ города Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы» показало улучшение качества протоколов осмотров трупов на местах их обнаружения.

Доработана компьютерная идентификационная программа «Розыскник» используемая органами внутренних дел, позволяющая ускорить и оптимизировать идентификационные мероприятия в отношении обнаруженных неопознанных трупов лиц путем устранения понятийных и терминологических разноречий между судебно-медицинской службой и органами внутренних дел.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Авторская модификация электронной системы «Розыскник», внедренной в деятельность подразделений органов внутренних дел указанием МВД России от 29.09.05 г. № 1/6727, позволяющая повышать эффективность идентификации трупов из мест происшествий, связанных с массовыми жертвами за счет унификации их описания в электронных базах органов внутренних дел, примером которых и является указанная электронная система.

2. Внедренная в деятельность Государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ГБУЗ) города Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы» авторская унифицированная регистрационная карта, с заложенными в ней алгоритмами действий врача при осмотре трупа, предназначенная для заполнения ее врачом при осмотре трупа на месте его обнаружения и последующей транспортировки в морг для дальнейшего изучения танатологом.

3. Комплекс взаимосвязанных предложений по совершенствованию уголовно-процессуального законодательства и ведомственных нормативных актов, формирующих новую, отражающую современное состояние развития общества, законодательства и судебно-медицинской науки, правовую базу деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения. Среди них:

- проект «порядка действий врача-специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа на месте его обнаружения», введение которых совместным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также иных заинтересованных ведомств упорядочит работу врача-специалиста и повысит ее эффективность;

- предложения по совершенствованию УПК РФ, выражающиеся в новых редакциях ст.ст. 58, 178 УПК РФ, направленных на оптимизацию

терминологии и совершенствование процессуального понятия «специалист» с учетом особенностей деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения;

- предложения по регламентации организационных форм участия врача-специалиста в работе следственной или следственно-оперативной групп, а также алгоритм деятельности врача-специалиста в дежурной следственно-оперативной группе. Учитывая отсутствие регламентации деятельности врача в рамках указанных организационных формирований в действующих ведомственных актах МВД России, Минздрава России и иных ведомств, ее упорядочивание возможно путем внесения изменений в приказ МВД России от 20 июня 1996 г. № 334 и разработки самостоятельного межведомственного нормативного правового акта, посвященного работе врача-специалиста при осмотре трупа.

4. Предложения по совершенствованию методической базы проведения осмотра трупа на месте его обнаружения.

Сформированы предложения по устранению значимых методических недочетов, выявленных при исследовании деятельности врача-специалиста, регламентируемой «Правилами работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)», утвержденными Начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР 27 февраля 1978 г. № 10-8/21 (далее – Правила 1978 г.). Конкретные предложения даны в работе и учтены в проекте «Порядка действий врача-специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения». Они касаются работы врача-специалиста по фиксации как ранних, так и поздних трупных явлений, а также при повреждениях тупыми и острыми предметами, при автотранспортной, железнодорожной травме, при авиационной травме, при огнестрельных повреждениях, при сдавлении шеи петлей, при утоплении в воде, при отравлении газообразными веществами.

Теоретико-методологическую основу исследования составили

категории и законы материалистической диалектики, что предполагало апеллирование к таким принципам, как внутренняя противоречивость и целостность явлений, повторяемость и поступательность их развития и др.

Общенаучные методы использованы в разработке общетеоретических проблем правовых основ и методологии осмотра трупа. Специальные методы использованы при описании конкретных процессов в сфере обеспечения и реализации деятельности врача при осмотре трупа. Особое значение имели методы сравнительно-юридического анализа, статистические, логические, социологические методы, в том числе и метод включенного наблюдения, обусловленный опытом работы соискателя в Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы.

Правовую основу исследования составили Конституция Российской Федерации, уголовно-процессуальное, оперативно-розыскное и другое законодательство Российской Федерации, ведомственные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации и правоохранительных органов страны.

Эмпирическую основу исследовательской базы составили результаты обобщения и анализа: статистических сведений МВД России; 500 протоколов осмотров трупов, на местах их обнаружений, составленных с участием сотрудников отдела дежурных судебно-медицинских экспертов отдела дежурных судебно-медицинских экспертов Бюро СМЭ Департамента здравоохранения г. Москвы составленных в 2006 г.; 500 протоколов осмотров трупов, на местах их обнаружений, составленных с участием сотрудников отдела дежурных судебно-медицинских экспертов отдела дежурных судебно-медицинских экспертов Бюро СМЭ Департамента здравоохранения г. Москвы составленных в 2013 г.; материалов 113 уголовных дел, содержащих протоколы осмотра трупа на месте его обнаружения в г. Москве за 2011 г.; 1000 протоколов осмотров трупов на местах обнаружений в г. Москве, проведенных с привлечением в качестве

специалистов сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы за период 2009-2012 гг.; анкетированных опросов 46 судебно-медицинских экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы, привлекаемых в качестве специалиста к осмотрам трупов на местах их обнаружения; опросов начальников 53 территориальных Бюро судебно-медицинской экспертизы по вопросам, касающимся работы дежурной службы с учетом региональной специфики в части применения регистрационной карты при осмотре трупа.

Использован личный опыт работы в Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы (1997-2013 гг.).

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Результаты научных исследований по теме диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции «Морфология критических и терминальных состояний», проведенной на базе кафедры судебной медицины государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов» (Москва, 2011); научно-практической конференции с международным участием «Медицинская экспертиза и медицинское право», посвященной памяти Заслуженного деятеля науки РФ, профессора Г.А. Пашина, проведенной на базе кафедры судебной медицины и медицинского права Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва, 2011); а также на заседании кафедры судебной медицины лечебного факультета Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования Российский

национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 04\14, от 26 декабря 2013 года) (Москва, 2013),

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты диссертационного исследования, касающиеся теоретических и прикладных основ деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения внедрены в работу ГБУЗ города Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы», кафедры судебной медицины лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России.

Предложения, касающиеся совершенствования идентификации трупов в местах их массового обнаружения, совершенствования системы «Розыскник» внедрены в деятельность МВД России.

Положения и иные материалы диссертации внедрены в практическую деятельность КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, ФГБОУ ВПО «ЧГУ им. И.Н.Ульянова».

ПУБЛИКАЦИИ

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 5 статей в журналах, входящих в перечень изданий, рекомендованных ВАК Минобразования России для публикации научных работ.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ

Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и

приложений. Объем диссертации с приложением составляет 194 страницы компьютерного набора, включая 8 приложений. Список литературы включает 304 источника, включая публикации 270 отечественных и 34 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Согласно современного уголовно-процессуального законодательства Российской Федерации осмотр трупа на месте его обнаружения проводится в рамках следственного осмотра с привлечением судебно-медицинского эксперта или врача. Несмотря на кажущуюся ясность законодательных формулировок, все не так однозначно. В уголовном судопроизводстве Российской Федерации существуют две процессуальные фигуры, обладающие специальными знаниями – «эксперт» и «специалист» [13, 29, 30, 31, 93, 95, 122 и др.]. Однако из ст. 178 УПК РФ следует, что «следователь производит осмотр трупа на месте его обнаружения с участием понятых, судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия – врача». При этом в этой же статье приведено – «при необходимости для осмотра трупа могут привлекаться другие специалисты». Значит врач и врач-судебно-медицинский эксперт, привлекаемые к осмотру трупа, с точки зрения уголовного судопроизводства могут рассматриваться как «специалисты». Об этом же свидетельствуют и те факты, что согласно ст. 57 УПК РФ, экспертом может быть только лицо, назначаемое для производства исключительно судебной экспертизы и дачи заключения, а «врач» вообще не является участником уголовного процесса и сам термин, помимо ст. 178 УПК РФ, больше не упоминается в уголовно-процессуальном законодательстве Российской Федерации.

Некорректное отношение к использованию терминов, обозначающих процессуальный статус лица, обладающего специальными знаниями, прослеживается и на уровне внутриведомственных нормативных правовых актов.

Для понимания оптимальной формы проведения осмотра – с привлечением судебно-медицинского эксперта или врача, определения

критерия разграничения ситуаций их привлечения для оптимизации деятельности при осмотре, рассмотрения различных вариантов редактирования положений нормативных правовых актов необходимо оценить исторические тенденции, приведшие именно к современному состоянию законодательства.

Ни в Соборном уложении 1649 года (Уложение Алексея Михайловича), одобренном «в лето 1656 года, июля, в 16 день, государем царем и великим князем Алексеем Михайловичем» [239], которое было основным правовым кодексом России XVII-XVIII веков, ни в более древних Судебниках нет прямых упоминаний о привлечении врача к осмотру трупа.

При этом следует отметить, что обязательный осмотр трупов существовал в России с древнейших времен, даже «гораздо прежде установления следственного судопроизводства, причиной тому, что по древней системе нашего права взималось головничество за убийство с той волости, где найдено мертвое тело, если убийцу нельзя было отыскать» [128]. Это же правило встречается и после издания Уложения от 23 февраля 1657 г. К тому же указом от 9 марта 1677 г. была введена дифференцированная оплата в зависимости от причины смерти лица – «взимать за найденное мертвое тело с тутошних жителей виры рубль, но если смерть приключилась случайно без хитрости, в таком случае велено брать только гривну явленного» [128].

Начиная со времен Петра I, осмотр приобрел несколько иной характер: стали его проводить только в некоторых оговоренных случаях (если умрет человек, участвовавший в драке; явно заколот или зарублен), но акцент стали делать на выяснение причин смерти. Постановления, изложенные в Воинских артикулах и Морском уставе, предполагали, что «осмотр тела и в нужных случаях вскрытие велено проводить медикам, которые после разыскания причины смерти должны были о том подать в суд письменное свидетельство, и оное присягой своей подтвердить» [128].

В Высочайше утвержденном докладе Медицинской коллегии «Об учреждении медицинских управ» от 19 января 1797 г. были изложены правила осмотра мертвых тел. Так, сначала должна была идти краткая фабула произошедшего, затем – «действительное состояние уязвленного, ядом отравленного или мертвого тела». Порядок свидетельства следующий: «во-первых, велено описать то, что снаружи на теле оказывается, а напоследок, что по вскрытии головного черепа, груди, брюха и прочих членов видеть можно. Не должно ничего о том говорить, что действительно неизвестно и о чем не можно быть совершенно уверены» [128]. Указом от 29 декабря 1809 г. подтверждены правила установленные 154 Воинским артикулом и добавочно определено, что если на теле есть очевидные признаки причины смерти (застрелен, удушен, зарезан, утоплен, замерз и т.д.), то «лекарское засвидетельствование совершенно бесполезно; ибо вскрытие тела не обнаруживает того, от самоубийства ли смерть последовала, или же она насильственно причинена другими, а тем менее можно открыть виновника преступления, что зависит только от полицейского изыскания».

Однако очевидно, что данные указания не могут быть расценены как регламентация исследования и осмотра трупа. С этим были согласны и юристы Царской России. Так В.А. Линовский отмечал, что «все существующие до 1928 г. узаконения, в которых находятся постановления об осмотре мертвых тел, не вполне исчерпали предмета своего, поэтому чувствуема была потребность в постановлениях более полных и точных. Недостаток этот наконец был пополнен в 1828 г., изданное в 19 день Декабря того года Наставление представляет правила, соответствующие успехам врачебных наук» [128]. Однако, с учетом того, что предмет и объект судебной медицины, как науки, в тот период были не определены [148, 195, 214, 225, 226], обращение именно к врачам, а не к врачам-судебно-медицинским экспертам, было естественным.

Следующим шагом в становлении института сведущих людей, в число которых входили и врачи, характеризующимся более подробной его регламентацией, можно считать принятие Устава уголовного судопроизводства (далее – Устав уг. суд.) 1864 года. Устав [256] в плане использования знаний сведущих людей продолжил и развил положения, уже декларированные в Своде законов уголовных 1832 года, учтя при этом новые состязательные принципы судопроизводства и отказ от формальной теории доказательств. Не проводя детального обсуждения, укажем лишь некоторые моменты, которые иллюстрируют привлечение сведущих в медицине людей в уголовном судопроизводстве Российской Империи вплоть до смены власти 1917 года.

Во-первых, начинают учитывать квалификацию врачей и, исходя из этого, решать вопрос об их привлечении к осмотрам. Учитывая квалификацию, ст. 350 Устав уг. суд. даже оговаривала, что «повивальныя бабки не приглашаются для самостоятельнаго судебно-медицинскаго освидѣтельствования женщинъ, но могутъ быть призываемы въ качествѣ помощницъ судебного врача». При этом, хотя еще нет разграничения на специалиста в области судебной медицины и врача иной специализации, в документах речь идет уже не о просто враче, а о «судебном враче», что предполагало наличие у него некоторых особых знаний. Именно в это время идет становления судебной медицины как науки. Формируется представление о том, что «объемъ и содержаніе судебной медицины опредѣляется количествомъ и качествомъ вопросовъ, встрѣчающихся in foro и требующихъ содѣйствія врача. Что же касается частныхъ этой науки, то онѣ непрестанно развиваются и совершенствуются, съ одной стороны потому, что лежащая въ основѣ судебной медицины медицинская наука вообще прогрессируетъ и обогащается новыми данными, съ другой стороны потому, что спеціально судебно-медицинскіе вопросы изучаются подробнѣе, съ примѣненіемъ новыхъ способовъ изслѣдованія, особенно эксперимента, такъ что сравнительно...» [258]. Однако специальности

судебно-медицинский эксперт еще нет, поэтому речь идет о деятельности врача. При этом считали, что «правила, которыми врач руководствоваться долженъ при объясненіи предлагаемыхъ ему сомнительныхъ судебныхъ случаевъ, могутъ быть разделены на общія или юридическія, и особенныя или медицинскія» [62]. Таким образом, именно здесь начинает зарождаться специальность «судебно-медицинская экспертиза» и первым шагом является разграничение при вызове специалиста в области медицины на «судебного врача» и просто «врача».

Во-вторых, Устав предусматривал несколько форм осмотра и освидетельствования. Согласно ст. 315 Устава уг. суд. «осмотры и освидѣтельствованія производятся въ присутствіи понятыхъ или непосредственно судебнымъ слѣдователемъ, или чрезъ свѣдущихъ людей». В комментариях того времени указанной статьи поясняется, что «Законъ установилъ два рода осмотровъ и освидѣтельствований: чрезъ слѣдователя, когда для производства ихъ не встречается необходимости въ какихъ-либо специальныхъ знаніяхъ, и въ послѣднемъ случаѣ - чрезъ свѣдущихъ людей, въ присутствіи слѣдователя; въ обоихъ случаяхъ при осмотрѣ и освидѣтельствovanіи должны находиться понятые...» [204].

В специальной литературе распространено мнение, что «осмотры и освидетельствования через сведущих лиц, в частности врачей, содержали некоторые признаки и той формы использования знаний сведущих лиц, которая ныне именуется: участие специалистов в следственных действиях» [136]. В качестве основного аргумента обычно приводят именно тот факт, что «Устав не предусматривал участия сведущих людей в осмотрах и освидетельствованиях, проводимых следователем. Вместе с тем, производство осмотров и освидетельствований через врачей осуществлялось не только по предложению следователя, но и при участии его и понятых. Согласно ст. 345, следователь, понятые, участники осмотра имели право заявлять свое мнение о действиях врача, которые им покажутся сомнительными: мнения эти заносились в протокол» [136]. Это положение

можно даже усилить указанием на то, что не только врачебные, но и любые иные осмотры с привлечением сведущих людей, проводились в присутствии следователя и понятых.

При этом законодатель посчитал нужным ввести в Устав уг. суд. в 4-ой главе в первом отделении, посвященном осмотру и освидетельствованию наряду с частью «Осмотръ и освидѣтельствованіе чрезъ слѣдователя» еще две: «Осмотръ и освидѣтельствованіе чрезъ свѣдущихъ людей вообще» и «Осмотръ и освидѣтельствованіе чрезъ врачей». Положение сведущего лица, врача и представителя иной профессии в уголовном судопроизводстве было совершенно разным. Так, в определении Правительственного Сената от 12-го мая 1875 года, по делу о штрафовании помощником мирового судьи Казахского отдела Лакашиным медика Теръ-Давыдова прямо говорится, что «въ виду различнаго значенія въ следственномъ производствѣ свѣдущихъ людей и судебныхъ врачей невозможно приравнивать ихъ и правила, изложенныя для действія свѣдущихъ людей, применять къ судебнымъ врачамъ» [204]. При этом положения законодательства, касающиеся регламентации действий сведущих лиц, могли применяться к врачам «лишь въ случае вызова ихъ въ качестве лицъ, приглашаемыхъ ради спеціальныхъ ихъ познаній или опытности, согл. 325 - 329 ст. Устава уг. суд.» [204], но только не тогда, когда он выступает судебным врачом. Таким образом, именно здесь закладывается особое отношение к судебным врачам. Анализ их деятельности показывает, что именно они, «судебные врачи» стали прототипом «судебно-медицинских экспертов», то есть лиц, привлекаемых для производства экспертиз. При этом именно на основе понимания особого положения «судебного врача» зародилась и должность «судебно-медицинский эксперт» и специальность «врач-судебно-медицинский эксперт». Соответственно особое процессуальное положение «врача», приравниваемого в отличие от «судебного врача к «сведущему лицу» в случаях, предусмотренных ст.ст. 325 - 329 Устава уголовного судопроизводства можно расценивать как зарождение современного понятия

«специалист», как лица привлекаемого к участию в процессуальных действиях для оказания помощи следователю.

Эту гипотезу подтверждает и положение статей Устава уголовного судопроизводства, согласно которому именно на сведущее лицо возлагается отбор и упаковка предметов, подлежащих дальнейшему исследованию. Так ст. 374 предполагает, что предметы, подлежащие химическому или микроскопическому исследованию, берут только в необходимом для исследования количестве и укладываются врачом или фармацевтом так, чтобы не могли утратиться в дороге, воспринять посторонней примеси, или образовать химических с посудой соединений. Бесспорно, что здесь врач выступает в современном понимании именно как «специалист».

Особого рассмотрения заслуживает сама организация осмотра трупа. Так считалось, что «должно стараться, чтобы тѣло, какъ предметъ судебного изслѣдованія, оставалось, если возможно, въ томъ же мѣстѣ и въ томъ положеніи, въ которомъ человекъ умеръ» (ст. 1195 Устава врачебного; § 5 Указа).

Позднее, Указом от 22 апреля 1854 года, стали допускать некоторые исключения, разрешающие проведение вскрытия в судебно-медицинских учреждениях. Эти положения вошли в форме примечания в ст. 1195 Устава врачебного [218]. Так допускалось, в виде исключения «доставленіе труповъ, подлежащихъ судебно - медицинскому изслѣдованію, изъ Юрьевскаго уѣзда въ судебно-медицинскій институтъ при анатомическомъ театрѣ Императорскаго Юрьевскаго Университета, для производства сего изслѣдованія при профессорѣ государственнаго врачебновѣдѣнія и студентахъ медицинскаго факультета». Основной причиной этого была необходимость обучения студентов. Однако именно здесь, из-за допущения проведения вскрытия вне места обнаружения трупа, начинают формироваться правила проведения предварительного осмотра тела сведущим лицом, который в этом случае выступает в качестве специалиста.

Так, в том же примечании к ст. 1195 Устава врачебного говорится о возможности проведения судебно-медицинского исследования вне места обнаружения трупа «не иначе, какъ при строгомъ соблюденіи порядка предварительнаго осмотра тѣла съ составленіемъ судебно-медицинскаго протокола и притомъ: а) когда следователь, не находя нужнымъ вскрыть тѣло на мѣстѣ, согласится на перевозку онаго въ означенный выше институтъ, о чемъ должно быть означено въ актѣ предварительнаго осмотра, и б) когда родственники погибшаго согласятся на взятіе тѣла его, о чемъ должно быть при дѣлѣ свидетельство ихъ, удостоверенное мѣстною полиціею; 2) во всякомъ случаѣ при удостовѣреніи полицейскаго врача въ томъ, что отъ перевозки тѣла не послѣдуетъ поврежденія онаго, и подъ условіемъ производства укупорки трупа также въ присутствіи и на ответственности врача, что также должно быть упомянуто въ актѣ предварительнаго осмотра; 3) въ видѣ общаго правила только въ зимнее время и преимущественно при зимнемъ пути, а въ прочія времена года, въ видѣ исключенія изъ общаго правила, только тогда, когда полицейскій врачъ возьметъ такое доставленіе трупа на свою ответственность, независимо отъ удостовѣренія, требуемаго 2 пунктомъ, что также имѣеть быть означено въ актѣ предварительнаго осмотра...».

При этомъ несмотря на то, что все дѣйствія судебнаго врача при обнаруженіи трупа сводились къ такой формѣ, какъ «исследование трупа», виды такого исследования различались. «Ислѣдованіе труповъ (*inspection cadaverum medico-legalis s, obductio stricte sic dicta*) есть наружное (*inspection cadaverum externa*) и внутреннее (*inspection cadaverum interna s, section medico-legalis*). Первое всегда должно предшествовать этому послѣднему. Изъ этого однако жъ не слѣдуетъ, чтобы осмотрѣвши трупъ сперва снаружи, всегда необходимо нужно было вскрывать и внутренности. Если одно только наружное ислѣдованіе совершенно достаточно для отысканія и опредѣленія истинной причины смерти: въ такомъ случаѣ конечно нѣтъ надобности и во внутреннемъ...» [62].

Таким образом, в уголовном судопроизводстве Российской Империи, опирающемся на Устав, существовало по сути два лица, обладающих специальными познаниями – «судебные врачи» и «сведущие люди», включая врачей, в случае вызова их в качестве лиц, приглашаемых ради их специальных знаний или опытности, согласно ст.ст. 325 - 329 Устава. В случае обнаружения трупа обычно первоначально проводили «осмотр и освидетельствование чрез Следователя» и лишь затем в случае необходимости «осмотр и освидетельствование чрез сведущих людей вообще» или «осмотр и освидетельствование чрез врачей». Последние два и являлись по своему смыслу экспертными исследованиями, но и при осмотре, проводимом следователем, сведущие люди, включая врачей, выполняли и функции, свойственные в современном уголовном процессе специалистам.

Устав впервые дал основу для процессуального разделения использования знаний сведущих лиц непосредственно на «проведение экспертизы» и «участие в следственных действиях, в качестве специалиста», а также закрепил возможность получения необходимой информации путем допроса сведущих лиц. Именно здесь зародилось узкое понимание экспертизы, как одного из видов доказательств, и ее разграничение с иными формами участия сведущих лиц в расследовании. В дальнейшем регламентация проведения экспертизы пошла по пути обеспечения ее достоверности, в том числе за счет обеспечения квалификации сведущего лица, что и привело к формированию специальности «судебно-медицинская экспертиза». Параллельно иное направление развития использования специальных медицинских знаний много позже породило новую процессуальную фигуру – «специалиста». Именно этим объясняется тот факт, что до сих пор в качестве специалиста при смотре трупа на месте его обнаружения законодатель предлагает привлекать судебно-медицинского эксперта или врача.

Сложившийся процесс развития использования специальных судебно-медицинских знаний, направленный на расширение их форм, был нарушен

революционными изменениями 1917 года. Декрет о суде № 1 от 22 октября 1917 года разрешил судьям руководствоваться действовавшими до революции законами о судопроизводстве, если они не были отменены и не противоречили революционному правосознанию. Анализ нормативных правовых актов и практики этого периода показывает, что именно в это время издается ряд нормативных актов (Положение о психиатрической экспертизе РСФСР от 8 мая 1919 года, Положение о судебно-медицинских экспертах от 24 октября 1921 г. и др.), которые определили экспертов-врачей в качестве научных судей, заключения которых обязательны для судов. Это был шаг назад от состязательного уголовного процесса к формальной системе оценки доказательств. Обращает на себя внимание, что вместо терминов «судебный врач», «врач», «сведущее лицо» вводится сводный термин «врач-эксперт». Таким образом, несмотря на то, что судебная медицина уже сформировалась как самостоятельная наука, в уголовном судопроизводстве в качестве специалистов в этой области все еще признают врачей в широком смысле данной профессии, однако подчеркивая возможность проведения ими экспертиз, то есть некую универсальность их знаний в области судебной медицины.

Однако в части упорядочивания процессуального производства принятие УПК РСФСР 1922 года, а затем и УПК РСФСР 1923 года сыграло свою положительную роль. Впервые термин «экспертиза» и «эксперт» твердо заняли место в уголовном процессе: прямо указывалось, что заключение эксперта является доказательством (ст. 58 УПК РСФСР 1923 г.); при этом отмечалось, что «заключение экспертов для суда не обязательно, однако несогласие суда с экспертизой должно быть им подробно мотивировано в приговоре или особом определении» (ст. 298). В примечании к ст. 63 УПК РСФСР 1923 г. определены случаи обязательного вызова эксперта. При этом экспертами называли всех сведущих лиц. Так, ч. 2 ст. 192 УПК РСФСР 1923 г. гласила, что экспертов вызывают не только для дачи экспертных заключений; в случае необходимости их приглашали для

участия в проводимых следователем осмотрах и освидетельствованиях. Судебно-медицинские эксперты приглашались не только, если возникала необходимость во вскрытии и патологоанатомическом исследовании трупа, но и для участия в их осмотрах, а также освидетельствованиях потерпевшего, обвиняемого и в других случаях, где требуются специальные познания врача (ст. 193). Ст. 64 говорила, что лицо, вызываемое в качестве эксперта, обязано явиться и участвовать в осмотрах и освидетельствованиях и давать заключения. Но при этом, само участие эксперта в осмотрах и освидетельствованиях, согласно ст. 192, должно регламентироваться правилами, изложенными в ст. 169 - 174, где речь идет о правилах производства экспертизы в уголовном судопроизводстве. Таким образом, получалось, что в уголовном процессе все сведущие лица, вне зависимости от того для участия в каких действиях они привлекались – проведение экспертизы или участие в следственных действиях, имели процессуальный статус «эксперта», а все их действия регламентировались нормами проведения экспертных исследований. Можно согласиться с мнением В.Н. Махова, который считает, что «нормы в ст. 64, 192 и 193 УПК РСФСР 1923 г. явились результатом влияния дореволюционного уголовно-процессуального законодательства, предусматривающего осмотры и освидетельствования, проводимые сведущими людьми, как начальный этап экспертизы» [136].

Непонятность в УПК РСФСР формы участия эксперта при проведении ряда следственных действий привели к обширной дискуссии по поводу правовой природы осмотров и освидетельствований, проводимых с их участием. Так, М.М. Гродзинский признавал такие осмотры и освидетельствования являются особой формой экспертизы, так как при их проведении «происходит применение специальных знаний при доказывании» [95]. Противоположную позицию высказывал Р.Д. Рахунов: «...участие эксперта в осмотре носит процессуальный характер, поскольку закон разрешает такое участие, но не является экспертизой» [210].

Существовали и промежуточные точки зрения, например, что эксперты, участвуя в осмотрах и освидетельствованиях, осуществляют некую внепроцессуальную деятельность.

Объективные предпосылки к законодательному введению фигуры специалиста в уголовный процесс сложились лишь в 60-х годах. Свой вклад внесло и дальнейшее развитие науки и техники. Широкое распространение получила судебная фотография, баллистика, трасология, исследование почерка и техническая экспертиза документов [86, 122, 242, 270]. Одновременно с этим при проведении следственных действий все чаще стали применять криминалистическую технику, которая значительно совершенствовалась [122].

УПК РСФСР 1960 года ввел в уголовный процесс термин «специалист». Это стало демонстрацией разделения возможности использования судебно-медицинских знаний в уголовном судопроизводстве – в качестве знаний специалиста, при участии в отдельных следственных действиях, в первую очередь при осмотре трупа, и знаний эксперта при проведении судебно-медицинских экспертиз.

В УПК РФ 1960 г. законодатель оговорил следственные действия, к участию в которых следователь мог привлекать специалистов. В частности применительно к лицам, обладающим медицинскими знаниями, обязательным являлось участие специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения и при его эксгумации (ст. 180); упоминалась возможность привлечения врача при проведении освидетельствования (ст. 181). В 1966 году УПКполнился ст. 133¹ «Участие специалиста», где давались разъяснения относительно прав и обязанностей специалистов, особенностей их вызова и т.п. В дальнейшем эта статья неоднократно уточнялась и дополнялась.

В итоге получилось, что в случаях, предусмотренных УПК РСФСР 1960 г., следователь вправе вызвать для участия в производстве следственного действия специалиста, не заинтересованного в исходе дела. Специалист

обязан: явиться по вызову; участвовать в производстве следственного действия, использовать свои специальные знания и навыки для содействия следователю в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств; обращать внимание следователя на обстоятельства, связанные с обнаружением, закреплением и изъятием доказательств; давать пояснения по поводу выполняемых им действий. При этом он вправе делать подлежащие занесению в протокол заявления, связанные с обнаружением, закреплением и изъятием доказательств. Все это в полной мере относилось и к действиям врача при осмотре трупа на месте его обнаружения, так как с процессуальной стороны врач являлся именно «специалистом».

Законодательная конкретизация восприятия врача, задействованного в осмотре трупа, именно в качестве специалиста послужила основанием для принятия Правил работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия), утвержденных Начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР И. В. Шатким 27 февраля 1978 г. № 10-8/21. Указанные правила действуют до сих пор.

При этом ст. 180 УПК РСФСР 1960 г. предполагала, что «наружный осмотр трупа на месте его обнаружения проводит следователь в присутствии понятых и с участием врача – специалиста в области судебной медицины, а при невозможности его участия – иного врача». Таким образом, наблюдается точное указание рекомендуемой специальности врача – судебная медицина и подчеркивается его процессуальный статус – «специалист». Такая же терминология, полностью соответствующая требованиям УПК РСФСР, была отражена и в Правилах работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) 1978 г.

Принятый в 2001 году Уголовно-процессуальный кодекс РФ внес много нового в понимание статуса «специалиста», которым все также

является врач при осмотре трупа, но принципиально не изменил организацию осмотра трупа.

Новым является само законодательное определение понятия «специалист». Если в УПК РСФСР 1960 года таковым следовало рассматривать лицо, обладающее специальными знаниями, и привлекаемое к участию только в следственных действиях и то лишь, где это предусматривалось законодательством (ст.ст.133¹, 159, 179, 180, 183, 170 и др.), то в УПК РФ функции специалиста трактуется значительно шире. Согласно п. 1 ст. 58 УПК РФ, «специалист - лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое к участию в процессуальных действиях в порядке, установленном настоящим Кодексом, для содействия в обнаружении, закреплении и изъятии предметов и документов, применении технических средств в исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию». Получается, что специалист может привлекаться для участия во всех без исключения следственных действиях, а также и в ряде процессуальных.

Значительно расширены права специалиста. Если в УПК РСФСР оговаривалось лишь право «делать подлежащие занесению в протокол заявления, связанные с обнаружением, закреплением и изъятием доказательств» (ст. 133¹ «Участие специалиста»), то в УПК РФ уже вводятся следующие права: «отказаться от участия в производстве по уголовному делу, если он не обладает соответствующими специальными знаниями; задавать вопросы участникам следственного действия с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда; знакомиться с протоколом следственного действия, в котором он участвовал, и делать заявления и замечания, которые подлежат занесению в протокол; приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права» (п. 3 ст. 58 «Специалист»).

Право задавать участникам следственного действия с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда вопросы является новым положением. Однако вопросы задаются, только если это нужно для выполнения профессиональных функций специалиста, основной задачей при этом является получение специалистом информации, могущей повысить результативность его работы. Одновременно они задаются только с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда. При этом сохраняется и общее правило участия в следственных действиях специалиста - руководит производством следственного действия следователь, «специалист» же только оказывает ему помощь.

Согласно ст. 178 УПК РФ «следователь производит осмотр трупа с участием понятых, судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия – врача». Очевидно, что в самой диспозиции статьи сделан акцент на административные должности специалистов – судебно-медицинский эксперт и врач, упустив из вида их процессуальный статус – «специалист» и указание той области науки, специалистом в которой данное лицо должно быть. Отсюда можно считать, что формулировка, данная законодателем в УПК РСФСР 1960 года, была более удачной, так как отражала и область знаний, специалистом в которой должно быть лицо, привлекаемое для осмотра трупа, и его статус – «специалист».

Таким образом, можно утверждать, что современное состояние организации осмотра трупа на месте его обнаружения является естественным продолжением тех тенденций, которые были заложены еще в законодательстве царской России, и одновременно отражением уровня формирования судебной медицины как науки. Это позволило условно, учитывая развитие законодательства и формирование судебной медицины как самостоятельной науки, выделить основные этапы изменения организации осмотра трупа:

1. *Со времен Древней Руси и до принятия Устава Уголовного Судопроизводства 1864 года.* К осмотру трупа привлекаются лекари, позднее – врачи.

2. *С принятия Устава Уголовного Судопроизводства 1864 года и до 1917 года.* В уголовном судопроизводстве Российской Империи существует по сути два лица, обладающих специальными познаниями – «судебные врачи» и «сведущие люди», включая врачей, в случае вызова их в качестве лиц, приглашаемых ради их специальных знаний или опытности, согласно ст.ст. 325 - 329 Устава Уголовного Судопроизводства. В случае обнаружения трупа обычно первоначально проводился «осмотр и освидетельствование чрез Следователя» и лишь затем в случае необходимости «осмотр и освидетельствование чрез сведущих людей вообще» или «осмотр и освидетельствование чрез врачей». При осмотре, проводимом следователем, врачи выполняли и функции, свойственные в современном уголовном процессе специалистам.

3. *С принятия революционных декретов Советской власти, Уголовно-процессуальных кодексов РСФСР 1922, а затем и 1923 годов и до принятия УПК РСФСР 1960 года.* Приостанавливается развитие восприятия деятельности врача при осмотре трупа в качестве деятельности именно специалиста. В уголовный процесс введены термины «эксперт» и «экспертиза», осмотр трупа в месте обнаружения проводится по правилам проведения экспертизы. Вместо понятий «врач» и «судебный врач», имеющих разные процессуальные функции, вводится единое понятие «врач-эксперт».

4. *С принятия УПК РСФСР 1960 года и до принятия УПК РФ 2001 года.*

Вводится новая процессуальная фигура – «специалист», происходит дифференциация института «сведущих людей» в двух направлениях: привлечение лиц, обладающих специальными познаниями, в качестве «специалистов» для участия в следственных действиях или в качестве

«экспертов» для проведения экспертных исследований. В законодательстве при осмотре трупа на месте обнаружения наблюдается точное указание рекомендуемой специальности врача – судебная медицина и подчеркивается его процессуальный статус – «специалист». Привлекаться к осмотру трупа может «специалист в области судебной медицины или врач.

5. С принятия УПК РФ 2001 года по настоящее время. Расширяются возможности использования знаний специалистов в расследовании за счет декларирования возможности привлечения специалиста по усмотрению следователя к участию во всех процессуальных, а не только в строго оговоренных следственных действиях; появляется право защитника на привлечение специалиста. При этом при осмотре трупа следователь привлекает «судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия – врача». Очевидно, что в самой диспозиции статьи сделан акцент на административные должности специалистов – судебно-медицинский эксперт и врач, упустив из вида их процессуальный статус – «специалист» и указание той области науки, специалистом в которой данное лицо должно быть.

Анализ современных и исторических форм привлечения специалистов к осмотру трупа позволил выделить теоретические вопросы судебной медицины, касающиеся осмотра трупа, требующие приоритетного исследования, то есть какова должны быть квалификация врача, привлекаемого к участию в осмотре; какой он должен быть специальности; каким образом возможность привлечения врача для участия в осмотре трупа должна сказаться на системе обучения врачей всех специальностей, а также и ряд иных вопросов.

Несмотря на большое количество работ, особенно, в последние годы, посвященных оптимизации осмотра и исследования трупа до сих пор недостаточно разработаны научные основы действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения. Практически все исследования посвящены лишь отдельным конкретным аспектам проблемы и не охватывают ее в

целом. Ни в одной из опубликованных работ не приведены результаты комплексного анализа ситуации, с которой сталкиваются судебно-медицинские эксперты при осмотре трупа в условиях мегаполиса и, соответственно, не даны рекомендации по оптимизации данного вида деятельности.

Проведение такого исследования в настоящее время представляется тем более актуальным и даже необходимым, учитывая произошедшую в стране законодательную реформу, изменившую правовую базу работы специалиста при осмотре трупа, появление принципиально новых инновационных медицинских технологий, наконец, присоединение России к Болонскому соглашению, налагающее на нее определенные обязательства, касающиеся гармонизации национального высшего профессионального образования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалы и методы исследования, используемые в данной работе, определяются ее поисковым характером.

Было проведено статистическое исследование с целью анализа современного состояния ситуации организации работы судебно-медицинских экспертов на местах происшествий и обнаружений трупов, в частности, и при ликвидации медицинских последствий при чрезвычайных ситуациях сопровождавшихся массовыми человеческими жертвами на основании данных из региональных Бюро СМЭ Российской Федерации. В задачи исследования входил анализ вопросов организации, алгоритмов, методов работы судебно-медицинских экспертов на местах происшествий и обнаружений трупов, способов определения времени наступления смерти на местах в различных территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы.

Затем была проанализирована работа отдела дежурных судебно-медицинских экспертов Бюро СМЭ ДЗ г. Москвы в целом и на примерах отдельных дежурных групп с проведением ретроспективного сравнительного анализа работы групп судебно-медицинских экспертов при ликвидации медицинских последствий (осмотров трупов) на местах чрезвычайных ситуаций, произошедших на территории г. Москвы.

Конечной целью работы стала разработка и обоснование единых основ организации и производства врачом осмотра трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса с позиций действующего законодательства и современных тенденций развития судебной медицины.

Для достижения означенной цели была создана программа комплексного системного анализа предмета и объектов исследования, предусматривающая поэтапное проведение работы с определением для каждого из этапов своей конкретной субцели (задачи), предмета, объектов и методов исследования.

В процессе выполнения работы были исследованы:

- нормативно-правовые акты, ведомственные документы, инструктивные и организационно-методические материалы, регламентирующие и регулирующие организацию привлечения и само участие врача в осмотре трупа, а также обучение студентов медицинских вузов судебной медицине «судебно-медицинская экспертиза» – 159 источников;

- данные Федеральной службы Государственной статистики Российской Федерации и Главного информационно-аналитического центра МВД России;

- материалы уголовных дел, содержащих протоколы осмотра трупа на месте его обнаружения в г. Москве за 2011 г. – 113 уголовных дел;

- протоколы осмотров трупов на местах обнаружений в г. Москве, проведенных с привлечением в качестве специалистов сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы в 2006 г – 500 протоколов;

- протоколы осмотров трупов на местах обнаружений в г. Москве, проведенных с привлечением в качестве специалистов сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы за период 2009-2012 гг. – 1000 протоколов;

- протоколы осмотров трупов на местах обнаружений в г. Москве, проведенных с привлечением в качестве специалистов сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы в 2013 г – 500 протоколов;

- материалы анкетированных опросов судебно-медицинских экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г.

Москвы, привлекаемых в качестве специалиста к осмотрам трупов на местах их обнаружения – 46 анкет;

- материалы опросов начальников 53 территориальных Бюро судебно-медицинской экспертизы по вопросам, касающимся работы дежурной службы с учетом региональной специфики в части применения регистрационной карты при осмотре трупа.

На первом этапе исследования был проведен ретроспективный анализ современных и исторических форм привлечения врачей к осмотру трупа, который позволил выделить теоретические вопросы судебной медицины, касающиеся осмотра трупа, требующие приоритетного исследования, что полностью отражено в обзоре литературы.

Таким образом, выявленные на первых этапах исследования основные проблемы, требующие разрешения, предопределили дальнейшее исследование.

На втором этапе целью исследования явилось выявление существующих проблем практики, требующих решения, и характерных именно для мегаполиса. Для решения этой задачи был проведен анализ распределения народонаселения России, учитывающий международные принципы признания городов мегаполисом. По состоянию на 31.12.2013 г в городе Москве проживает 11979529 человек без учета приезжих, незарегистрированных и т.д. Это дало основание базировать исследование в большей степени именно на практике работы в г. Москве. Одновременно анализ практики Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы позволил установить основные проблемы совершенствования деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса, что и предопределило направления исследования.

К ним относятся совершенствование: методик осмотров трупов именно с наличием ранних трупных явлений; взаимодействия правоохранительных органов и Бюро судебно-медицинской экспертизы; форм участия специалиста в осмотре трупов; проведения идентификационных

мероприятий касающихся трупов неопознанных лиц, особенно в условиях наличия массовых жертв.

Третий этап исследования был посвящен изучению отдельных актуальных проблем повышения эффективности действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса и разработке конкретных предложений, направленных на их разрешение. В частности: совершенствованию правовых и методических основ действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения; организационных форм участия врача-специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа, в том числе в составе следственной и дежурной следственно-оперативной групп; совершенствование деятельности специалиста в области судебной медицины по осмотру места происшествия, сопровождающегося массовыми человеческими жертвами.

Для ознакомления с фактическим состоянием дел в г. Москве был проведен анализ качества составления 500 протоколов осмотров трупов на местах их обнаружений, проведенных в 2006 г., составляемых с участием судебно-медицинских экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы, который выявил типичные ошибки.

Выявленные проблемы предопределили необходимость разработки и внедрения унифицированной регистрационной карты с заложенными в ней алгоритмами действий, предназначенной для применения судебно-медицинским экспертом при осмотре трупа на месте его обнаружения. С целью установления состояния данного вопроса в региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы были разсланы запросы о применении регистрационной карты при осмотре трупа. Были получены ответы из 53 Бюро судебно-медицинской экспертизы. Выяснилось, что в четверти Бюро судебно-медицинской экспертизы, работающих на территории Российской Федерации, применяются подобные карты регистрации. После синтеза позитивного опыта данных карт и применения своих оригинальных идей,

была создана унифицированная регистрационная карта, которая была внедрена в работу всех групп дежурных судебно-медицинских экспертов отдела дежурных экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы и привела к улучшению качества протоколов осмотров трупов на местах их обнаружений, составляемых с участием судебно-медицинских экспертов.

Следующий этап был посвящен собственно разработке современных правовых основ деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения. Показано, что единственным ведомственным документом, целенаправленно регулирующим данную деятельность врача, до сих пор являются «Правила работы специалиста в области судебной медицины (врача) при осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)» 1978 года. Однако уже факт принятия нового УПК РФ, вступившего в силу с 2001 года, не говоря о новых методических подходах к осмотру трупа, требует как минимум его переработки. Это обусловило подготовку проекта нового документа, представленного в данной работе, в котором с учетом анализа современных медицинских технологий, позволяющих повысить точность установления времени наступления смерти, разработан алгоритм действий врача в случаях обнаружения трупа с ранними трупными явлениями.

При работе с источниками информации был использован комплекс научных методов исследования, включающий методы эмпирического и теоретического уровней исследования, а также общелогические методы и приемы.

Контентный анализ использовался для выявления в источниках информации значимых для проводимого исследования постулатов и тенденций, ставших далее предметом исследования.

Описание использовалось для регистрации данных характеризующих объект наблюдения, для чего применялось составление таблиц, графиков, диаграмм, а также велись рабочие записи.

Исторический метод применялся для ретроспективной оценки изменявшихся с течением времени законодательных актов в части касавшейся привлечения врача к осмотру трупа на месте его обнаружения.

Сравнительный метод использовался для перекрестной оценки концепций, существующих и перспективных, привлечения врачей к осмотру трупа на месте его обнаружения.

Абстрагирование применялось для гипотетического выделения различной степени значимости концептуальных и методологических подходов к привлечению врача при осмотре трупа на месте его обнаружения, организации работы и взаимодействия с правоохранительными органами и подразделениями Бюро СМЭ при осмотре места происшествия сопровождавшегося массовыми человеческими жертвами.

Системно-структурный метод применялся для анализа связей и отношений деятельности по организации осмотра трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса в структуре общественных отношений, складывающихся при организации деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса.

Анкетирование использовался для получения данных характеризующих состояние дел по исследуемому вопросу в региональных Бюро СМЭ и выяснения мнения сотрудников Бюро, осуществляющих выезды на места обнаружений трупов.

Статистический метод был призван сформировать сравнительные характеристики количественных показателей полученных при проведении исследования облегчающих понимание их значимости.

Анализ синтез и обобщение применялись для разработки и формулировки положений алгоритмов действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса, разработки унифицированной карты регистрации трупных явлений, корректировки программы «Розыскник».

Правовую основу исследования составили Конституция Российской Федерации, уголовно-процессуальное, оперативно-розыскное и другое законодательство Российской Федерации, ведомственные акты Минздрава России и правоохранительных органов страны.

ГЛАВА 3.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАВОВЫХ И МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Деятельность врача при осмотре трупа определяется, с одной стороны, обязательностью его участия в осмотре трупа согласно ст. 178 УПК РФ, а с другой – особенностями жизни в мегаполисе, включая саму смертность. Последнее связано не только со способами лишения жизни, но и с особенностями обнаружения трупов, что увязывается как с географическими характеристиками преступности, так и возможностями организации деятельности судебно-медицинских подразделений. Рассмотрим ситуацию, складывающуюся в г. Москве и Российской Федерации в целом, несколько подробнее.

Прежде всего, условно, в зависимости от числа населения и особенностей его проживания все населенные пункты можно разделить на мегаполисы, города и сельские населенные пункты. Причем в научной литературе не вызывает сомнений, что особенность преступности и наличие квалифицированного медицинского персонала зависят от региона и статуса населенного пункта [53, 55, 198 и др.].

При этом по данным текущего статистического учёта, в настоящее время (по состоянию с апреля 2012 года) на территории России насчитывается 14 городов-миллионеров (г.г. Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Екатеринбург, Нижний Новгород, Самара, Казань, Омск, Челябинск, Уфа, Ростов-на-Дону, Красноярск, Пермь, Волгоград). Россия делит 3-4 места по этому показателю с Бразилией по числу городов-миллионеров среди всех стран мира. Волгоград был городом-миллионером до 1999 г., в 2002-2005 гг. и вновь стал таковым с 2010 г.; Пермь была

миллионером до 2004 г., с 1 января 2012 года вернула себе этот статус; Красноярск стал миллионером впервые в 2012 году (приложение 1).

Число смертей от внешних причин и их доля среди всех причин смерти у нас огромны, в сравнении с другими развитыми странами, и ее вклад в общую смертность все время растет (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Динамика общего коэффициента смертности в России (на 1000 чел.), 2005–2010 гг. [79, 145, 146].

Если в начале прошлого века в России на сто миллионов населения от внешних причин ежегодно умирало около 40 тысяч человек (или 40 на 100 тысяч населения) и это составляло чуть больше 1% всех умерших, то сейчас в России, где живет менее 150 миллионов, ежегодно от внешних причин умирает около 300 тысяч человек (или свыше 200 на 100 тысяч населения), и это составляет почти 15% всех умерших.

В европейских же странах доля смертей от внешних причин принципиально не менялась длительное время, составляя в мирное время 6–8%. В США с населением почти вдвое большим, чем в России, повреждения уносят почти в 2,5 раза меньше жизней и также составляют всего 6% всех смертей.

Таким образом, учитывая вышеназванные тенденции, можно утверждать, что нагрузки на судебно-медицинские подразделения будут только увеличиваться. Одним увеличением штата эту ситуации не разрешить, поэтому на первый план выходит оптимизация деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения, а также оснащение его новыми методиками и техническими средствами.

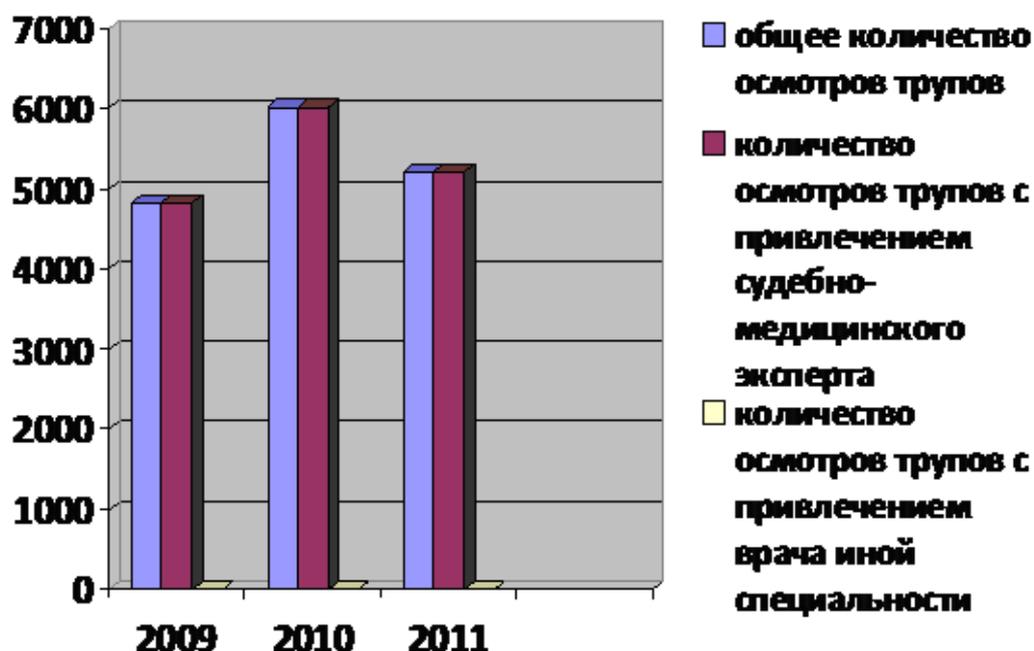


Рис. 3.2. Частота осмотров трупов на местах их обнаружений в г. Москве за 2009 – 2011 годы.

Как видно из диаграммы изображенной на рис. 3.2 в г. Москве в 2009 – 2011 годах в качестве врачей-специалистов к осмотрам трупов на местах их обнаружений привлекались лишь сотрудники Бюро.

Для этого необходимо понять, какие ситуации наиболее распространены и вызывают проблемы при работе в условиях мегаполиса.

Анализ 1000 случаев из практики Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы (осмотр трупа при выезде на место его обнаружения за период с 2009 по 2012 гг., приложение

2) показывает, что трупы с наличием позднее трупных явлений встречаются лишь в 18,5 % случаев (остальные 81,5 % - трупы с наличием ранних трупных явлений). Очень редко встречаются расчлененные трупы (менее 1 %). Это делает крайне важной работу врача по осмотру трупа, так как осмотр трупа с ранними трупными явлениями может дать большую информацию для раскрытия преступления. Отсюда – необходимость совершенствования методик, позволяющих максимально точно фиксировать состояние трупа, необходимое для определения времени наступления смерти.

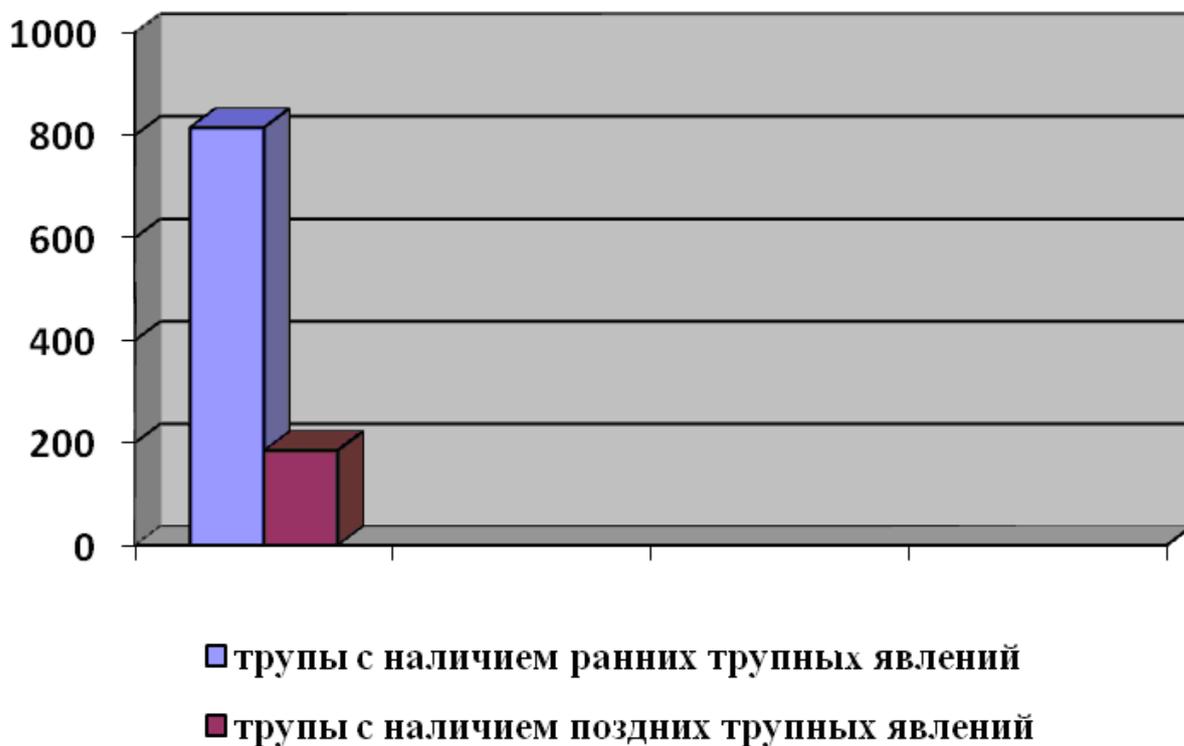


Рис. 3.3. Частота регистрации разной степени выраженности трупных явлений в мегаполисе (г. Москва). Выборка в 1000 наблюдений.

Преимущественное обнаружение в мегаполисе большинства трупов именно с ранними трупными явлениями (рис. 3.3) можно объяснить высокой плотностью населения, что предопределяет быстрое обнаружение трупа.

Свой вклад вносят и архитектурные особенности мегаполисов. По данным анализа деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы за период 2009-2012 г.г. большинство трупов находят в квартирах (63,5 %) или на улицах (21,3 %). Реже – в подвале или на чердаке (19,0 %). Практически никогда в домовладениях или в заброшенных зданиях (менее 1%). Достаточно редко в таких местах, как лесополосы, строительные площадки, коллекторы, теплотрассы (13,3 %). При этом очевидна корреляция и со степенью доступности и посещаемости данных мест. Эту же статистику косвенно подтверждает статистика преступности в г. Москве: 41,6% всех убийств совершено в общественных местах и на улицах, при этом динамика их роста составила по сравнению с 2001 годом 20,7%.

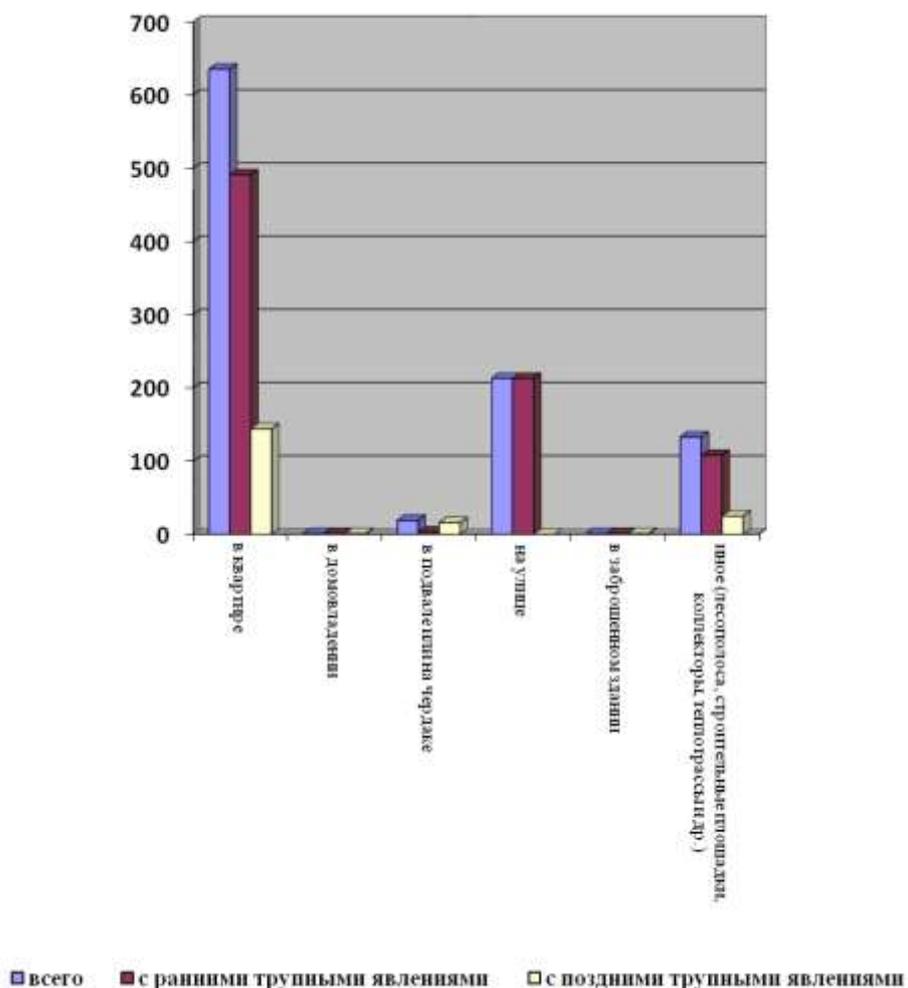


Рис. 3.4. Зависимость степени выраженности трупных явлений зафиксированных при осмотре трупа от места его обнаружения трупов в г. Москве. Выборка в 1000 наблюдений.

Подавляющая часть этого вида убийств - 78,9% - это собственно уличные преступления [47]. Как видно из диаграммы, изображенной на рис. 3.4 наибольшее количество трупов с выраженными поздними явлениями находят именно в квартирах, а наименьшее на улицах.

Как уже отмечалось выше места обнаружений трупов отличаются значительным разнообразием (рис. №№ 3.5 – 3.9).



Рис 3.5. Огнестрельное ранение головы.

Учитывая, что в данном исследовании речь идет об исследовании работы специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа, на объеме и сложности данной работы скажутся и особенности криминологической характеристики преступности, а также выявленные

тенденции. К группе интересующих нас преступлений, можно отнести деяния, предусмотренные следующими статьями УК РФ: 105 - убийство, 106 - убийство матерью новорожденного ребенка, 107 - убийство, совершенное в состоянии аффекта, 108 - убийство, совершенное при превышении пределов необходимой обороны либо при превышении мер, необходимых для задержания лица, совершившего преступление, 109 - причинение смерти по неосторожности, 110 - доведение до самоубийства.



Рис 3.6. Повешение.

Субъектами данных преступлений теперь оказываются не только взрослые мужчины, но все чаще подростки и женщины (осмотр трупа при выезде на место его обнаружения за период с 2009 по 2012 гг.) [45], что сказывается на особенностях причинения смерти, как на уровне способа, так и на уровне особенностей нанесения повреждений.

Отсюда крайне важной становится форма участия специалиста в осмотре трупов, если речь идет о возможной серии преступлений. Так в полиции Франции традиционно судебно-медицинского эксперта включают в рабочую группу, которая ведет расследование серийного преступления [295]. Считают, что так легче определить серию и «почерк» преступника.



Рис 3.7. Падение с большой высоты.

Криминологические последствия этого проявляются в виде насильственных преступлений без ярко выраженной мотивации, поскольку применить насилие к незнакомому человеку психологически легче, чем к знакомым людям.

Эти тенденции характерны для всех крупных городов. Например, для Санкт-Петербурга, помимо тенденций, выявленных в Москве, существенное влияние оказывает близость государственной границы. Это приводит к увеличению миграционных потоков, особенно с учетом развития транспортных узлов, способствует развитию наркобизнеса и торговли оружием, что не могло не сказаться на таких преступлениях, как преступления с использованием оружия, включая умышленные убийства и тяжкие преступления близким или хорошо [177].



Рис 3.8. Обнаружение трупа в очаге пожара.

При этом насильственные преступления в досуговой и бытовой сфере совершаются, как правило, с применением холодного и реже - огнестрельного оружия, с применением взрывных устройств совершаются в основном заказные убийства. Определенную роль в совершении тяжких насильственных преступлений против личности, половой свободы и половой неприкосновенности играют и психофизические особенности преступников, не исключаяющие их вменяемости. По данным литературы [47, 56], у 62% лиц, совершивших убийства, причинение тяжкого вреда здоровью, изнасилования, отмечаются определенные аномалии в психике: в 14% - психопатия, в 24% - психопатические черты характера, в 16% - хронический алкоголизм [47, 56].

Таким образом, большое влияние на работу дежурного судебно-медицинского эксперта оказывает специфическая и динамично меняющаяся обстановка крупного города. Важными факторами являются высокая концентрация населения, трудовая миграция из Российских регионов и стран ближнего зарубежья, формирование в среде мигрантов этнических, подчас

криминальных групп, четко выраженное разделение на зоны (промышленные, жилые, офисные и проч.), сочетание на относительно небольшой площади урбанистических и природных ландшафтов, высокая плотность транспортно-пассажирских потоков, особенно в час-пик и прочие. Все эти факторы определяют специфику убийств, самоубийств, несчастных случаев со смертельным исходом, как на производстве, так и вне его.



Рис 3.9. Колото-резаные ранения.

Также мегаполис, как показывает практика, может явиться мишенью террористов или местом масштабных техногенных катастроф, сопровождающихся большими человеческими жертвами. Отсюда актуальной проблемой также, на наш, взгляд является проведение идентификационных мероприятий, в том числе и первичных (т.е. на месте обнаружения трупа). Особую значимость, данная проблема обретает при работе судебно-медицинского эксперта или группы судебно-медицинских экспертов на местах чрезвычайных ситуаций, сопровождавшихся большими человеческими жертвами. Такие факторы, как большое количество трупного материала поступающего в зону осмотра трупов, необходимость экстренной эвакуации трупов в морги, наличие большого количества родственников погибших на месте происшествия и прочее с особой остротой делает значимой проведение первичных идентификационных мероприятий именно на месте обнаружения трупа. На месте происшествия этими вопросами занимаются, как правило, эксперт-криминалист и судебно-медицинский

эксперт, юридически являющиеся специалистами, привлекаемыми к осмотру места происшествия. Ряд понятийных и терминологических разноречий между практикой правоохранительных органов и судебной медицины не позволяют в полной мере смыкаться и взаимодействовать этим двум линиям действий, общим результатом, каковых должен быть факт опознания или идентификации трупа неопознанного лица.

Анализ специальной литературы, посвященной различным аспектам работы судебно-медицинских экспертов в условиях массовых катастроф, позволяет констатировать, что в настоящее время хотя, и достигнуты значительные результаты в этом направлении, но вопросы идентификации всех пострадавших, особенно при катастрофах, сопровождающихся различной степени разрушений трупов, решены не до конца. Это отмечено в ряде исследований, посвященных анализу работы судебно-медицинских экспертов при ликвидации последствий ряда катастроф [185, 246, 247, 262 и др.].

Практика показывает, что число неопознанных трупов в случаях массовых катастроф достигает 50% и более. Это связано как с отсутствием системного подхода в действиях судебных медиков, так и с недостаточной отлаженностью их взаимодействия с правоохранительными органами [245-250, 268 и др.].

Очевидная важность проблемы оперативной идентификации личности в зависимости от вида катастроф и их сложности, степени разрушения трупов была подчеркнута и на Всероссийской конференции главных судебно-медицинских экспертов субъектов Российской Федерации (Ростов-на-Дону, май 2005 года).

Таким образом, деятельность врача при осмотре трупа определена, с одной стороны, обязательностью его участия в осмотре трупа согласно ст. 178 УПК РФ, а с другой – особенностями жизни в мегаполисе, включая саму смертность. Последнее связано не только со способами лишения жизни, но и с особенностями обнаружения трупов, что увязывается как с

географическими особенностями преступности, так и возможностями организации деятельности судебно-медицинских подразделений.

Это делает крайне важной работу врача по осмотру трупа, разработку ее правовых основ и новых методик, так как осмотр трупа с ранними трупными явлениями может дать большую информацию для раскрытия преступления.

Рост числа серийных убийств требует совершенствования форм участия специалиста в осмотре трупов. Дискуссионной также является и проблема эффективности взаимодействия правоохранительных органов и Бюро судебно-медицинской экспертизы, в том числе и в области проведения идентификационных мероприятий касающихся трупов неопознанных лиц.

Анализ 1000 наблюдений из практики выездов сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы на места обнаружения трупов показывает, что преобладают трупы с наличием ранних трупных явлений (81,5 %). Наблюдаемый рост числа серийных убийств требует совершенствования форм участия специалиста в осмотре трупов. Таким образом, к проблемам совершенствования деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса относятся совершенствование: методик осмотров трупов именно с наличием ранних трупных явлений; взаимодействия правоохранительных органов и Бюро судебно-медицинской экспертизы; форм участия специалиста в осмотре трупов; проведения идентификационных мероприятий касающихся трупов неопознанных лиц, особенно в условиях наличия массовых жертв.

Выявленные проблемы деятельности врача при осмотре трупа в месте его обнаружения в условиях мегаполиса и определили дальнейшие направления исследования.

В современной научной литературе упоминается, что между возрастающими требованиями к качеству осмотра трупа на месте его обнаружения и уровнем организации судебно-медицинской службы образовался определенный разрыв [10, 12, 74 и др.] и наиболее сильно это

проявляется в организации и разработке методических и правовых основ деятельности специалиста в области судебной медицины при осмотре [29, 30, 31, 42, 66 и др.]. В резолюции пленума правления Всесоюзного научного общества судебных медиков еще в 1971 году было отмечено, что «отсутствие специалистов при осмотре места происшествия часто не может быть восполнено другими следственными и экспертными действиями и отрицательно сказывается на ходе следствия».

Теория и практика криминалистики и судебной медицины, показывают, что осмотр трупа может быть проведен как самостоятельное следственное действие, так и в рамках осмотра места происшествия или в ходе эксгумации. В настоящее время нет законодательного определения осмотра, в том числе и осмотра места происшествия и трупа, как самостоятельных следственных действий. В УПК РФ приведен лишь разъяснение основания производства осмотра места происшествия, местности, жилища, иного помещения, предметов и документов, как действий, произведенные в целях обнаружения следов преступления, выяснения других обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела (ст. 176 УПК РФ). Одновременно с этим УПК РФ отдельно регламентирует порядок производства осмотра в целом (ст. 177 УПК РФ) и осмотра трупа (ст. 178 УПК РФ), приравнивая к последнему и эксгумацию. Это дает формальные основания предполагать, что при обнаружении трупа можно производить отдельно осмотр трупа и осмотр места происшествия. В результате у ряда судебно-медицинских экспертов сформировалось убеждение, что они, участвуя в осмотре трупа, могут игнорировать решение следователя проводить осмотр трупа в рамках осмотра места происшествия (10% опрошенных судебно-медицинских экспертов г. Москвы, приложение 4). Такая же позиция встречается и в современной криминалистической литературе, где иногда осмотр места происшествия и осмотр трупа воспринимаются авторами как отдельные мероприятия, требующие составления двух протоколов осмотра – места происшествия и трупа [88].

В связи с существующими проблемами рассмотрим подробнее целесообразность осмотра трупа на месте его обнаружения, в рамках осмотра места происшествия или отдельно от него, а также некоторые юридические аспекты самого осмотра, предопределяющие возможность его перемещений и изменения состояния трупа.

Так проф. М.И. Авдеев пишет: «Перемещение трупа с места происшествия не желательно. Поэтому при малейшей возможности нужно осматривать труп на месте его обнаружения» [1]. При этом понятие «малейшая возможность» может толковаться работниками следственных органов по-разному.

Подобные рекомендации, несмотря на то, что большинство из них относятся к середине 20 века, способны дезориентировать отдельных следственных работников и судебно-медицинских экспертов, привлекаемых к осмотру трупа. Однако в настоящее время осмотр трупа именно на месте его обнаружения стал уже обязательным действием. Например, крайне важным при осмотре трупа является установление времени наступления смерти. Сейчас для любого судебно-медицинского эксперта, очевидно, что «производство термометрии, с целью решения указанной проблемы, возможно к применению именно в условиях осмотра трупа на месте его обнаружения, т.к. последующие изменения его положения, состояния одежды и перемещения в условия секционного зала Бюро судебно-медицинской экспертизы, лишают исследователя возможности численно характеризовать изучаемый процесс – охлаждение тела» [40].

Говоря о роли судебно-медицинского эксперта, как специалиста при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения, нельзя согласиться с точкой зрения М.И. Авдеева, который считает, что наружный осмотр трупа на месте его обнаружения должен проводить не следователь, а судебно-медицинский эксперт, участвующий в осмотре места происшествия [1, 2]. Касаясь осмотра места происшествия, М.И. Авдеев пишет: «Постепенно суживая круг осмотра, приближаются к самому трупу и, зафиксировав

окружающие предметы, переходят непосредственно к его осмотру. Обычно с этого момента осмотр производится уже судебно-медицинским экспертом» [1]. Такие рекомендации приводят к тому, что на практике отдельные следователи, действительно, вопреки требованию закона, предполагающего, что именно он проводит осмотр, самоустраиваются от осмотра трупа на месте его обнаружения. Фактически осмотр производит судебно-медицинский эксперт, а следователь только записывает со слов последнего результаты наружного осмотра трупа. Так по результатам опроса судебно-медицинских экспертов г. Москвы в 97 % случаев осмотр трупа идет именно по этой схеме (приложение 4). Такая практика является порочной. Наружный осмотр трупа является составной частью всего осмотра места происшествия в целом, следователь должен непосредственно сам наблюдать, изучать все явления, имеющиеся на трупе, и делать соответствующие выводы. Известно, что наружный осмотр трупа, часто дает следователю ценный материал о характере, механизме и других обстоятельствах произошедшего события и определяет дальнейшее направление расследования по делу [111, 122, 215, 270].

К сожалению и сами судебно-медицинские эксперты, привлекаемые к осмотру трупа, предпочитают именно этот стиль работы – «задиктовывать» следователю свои наблюдения (83% опрошенных судебно-медицинских экспертов г. Москвы, приложение 4). Причем интересен анализ причин этого: 43% опрошенных ответили, что «так положено с точки зрения закона», 98% - «так принято», 37% - «так положено с точки зрения методики осмотра трупа», 97% - «так удобнее следователю» (приложение 4). Больше всего настораживают ответы «так положено с точки зрения закона» и «так положено с точки зрения методики осмотра трупа», так как свидетельствуют о незнании закона и неоднозначности методик осмотра трупа.

Анализ специальной литературы показывает, что научно-методическая основа работы специалиста в области судебной медицины действительно не вполне разработана. В научной литературе даже встречаются попытки

разделения расследования преступлений на стадии в зависимости от процессуальных возможностей специалистов в области судебной медицины. Ряд авторов стадию, на которой судебный медик выступает не в роли эксперта, а в качестве специалиста, называют стадией первоначальных судебно-медицинских мероприятий. Применительно к уголовному судопроизводству эта стадия условно соответствует первоначальным следственным действиям. Даже предложено дифференцировать этапы работы судебно-медицинского эксперта, назвав период работы судебного медика в качестве специалиста на месте происшествия досекционным этапом, а период проведения экспертизы трупа в морге – секционным этапом [264].

С учетом современного законодательства такой подход можно считать искусственным [99]. При этом такие предложения формируют представление об «исключительности» деятельности судебно-медицинского эксперта, отделяя ее от уголовного судопроизводства, и еще раз подчеркивая актуальность юридической регламентации деятельности врача при осмотре трупа.

Наиболее полным документом, регулирующим деятельность врача при осмотре трупа, можно считать «Правила работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)», принятые еще в 1978 году. Частично эти вопросы затронуты в «Порядке организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н и существующая ранее «Инструкция по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы», утвержденная приказом Минздрава России от 24.04.2003 г. № 161 [205]. Они посвящены иным вопросам ведомственного правового регулирования, а именно - порядку организации и производства судебно-медицинских

экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации, но не участием врача в осмотре трупа на месте его обнаружения. Соответственно они не отменили Правил, но содержат отдельные положения, противоречащие им.

Например, «Инструкция по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы», утвержденная приказом Минздрава России от 24.04.2003 № 161, несущественно затронула вопросы осмотра трупа на месте его обнаружения при различных видах смерти, не затронув иных вопросов, регламентированных в Правилах. В «Порядке организации и производства судебно-медицинских экспертиз», утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н, также частично затронуты вопросы осмотра трупа с повреждениями различного происхождения на месте его обнаружения. Однако они, почему то отнесены в раздел «Особенности порядка организации и проведения экспертизы трупа», куда это, исходя из положений УПК РФ, относиться, просто не может. Таким образом, единственным документом, регулирующим деятельность врача в осмотре трупа на месте его обнаружения на ведомственном уровне, до сих пор являются Правила 1978 года. Однако уже факт принятия нового УПК РФ, вступившего в силу с 2001 года, не говоря о новых методических подходах к осмотру трупа, требует как минимум его переработки. Рассмотрим некоторые положения этих Правил.

Прежде всего, труп должен быть максимально полно осмотрен на месте его обнаружения. Как и предполагалось в Правилах 1978 г., в исключительных случаях, когда на месте обнаружения трупа нет условий для его осмотра, труп по возможности осматривают на месте, а затем направляют в морг, где производят детальный осмотр. Однако следует отметить, что осмотр в морге должен проводиться по правилам следственного осмотра, как самостоятельное следственное действие. Исходя

из положений УПК РФ, он может проводиться только следователем с привлечением специалиста в области судебной медицины с составлением соответствующего протокола, но никак не самим специалистом. Расценивать его, как продолжение осмотра трупа на месте происшествия, нельзя.

По мнению автора с точки зрения судебной медицины не принципиально, осматривается ли труп в рамках осмотра места происшествия с последующим оформлением результатов действия в одном протоколе, или осмотр места происшествия и осмотр трупа производятся раздельно. Важно, чтобы в последнем случае, при назначении судебно-медицинской экспертизы для ознакомления эксперту были переданы оба протокола, а не только протокол осмотра трупа. Однако с точки зрения криминалистики осмотр трупа входит в понятие осмотра места происшествия, так как является одним из компонентов именно места происшествия. С учетом того, что по данным опросов судебно-медицинских экспертов г. Москвы в 28% случаев при назначении судебно-медицинских экспертиз трупов к ним поступает лишь протокол осмотра трупа (без протокола осмотра места происшествия) (приложение 4), целесообразно на уровне ведомственного нормативного акта или криминалистической рекомендации, утвержденной письмом МВД России и Министерства здравоохранения Российской Федерации, рекомендовать проводить осмотр трупа в рамках осмотра места происшествия с последующим отражением результатов в едином протоколе осмотра. Это позволит не только избежать «забывания» предоставления судебно-медицинским экспертам, проводящим экспертизу трупа, протоколов осмотра места происшествия, но и проведение осмотра места происшествия и трупа одними и теми же специалистами, что позволит более качественно фиксировать те обстоятельства, которые важны в последующем для определения времени наступления смерти.

К положительным моментам Правил 1978 г., отражающим потребности практики, опережающие положения уголовно-процессуального законодательства того времени (УПК РСФСР), можно отнести восприятие

деятельности врача или судебно-медицинского эксперта при осмотре трупа на месте его обнаружения именно как специалиста, согласно представлениям уголовно-процессуального законодательства (п. 1.7). Лишь с принятием УПК РФ, давшим определение понятия «специалист», они нашли законодательное обоснование и, естественно, должны быть перенесены и в новые Правила. Однако внимание сразу привлекает тот факт, что, несмотря на то, что в уголовном судопроизводстве России существует два отдельных процессуальных субъекта, обладающих специальными знаниями – специалист и эксперт, на практике их зачастую путают: специалистов называют экспертами, а экспертов – специалистами. Особенно часто это встречается, когда дело касается судебно-медицинских исследований [29, 30]. Даже законодатель в ст. 178 УПК РФ говорит, что «следователь производит осмотр трупа на месте его обнаружения с участием понятых, судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия – врача». Однако следующее предложение в этой же статье противоречит предыдущему – «при необходимости для осмотра трупа могут привлекаться другие специалисты». Значит врач и эксперт – это все же специалисты. Не говоря уже о том, что согласно ст. 57 УПК РФ экспертом может быть только лицо, назначаемое для производства судебной экспертизы и дачи заключения.

Это можно отнести к коллизиям законодательства, которые требуют его корректировки. Этот вопрос считается дискуссионным в научной литературе. Например, так же как и мы, Л.М. Исаева приходит к выводу, что «врач и эксперт, по предложенному законодателем содержанию нормы, - это специалисты» [93], тогда как Е.А. Семенов считает, что помимо специалиста и эксперта, в уголовном судопроизводстве следует выделить и врача, хотя и отмечает, что такого участника как «врач» нет в уголовном процессе. «А если не предусмотрен в УПК РФ данный участник, значит, он не обладает надлежащим процессуальным статусом, т.е. не имеет ни прав, ни обязанностей, тем более не предусмотрена ответственность за неисполнение обязательств» [222].

Ряд авторов пытались предложить и новую редакцию ст. 178 УПК РФ. Например, Е.А. Семенов предлагал переформулировать ч. 1 ст. 178 УПК РФ и изложить ее следующим образом: «Следователь производит осмотр трупа с участием понятых, специалиста, состоящего на должности судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия - специалиста, имеющего знания в области судебной медицины. При необходимости для осмотра трупа могут привлекаться другие специалисты» [222]. С этой редакцией вряд ли можно согласиться, так как она предполагает отсутствие единого базового подхода. Так автор в первом случае считает достаточным основанием для привлечения в качестве специалиста к осмотру трупа факт нахождения на должности судебно-медицинского эксперта, а во втором - говорит о некоем «специалисте, имеющем знания в области судебной медицины», видимо не считая таковым судебно-медицинского эксперта. Единственным признаком, объединяющим должности врача и судебно-медицинского эксперта, достаточным для привлечения их к осмотру трупа, можно считать знания в области медицины, желательно судебной медицины, достаточные для полноценного осмотра трупа. Поэтому по нашему мнению целесообразно дать ст. 178 УПК РФ в редакции «следователь производит осмотр трупа на месте его обнаружения с участием понятых, специалиста в области судебной медицины (судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия – врача)». По нашему мнению корректность терминологии на уровне нормативных правовых актов крайне важна. Можно лишь разделить мнение Г.Г. Самбуровой, что степень упорядоченности терминологического материала обеспечивает большую точность описания объекта[213], а значит и влияет на эффективность правоприменения.

Неоднозначна с точки зрения теоретического обоснования и задача привлечения судебно-медицинского эксперта или врача для осмотра трупа. Анализ научной литературы показывает, что одна группа авторов считает, что «обязательность участия эксперта или врача обеспечивается для установления расположения трупа на месте происшествия; его позы, пола и

примерного возраста, наличия повреждений и следов; внешнего вида одежды и обуви, находящихся на трупе; характера повреждений на одежде; наличия на ней следов, пятен, особых отметок. Во время осмотра трупа подлежат обозрению и обследованию орудия и предметы, находящиеся на трупе, предметы и документы, обнаруженные в карманах одежды, и т.п.» [147]. Однако другие считают, что «выяснение этих данных не является основным поводом для обязательного участия специалиста, состоящего на должности судебно-медицинского эксперта либо имеющего медицинское образование в области судебной медицины, так как и расположение трупа на месте происшествия, и его позу, пол, примерный возраст и внешний вид одежды и обуви может выяснить и описать в протоколе сам следователь. Специалист же привлекается для оказания консультативной помощи при описании нарушений целостности кожного покрова: порезов, колото-резаных, ножевых и пулевых ранений; вероятностных причин смерти; орудий, с помощью которых были нанесены те или иные травмы; обращает внимание на локализацию, форму, размеры, особенности краев, другие особенности повреждений тупыми предметами; при падении с высоты - на положение трупа по отношению к объекту; при автомобильной травме - на положение трупа по отношению к частям дороги и т.п.» [222]. Однако на наш взгляд не правы ни те, ни другие. В основу стоит поставить определение «специалиста», данное законодателем в ст. 58 УПК РФ. Поэтому задача привлечения специалиста к осмотру трупа - содействие в обнаружении, закреплении и изъятии следов и предметов, применение технических и иных научных средств для констатации факта состояния трупа, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию.

Исходя из задачи привлечения специалиста в области судебной медицины (врача или судебно-медицинского эксперта) к производству осмотра места происшествия, необходимо подчеркнуть, что он при осмотре трупа должен: выявлять признаки, позволяющие судить о времени

наступления смерти, характере и механизме возникновения повреждений, и другие данные, имеющие значение для следственных действий; консультировать следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром трупа на месте его обнаружения и последующим проведением судебно-медицинской экспертизы; оказывать следователю помощь в обнаружении и изъятии следов, биологического происхождения, а также предметов, орудий и других объектов, имеющих отношение к повреждениям или особенностям, обнаруживаемым на трупе; обращать внимание, в рамках своей области знаний, следователя на все особенности, которые имеют значение для данного случая; давать пояснение по поводу выполняемых им действий. Соответствующие положения должны быть отражены и в новых Правилах.

Отсюда, на наш взгляд целесообразно несколько изменить и редакцию ст. 58 УПК РФ, так как в случае осмотра трупа особенность предмета осмотра требует констатации самого факта (особенностей) его состояния, позволяющая затем получить информацию о времени наступления смерти. Это никак не относится к содействию в обнаружении, закреплении и изъятии предметов и документов, предусмотренном ст. 58 УПК РФ. Целесообразно дать ст. 58 УПК РФ в редакции «Специалист - лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое к участию в процессуальных действиях в порядке, установленном настоящим Кодексом, для содействия в обнаружении, закреплении и изъятии *следов*, предметов и документов, *констатации состояния трупа*, применении технических средств *и научных методов* в исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию».

Отдельного рассмотрения заслуживает методология самих действий специалиста в области судебной медицины. Весьма важным для регламентации действий специалиста является тот факт, что, исходя из положений УПК РФ и криминалистических рекомендаций, в рамках осмотра трупа на месте происшествия нельзя производить исследований, так как

осмотр предусматривает именно «осмотр», а не исследование окружающей обстановки. Все действия, осуществляемые специалистом в области судебной медицины, с одной стороны, должны быть направлены на максимальную констатацию фактов, а не на их оценку, а с другой стороны, не должны изменять состояние трупа. Именно отсюда в Правилах 1978 г. запрещается зондирование и другие действия, изменяющие первоначальный вид или свойства повреждений; обмывание водой или удаление другими способами высохшей крови с повреждений и окружающей кожи (во избежание возможной утери вещественных доказательств – находящихся в области повреждений кусочков дерева, металлов, стекла, краски, пороховых зерен, копоти выстрела и др.); извлечение орудий и предметов, фиксированных в повреждениях (их надлежит оставлять в таком положении, обеспечивая сохранность при транспортировке трупов в морг). Об этих ограничениях говорят и ученые[74]. Однако, по нашему мнению, проведение исследований, направленных на фиксацию трупных явлений (трупные пятна, реакция зрачков и др.), не связанные с физическим изменением трупа, вполне обоснованы. Они не связаны с самостоятельным получением информации (новых знаний), а направлены на констатацию состояния трупа. Например, констатация факта наличия изо рта какого-либо запаха (алкоголя и др.) выявляется при надавливании на грудную клетку. По-сути, это – исследование, так как предполагает определенную последовательность действий, предусматривающих констатацию их результата. Однако, очевидно, что оно не меняет состояние трупа, но дает информацию, необходимую для раскрытия преступления.

Несколько сложнее дело обстоит с фиксацией наличия ранних трупных явлений, с указанием времени их исследования. В Правилах 1978 г. рекомендуется указывать: степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела (на ощупь); температуру тела (электротермометром, с указанием, в каком участке тела измерена), температуру в прямой кишке и окружающего воздуха; наличие, расположение, цвет трупных пятен,

изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; реакция поперечнополосатых мышц на механическое воздействие; электровозбудимость поперечнополосатых мышц; характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина.

При этом данные анализа работы сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Москвы показали, что из всех рекомендованных Правилами 1978 г. методик констатации наличия ранних трупных явлений при осмотре трупа с их наличием используются лишь: степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела (на ощупь); наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; реакция поперечнополосатых мышц на механическое воздействие. При этом температуру тела измеряют лишь в прямой кишке, причем, только ртутным термометром. Причем электровозбудимость поперечнополосатых мышц; характер зрачковой реакции на введение в переднюю

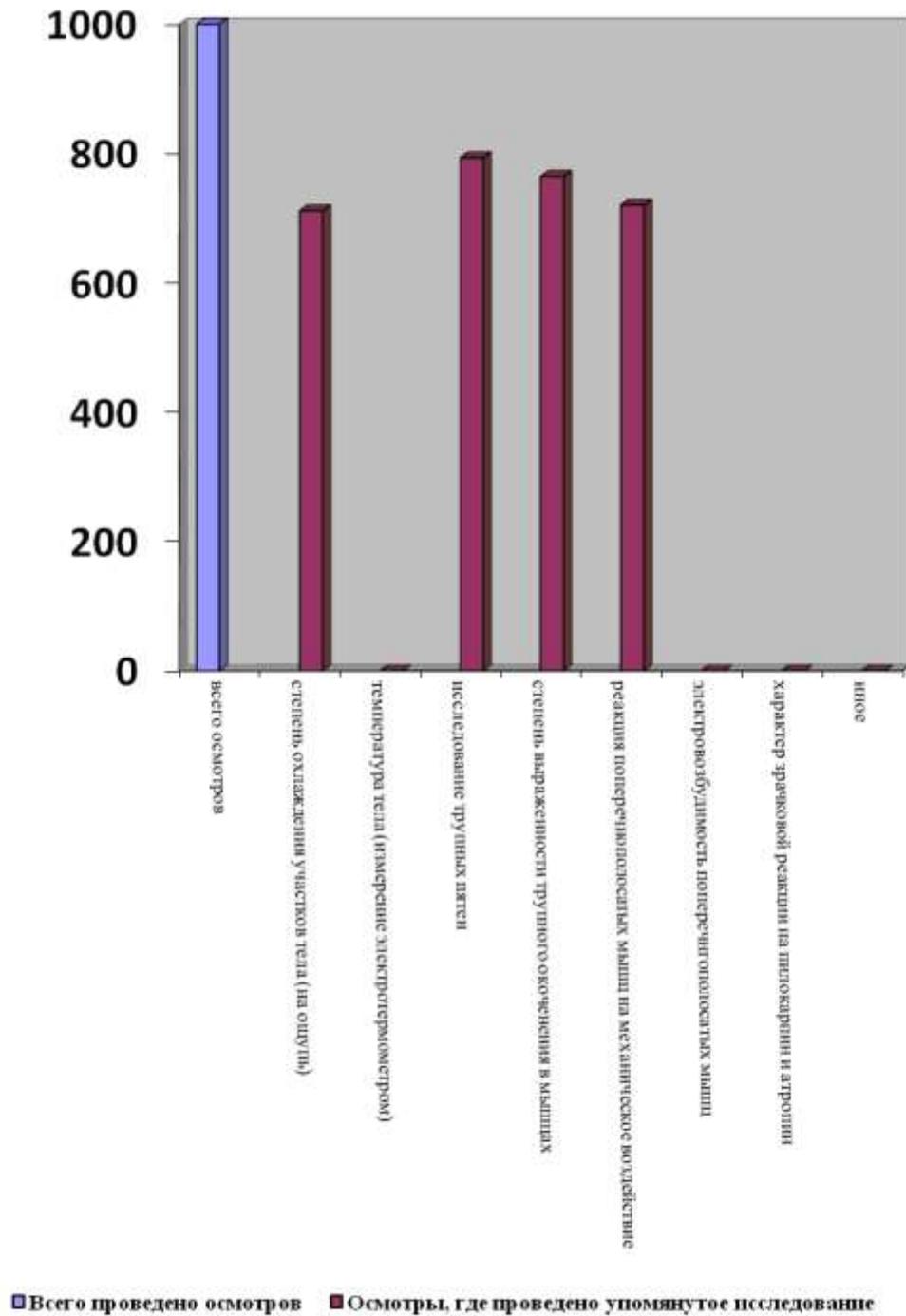


Рис. 3.10. Исследования, проводимые в г. Москве при осмотре трупа при наличии ранних трупных явлений. Выборка – 1000 осмотров.

камеру глаза растворов пилокарпина и атропина не регистрируется (рис. 3.10, приложения камеру глаза растворов пилокарпина и атропина не регистрируется (рис. 3.10, приложения

Объяснить это можно отсутствием необходимых технических параметров у имеющихся в продаже и производстве электротермометров. Дело в том, что все имеющиеся в наличии электротермометры созданы для измерения температур в твердых и сыпучих средах, что, естественно не полностью имитирует условия *per rectum*. Датчики этих термометров имеют достаточно мелкое до 0,2 см сечение и, часто, заостренный конец, облегчающий введение датчика, как в твердую, так и сыпучую среду. Эта же конструктивная особенность датчика может явиться причиной посмертной травматизации как стенки собственно прямой кишки, так и соседних органов - мочевого пузыря, матки, влагалища, крупных венозных узлов и проч. Указанные повреждения могут создать условия для перекрестного переноса содержимого полостей этих органов. Указанной ситуации, на наш взгляд, следует всемерно избегать, так как она в значительной степени затруднит трактовку результатов исследований мазков взятых по настоянию следствия из полостей влагалища прямой кишки.

Для установления давности смерти лица всегда применялись последние достижения развития науки и техники. Хотя можно с уверенностью говорить о том, что существование проблемы определения давности наступления смерти связано с самим зарождением судебной медицины, как науки. Как указывали В.И. Витер, А.В. Пермяков, А.Ю. Вавилов [40, 41, 50, 51] некоторые вопросы, требующие научных, специальных знаний, посвященных проблеме установления времени смерти человека, излагались в публикациях различных медицинских сочинений древности, в том числе датированных X веком нашей эры.

На первых этапах развития и становления судебной медицины как науки для целей диагностики давности наступления смерти преимущественно использовались методики, основанные на фиксации качественных показателей, регистрируемых визуально [40, 41]. Данный подход к определению давности смерти сохранил свои принципы и в

настоящее время и достаточно широко применяется в современных судебно-медицинских исследованиях таких явлений, как охлаждение трупа, наличие высыхания его слизистых оболочек, мышечное (трупное) окоченение и трупные пятна, проявления аутолитического процесса и т.д. [15, 23, 24 и др.].

Однако, в настоящее время, с появлением методов инструментальной фиксации выявляемых изменений, наряду с органолептическим, сформировалось инструментальное направление.

Кратко рассмотрим большинство используемых методов и оценим их перспективность юридического закрепления в новых Правилах.

Использование трупного высыхания, для целей определения давности смерти на настоящее время не получило широкого развития, и, по мнению М.И. Авдеева [3], нецелесообразно. Кроме того, судебно-медицинская экспертиза не располагает инструментальными методами объективной регистрации степени высыхания наружных покровов трупа. По сути, единственной градацией данного показателя, является констатация факта – «высыхание есть», либо «высыхания нет». Однако, несмотря на неоднозначное отношение к данному показателю, по нашему мнению, данный показатель целесообразно фиксировать в протоколе осмотра трупа, исходя из того, что лишней информации быть не может.

То же самое можно сказать и о мышечном окоченении, количественная регистрация которого, несмотря на проводимые исследования [283, 284, 302], является более чем условной.

В основе определения давности наступления смерти по состоянию окоченения мышц трупа лежат классические работы Е.О. Мухина [144], определившего сроки начала, полного развития и исчезновения трупного окоченения. Однако, даже прояснение механизма образования трупного окоченения [129], появление убедительной биохимической теории, имеющей основательную теоретическую трактовку [19, 273, 278] и экспериментально-практическое обоснование [82, 139], не повысило

диагностические возможности данного метода, о чем подробно говорит А.Ю. Вавилов [39, 40].

По мнению П.И. Новикова и др. [126], критериальный способ диагностики давности смерти, к которому относятся все методы качественной диагностики, является, по существу, способом жестких аналогий. Он позволяет выявить время развития процесса лишь в самом общем виде, так как интенсивность процессов в разных трупах различна. Однако, по нашему мнению, пренебрегать ими нельзя.

Например, хотя рекомендации оценки охлаждения трупа на ощупь, без измерения температуры пришли к нам преимущественно из ранних работ [73, 150, 268], это до сих пор практикуется специалистами при осмотре трупа. Исследователи отмечали, что процесс охлаждения трупа происходит нелинейно [219, 279, 297, 299] и на темп развития данного процесса оказывает влияние масса трупа, степень выраженности подкожно-жирового слоя, причина смерти [286, 289, 290], условия внешней среды, в которых находился труп – температура, влажность [63, 225, 229, 285]. Попытки учесть эти факторы практически нереализуемы, но пренебрегать ими не стоит.

Сходным образом обстоят дела и с исследованием трупных пятен при осмотре трупа на месте происшествия. Так, Ю.С. Сапожников [215] предложил для количественной оценки степени развития трупных пятен регистрировать скорость восстановления их цвета после надавливания. Некоторыми исследователями предпринимались попытки объективизировать метод, путем дозирования давления [243, 244], но при этом не было получено каких-либо определенных критериев, позволяющих точно устанавливать давность наступления смерти [16].

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений влияние на характер процесса формирования и развития трупных пятен таких факторов, как причина смерти [2, 115, 285], температура окружающего воздуха [39, 287], влияние капиллярного эффекта В.Л. Молчанов [143], К.А.

Нижегородцев [150], К.И. Татиев [238] и т.п. К тому же, как справедливо отмечает А.Ю. Вавилов [39], сам метод надавливания на трупное пятно не может считаться совершенным для количественной регистрации степени развития трупных пятен и даже для выявления стадии их развития, поскольку совершенно очевидно, что одним из факторов, определяющих скорость восстановления цвета трупного пятна после надавливания, является давление крови в трупном пятне [16] и сама сила надавливания, а также и эластические свойства сосудистой сети у конкретного субъекта, что в известной степени определяется возрастными и прочими факторами. Возможно именно разброс результатов исследований, проведенных на разных трупах в одни и те же интервалы посмертного периода, сформировал негативное отношение многих ученых к трупным пятнам, как к диагностическому посмертному процессу [1, 23, 90, 111]. Однако пренебрегать этими показателями не стоит.

Учитывая, что большая часть показателей, которыми пользуются, как показывают результаты исследования, специалисты Бюро судебно-медицинской экспертизы (степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела (на ощупь); наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении; степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; реакция поперечнополосатых мышц на механическое воздействие) носят качественный характер и не дают возможности точного определения времени смерти. Поэтому выявленную нами в исследовании практику неиспользования в осмотре трупа таких исследований, как электровозбудимость поперечнополосатых мышц; характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина нельзя одобрить.

Критерии диагностики давности смерти на основе суправитальных процессов, например, зрачковой реакции на миотики и мидриатики [272, 276, 293], также неоднозначны. Данные разных авторов о времени, через

которое после смерти зрачок трупа еще реагирует на указанные препараты, несколько различаются, охватывая посмертный период от 4-х до 24-х часов. Различия такого рода, наиболее вероятно, объясняются разницей в условиях пребывания трупов, в частности, температурой внешней среды, влажностью, движением воздуха, а также целым рядом индивидуальных особенностей, присущих конкретному трупу (причина смерти, возраст, открытое или закрытое состояние глаз и т.д.). Учитывая, что методика исследования зрачковой реакции не может характеризоваться как количественная, для определения хотя бы двух временных интервалов давности смерти было предложено исследовать «двойную реакцию» зрачка – последовательно на расширяющий и сужающий зрачок препараты. Двойная реакция, по данным О. Prokor [294], может быть получена в пределах первых 9-ти часов после смерти.

Заслуживают внимания данные о процессе посмертного угасания реакции мышц трупа на механическое и электрическое раздражение [132, 223, 292, 294, 296]. Особенно подробно исследована посмертная реакция мимических мышц лица на воздействие постоянного тока. Модификация методики W. Palm, I. Popwassilew [292], связанная с выявлением одно-, двух-, трехкратной реакции, позволяет приблизительно разграничивать три временных интервала в пределах первых 8-ми часов после смерти.

Очевидно, что пренебрегать этим нельзя. И отсутствие таких исследований можно расценивать, как недостаток деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы.

Стремление исследователей объективно оценивать наблюдаемые ими в посмертном периоде изменения, явилось мощным толчком к разработке новых методов. Так Ю.И. Пиголкин и А.А. Коровин [194], Ю.И. Пиголкин и др., [161] используя метод импедансной плетизмографии, исследовали состояние тканей трупа при различной степени развитости аутолиза. Никифоров Я.А. [151] и А.М. Онянов [160] показали возможность

использования электрического сопротивления с целью установления давности смерти по результатам исследования почек, ахилловых сухожилий и стекловидного тела глаза на поздних сроках постмортального периода. Разработаны методы использования измерения теплопроводящей способности биологических тканей, ферментативной активности [14, 76, 101, 138, 155 и др.]. Однако все они имеют ограничения и не позволяют судить о давности смерти с достаточно высокой точностью, удовлетворяющей запросы судебно-медицинской экспертной практики. Поэтому, по нашему мнению, в практику деятельности специалиста при осмотре трупа с ранними трупными изменениями следует ввести, упомянутые в Правилах 1978 г. методы исследования состояния трупа: степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела (на ощупь); наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; реакция поперечнополосатых мышц на механическое воздействие; электровозбудимость поперечнополосатых мышц; характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина. Дополнительно можно указать степень высыхания слизистых оболочек тела. Несмотря на качественность оценки, неточность каждого из методов для определения времени наступления смерти, в совокупности они дают существенный объем информации для установления с минимизированной погрешностью времени наступления смерти в ходе проведения экспертного исследования. Именно эти методы не нарушают состояния трупа (его кожных покровов и т.п.) и соответствуют правилам проведения осмотра, так как являются не самостоятельными исследованиями, а исследованиями, направленными на описание состояния трупа, причем без его повреждения. Новые методы на наш взгляд не отвечают требованиям осмотра: либо еще недостаточно разработаны, либо

требуют проведения лабораторных исследований или исследований с нарушением состояния трупа.

При этом необходимость указывать в протоколах осмотра трупа температуру окружающей среды сомнений не вызывает, так как влияние температуры среды на установление времени наступления смерти описано многими исследователями. Так Е.М. Кильдюшов и И.В. Буромский [106], адаптируя номограммы С. Henssge [286] с помощью меняющихся коэффициентов, корректируют расчетные данные давности наступления смерти с учетом температуры внешней среды и теплопроводности слоя одежды трупа.

Отдельного обсуждения заслуживает практика измерения температуры тела. Дискуссионным являются вопросы: чем мерить – электротермометром спиртовым или ртутным термометром; где мерить – в различных участках тела (включая внутренние органы) или исключительно в прямой кишке.

Несмотря на кажущуюся простоту дискуссия о средствах измерения температуры тела достаточно запутанна. Средства измерения являются инструментом, во многом определяющим точность получаемого с его помощью результата. Используемые ранее для научных исследований, а также в практической деятельности, спиртовые термометры, обладая целым рядом недостатков (малая точность измерения, высокая инертность) в значительной степени ограничивали возможности термометрического метода в плане минимизации его погрешности. Характеристики ртутного термометра, используемого в 100% случаев сотрудниками Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы (приложение 6, рис. 3.11), также несовершенны (допустимая погрешность 0,1°С градуса). В настоящее время во всех методиках осмотра трупа, включая Правила 1978 г., рекомендуется использование электронных термометров, характеризующихся высокой разрешающей способностью и меньшей допустимой погрешностью [39].

Очевидно, что погрешность метода установления давности смерти, во многом будет детерминирована тем, насколько современным (точным) является термометр, используемый для производства термометрии. По данным А.Ю. Вавилова [39], при давности смерти 20 часов, соответствующей наибольшей погрешности метода, при разрешающей способности термоизмерителя в $0,1^{\circ}\text{C}$ для температуры среды 20°C , инструментальная погрешность термометрии печени и прямой кишки составляет около 1-го часа и 40 минут для краниоэнцефальной термометрии. Повышение разрешающей способности термометра до $0,001^{\circ}\text{C}$, при тех же условиях уменьшило данные величины до шести и одной минуты соответственно [39].

При использовании же менее точных термометров, инструментальная погрешность может явиться фактором первостепенной важности, сдерживающим повышение точности определения давности смерти в целом. Поэтому, по нашему мнению, целесообразно в деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы использовать электротермометры с низкой степенью погрешности измерений.

Естественно, что различия в плане материально-технического обеспечения, обусловленные региональными особенностями бюджета системы здравоохранения, приводят к тому, что спектр термоизмерительной аппаратуры, используемой в различных бюро судебно-медицинской экспертизы, весьма широк (разрешающая способность от 1°C до $0,001^{\circ}\text{C}$). Однако, очевидно, что повышение уровня материально-технического оснащения Бюро судебно-медицинской экспертизы в плане снабжения его современными средствами измерения, будет способствовать повышению точности установления давности смерти.

Еще более сложным является вопрос внедрения методов измерения температуры тела в разных участках тела.

Попытки разработать способы диагностики давности смерти по скорости охлаждения тела умершего отражены в многочисленных работах последних лет – по изменениям ректальной температуры трупов, находившихся в различных условиях внешней среды, данных печеночной и краниоэнцефальной термометрии [24, 78, 102-105, 148, 152, 253, 266, 271, 274, 281, 298 и др.]. На настоящий момент существует очень большое количество сведений о динамике посмертного охлаждения организма человека, что позволяет считать данный метод хорошо разработанным и широко применяемым в судебно-медицинской практике.

Отмечаются попытки выявления новых, ранее не использованных для термометрии, диагностических зон [133, 266]. Например, хотя метод глубокой электротермометрии печени был предложен Ю.И. Юрьевым [269] и А.А. Ермиловым [78], но в дальнейшем он нашел свое развитие в работах по определению диагностической зоны с помощью двухзональной термометрии и исследованию трупа посредством шестизонального термощупа [39, 152, 153].

Другими активно изучаемыми направлениями можно считать изучение динамики внутригрудной температуры [134, 291] и температуры стволовой части и коры головного мозга [104, 266, 271, 301].

Тем не менее, за последние сто пятьдесят лет развития термометрического метода, так и не разработали рекомендации, четко описывающие порядок диагностического проведения термометрии на месте обнаружения трупа, с регламентацией материально-технического обеспечения данного процесса. Нет однозначных рекомендаций об использовании конкретной математической зависимости (математической модели, формулы, выражения), обеспечивающей максимально точное решение вопроса о давности наступления смерти человека; отсутствуют рекомендации по учету возможных колебаний температуры окружающей среды за время нахождения трупа на месте его обнаружения в тех случаях,

если эксперту, проводящему исследование динамики температуры мертвого тела, неизвестны границы этих изменений и т.п.

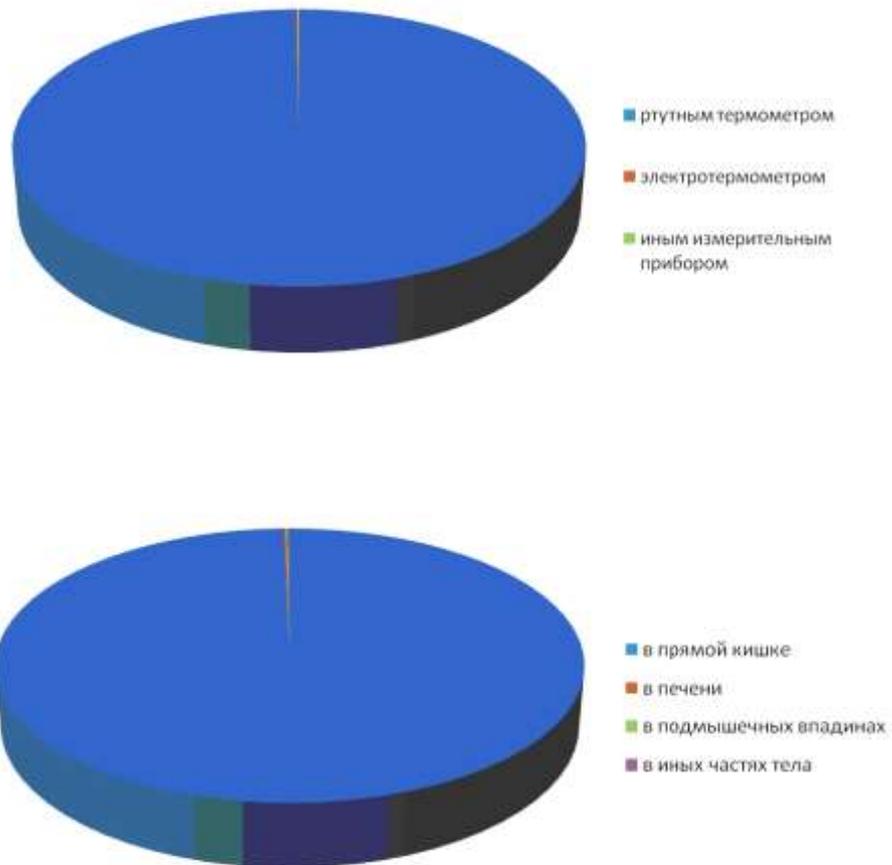


Рис. 3.11. Особенности измерения температуры тела при наличии ранних трупных явлений при осмотре трупа в условиях г. Москвы. Выборка – 815 осмотров.

Примером одной из последних новых медицинских технологий предназначенной для использования при исследовании врачом – специалистом в области судебной медицины (экспертом) мертвого тела в раннем посмертном периоде на месте его обнаружения (место происшествия), и определения давности наступления смерти, в случаях, предусмотренных действующим законодательством, является «Диагностика

наступления смерти термометрическим способом в раннем посмертном периоде», разработанная Е.М. Кильдюшовым, А.Ю. Вавиловым, В.А. Куликовым (организация-разработчик Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию») [39, 103 и др.]. Абсолютными противопоказаниями к применению технологии является: повреждения мертвого тела, с полным разрушением его головы, области таза и печени (диагностических зон); длительное воздействие на труп температуры окружающей среды, превышающей значения нормальной температуры тела человека (более 37°C); длительное воздействие на труп отрицательной внешней температуры, сопровождающееся замерзанием тканей мертвого тела.

Обращает на себя внимание, что для реализации технологии нужно стандартное материально-техническое оснащение Бюро судебно-медицинской экспертизы: электротермометр, с разрешающей способностью измерения температуры не менее 0,1°C, имеющий 2 температурных датчика – остроконечный, для измерения температуры в печени и полости черепа, и тупоконечный, для измерения ректальной температуры трупа. Особенностью технологии является несколько тактических моментов:

осмотр трупа на месте его обнаружения осуществляют с учетом, что изменение позы мертвого тела, положения конечностей и состояния его одежды следует осуществлять только после проведения термометрии;

исследование трупных явлений производят в следующем порядке: на ощупь определяют степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела; оценивают степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; проверяют реакцию поперечнополосатых мышц на механическое воздействие; измеряют температуру тела, с указанием, в какой диагностической зоне её измеряли (полость черепа, печень, прямая кишка);

температуру измеряют электротермометром с тупоконечным датчиком в прямой кишке трупа, остроконечным датчиком в печени или глубоких отделах головного мозга двух- или четырехкратно через равные промежутки времени. Одновременно с измерением температуры трупа производится регистрация температуры окружающего воздуха (так же двух или четырехкратно с последующим вычислением среднего ее значения);

после замеров температуры определяют наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); оценивают характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина; проверяют электровозбудимость поперечнополосатых мышц.

Технология хорошо зарекомендовала себя при опытных использованиях [39], но обращает на себя внимание, что проведение термометрии согласно данной технологии предполагает нарушение целостности трупа, то есть зондирование, прямо запрещенное еще Правилами 1978 г. Так при замере температуры головного мозга острый игольчатый датчик термометра вводят через верхний носовой ход трупа под углом 15-20° к сагиттальной плоскости, с проколом решетчатой кости поступательно-вращательным движением под углом около 45° к горизонтальной линии. При термометрии печени датчик термометра вводят через прокол кожи в проекции угла между мечевидным отростком грудины и правой реберной дугой в направлении спереди назад, несколько снизу вверх и справа налево (под углом примерно 75° к фронтальной плоскости). Более того технология «работает» только, если целостность диагностической зоны не нарушена (например, нельзя проводить краниоэнцефальную термометрию при открытых черепно-мозговых травмах, а ректальную или термометрию печени при открытых повреждениях брюшной полости, а так же повреждениях, сопровождающихся скоплением крови в соответствующей полости тела).

Запрет на проведение нарушения целостности трупа проистекает из традиционного смысла «осмотра», как следственного действия. Причиной этого являются два фактора:

в протоколе осмотра должны быть описаны все повреждения трупа;

при проведении в последующем исследования трупа в рамках судебно-медицинской экспертизы в заключении необходимо указать все повреждения трупа. При этом повреждения от зонда могут быть приняты за причиненные вне осмотра трупа и имеющие отношения к преступлению.

То есть, причина запрета зондирования – традиции и желание подстраховаться от возможной путаницы с исследованием повреждений, обнаруженных на трупе. Однако если современные медицинские технологии способны уточнить время наступления смерти, это может стать более важным аргументом. При этом традиции можно изменить, если ввести новую медицинскую технологию, единую для всех специалистов в области судебной медицины (судебно-медицинских экспертов, врачей) на территории Российской Федерации. Однако введение такой технологии возможно только в рамках межведомственного нормативного акта, например того же нового Порядка, утвержденного Минздрава России, МВД России, СК России и иными заинтересованными министерствами и ведомствами.

Однако для такого серьезного шага следует рекомендовать максимально эффективную технологию. Так минусом рассматриваемой нами технологии можно считать тот факт, что если до момента термометрического исследования труп переворачивался, при выборе диагностической зоны следует отдать предпочтение измерению температуры в прямой кишке, либо, при использовании краниоэнцефальной термометрии или исследования печени, принять во внимание отклонение расчетной давности смерти от реальных значений в сторону увеличения на срок от 2-х до 4-х часов. Хотя все эти моменты можно учесть и юридически закрепить все в тех же единых Правилах. Например, можно предложить и

закрепить в Правилах отдельный алгоритм действий врача – специалиста в области судебной медицины в случаях, когда труп не перемещался.

В случаях, когда есть основания полагать, что поза мертвого тела не изменялась с момента наступления смерти, для достижения максимальной точности расчетного определения давности смерти с помощью термоизмерительных приборов предлагается следующий рабочий алгоритм:

1. Проводится исследование трупных явлений, причем изменение позы мертвого тела, положения его конечностей и состояния одежды следует осуществлять, только после проведения его термометрии. Его производят в следующем порядке: на ощупь определяют степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела; оценивают степень пересыхания слизистых оболочек и степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; проверяют реакцию поперечнополосатых мышц на механическое воздействие.

2. Проводят термометрию мертвого тела в прямой кишке трупа, печени и (или) глубоких отделах головного мозга. Температура измеряется электротермометром с разрешающей способностью $0,001^{\circ}\text{C}$ в прямой кишке трупа, печени или глубоких отделах головного мозга не менее чем четырехкратно через равные промежутки времени в 10 или 15 минут. Параллельно измерению температуры трупа производится регистрация температуры окружающего воздуха.

Термометрия проводится следующим образом:

– краниоэнцефальная термометрия: острый игольчатый датчик термометра вводится через верхний носовой ход трупа под углом $15-20^{\circ}$ к сагиттальной плоскости, с проколом решетчатой кости поступательно-вращательным движением под углом около 45° к горизонтальной линии. После «проваливания» датчика, вследствие прокола решетчатой кости, он вводится под контролем температуры тела в зону с самыми высокими ее значениями, где и оставляется на время создания диагностической выборки процесса;

– термометрия печени: острый игольчатый датчик термометра вводится через прокол кожи в проекции угла между мечевидным отростком грудины и правой реберной дугой в направлении спереди назад, несколько снизу вверх и справа налево (под углом примерно 75° к фронтальной плоскости). Под контролем температуры тела (показаний термометра) он вводится в зону с самыми высокими ее значениями, где и оставляется на время создания диагностической выборки процесса;

– термометрия прямой кишки: датчик термометра вводится в прямую кишку трупа на глубину 10-12 см.

Во всех случаях, после введения температурного зонда в диагностическую зону, термошуп оставляется в ней на срок не менее 3-х минут, по истечении которого осуществляются замеры температуры трупа.

3. После замеров температуры определяют наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); оценивают характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина; проверяют электровозбудимость поперечнополосатых мышц.

При выборе диагностической зоны специалист должен руководствоваться следующими критериями:

а) Диагностическая зона должна быть доступна без переворачивания мертвого тела или существенного изменения его позы;

б) Целостность диагностической зоны не должна быть нарушена (например, нельзя проводить краниоэнцефальную термометрию при открытых черепно-мозговых травмах, а ректальную или термометрию печени при открытых повреждениях брюшной полости, а так же повреждениях, сопровождающихся скоплением крови в соответствующей полости тела);

в) Давность смерти, установленная на основе исследования других трупных явлений (трупные пятна, мышечное окоченение, суправитальные

реакции) для краниоэнцефальной термометрии должна находиться в интервале 2-15 часов, а для термометрии печени и прямой кишки – в интервале 4-20 часов.

Если до момента термометрического исследования труп переворачивался, при выборе диагностической зоны следует отдать предпочтение измерению температуры в прямой кишке, либо, при использовании краниоэнцефальной термометрии или исследования печени, принять во внимание отклонение расчетной давности смерти от реальных значений в сторону увеличения на срок от 2-х до 4-х часов.

В целом в Правила работы врача-специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) от 27.02.1978 г, на наш взгляд, содержат наиболее полные рекомендации для врача-специалиста, участвующего в осмотре трупа на месте его обнаружения, точно и правильно трактуют процессуальный статус врача-специалиста участвующего в осмотре трупа. Однако, помимо рассмотренных выше вопросов, нельзя не отметить также, что в данных правилах содержится ряд иных значимых недочетов.

Так, например, в подпункте, оговаривающем порядок действий врача-специалиста по фиксации ранних трупных явлений, наряду с измерением температуры окружающего воздуха на уровне трупа, не указана необходимость измерения температуры иных сред (воды, грунта), из которых труп извлечен, а также необходимость указания иных факторов внешней среды которые могли бы влиять на динамику формирования трупных явлений. Также в этом подпункте не дается четкого определения понятия «дозированности» надавливания, объективизации дозированного надавливания на трупное пятно, так как в зависимости от физических кондиций врача-специалиста, подобного рода «дозировка» может быть различной. В этом же подпункте не достаточно описана методология оценки степени выраженности трупного окоченения и градация степеней выраженности трупного окоченения, а это значимо для врачей иных

специальностей, каковые могут быть привлечены в качестве специалиста к осмотру трупа на месте его обнаружения.

В указанном подпункте при упоминании необходимости фиксации в ходе осмотра трупа реакции поперечнополосатых мышц на механическое воздействие, электровозбудимость поперечнополосатых мышц, – характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина, не описаны методология производства данных воздействий и критерии оценки, что значимо для получения объективных результатов у различных врачей-специалистов и достоверного решения вопроса о давности наступления смерти.

Также, на наш взгляд, представляется целесообразным, в подпунктах посвященных фиксации как ранних, так и поздних трупных явлений введение рекомендаций, на какое конкретно трупное явление следует обратить особенное внимание в зависимости о предполагаемой давности наступления смерти.

В подпункте, посвященном фиксации поздних трупных явлений, отсутствуют указания на то, какие именно морфологические особенности следует обратить внимание при фиксации поздних трупных явлений

В подпункте Правил 1978 г., регламентирующем деятельность врача-специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения при повреждениях тупыми и острыми предметами, дискуссионным является положение о необходимости указания точных размеров повреждений и описания характеристик повреждений, особенно в категорической форме. По объективным причинам, затрудняющим осмотр, а именно опачкание областей повреждений кровью, грунтом, недостаточности естественного и искусственного освещения, «авральности» ситуации в какой проходит осмотр и т.д. достоверно определить размеры повреждений и описать их характеристику в полном объеме не всегда возможно. При категоричном стиле описания повреждений и точном указании размеров врачом-специалистом в области судебной медицины в протоколе осмотра трупа на

месте его обнаружения могут возникнуть противоречия между данными изложенными в протоколе и данными зафиксированными в ходе наружного исследования трупа в морге.

В подпунктах Правил 1978 г., регламентирующих деятельность врача-специалиста в ходе осмотра трупа при автототракторной, железнодорожной травме на месте его обнаружения, нет указаний об обеспечении безопасности врача специалиста. В мегаполисе указанные мероприятия по обеспечению безопасности имеют особое значение.

В подпункте, регламентирующем деятельность врача-специалиста в ходе осмотра трупа при авиационной травме, нет указаний о необходимости первичных идентификационных мероприятий.

В подпункте правил, регламентирующем деятельность врача-специалиста в ходе осмотра трупа при огнестрельных повреждениях, для изъятия и описания пуль гильз и боеприпасов целесообразно привлекать специалиста в области баллистики.

В подпункте Правил 1978 г., регламентирующего деятельность врача-специалиста в ходе осмотра трупа при сдавлении шеи петлей, имеется рекомендация при слабо выраженной странгуляционной борозде (которая к моменту вскрытия может почти исчезнуть) необходимо сфотографировать ее. Фотографирование, однако, на месте обнаружения трупа, как странгуляционной борозды, так и иных объектов, целесообразно поручать лицу, имеющему специальную подготовку в этой области, а именно специалисту-криминалисту.

В подпункте Правил 1978 г., регламентирующего деятельность врача-специалиста в ходе осмотра трупа при утоплении в воде, нет указания о необходимости фиксации температуры воды в водоеме, из которого извлечен труп, в то время как данная информация имеет большое значение для формирования мнения о динамике формирования трупных явлений и решения вопроса о давности наступления смерти.

В подпункте, регламентирующем деятельность врача-специалиста в ходе осмотра трупа при отравлении газообразными веществами, необходимо указать о недопустимости входа в помещение, в котором могло произойти отравление газообразными веществами до прибытия специалистов из СЭС и заключения о безопасности нахождения в данном помещении.

Отдельного обсуждения заслуживает и законность внесения в Правила такого положения, как ответы на вопросы следователя. В п. 2.2 Правил специалисту в области судебной медицины давалось право на основании данных наружного осмотра трупа и места его обнаружения в устной форме отвечать следователю на следующие вопросы: какова приблизительно давность наступления смерти, есть ли признаки изменения положения трупа после наступления смерти, имеются ли на трупе наружные повреждения, каким, предположительно, орудием (оружием) они нанесены, является ли место обнаружения трупа местом, где были нанесены повреждения, выявленные при осмотре трупа, имеются ли на трупе или на месте его обнаружения следы, похожие на кровь, выделения, или иные следы, какова возможная причина смерти? При этом имелась специальная оговорка, что специалистом в области судебной медицины могут быть даны ответы и на другие вопросы, не выходящие за пределы его компетенции и не требующие дополнительных исследований. Учитывая приблизительность ответов на поставленные вопросы, Правила 1978 г. специально оговаривали, что «высказывания врача-специалиста в области судебной медицины, основанные только на данных наружного осмотра трупа, являются предварительным мнением и не должны рассматриваться как экспертное заключение (последнее дается после полной судебно-медицинской экспертизы трупа)». Однако, учитывая, что согласно ст. 58 УПК РФ специалист может разъяснять сторонам и суду вопросы, входящие в его профессиональную компетенцию, такие консультации возможны. При этом, учитывая, что такие ответы относятся к умозаключениям и не могут быть

занесены в протокол осмотра трупа. Это целесообразно отразить в новых Правилах.

Разработка новых Правил потребует и внесения изменений в Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н. Раздел, посвященный осмотру трупа с повреждениями различного происхождения на месте его обнаружения, выходит за рамки предмета правового регулирования указанного Порядка, и как уже предлагалось в научной литературе [205], должен быть исключен из него и перенесен в разрабатываемые Правила.

Таким образом, реалии современной практики требуют упорядочивания деятельности специалиста в области судебной медицины при производстве осмотра трупа на месте происшествия. Сложность и объем области правового регулирования диктуют реализацию этой задачи в форме разработки самостоятельного ведомственного нормативного правового акта, основные положения которого представлены в данной работе, а возможный проект, разработанный в рамках данного исследования, – представлен в приложении 7.

ГЛАВА 4.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ
УЧАСТИЯ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ
МЕДИЦИНЫ ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО
ОБНАРУЖЕНИЯ, А ТАКЖЕ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ
ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ,
СОПРОВОЖДАВШЕЙСЯ МАССОВЫМИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ
ЖЕРТВАМИ.**

Осмотр трупа как вид криминалистической деятельности является сложным поисково-познавательным процессом. Любой сложный вид деятельности для обеспечения его эффективности требует планирования и организационного упорядочивания [270].

Одним из ключевых принципов российского уголовного судопроизводства является правило единоличного ведения предварительного следствия и персональной ответственности следователя за свои решения. Однако это не означает, что следователь должен вести всю работу по доказыванию и выяснению обстоятельств дела в одиночестве. В уголовном процессе существуют и иные процессуальные фигуры, которые тем или иным образом, взаимодействуя со следователем, и друг с другом, участвуют в решении задач стороны обвинения и защиты. Однако в последнее время традиционных рамок такого взаимодействия становится мало - постоянно возрастает число сложных, многоэпизодных уголовных дел, требующих новых подходов к организации расследования.

Однако, изучая приказы МВД России и иных министерств, юридическую литературу и уголовно процессуальное законодательство, сталкиваешься с тем, что фактически одно и то же организационное формирование имеет совершенно разные наименования, а одним и тем же термином именуется группы, имеющие не только разные функции, но и принципиально разную юридическую основу организации. Такая процессуальная неразбериха затрудняет не только разработку

организационных форм участия судебно-медицинских специалистов, но и само восприятие того или иного формирования, не говоря уже о возможности руководства им. Это же приводит к путанице с определением лиц, непосредственно участвующих в производстве следственных действий, или входящих в состав следственно-оперативных групп в административном плане.

Согласно приказам МВД РФ, в настоящее время основной организационной формой взаимодействия подразделений и служб органов внутренних дел в расследовании и раскрытии преступлений является следственно-оперативная группа (СОГ). Следственно-оперативные группы, согласно межведомственным приказам, подразделяются на следующие виды:

Дежурная (при дежурной части) - обеспечивает немедленное реагирование на сообщения о преступлениях, производство неотложных следственных действий и оперативно-розыскных мероприятий «по горячим следам» и формируется в составе следователя, сотрудников оперативных и экспертно-криминалистических подразделений, кинолога.

Целевая (временная) – для расследования и раскрытия преступлений по конкретному уголовному делу.

Специализированная (постоянно действующая) - для расследования и раскрытия определенной категории преступлений, в том числе, по которым лица, их совершившие не установлены. На уровне МВД, и главков разных уровней она создается также для оказания методической и практической помощи подчиненным органам.

Совместная следственно-оперативная группа (бригада) – для расследования и раскрытия тяжких и особо тяжких преступлений, в том числе совершенных организованными преступными группами, либо для расследования сложного уголовного дела с большим объемом работы.

В юридической литературе существует несколько различных, но вполне обоснованных взглядов на указанную классификацию следственно-оперативных групп.

Так Цоколов И.А. выделяет два вида временных организационных формирований, создаваемых для расследования преступлений – следственная группа (бригада) и следственно-оперативная группа [260]. При этом под *следственной группой (бригадой)* подразумевается «основанное на законе временное организационное формирование, созданное для расследования конкретного уголовного в целях быстрого и полного раскрытия и расследования преступлений, состоящее из нескольких следователей, один из которых принимает дело к своему производству и руководит действиями других следователей». *А следственно-оперативная группа* – «это основанное на законе и ведомственных нормативных правовых актах временное организационное формирование, состоящее из следователя (следователей), сотрудников оперативных аппаратов, субъектов оперативно-розыскной деятельности и иных специалистов, возглавляемое следователем и создаваемое для оптимальной организации деятельности по раскрытию и расследованию преступления».

Зеленский В.Д. [86] во главу угла ставит функциональное предназначение группы, то есть то, зачем мы ее создали и чем конкретно она будет заниматься. Он делит все следственно-оперативные группы на собственно таковые, предназначенные для проведения всего расследования, и временные организационные формирования, создаваемые для осмотров мест происшествий, неотложных первоначальных следственных действий.

В самом же Уголовно-процессуальном кодексе РФ присутствует только термин «*следственная группа*». Исходя из смысла статьи 163 УПК РФ, регламентирующей производство предварительного следствия следственной группой, таковой можно считать группу, создаваемую для производства предварительного следствия по сложному или объемному уголовному делу,

в которую входит два и более следователя. То есть речь здесь идет именно о бригадном методе расследования.

Следственная группа является временным процессуальным формированием, ее деятельность строится на нормах уголовно-процессуального законодательства, а основные положения регламентируются им же (ст. 163 УПК РФ).

Интересен тот факт, что специалист, особенно в области судебной медицины, как будто и не существует. Нигде во внутриведомственных актах МВД России и Следственного комитета Российской Федерации не упоминается об организационных формах его привлечения и участия. Тогда как действия, например специалиста-криминалиста при прибытии на место происшествия регламентированы приказом МВД России от 20 июня 1996 г. № 334 [172].

Таким образом, все многообразие групп, создание которых регламентируется различными внутриведомственными документами, можно свести к двум формированиям – следственные группы (бригады) и оперативно-следственные группы. При организации расследования внутри бригад вполне могут складываться следственно-оперативные группы, но это не может привести путаницу или внести элемент дезорганизации, так как процессуально это разные формы, их организация и особенности взаимодействия внутри них четко разграничены. Организация группы и взаимодействие ее участников проистекает именно из ее процессуальной природы. Особенности организационных форм привлечения специалиста в области судебной медицины напрямую зависят от организационной формы расследования.

А) Следственно-оперативная группа.

Следственно-оперативной группой можно считать временное формирование, не имеющее процессуального статуса и созданное для раскрытия и расследования преступлений.

Ее основное предназначение - рационально использовать процессуальные возможности всех субъектов уголовного процесса для значительного увеличения результативности проводимого расследования или отдельного следственного действия. Она может организовываться как для проведения расследования уголовного дела, так и для проведения отдельных следственных действий. Специалист, в том числе специалист в области судебной медицины, обычно является участником следственно-оперативной группы, но последний задействуется в осмотре только при обнаружении трупа.

Рассмотрим подробнее две формы следственно-оперативных групп.

Дежурная следственно-оперативная группа

Одним из документов, регламентирующим взаимодействие в расследовании и раскрытии преступлений до возбуждения уголовного дела является приказ МВД России от 20 июня 1996 г. № 334, в котором среди прочего говорится и о дежурной следственно-оперативной группе. Ее задача – обеспечить немедленное реагирование на сообщения о преступлениях, производство неотложных следственных действий и оперативно-розыскных мероприятий по «горячим следам». Она формируется в составе следователя, сотрудников оперативных и экспертно-криминалистических подразделений, кинолога и иных лиц, куда относится и специалист в области судебной медицины. Количество групп, график их работы и отдыха определяет начальник органа внутренних дел исходя из штатной численности и оперативной обстановки, с учетом требований действующих нормативных актов.

Основной задачей дежурной следственно-оперативной группы является обеспечение немедленного реагирования на сообщения о преступлениях, производство неотложных следственных действий и оперативно - розыскных мероприятий по «горячим следам». Отсюда можно предположить, что в интересах дела судебно-медицинский эксперт должен включаться в состав дежурной следственно-оперативной группы на общих

основаниях. Но в приказе МВД России от 20 июня 1996 г. № 334 указано, что она формируется в составе следователя, сотрудников оперативных и экспертно - криминалистических подразделений, кинолога и иных лиц. Количество групп, график их работы и отдыха определяет начальник органа внутренних дел исходя из штатной численности и оперативной обстановки, с учетом требований действующих нормативных актов. Одновременно в Порядке 1978 года указано, что судебно-медицинские эксперты районных и межрайонных отделений бюро судебно-медицинской экспертизы выезжают на места обнаружения трупов в пределах обслуживаемой территории, а в областных (краевых, республиканских) центрах организуются дежурства экспертов (п.1.3). При этом прибытие врача-специалиста в области судебной медицины на место обнаружения трупа и его возвращение обеспечивают органы, проводящие осмотр места происшествия; на них же возлагается обеспечение условий для работы специалиста (освещение, охрана порядка, техническая помощь при осмотре трупа и др.), а также транспортировка трупа в морг и вещественных доказательств в лабораторию (п.1.5).

Несмотря на то, что Порядок 1978 г. не является совместным приказом МВД России и Минздрава, а всего лишь утвержден Начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР и согласован с Прокуратурой СССР, Министерством юстиции СССР, Министерством внутренних дел СССР, Комитетом Государственной безопасности при Совете Министров СССР, его положения частично перекликаются с нормами приказа МВД России от 20 июня 1996 г. № 334, где на дежурного по органу внутренних дел возлагается (п. 2.1.3.) обеспечение участие в осмотре места происшествия специалистов в области судебной медицины. Однако в приказе не говорится, как он это делает, то есть на каком основании, и в какой форме.

Анализ практики и специальной литературы показывает, что традиционно организация работы по осуществлению участия специалистов в области судебной медицины в осмотре трупа на месте его обнаружения

осуществляется отделом дежурной службы Бюро судебно-медицинской экспертизы, как это и организовано в г. Москве.

Однако оптимальным вариантом решения проблем организации деятельности судебно-медицинского эксперта при его участии в выезде группы для осмотра места происшествия является рассмотрение его в качестве участника дежурной следственно-оперативной группы. Упорядочивание этой формы деятельности целесообразно в рамках разработки совместного приказа Министерства внутренних дел Российской Федерации, Следственного комитета Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации, посвященного организации взаимодействия подразделений и служб в расследовании и раскрытии преступлений.

По этому пути уже пошли отдельные регионы России, например Республика Башкортостан. В республике издан приказ Прокуратуры Республики Башкортостан от 16.07.2002 № 94, МВД Республики Башкортостан № 321, Министерства здравоохранения Республики Башкортостан № 509-Д «О постоянно действующих следственно-оперативных группах» (вместе со «Списками судебно-медицинских экспертов для следственно оперативных групп») [162]. Согласно этому приказу, при отделе по расследованию умышленных убийств и бандитизма прокуратуры Республики Башкортостан и управлении уголовного розыска службы криминальной милиции МВД по Республике Башкортостан создается пять постоянно действующих следственно - оперативных групп. Судебно - медицинские эксперты Бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Республики Башкортостан включаются в состав следственно - оперативных групп согласно прилагаемому списку зональных судебно - медицинских экспертов.

Свой путь в решении указанного круга проблем находит и Московское городское Бюро судебно-медицинской экспертизы. В структуре отдела дежурных судебно-медицинских экспертов созданы судебно-медицинские

бригады быстрого реагирования, в которых задействованы специалисты, выполняющие в течение суток различные обязанности по Бюро и объединенные в течение суток в единую функциональную структуру. Указанное образование призвано реагировать не только на чрезвычайные ситуации и техногенные катастрофы, часто возникающие в условиях мегаполиса, но и резонансные преступления. Таким образом, для реакции на подобные случаи Бюро ежедневно может выставить группу из 6 готовых к работе специалистов, под руководством опытного куратора.

Следственно-оперативная группа по расследованию уголовного дела

Решение о создании следственно-оперативной группы по расследованию конкретного уголовного дела принимается руководителями аппаратов следствия и оперативных подразделений, и оформляются приказом начальника соответствующего органа внутренних дел. Руководителем группы назначается следователь, принявший дело к производству. Если в группу включаются несколько оперативных работников, один из них назначается старшим. Изменения в составе группы могут быть произведены лишь начальником, издавшим приказ о ее создании, по согласованию с руководителем следственно-оперативной группы. Решение о расформировании следственно-оперативной группы по предложению ее руководителя принимает начальник, ее создавший, или вышестоящий руководитель.

Отношения между участниками следственно-оперативных групп строятся на основании их процессуальных прав и полномочий. Так за следователем естественно сохраняется руководящая роль. Согласно приказу МВД России от 20 июня 1996 г. № 334, руководитель любой следственно-оперативной группы (каковым считается следователь), помимо личного участия в производстве следственных действий, определяет направление расследования и его планирование, распределяет работу между участниками группы и координирует их действия, осуществляет организационное обеспечение и контроль исполнения, знакомится с относящимися к делу

оперативными материалами и лично отвечает за надлежащее их использование и легализацию процессуальным путем.

К сожалению практики включения судебно-медицинских экспертов в такие группы не существует. Причина этого, скорее всего, в отсутствии межведомственного взаимодействия. Действительно, на каком основании начальник органа внутренних дел или территориального следственного подразделения СК России будет включать в состав группы судебного медика, если административной власти над ним он не имеет, а межведомственных приказов, предусматривающих это, не существует.

Казалось бы, проще должно быть с привлечением судебного медика к организационной форме расследования, предусмотренной уголовно-процессуальным законодательством, которой является следственно-оперативная группа.

Б) Следственная группа (бригада)

По сложным уголовным делам или делам большого объема производство предварительного следствия может быть поручено следственной группе (бригаде), состоящей из двух и более следователей. Производство следствия по делу несколькими следователями регулируется ст. 163 УПК РФ.

Таким образом, организационные и правовые основы участия судебно-медицинского эксперта в осмотре места происшествия требуют совершенствования. Проведенные исследования показывают, что основной проблемой является отсутствие межведомственного взаимодействия, как на научной, так и правовой основе. До сих пор действия следователей, оперативных сотрудников, судебных медиков при осмотре мест происшествий регламентируются разрозненными противоречащими друг другу ведомственными нормативными правовыми актами. Оптимальным является разработка совместного приказа МВД России, СК России, Минздрава России, регламентирующего действия всех участников осмотра

места происшествия, а также принципы и порядок формирования следственных бригад и следственно-оперативных групп.

Дискуссионным можно считать вопрос организации периодических совместных межведомственных совещаний или комитета посвященного решению задач, сопряженных с расследованием сложных убийств либо случаев смертей в условиях неочевидности ненасильственной смерти с введением в состав руководителей различных подразделений МВД России, СК России, а также руководителей структурных подразделений региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы.

При этом особо следует рассмотреть действия врача после приезда с осмотра трупа. Согласно приказу МВД России от 20 июня 1996 г. № 334 при возвращении с места происшествия члены следственно - оперативной группы незамедлительно докладывают руководству о принятых мерах по раскрытию преступления, изучают собранные материалы, изъятые следы и иные вещественные доказательства и на основании полученной информации разрабатывают версии и составляют согласованный план расследования.

Применительно к судебно-медицинскому эксперту можно добавить, что он в течение дежурных суток должен зафиксировать выезд в журнале учета выездов на место происшествия, а при необходимости сообщить оперативному дежурному по УВД информацию по осмотренному трупу, в части касающейся специальных познаний в судебной медицине. Однако и этого не достаточно, так как, к сожалению, качество работы не всегда идеально, но и его можно повысить за счет правильной организации труда.

Так был проведен анализ качества составления протоколов осмотров трупов на местах их обнаружений, составляемых с участием судебно-медицинских экспертов . При проверке 113 протоколов, составленных в 2011 году, был выявлен ряд наиболее типичных ошибок, допускаемых судебно-медицинскими экспертами при работе на месте обнаружения трупа, причем частота и степень грубости дефекта не зависела от опыта работы сотрудников. Наиболее часто вообще не проводились или не проводились

двукратные измерения температуры в прямой кишке (41,6%). Следует отметить и частоту встречаемости иных ошибок: не указана степень охлаждения кожного покрова (3,5%); не указаны локализация охлаждения кожных покровов (7,1%); вообще не проводилось или проводилось с нарушениями исследование трупных пятен (8,0%); не проводилась проба на механическую возбудимость мышц (9,7%); не измерялась температура окружающей среды (16,8%); вообще нет фиксации трупных явлений (5,3%).

Наличие таких проблем диктует необходимость разработки и внедрения унифицированной регистрационной карты, с заложенными в ней алгоритмами действий, предназначенной для применения судебно-медицинским экспертом при осмотре трупа на месте его обнаружения, заполнения ее и последующей транспортировки в морг для дальнейшего изучения танатологом. С целью установления состояния данного вопроса в региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы нами был составлен анкеты для начальников, затрагивающий круг вопросов, касающийся работы дежурной службы, осмотров трупов на местах их обнаружений с учетом региональной специфики, и разослан во все Бюро судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации. Также в указанной анкете поднимался вопрос о применении регистрационной карты при осмотре трупа. Были получены ответы из 53 Бюро судебно-медицинской экспертизы. Выяснилось, что примерно в четверти Российских Бюро судебно-медицинской экспертизы применяются подобные карты регистрации. Анализ данных карт показал, что в них содержится ряд рациональных идей, но также есть и структуры несущие не значимую информацию и загромождающие регистрационный документ. Синтезировав позитивный опыт данных карт, и применив свои оригинальные идеи, мы создали унифицированную регистрационную карту, заложив в нее оптимизированные алгоритмы действий судебно-медицинского эксперта (приложение 8). Эта карта была внедрена и использована в работе всех групп дежурных судебно-медицинских экспертов отдела дежурных

экспертов. Уже поверхностный анализ 4-х месячного опыта использования данной карты в отделе показал улучшение качества протоколов осмотров трупов на местах их обнаружений, составляемых с участием судебно-медицинских экспертов.

Таким образом, учитывая, что непосредственную деятельность специалиста в области судебной медицины в составе группы можно разделить на три этапа: по прибытии на место происшествия, непосредственно при осмотре трупа на месте происшествия, при возвращении, в приказ МВД России от 20 июня 1996 г. № 334 следует включить следующие положения:

«1. Специалист в области судебной медицины по прибытии на место определяет, имеются ли у пострадавшего признаки жизни. При отсутствии достоверных признаков смерти он через следователя обязан вызвать скорую медицинскую помощь, а до ее приезда лично принять меры по восстановлению основных жизненных функций организма. В случае наступления смерти потерпевшего в протоколе осмотра надо указать, какие именно меры были предприняты для оживления, время их начала и окончания.

2. В ходе осмотра места происшествия специалист в области судебной медицины (судебно-медицинский эксперт):

выявляет признаки, позволяющие судить о времени наступления смерти, характере и механизме возникновения повреждений, и другие данные, имеющие значение для следственных действий.

консультирует следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром трупа на месте его обнаружения и последующим проведением судебно-медицинской экспертизы.

оказывает следователю помощь в обнаружении следов, похожих на кровь, сперму или другие выделения человека, волос, различных веществ, предметов, орудий и других объектов, а также содействует их изъятию.

обращает внимание следователя на все особенности, которые имеют значение для данного случая, дает пояснение по поводу выполняемых им действий;

с учетом результатов осмотра участвует в разработке рабочих версий совершенного преступления.

3. Специалист в области судебной медицины в рамках совместной работы в дежурной следственно-оперативной группе на основании данных наружного осмотра трупа и места его обнаружения в устной форме может консультировать следователя по вопросам, входящим в его профессиональную компетенцию (давности наступления смерти, признакам изменения положения трупа после наступления смерти, возможной причины смерти и т.п.).

4. После окончания осмотра трупа специалист в области судебной медицины заполняет в двух экземплярах регистрационную карту (один экземпляр передается вместе с трупом в морг; другой храниться в архиве Бюро судебно-медицинской экспертизы) и в течение дежурных суток фиксирует выезд в журнале учета выездов на место происшествия».

Таким образом, реалии современной практики требуют упорядочивания деятельности специалиста в области судебной медицины не только при производстве осмотра трупа на месте происшествия, но и в рамках такого организационного формирования, как дежурной следственно-оперативной группы. Оптимально это можно сделать в форме внесения изменений в приказ МВД России от 20 июня 1996 г. № 334, а также разработки самостоятельного межведомственного нормативного правового акта, посвященного работе специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа, основные положения которого представлены в данной работе.

Особенностью мегаполисов является повышенная возможность формирования чрезвычайных ситуаций.

Таким образом, перед дежурной судебно-медицинской службой Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы встает ряд задач, среди которых: необходимость быстрого и адекватного реагирования в случаях формирования чрезвычайных ситуаций, связанных с большим количеством человеческих жертв; необходимость четкого взаимодействия с правоохранительными органами на местах обнаружений трупов. При этом большое количество трупов неопознанных лиц обязывает дежурных судебно-медицинских экспертов начинать идентификационные мероприятия уже в процессе осмотра трупа на месте его обнаружения.

Сами следователи иногда не вполне четко представляют, чем конкретно судебный медик может помочь следователю при проведении следственных действий с целью установления личности, в каких случаях присутствие специалиста обязательно или желательно. Лишь в последние годы появились специальные работы, в которых рассматриваются отдельные аспекты организации работы специалистов в области судебной медицины при опознании погибших, причем, главным образом, в условиях крупномасштабных катастроф [185, 246, 247 и др.].

Анализ литературы позволяет условно разделить все существующие точки зрения на две. По мнению первой группы авторов, работа на местах происшествий с большим числом жертв осуществляется «группой быстрого реагирования», которая состоит из 4-5 человек и работает в основном по обнаружению трупов и их останков. При этом судебно-медицинская экспертиза трупа воспринимается ими как следующий независимый этап и осуществляется силами учреждения судебно-медицинской службы. Именно на этом этапе определяются идентифицирующие признаки трупов. Затем с целью опознания составляются фотовитрины, витражи вещей и ценностей от погибших, доступ к которым открыт для всех [66, 176, 177, 185, 262]. По мнению других [237] помимо обязательного проведения судебно-медицинской экспертизы трупа в случаях массовых катастроф и стихийных бедствий в задачу судебно-медицинских экспертов входит работа в очаге. Ее

цели: проведение топографической привязки для установления целого по частям; достоверная реставрация и реконструкция; фиксация внешних опознавательных признаков; консервация останков. Данная группа авторов считает, что в очаге судебно-медицинский эксперт может получить данные и описать расовый тип, пол, возраст, здесь же необходимо осуществить фотографирование, фиксацию особенностей внешности, оформить дактокарты, получить дерматоглифические отпечатки пальцев, кистей, стоп, каймы губ, по возможности снять посмертную маску. Эта позиция вызывает негативное отношение некоторых авторов, считающих, что «проведение такого объема работ в очаге поражения невозможно» [237]. По нашему мнению разночтения возникают по причине того, что цитируемые авторы не воспринимают работу в очаге как процессуальное действие, а именно осмотр места происшествия, куда входит и осмотр трупа. Если встать на эту позицию, то становится понятным, что поисковые мероприятия, направленные на обнаружение трупа, являются составной частью осмотра и ведутся специально уполномоченными участниками, то есть следователем с привлечением специалистов. Число специалистов, в том числе и в области судебной медицины, определяет следователь, исходя из объема работы и поставленных задач, и юридических ограничений на их счет не существует. Так называемая «группа быстрого реагирования» может быть создана, но она должна работать вне осмотра места происшествия и ее работа должна быть направлена не на обнаружение трупов, а на обнаружение еще живых лиц и оказание им медицинской помощи. Хотя, как мы отмечали выше, любой специалист в области судебной медицины, вызванный на осмотр трупа на месте его обнаружения, должен, если есть возможность спасти человека, начать с оказания медицинской помощи.

Нельзя согласиться и с мнением Н.Г. Юдиной [268], базирующемся лишь на том, что если объем работ большой, то его сделать нельзя. По нашему мнению, ошибка Громова А.П., Звягина В.Н., Науменко В.Г. [237] не в том, что они считают необходимым проводить максимально возможный

осмотр трупов в условиях места происшествия с многочисленными жертвами, а в том, что они возлагают на специалиста в области судебной медицины несвойственные ему функции. Так если фиксация внешних опознавательных признаков; консервация останков, расовый тип, пол, возраст, снятие посмертной маски – прерогатива специалиста в области судебной медицины, то фотографирование, оформление дактокарты, получение дерматоглифических отпечатков пальцев, относится к компетенции специалиста-криминалиста, которому и стоит поручать данные действия.

В тоже время мы разделяем высказанное в литературе мнение, что отсутствие официальных и четко сформулированных заданий превращает работу судебных медиков в импровизацию [46]. Так неконтролируемый поток трупов при авиакатастрофе в Иркутске привел к размещению погибших в трех удаленных друг от друга моргах, что значительно затрудняло процесс опознания. На месте происшествия ничего не протоколировалось, трупы не маркировались [54, 268]. Поэтому задача по регламентации функций и организационных принципов деятельности судебно-медицинской службы, в том числе и ее взаимодействия с другими ведомствами крайне актуальна. Однако именно восприятие мест с массовым количеством жертв, как традиционных осмотров мест происшествий, позволяет упорядочить работу специалиста в области судебной медицины. Естественно, что сама его работа на месте происшествия, включая алгоритм использования методик, должна быть регламентирована в рамках ведомственного нормативного акта, вариант которого предложен в данной работе (приложение 7).

Учитывая, что именно качество осмотра трупа на месте его обнаружения закладывает основы его качественного опознания, кратко рассмотрим наиболее оптимальную схему действий.

Так в протоколе осмотра детально описывается одежда, вещи, внешность потерпевшего, все обнаруженные документы, а также факторы,

которые могут быть индивидуальны или нести информацию, необходимую для расследования. В ходе осмотра производится фотосъемка с соблюдением всех существующих правил, а также с учетом того, что часть фотографий в дальнейшем может быть использована для опознания. Следователь уже на месте происшествия должен правильно оценить ситуацию и определить необходимость отбора сравнительных образцов для проведения экспертной идентификации. В практике при наличии большого числа жертв встречаются случаи, когда для идентификации направляются все обнаруженные фрагменты тел. При этом параллельно идет традиционное опознание и захоронение трупов. В таких ситуациях часто забывают взять пробы тканей опознанных тел, направляемых на захоронение, для ДНК-идентификации. Это приводит к тому, что остаются фрагменты, о которых нельзя точно сказать, относятся ли они к уже опознанному и захороненному телу, или являются останками неизвестного погибшего. В таких случаях открытым остается вопрос даже о количестве потерпевших [94].

Идентификация личности погибшего имеет определенные отличия от идентификации личности живого человека. В данном случае нельзя получить информацию от самого потерпевшего, из-за изменения облика в результате смерти затруднено опознание, посмертные изменения нарушают папиллярные узоры и другие признаки (наколки, родимые пятна и т.п.), играющие роль в идентификации. Значительные затруднения возникают при идентификации жертв взрывов и пожаров, когда сами поражающие факторы оказывают сильное разрушительное действие на тело человека. Нередко, особенно при взрывах, на месте происшествия обнаруживают лишь фрагменты тел. В таких условиях на первый план выходят экспертные способы идентификации, среди которых особый интерес вызывают методы, опирающиеся на исследование черепа, зубов, ДНК объекта.

Кости и зубы, в отличие от мягких тканей человеческого организма, выдерживают высокие температуры и достаточно долго сохраняются в земле и других средах. Поэтому нередко приходится иметь дело уже

практически со скелетированными останками. К настоящему времени исследования зубов, а также антропологические методы восстановления облика и идентификации уже стали традиционными. За рубежом этому способствует широкое распространение маркировки коронок и протезов. При этом возможно (даже на основании одних костных останков) определить расу, привычки, питание, заболевания и т.п., восстановить возможный облик человека и таким образом выйти на определенный круг пропавших лиц, где и можно в дальнейшем провести индивидуальную идентификацию. Интересен тот факт, что опознание по результату исследования зубов в Северной Америке произошло еще в 1775 году.

Идентификация неопознанных трупов – направление, где получение результатов возможно только при творческом подходе к каждому конкретному случаю. Именно здесь переплетаются достижения современной науки и опробованные десятилетиями традиционные методы, следственно-оперативные и экспертные способы получения информации. При этом сам результат зачастую зависит от правильности оценки следователем ситуации на месте происшествия, определения круга лиц и отбора образцов для идентификации, а также от грамотности постановки задач и знания принципиальных возможностей современной науки.

Однако существующий хаос целесообразно систематизировать именно за счет введения алгоритма действий в описании трупа при осмотре мест происшествий, связанных с массовыми жертвами. С этой точки зрения интерес представляет такое направление, как выявление идентифицирующих признаков на всех этапах проведения осмотра трупа и судебно-медицинской экспертизы и оформление «Карты погибшего при чрезвычайной ситуации», предложенной Н.Г. Юдиной. Такая карта, составляемая во взаимодействии с правоохранительными органами, позволили в 1999 году идентифицировать погибших в 100% случаев (пожар в здании Самарского УВД) в отличие от железнодорожной катастрофы под

Уфой (1989 год) с аналогичным состоянием объектов, когда 53% трупов остались неопознанными [268].

Предлагаемая Н.Г. Юдиной «Первичная карта погибшего при чрезвычайной ситуации» повышает эффективность идентификации трупа и четко определяет взаимодействие между лицами, проводившими работу по трупам и их частям, проводившими установку, и лицами, пропавшими без вести. Однако в настоящее время подразделения органов внутренних дел широко используют электронные системы, содержащие базы данных на лиц, пропавших без вести, находящихся в розыске и иных категорий граждан. Естественно, что автоматизация идентификации неустановленного трупа по признакам, полученным в ходе осмотра места происшествия, путем их сравнения с прижизненным описанием лица является весьма эффективным направлением. Однако такая идентификация возможна только в том случае, если описание человека в базе данных органов внутренних дел будет проводиться по тем же критериям и по той же терминологии, как и, например, в предлагаемой Н.Г. Юдиной «Карте погибшего при чрезвычайных ситуациях». Отсюда важным моментом является унификация систем описания.

Для исследования данной проблемы ВНИИ МВД России предоставил электронную систему «Розыскник», внедренную в практику деятельности органов внутренних дел. При изучении судебно-медицинских аспектов применения программы «Розыскник» в ходе проведения идентификационных мероприятий в отношении трупов неизвестных лиц, обнаруженных на местах происшествий, удалось выявить отдельные моменты, требующие совершенствования. Так при анализе работы программы «Розыскник» в разделе «фабула» обнаружен ряд позиций в части касающейся познаний в судебной медицине, изменение которых расширило бы и углубило бы полноту описания явлений, для регистрации которых и создана данная программа.

В рубрике *категория разыскиваемого* разделение на “трупы” и “не установленные больные” в свете общей рубрикации представляется не корректным.

В рубрике *давность смерти* можно установить более дробное разделение при давности наступления смерти до 1 суток. Это целесообразно в связи с тем, что имеющиеся методики определения давности наступления имеют наибольшую информативность во временном промежутке до 1 суток с момента наступления смерти. Таким образом, более целесообразной в данной рубрике будет разделение на следующие временные промежутки с момента наступления смерти «менее 3 часов», «3-8 часов», «8-12 часов», «12-24 часов», «24-72 часа», «более 72 часов», «более 1 месяца», «более 6 месяцев». Следует отметить, что в среднем через полгода после наступления смерти происходит мумификация или полное скелетирование трупа, трупные явления стабилизируются и достоверно высказываться о давности наступления смерти, без дополнительной информации становится затруднительным.

Название рубрики *состояние трупа* более целесообразно было бы изменить на «трупные явления».

Схема разветвления данной рубрики представляется следующей:

Таблица 4.1

Схема рубрикации данных о степени выраженности трупных явлений

рубрика 1 порядка	рубрика 2 порядка	категория выбора
	охлаждение кожных покровов	теплые везде
		теплые в паховых и подмышечных областях
		холодные везде
		Нет

ранние трупные явления	трупные пятна	слабо выражены
		хорошо выражены
	трупное окоченение	Нет
		выражено в отдельных группах мышц
		выражено во всех группах мышц
	проба на механическую возбудимость мышц	идиомускулярная опухоль 1,5 см
		идиомускулярная опухоль 1 см
		идиомускулярная опухоль менее 0,5 см
	Температура в прямой кишке	значение температуры
	поздние трупные явления	Трансформирующие
воздействие на труп насекомых и их личинок		
Консервирующие		Мумификация
		торфяное дубление
		Жировоск

Для описания “причины смерти” рекомендую ввести в программу следующую рубрику.

Причина смерти.

- шок
- кровопотеря
- сочетание шока и кровопотери
- черепно-мозговая травма

- пневмония
- жировая эмболия
- тромбоэмболия
- печеночная недостаточность
- почечная недостаточность
- почечно-печеночная недостаточность
- сердечно-сосудистая недостаточность
- дыхательная недостаточность
- сепсис, гнойная интоксикация
- асфиксия механическая
- травма несовместимая с жизнью
- прочие
- не установлена

Категория смерти.

- насильственная
- ненасильственная
- не установлена из-за гнилостных изменений
- не установлена из-за трудностей диагностики

Род смерти (насильственной)

- убийство
- самоубийство
- несчастный случай вне производства
- несчастный случай на производстве
- не установлен

Вид смерти (насильственной)

Транспортная травма.

- автотравма
- троллейбусная травма
- железнодорожная травма
- трамвайная травма
- травма электропоездом в метро
- травма гусеничным трактором
- травма мотоциклетная
- авиатравма
- травма речным транспортом
- комбинированная травма
- прочие транспортные травмы

Другие виды механической травмы

- падение с большой высоты
- падение из положения стоя
- падение на лестничном марше
- травма тупыми предметами
- травма колюще-режущими предметами
- травма рубящими предметами
- взрыв огнестрельный
- травма огнестрельная:
 - пуля
 - дробь
 - прочие

Электротравма

- поражение техническим электричеством
- поражение атмосферным электричеством

Асфиксия механическая

- повешение
- удавление петлей
- удавление руками
- закрытие дыхательных отверстий
- закрытие дыхательных путей инородным предметом
- сдавление груди и живота
- утопление
- другие виды асфиксии

Действие крайних температур

- ожоги термические
- общее переохлаждение

Другие виды насильственной смерти

- ожоги химические
- баротравма
- смерть женщины при родах
- криминальный аборт
- прочие случаи
- отравление (вписать чем)

Вид смерти (ненасильственной)

- скоропостижная
- нескоропостижная

Общая характеристика повреждений

- черепно-мозговая травма

- перелом костей грудной клетки
- перелом костей таза
- перелом бедра
- перелом костей верхней конечности
- перелом костей нижней конечности
- травма с повреждением спинного мозга
- повреждение мочеполовых органов
- повреждение органов шеи
- повреждение органов грудной клетки
- повреждение органов живота
- повреждение сосудов
- травматическое разделение тела
- сочетанная травма
- комбинированная травма
- прочие травмы

Наименование заболевания

Болезни органов кровообращения

- ишемическая болезнь сердца
- острая коронарная недостаточность
- инфаркт миокарда
- постинфарктный кардиосклероз
- атеросклеротический кардиосклероз
- кардиомиопатия
- гипертоническая болезнь
- атеросклероз
- сочетание гипертонической болезни и атеросклероза
- флебиты

- цереброваскулярные болезни
- пороки сердца
- прочие

Болезни органов дыхания

- пневмония
- бронхиальная астма
- прочие

Болезни органов пищеварения

- язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки
- непроходимость кишечника
- алкогольный цирроз печени
- цирроз печени другого происхождения
- панкреатиты
- прочие

Болезни нервной системы

- эпилепсия
- абсцессы мозга
- менингиты и энцефалиты
- органическое поражение ЦНС
- врожденное поражение ЦНС
- хронический алкоголизм
- прочие

Инфекционные заболевания

- туберкулез
- сифилис

- грипп
- острые респираторные заболевания
- СПИД
- прочие

Иные заболевания

- опухоль злокачественная
- доброкачественная опухоль
- алиментарный маразм
- перинатальная патология
- внутриутробная асфиксия
- внутриутробная инфекция
- родовая травма
- пневмопатия
- пороки развития врожденные
- прочие

Очевидно, что задача по регламентации функций и организационных принципов деятельности судебно-медицинской службы, в том числе и ее взаимодействия с другими ведомствами крайне актуальна, но может быть решена, если воспринимать места с массовым количеством жертв, как традиционные осмотры мест происшествий. При этом повысить эффективность идентификации трупов позволит унификация их описания в картах лиц, погибших при чрезвычайных ситуациях и в электронных базах органов внутренних дел.

С учетом особенности мегаполисов, где террористические акты и техногенные катастрофы сопровождаются массовыми человеческими жертвами, перед дежурной судебно-медицинской службой Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы встает

ряд задач, среди которых: необходимость быстрого и адекватного реагирования в случаях формирования чрезвычайных ситуаций, связанных с большим количеством человеческих жертв; необходимость четкого взаимодействия с правоохранительными органами на местах обнаружений трупов. При этом большое количество трупов неопознанных лиц обязывает дежурных судебно-медицинских экспертов начинать идентификационные мероприятия уже в процессе осмотра трупа на месте его обнаружения.

Проведенное исследование показало, что множество неоднозначных предложений по организации работы судебного медика в местах происшествий, где обнаружено значительное число жертв, возникают по причине того, что цитируемые авторы не воспринимают работу в очаге как процессуальное действие, а именно осмотр места происшествия, куда входит и осмотр трупа. Если встать на эту позицию, то становится понятным, что поисковые мероприятия, направленные на обнаружение трупа, являются составной частью осмотра и ведутся специально уполномоченными участниками, то есть следователем с привлечением специалистов. Число специалистов, в том числе и в области судебной медицины, определяет следователь, исходя из объема работы и поставленных задач, и юридических ограничений на их счет не существует. Может быть создана и так называемая «группой быстрого реагирования», но она должна работать вне осмотра места происшествия и ее работа должна быть направлена не на обнаружение трупов, а на обнаружение еще живых лиц и оказание им медицинской помощи. Хотя, как мы отмечали выше, любой специалист в области судебной медицины, вызванный на осмотр трупа на месте его обнаружения, должен, если есть возможность спасти человека, начать с оказания медицинской помощи. Естественно, что сама работа врача на месте происшествия, включая алгоритм использования методик, должна быть, регламентирована в рамках ведомственного нормативного акта, вариант которого предложен в данной работе (приложение 7).

Целесообразно введение алгоритма действий в описании трупа при осмотре мест происшествий, связанных с массовыми жертвами. При этом повысить эффективность идентификации трупов позволит унификация их описания в картах лиц, погибших при чрезвычайных ситуациях, и в электронных базах органов внутренних дел, примером которых является электронная система «Розыскник».

Показано, что нигде во внутриведомственных актах МВД России, Министерства здравоохранения Российской Федерации и иных ведомств не регламентируются организационные формы привлечения и участия врача-специалиста в области судебной медицины к работе в следственной группе. Тогда как действия, например специалиста-криминалиста при прибытии на место происшествия регламентированы приказом МВД России от 20 июня 1996 г. № 334 [172].

Анализ практики и специальной литературы показывает, что традиционно организация работы по осуществлению участия специалистов в области судебной медицины в осмотре трупа на месте его обнаружения осуществляется отделом дежурной службы Бюро судебно-медицинской экспертизы. Также это организовано и в г. Москве. Однако оптимальным вариантом решения проблем организации деятельности судебно-медицинского эксперта при его участии в выезде группы для осмотра места происшествия является рассмотрение его в качестве участника дежурной следственно-оперативной группы. Упорядочивание этой формы деятельности целесообразно в рамках разработки совместного приказа Министерства внутренних дел Российской Федерации, Следственного комитета Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации, посвященного организации взаимодействия подразделений и служб в расследовании и раскрытии преступлений. По этому пути уже пошли отдельные регионы России, например Республика Башкортостан.

Практики включения судебно-медицинских экспертов в следственные группы вообще не существует. Причина этого, скорее всего, в отсутствии межведомственного взаимодействия, так как нет основания, на котором начальник органа внутренних дел или следственного подразделения следственного комитета Российской Федерации будет включать в состав группы судебного медика, если административной власти над ним он не имеет, а межведомственных приказов, предусматривающих это, не существует.

Дискуссионным можно считать вопрос организации периодических совместных межведомственных совещаний или комитета посвященного решению задач, сопряженных с расследованием сложных убийств либо случаев смертей в условиях неочевидности ненасильственной смерти с введением в состав руководителей различных подразделений МВД, прокуратуры, а также руководителей структурных подразделений региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы.

ГЛАВА 5.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УНИФИЦИРОВАННОЙ КАРТЫ РЕГИСТРАЦИИ ГРУПНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ РАБОТЕ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПО ОСМОТРУ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ

Динамичное развитие большого города и окружающего его региона ставит перед территориальным Бюро судебно-медицинской экспертизы ряд специфических задач, перечень которых, также стремительно изменяется с течением времени. Работа судебно-медицинского эксперта на местах обнаружений трупов в условиях мегаполиса, имеет ряд особенностей, а часть вопросов остаются до сих пор не решенными. Так недостаточно проработан алгоритм действия отдельных судебно-медицинских экспертов и групп судебно-медицинских экспертов на местах происшествий.

В задачу исследования входил анализ вопросов организации, алгоритмов, методов работы судебно-медицинских экспертов на местах происшествий и обнаружений трупов, способов определения времени наступления смерти на местах в различных территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы. Также для решения поставленной задачи был проведен комплексный анализ работы отдела дежурных судебно-медицинских экспертов Бюро СМЭ ДЗ г. Москвы в целом и на примерах отдельных дежурных групп.

Результатом проведенных исследований явилась разработка и внедрение оптимальной модели работы судебно-медицинского эксперта и групп судебно-медицинских экспертов на местах происшествий, выразившаяся в создании и претворении в практическую работу отдела дежурных судебно-медицинских экспертов Бюро СМЭ ДЗ г. Москвы унифицированной регистрационной карты.

Для выяснения состояния дел связанных с данной проблематикой в адрес начальников региональных Бюро СМЭ Российской Федерации были

разосланы информационные письма, в которых содержалась просьба заполнить специально разработанную нами прилагаемую анкету.

Указанная анкета содержала общие вопросы, касающиеся краткой информации о Бюро, анализируемом периоде, общестатистические данные, такие как общее количество выездов судебно-медицинских экспертов на места обнаружений трупов и общее количество вскрытий трупов за анализируемый период. Также в анкете содержались вопросы, касающиеся организация работы судебно-медицинских экспертов на местах происшествий и обнаружений трупов, а именно принципов организации службы выездов на место происшествий и обнаружений трупов, характера лиц, привлекаемых к осмотру трупа, характера случаев, на которые осуществляются выезды дежурных СМЭ, руководство дежурными СМЭ на местах происшествий, процентное соотношение трупов, осмотренных с участием дежурных СМЭ, относительно общего количества трупов, позиций описания трупа в протоколе осмотра. В анкете поднимались вопросы наличия укладки с принадлежностями и спец. одежды для дежурных СМЭ, наличия карты осмотра трупа на месте его обнаружения, заполняемой экспертом помимо протокола, места нахождения экспертов во время несения дежурства, среднего количества трупов, осматриваемых дежурными СМЭ за сутки, транспортировки дежурных СМЭ к месту происшествия, процентного соотношения произведенных осмотров неопознанных трупов к общему количеству осмотренных трупов. В анкете также охватывался круг вопросов, относящихся к фиксации трупных явлений в ходе осмотра трупа, таких как использование динамометра, при исследовании динамики изменения трупных пятен при надавливании, измерение ректальной температуры и температуры воздуха на уровне трупа, введение пилокарпина или атропина в переднюю камеру глаза, измерение внутripеченочной температуры, трупные пятна (расположение, динамика изменения при надавливании и проч.), однократное измерение ректальной температуры за время осмотра трупа, проба на механическую возбудимость мышц, трупное окоченение,

охлаждение кожного покрова, двукратное измерение ректальной температуры за время осмотра трупа, электровозбудимость мимических мышц. Также были заданы вопросы описания повреждений в ходе осмотра трупа, общей организации осмотров трупов неопознанных лиц на местах происшествий и обнаружений, проведения идентификационных мероприятий на местах происшествий, работы дежурной группы в чрезвычайной ситуации и проч.

Анализ присланных материалов позволил установить следующее. В региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы отсутствует единообразие в подходах к вопросу работы судебно-медицинских экспертов на местах обнаружений трупов. Данная ситуация, очевидно, обусловлена различными социальными и географическими условиями в регионах, позициями руководства, особенностями взаимодействия правоохранительных органов и судебно-медицинской службы и иными факторами. Особый интерес вызвал анализ присланных примеров регистрационных карт из тех регионов, где они были введены в работу. В данных картах наиболее значимыми представляются данные общего порядка (дата осмотра трупа, время начала и окончания осмотра трупа, температура окружающей среды на момент осмотра трупа, краткие обстоятельства дела, место обнаружения трупа, его поза, отношение поверхностей тела и его частей к ложу и проч.)

Также в картах есть пункты, посвященные охлаждению кожного покрова, характеру выраженности, цвету и локализации трупных пятен, а также динамике их изменения при надавливании, пробе на механическую возбудимость мышц, измерению ректальной температуры. Имелись и позиции посвященные характеру и степени выраженности поздних трупных явлений, описанию повреждений обнаруженных на трупе. Необходимо также отметить наличие в регистрационных картах, на наш взгляд лишних разделов, а именно физических данных трупа (питание, развитие мускулатуры, тургор кожи и проч.), а также указание позиций,

дублирующих наружное исследование трупа в морге. Дискутабельным нам также представляется вопрос о применении на месте обнаружения трупа и инвазивных методик, таких как электротермометрия в печени.

Таким образом, необходимость синтеза, тестирования и внедрения регистрационной карты, применяемой судебно-медицинским экспертом на месте обнаружения трупа, явилась логическим выводом проведенного нами системного анализа. Причем в данной карте должны быть зафиксированы не только позиции фиксируемых параметров, но и возможные алгоритмы, т.е. последовательности действий судебно-медицинского эксперта на месте обнаружения трупа, исходя из конкретных условий.

В ходе плановых мероприятий, направленных на улучшения качества протоколов осмотров трупов на местах происшествий, составляемых с участием сотрудников отдела дежурных судебно-медицинских экспертов, заведующим отделом было проверено 500 протоколов составленных в 2006 году. Данные протоколы были составлены с участием судебно-медицинских экспертов, дежурящих в составах следственно-оперативных групп различных округов города Москвы. В ходе проверки было выявлено протоколы, содержащие различные дефекты, число которых превысило 50 %. Наиболее частыми ошибками являлись неполное описание трупных явлений, отсутствие указаний времени фиксации трупных явлений. Нередки были случаи недостаточно полного описания условий нахождения трупа на месте его обнаружения. При этом фиксировались год осмотра, морг в который был отвезен труп, общие данные по трупу, пол возраст, прокуратура или отдел внутренних дел, на территории которого был обнаружен труп. Особое внимание при анализе протоколов было уделено фиксации ранних трупных явлений (охлаждение кожного покрова, трупные пятна (расположение, динамика изменения при надавливании и проч.) трупное окоченение, проба на механическую возбудимость мышц, измерение ректальной температуры и температуры воздуха на уровне

трупа). Также проводился учет данных о дате и времени фиксации трупных явлений.

Более детально характер дефектов, их количество и процентное соотношение с общим числом исследованных протоколов осмотров трупов представлен в таблице № 5.1.

Таблица 5.1.

Соотношение количества обнаруженных дефектов составления протоколов, обнаруженных при проверке с общим количеством проверенных протоколов за 2006 год.

Характер дефекта составления протокола	Кол-во случаев	% от общего кол-ва
Не отмечено степень и локализация охлаждения кожного покрова	70	14
Не проведено двукратное измерение температуры трупа в прямой кишке	260	52
Нет описания трупных пятен	25	5
Проведение пробы на механическую возбудимость мышц в нетипичном месте	100	20
Неполное описание поздних трупных явлений	50	10
Не указаны условия нахождения трупа на месте его обнаружения	35	7
Не проведена проба на механическую возбудимость мышц	40	8
Неполно описан ход проведения пробы на механическую возбудимость мышц	25	5
Не указано время фиксации трупных явлений	80	16
Трупные явления в ходе осмотра не фиксировались	20	4
Не измерялась температура в прямой кишке	10	2

Без дефектов	110	22
--------------	-----	----

Исходя из всего вышеизложенного, целесообразной явилась разработка карты регистрации трупных явлений. В данную карту были заложены алгоритмы действий судебно-медицинского эксперта в зависимости от различия условий. Разработка данной карты имеет целью повышение качества работы дежурных судебно-медицинских экспертов. Данная карта предназначена для улучшения качества фиксации посмертных изменений при осмотре трупа на месте его обнаружения. Указанную карту предлагается заполнять дежурному судебно-медицинскому эксперту и направлять с трупом в танатологическое отделение. Заполнение данного документа сведет к минимуму ошибки при описании трупа, у экспертов с небольшим стажем работы позволит сформировать четкий алгоритм действий по осмотру, что, несомненно, поможет врачу-танатологу, производящему исследование трупа в морге.

Данная карта содержит позиции для регистрации общих данных (ФИО судебно-медицинского эксперта, округ, прокуратура, ОВД, дата осмотра трупа, время начала и окончания осмотра, адрес места обнаружения трупа, пол, ФИО трупа, по данным обнаруженных при трупе документов, дата и время смерти по материалам дела).

Также карта содержит пункт краткого описания происшествия (место обнаружения трупа, его поза, отношение поверхностей тела и его частей к ложу, описание одежды и ценностей сверху вниз, снаружи внутрь, при этом указать название, особенности покроя, материал и его цвета, повреждения, особо отметить изъятые следственными органами на месте происшествия предметы одежды с трупа).

Пункт регистрации условий нахождения трупа содержит сведения о температуре окружающей среды (воздуха, воды, грунта) на момент осмотра трупа, иных метеофакторах, прочих особенностях.

В карте содержатся алгоритмы действий дежурного судебно-медицинского эксперта, позволяющие дифференцированно подходить к фиксации различных трупных явлений. Проведение проверки охлаждения кожных покровов трупа рекомендуется при предполагаемой давности наступления смерти (ДНС) до 12 часов, оценивается субъективно посредством тактильной чувствительности. Также проведение ударно-мышечной пробы рекомендуется при предполагаемой ДНС до 12 часов, определяется посредством проведения кистевого удара металлическим предметом по передней поверхности плеча, и оценивается выраженность мышечной реакции, т.е. высота, скорость возникновения, длительность сохранения валика мышечного сокращения. Измерение ректальной температуры рекомендуется проводить при предполагаемой ДНС не более 48 часов. Оценку локализации, вида, окраски, изменения интенсивности при надавливании трупных пятен рекомендуется проводить при предполагаемой ДНС не более 72 часов. Оценивать степень выраженности, локализацию трупного окоченения при предполагаемой ДНС не более 5 суток. При предполагаемой ДНС свыше 72 часов рекомендуется фиксировать степень выраженности поздних трупных явлений как трансформирующих, так и консервирующих. Наряду с прочим, в карте содержатся рекомендации о фиксации таких явлений как зеленое окрашивание кожи, гнилостная сосудистая сеть, отслоение надкожицы, отторжение волос, скелетирование, мумификация, жировоск, торфяное дубление, а также локализации этих явлений.

Указанная карта инициативным путем, без распоряжения администрации Бюро была введена в работу отдела дежурных судебно-медицинских экспертов в рамках мероприятий, направленных на улучшение качества составленных с участием судебно-медицинских экспертов протоколов осмотров трупов на местах их обнаружений. Для контроля результативности использования данного документа была проведена проверка и анализ качества составления 500 протоколов осмотров трупов,

составленных с участием сотрудников отдела дежурных судебно-медицинских экспертов в 2013 г.

Более детально характер дефектов, их количество и процентное соотношение с общим числом исследованных протоколов осмотров трупов представлен в таблице №5.2.

Таблица 5.2.

Соотношение количества обнаруженных дефектов составления протоколов, обнаруженных при проверке с общим количеством проверенных протоколов за 2013 год.

Характер дефекта составления протокола	Кол-во случаев	% от общего кол-ва
Не указаны условия нахождения трупа на месте его обнаружения	40	8
Однократное измерение температуры трупа в прямой кишке	40	8
Не указано время фиксации трупных явлений	20	4
Без дефектов	420	84

Как показал сравнительный анализ проверок качества составленных с участием судебно-медицинского эксперта протоколов осмотров трупов на местах их обнаружений до (2006 г) и после внедрения в работу унифицированной карты регистрации трупных явлений (2013 г), количество данных документов, составленных без дефектов, выросло с 110 до 420 случаев, т.е. с 22 % до 84 %.

Снизилось также количество случаев однократного измерения температуры трупа в прямой кишке с 260 случаев до 40 случаев, т.е. с 52% до 8%.

Также отмечается понижение количества случаев не указания трупных явлений с 80 до 20 случаев, т.е. с 16% до 4%.

А таких ошибок, как отсутствие информации о локализации и степени охлаждения кожного покрова, отсутствие описания интенсивности цвета и локализации трупных пятен, отсутствие проведения пробы на механическую возбудимость мышц или проведения ее в нетипичном месте, например, на бедре, неполное описание поздних трупных явлений, отсутствие измерения температуры трупа в прямой кишке и вообще отсутствие регистрации трупных явлений в протоколе осмотра трупа сотрудниками отдела дежурных судебно-медицинских экспертов после внедрения указанной карты регистрации трупных явлений не совершалось.

Выводы. Тестовое применение унифицированной регистрационной карты трупных явлений дало позитивные результаты при проведении первичных следственных действий в части, касающейся составлений протокола осмотра трупа с участием сотрудников отдела дежурных судебно-медицинских экспертов. Залаженные в карту алгоритмы, позволили четко структурировать, особенно начинающим судебно-медицинских экспертам, последовательность действий по осмотру трупа на месте его обнаружения в различных условиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В работах отечественных и зарубежных авторов, посвященных различным аспектам профессиональной деятельности медицинских работников в условиях различных происшествий с массовыми человеческими жертвами не нашли должного отражения важные вопросы определения места судебно-медицинской экспертизы в системе государственной службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, некорректно сформулированы ее цели и задачи, не разработаны методики расчета необходимых сил и средств, объема и рациональности проводимых экспертных исследований в зависимости от вида и масштабности стихийных бедствий, технологических катастроф и аварий. Существенным недостатком является отсутствие работ, посвященных организации работы судебно-медицинской службы на местах катастроф в условиях мегаполиса.

В связи с изложенным, представлялась актуальной разработка основных организационных принципов судебно-медицинского обеспечения при чрезвычайных ситуациях с массовыми человеческими жертвами в большом городе.

Проведенный анализ состояния преступности и практики осмотров трупов на местах их обнаружений в г. Москве позволяет утверждать, что нагрузки на судебно-медицинские подразделения будут только возрастать, так как доля смертей от внешних причин в Российской Федерации имеет тенденцию к увеличению. При этом анализ практики Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы позволил установить основные проблемы совершенствования деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса, что и предопределило основные направления исследования. К ним относятся совершенствование: методик осмотров трупов именно с наличием ранних трупных явлений; взаимодействия правоохранительных органов и Бюро

судебно-медицинской экспертизы; форм участия специалиста в осмотре трупов; проведения идентификационных мероприятий касающихся трупов неопознанных лиц, особенно в условиях наличия массовых жертв.

Одновременно анализ современных и исторических форм привлечения специалистов к осмотру трупа позволил выделить теоретические вопросы судебной медицины, касающиеся осмотра трупа, требующие приоритетного исследования. Среди них: какова должны быть квалификация врача, привлекаемого к участию в осмотре; какой он должен быть специальности; каким образом возможность привлечения врача для участия в осмотре трупа должна сказаться на системе обучения врачей всех специальностей, а также и ряд иных вопросов.

В ходе исследования выявленных проблем сформирован ряд обобщений, касающихся:

1. Совершенствования нормативной правовой базы привлечения и участия врача в осмотре трупа на месте его обнаружения.

В ходе исследования даны комплексные взаимосвязанные предложения как по совершенствованию уголовно-процессуального законодательства (ст.ст. 58, 178 УПК РФ), так и ведомственных нормативных актов.

Среди последних:

А. Показано, что единственным документом, целенаправленно регулирующим деятельность врача в осмотре трупа на месте его обнаружения на ведомственном уровне, до сих пор являются «Правила работы специалиста в области судебной медицины (врача) при осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)» 1978 года. Однако уже факт принятия нового УПК РФ, вступившего в силу с 2001 года, не говоря о новых методических подходах к осмотру трупа, требует как минимум его переработки. Проект нового документа разработан в данной работе (приложение 7).

Б. Показано, что нигде во внутриведомственных актах МВД России, Министерства здравоохранения Российской Федерации и иных ведомств не

регламентируются организационные формы привлечения и участия врача-специалиста в области судебной медицины к работе в следственной или следственно-оперативной группе.

При этом оптимальным вариантом решения проблем организации деятельности судебно-медицинского эксперта при его участии в выезде группы для осмотра места происшествия является рассмотрение его в качестве участника дежурной следственно-оперативной группы. Упорядочивание этой формы деятельности целесообразно в рамках разработки совместного приказа Министерства внутренних дел Российской Федерации, Следственного комитета Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации, посвященного организации взаимодействия подразделений и служб в расследовании и раскрытии преступлений. По этому пути уже пошли отдельные регионы России, например Республика Башкортостан.

Практики включения судебно-медицинских экспертов в следственные группы вообще не существует. Причина этого, скорее всего, в отсутствии межведомственного взаимодействия, так как нет основания, на котором начальник органа внутренних дел или следственного подразделения следственного комитета Российской Федерации будет включать в состав группы судебного медика, если административной власти над ним он не имеет, а межведомственных приказов, предусматривающих это, не существует.

Упорядочивание деятельности специалиста в области судебной медицины не только при производстве осмотра трупа на месте происшествия, но и в рамках такого организационного формирования, как дежурной следственно-оперативной группы возможно путем внесения изменений в приказ МВД России от 20 июня 1996 г. № 334, а также разработки самостоятельного межведомственного нормативного правового акта, посвященного работе специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа, основные положения которого, представлены в данной

работе. Проекты межведомственного приказа и редакции приказа МВД России от 20 июня 1996 г. № 334 представлены в работе.

2. Совершенствования методологической базы проведения осмотра трупа на месте его обнаружения.

А. С точки зрения судебной медицины не принципиально, осматривается ли труп в рамках осмотра места происшествия с последующим оформлением результатов действия в одном протоколе, или осмотр места происшествия и осмотр трупа производятся отдельно. Важно, чтобы в последнем случае, при назначении судебно-медицинской экспертизы для ознакомления эксперту передавались оба протокола, а не только протокол осмотра трупа. Однако с точки зрения криминалистики осмотр трупа входит в понятие осмотра места происшествия, так как труп является одним из компонентов именно места происшествия. По сложившейся следственной практике факт обнаружения трупа человека рассматривается как происшествие. Место обнаружения трупа всегда считается местом происшествия. С учетом того, что по данным опросов судебно-медицинских экспертов г. Москвы в 28% случаев при назначении судебно-медицинских экспертиз трупов к ним поступает лишь протокол осмотра трупа (без протокола осмотра места происшествия), целесообразно на уровне ведомственного нормативного акта или криминалистической методической рекомендации, утвержденной письмом МВД России и Министерства здравоохранения Российской Федерации, рекомендовать проводить осмотр трупа в рамках осмотра места происшествия с последующим отражением результатов в едином протоколе осмотра.

Б. С учетом анализа современных медицинских технологий, позволяющих повысить точность установления времени наступления смерти, разработан алгоритм действий врача в случаях обнаружения трупа с ранними трупными явлениями, поза которого не менялась, рекомендуемы к юридическому закреплению в Правилах.

В. Анализ положений Правил 1978 г. с методологической стороны, помимо рассмотренных выше вопросов, позволил сформировать ряд иных значимых методологических недочетов, требующих корректировки. Конкретные предложения даны в работе и учтены в проекте новых Правил (приложение 7).

Г. Показано, что работу в очаге, где обнаружено значительное число трупов, следует воспринимать как процессуальное действие, а именно осмотр места происшествия, куда входит и осмотр трупа. Если встать на эту позицию, то становится понятным, что поисковые мероприятия, направленные на обнаружение трупа, являются составной частью осмотра и ведутся специально уполномоченными участниками, то есть следователем с привлечением специалистов. Число специалистов, в том числе и в области судебной медицины, определяет следователь, исходя из объема работы и поставленных задач, и юридических ограничений на их счет не существует. Может быть создана и так называемая «группой быстрого реагирования», но она должна работать вне осмотра места происшествия и ее работа должна быть направлена не на обнаружение трупов, а на обнаружение еще живых лиц и оказание им медицинской помощи. Естественно, что сама работа врача на месте происшествия, включая алгоритм использования методик, должна быть регламентирована в рамках ведомственного нормативного акта, вариант которого предложен в данной работе (приложение 7).

Д. Целесообразно введение алгоритма действий в описании трупа при осмотре мест происшествий, связанных с массовыми жертвами, что возможно именно в условиях мегаполиса. При этом повысить эффективность идентификации трупов позволит унификация их описания в картах лиц, погибших при чрезвычайных ситуациях, и в электронных базах органов внутренних дел, примером которых является электронная система «Розыскник».

3. Совершенствования деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы.

А. Учитывая, что все показатели, которыми пользуются специалисты Бюро судебно-медицинской экспертизы (степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела (на ощупь); наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; реакция поперечнополосатых мышц на механическое воздействие) носят качественный характер и не дают возможности точного определения времени смерти, необходимо использовать в осмотре трупа такие исследования, как электровозбудимость поперечнополосатых мышц; характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина, что в ряде случаев повысит вероятность более точного установления времени наступления смерти.

Б. Целесообразно в деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы использовать электротермометры с низкой степенью погрешности измерений (погрешность 0,001 градуса), а не используемые ныне ртутные термометры (погрешность 0,1 градуса);

В. Анализ качества составления протоколов осмотров трупов на местах их обнаружений, составляемых с участием судебно-медицинских экспертов (приложение 8), позволили выявить ряд наиболее типичных ошибок, допускаемых судебно-медицинскими экспертами при работе на месте обнаружения трупа. Наиболее часто вообще не проводились или не проводились двукратные измерения температуры в прямой кишке (41,6%). Следует отметить и частоту встречаемости иных ошибок: не указана степень охлаждения кожного покрова (3,5%); не указаны локализация охлаждения кожных покровов (7,1%); вообще не проводилось или проводилось с нарушениями исследование трупных пятен (8,0%); не проводилась проба на механическую возбудимость мышц (9,7%); не измерялась температура окружающей среды (16,8%); вообще нет фиксации трупных явлений (5,3%).

Наличие таких проблем диктует необходимость внедрения разработанной в данном исследовании унифицированной регистрационной карты, с заложенными в ней алгоритмами действий, предназначенной для применения судебно-медицинским экспертом при осмотре трупа на месте его обнаружения, заполнения ее и последующей транспортировки в морг для дальнейшего изучения танатологом.

Таким образом, выявленные на первых этапах исследования основные проблемы действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса были выбраны для дальнейшего исследования. В результате, по итогам исследования, были сформированы обобщения и предложения, направленные на оптимизацию действий врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса.

ВЫВОДЫ

1. Деятельность врача при осмотре трупа в условиях мегаполиса определяется, с одной стороны, обязательностью его участия в осмотре трупа согласно ст. 178 УПК РФ, а с другой – особенностями обнаруживаемых в мегаполисе трупов. Последнее связано не только со способами лишения жизни, но и с местами обнаружения трупов и их состоянием.

На основе анализа практики выездов сотрудников Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы на места обнаружения трупов показано, что к проблемам совершенствования деятельности врача при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса следует отнести совершенствование: методик осмотров трупов именно с наличием ранних трупных явлений; взаимодействия правоохранительных органов и Бюро судебно-медицинской экспертизы; форм участия специалиста в осмотре трупов; проведения идентификационных мероприятий касающихся трупов неопознанных лиц, особенно в условиях наличия массовых жертв.

2. На современном этапе развития уголовного судопроизводства, врач, не имеющий познаний в области судебной медицины, не может полноценно оказать помощь следователю в проведении осмотра трупа. Не говоря уже о невозможности оказания им консультационной помощи, предусмотренной ст. 58 УПК РФ, по вопросам, интересующим следствие – особенность нанесения повреждений, примерное время наступление смерти и т.п.

Положения уголовно-процессуального закона формально уравнивают квалификацию судебно-медицинского эксперта и любого врача в части осмотра трупа. Если речь идет только об осмотре тела с указанием локализации повреждений, то любой врач сможет с большей или меньшей

достоверностью сделать это, так как речь идет обычно об анатомических знаниях, входящих в предмет обучения врачей любой специальности. Однако еще с 20 века при осмотре трупа начали применяться методы исследования, которые не нарушают целостность трупа, но дают возможность зафиксировать состояние его тканей. К последним относятся: определение наличия ранних трупных явлений, с указанием времени их исследования; измерение температуры тела (электротермометром, с указанием, в каком участке тела измерена), а также температуры в прямой кишке и окружающего воздуха; наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); определение степени выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; установление реакции поперечнополосатых мышц на механическое воздействие; определение электровозбудимости поперечнополосатых мышц; установление характера зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина. Очевидно, что данные знания могут быть получены только в рамках изучения судебной медицины, так как относятся к ее специфическим методам.

3. С учетом того, что с точки зрения судебной медицины не принципиально, осматривается ли труп в рамках осмотра места происшествия с последующим оформлением результатов действия в одном протоколе, или осмотр места происшествия и осмотр трупа производятся раздельно. Однако с точки зрения криминалистики осмотр трупа входит в понятие осмотра места происшествия, так как труп является одним из компонентов именно места происшествия. Для упорядочивания научной основы целесообразно на уровне ведомственного нормативного акта или криминалистической методической рекомендации, утвержденной письмом МВД России и Министерства здравоохранения Российской Федерации, рекомендовать проводить осмотр трупа в рамках осмотра места происшествия с последующим отражением результатов в едином протоколе

осмотра. Это позволит не только избежать «забывания» предоставления судебно-медицинским экспертам, проводящим экспертизу трупа, протоколов осмотра места происшествия, но и проведение осмотра места происшествия и трупа одними и теми же специалистами, что позволит более качественно фиксировать те обстоятельства, которые важны в последующем для определения времени наступления смерти.

5. С учетом особенности мегаполисов, где террористические акты и техногенные катастрофы сопровождаются массовыми человеческими жертвами, перед дежурной судебно-медицинской службой Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы встает ряд задач, среди которых и необходимость проведения идентификационных мероприятий уже в процессе осмотра трупа на месте его обнаружения.

Проведенное исследование показало, что множество неоднозначных предложений по организации работы судебного медика в местах происшествий, где обнаружено значительное число жертв, возникают по причине того, что специалисты не воспринимают работу в очаге как процессуальное действие «осмотр места происшествия», куда входит и осмотр трупа. Естественно, что сама работа врача на месте происшествия, включая алгоритм использования методик, должна регламентироваться ведомственным нормативным актом, вариант которого предложен в данной работе (приложение 7).

6. Показано, что во внутриведомственных актах МВД России, Министерства здравоохранения Российской Федерации и иных ведомств не регламентируются организационные формы привлечения и участия врача к работе в следственной группе.

Вариантом решения оптимизации деятельности врача при осмотре трупа на месте происшествия является рассмотрение его в качестве участника дежурной следственно-оперативной группы. Упорядочивание этой формы деятельности целесообразно в рамках разработки совместного приказа Министерства внутренних дел Российской Федерации,

Следственного комитета Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации, посвященного организации взаимодействия подразделений и служб в расследовании и раскрытии преступлений. По этому пути уже пошли отдельные регионы России, например Республика Башкортостан.

Практики включения судебно-медицинских экспертов в следственные группы вообще не существует. Причина этого, скорее всего, в отсутствии межведомственного взаимодействия, так как нет основания, на котором начальник органа внутренних дел или следственного подразделения следственного комитета Российской Федерации будет включать в состав группы судебного медика, если административной власти над ним он не имеет, а межведомственных приказов, предусматривающих это, не существует.

Упорядочивание деятельности специалиста в области судебной медицины не только при производстве осмотра трупа на месте происшествия, но и в рамках таких организационных формирований, как дежурная следственно-оперативная группа и следственная группа, возможно путем внесения изменений в приказ МВД России от 20 июня 1996 г. № 334, а также разработки самостоятельного межведомственного нормативного акта, посвященного работе специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа, основные положения которого представлены в данной работе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предложен проект «Порядка работы врача-специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа на месте его обнаружения», учитывающий современное состояние судебно-медицинской науки и существующую правовую базу, введение которых приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации упорядочит работу врача и повысит ее эффективность.

2. Даны предложения по совершенствованию УПК РФ:

- для оптимизации терминологии целесообразно дать ст. 178 УПК РФ в редакции «следователь производит осмотр трупа на месте его обнаружения с участием понятых, специалиста в области судебной медицины (судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия – врача)»;

- целесообразно дать ст. 58 УПК РФ в редакции «Специалист - лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое к участию в процессуальных действиях в порядке, установленном настоящим Кодексом, для содействия в обнаружении, закреплении и изъятии следов, предметов и документов, констатации состояния трупа, применении технических средств и научных методов в исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию». Основанием для этого является то, что в случае осмотра трупа особенность предмета осмотра требует констатации самого факта (особенностей) его состояния, позволяющего затем получить информацию о времени наступления смерти. Это выходит за рамки содействия в обнаружении, закреплении и изъятии предметов и документов, предусмотренного в настоящее время ст. 58 УПК РФ.

3. На базе новой медицинской технологии «Диагностика наступления смерти термометрическим способом в раннем посмертном периоде» (Е.М. Кильдюшов, А.Ю. Вавилов, В.А. Куликов, 2011 г.) разработан алгоритм

действий специалиста в области судебной медицины в случаях обнаружения трупа с ранними трупными явлениями, поза которого не менялась, который предлагается юридически закрепить в соответствующем ведомственном акте. Особенностью алгоритма является несколько тактических моментов:

осмотр трупа на месте его обнаружения осуществляют с учетом, что изменение позы мертвого тела, положения конечностей и состояния его одежды следует осуществлять только после проведения термометрии;

исследование трупных явлений производят в следующем порядке: на ощупь определяют степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела; оценивают степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; проверяют реакцию поперечнополосатых мышц на механическое воздействие; измеряют температуру тела, с указанием, в какой диагностической зоне её измеряли (полость черепа, печень, прямая кишка);

температуру измеряют электротермометром с тупоконечным датчиком в прямой кишке трупа, остроконечным датчиком в печени или глубоких отделах головного мозга двух- или четырехкратно через равные промежутки времени. Одновременно с измерением температуры трупа производится регистрация температуры окружающего воздуха (так же двух или четырехкратно с последующим вычислением среднего ее значения);

после замеров температуры определяют наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); оценивают характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина; проверяют электровозбудимость поперечнополосатых мышц.

4. На базе современной методологии действий специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа и анализа практики сформированы рекомендации, направленные на оптимизацию деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы:

- учитывая, что все показатели, которыми по данным исследования пользуются специалисты Бюро судебно-медицинской экспертизы (степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела (на ощупь); наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; реакция поперечнополосатых мышц на механическое воздействие) носят качественный характер и не дают возможности точного определения времени смерти, целесообразно возродить практику использования в осмотре трупа таких исследований, как электровозбудимость поперечнополосатых мышц; характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина;

- целесообразно в деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы использовать электротермометры с низкой степенью погрешности измерений (погрешность 0,001 градуса), заменив ими используемые ныне ртутные термометры (погрешность 0,1 градуса);

- разработана унифицированная регистрационная карта с заложенными в ней алгоритмами действий, предназначенная для применения врачом при осмотре трупа на месте его обнаружения (приложение 8). Внедрение ее в работу всех групп дежурных судебно-медицинских экспертов отдела дежурных экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы привело к улучшению качества протоколов осмотров трупов на местах их обнаружений, составляемых с участием судебно-медицинских экспертов.

5. Сформированы предложения по устранению значимых методических недочетов, выявленных при исследовании деятельности врача-специалиста, предусмотренных Правилами 1978 г. Конкретные предложения даны в работе и учтены в проекте Порядка (приложение 7).

6. На примере электронной системы «Розыскник», разработанной ВНИИ МВД России и внедренной в деятельность подразделений органов внутренних дел указанием МВД России от 29.09.05 г. № 1/6727, предлагается алгоритм унификации действий в описании трупа при осмотре мест происшествий. Унификация их описания в картах лиц, погибших при чрезвычайных ситуациях, и в электронных базах органов внутренних дел, примером которых является электронная система «Розыскник», повысит эффективность идентификации трупов.

7. Разработан алгоритм деятельности специалиста в области судебной медицины не только при производстве осмотра трупа на месте происшествия, но и в рамках такого организационного формирования, как дежурная следственно-оперативная группа. Предлагается внесение изменений в приказ МВД России от 20 июня 1996 г. № 334, а также разработка самостоятельного межведомственного нормативного правового акта, посвященного работе специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа, основные положения которого представлены в данной работе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев М.И. Курс судебной медицины. – М., 1959. – 711 с.
2. Авдеев М.И. Судебная медицина. – М., 1953. – 520 с.
3. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза трупа. М., 1976. 440 с.
4. Акопов В.И. Роль кафедры судебной медицины в формировании врача общего профиля // Судебно-медицинская экспертиза. – 1990. – Т. 33. – № 2. – С. 42-44.
5. Акопов В.И. О преподавании курса «Юридические основы деятельности врача» на кафедрах судебной медицины // Судебно-медицинская экспертиза. – 1999. – Т. 42. – № 1. – С. 28-29.
6. Акопов В.И. О преемственности и методическом обеспечении преподавания судебной медицины и медицинского права // Актуальные вопросы судебной медицины: сб. науч. тр. – М., 2004. – С. 93-96.
7. Акопов В.И. Организационное и методическое обеспечение преподавания правоведения студентам медвузов по новой программе // Актуальные вопросы судебной медицины: сб. науч. тр. – М., 2004. – С. 83-87.
8. Ардашкин А.П. О сертификации специалистов судебно-медицинской службы // Судебно-медицинская экспертиза. – 1999. – Т. 42. – № 6. – С. 35-36.
9. Ардашкин А.П. Методологические основы судебно-медицинской экспертизы: дис. ... д-ра юрид. наук / Самарский государственный медицинский университет. – Самара, 2004. – 317 с.
10. Ардашкин А.П. Методологические проблемы судебно-медицинской экспертизы на современном этапе // Материалы научно-практической конференции судебно-медицинских экспертов, посвященной 60-летию образования государственных судебно-экспертных учреждений МО

- РФ на территории ПУВО. – Самара: Самарская гуманитарная академия, 2005. – С. 10-15.
11. Ардашкин А.П. Принципы подготовки судебно-медицинских экспертов на современном этапе // Материалы Всероссийского совещания главных судебно-медицинских экспертов органов управления здравоохранения субъектов РФ, заведующих кафедрами (курсами) судебной медицины ГОУ ВПО и ДПО Росздрава, государственных судебно-медицинских экспертов. – Казань, 2006. – С. 92-97.
 12. Арсеньев В.Д. Использование специальных медицинских знаний до возбуждения уголовного дела // Соц. законность. – 1976. – № 7. – С. 62-63.
 13. Арсеньев В.Д., Заболоцкий В.Г. Использование специальных знаний при установлении фактических обстоятельств уголовного дела. – Красноярск, 1986. – 152 с.
 14. Бабушкина К.А. Установление давности кровоподтеков у трупов лиц пожилого возраста : дис. ... канд. мед. наук – Ижевск, 2006. – 137 с.
 15. Байденко В.И. Болонский процесс: курс лекций. – М.: Логос, 2004. – 208 с.
 16. Бакулев С.Н. О методике исследования трупных пятен // Судебно-медицинская экспертиза. – 1966. – № 3. – С. 30-33.
 17. Балов А.Н. Реакция зрачков на введение в переднюю камеру глаза растворов атропина и пилокарпина как средство установления давности смерти // Судебно-медицинская экспертиза. – 1964. – № 1. – С. 16-18.
 18. Белкин Р.С. Криминалистика: проблемы сегодняшнего дня. – М.: НОРМА-ИНФРА Мтр., 2001. – 240 с.
 19. Бендолл Дж. Мышцы, молекулы и движение: (очерк по мышечному сокращению) пер. с англ. Ю. А. Шаронова; под ред. М. В. Волькенштейна. – М., 1970. – 256 с.

20. Беспалов А.П. Морально-нравственные и методические аспекты в подготовке врачей на ФУВе / А.П.Беспалов // Учебно-методические аспекты преподавания на факультете усовершенствования врачей: сб. науч. тр. – М.: РГМУ, 1992. – С. 9-14.
21. Благодатских А.В. Математическое обеспечение измерительно-вычислительной системы определения давности наступления смерти человека тепловым методом: дис. ... канд. тех. наук. – Ижевск, 1999. – 140 с.
22. Благодатских А.В. Установка для определения теплопроводности биологических тканей // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Ижевск, 1997. – Вып. IX. С. 133.
23. Бокариус И.С. Судебная медицина для медиков и юристов. – Харьков, 1930. – 398 с.
24. Ботезату Г.А. Судебно-медицинская диагностика давности наступления смерти. – Кишинев, 1975. – 131 с.
25. Ботезату Г.А., Тетерчев В.В., Унгурян С.В. Диагностика давности смерти в судебной медицине. – Кишинев, 1987. – 136 с.
26. Бутовский Д.И., Кильдюшов Е.М. Опыт организации и тактические приемы осмотров трупов на месте их обнаружения при авариях и катастрофах с большим количеством жертв: Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. Сборник научных трудов. Выпуск 6 – Красноярск, 2008. – С. 11-13.
27. Бутовский Д.И., Соколова З.Ю. Оптимизация тактических приемов при осмотре трупа на месте его обнаружения: Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Выпуск 10 – Хабаровск, 2009. – С. 76-78.
28. Бутовский Д.И., Соколова З.Ю. Совершенствование осмотра трупа на месте его обнаружения с целью улучшения определения давности наступления смерти. О проблемных вопросах организации производства судебно-медицинских экспертиз // Сборник материалов

- Всероссийской научно-практической конференции (5-6 ноября 2009 года) – Москва, 2009. – С. 244-248.
- 29.Бутовский Д.И., Исаева Л.М., Кильдюшов Е.М. Актуальные вопросы осмотра с привлечением специалиста в области судебной медицины // Медицинская экспертиза и право – 2010. – № 3. – С. 22-24.
- 30.Бутовский Д.И., Исаева Л.М., Кильдюшов Е.М. Организационные и правовые основы участия судебно-медицинского эксперта в осмотре места происшествия // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 6. – С. 15-19.
- 31.Бутовский Д.И. Актуальные вопросы нормативно-правового регулирования деятельности врача-специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения // Судебная медицина и право: актуальные вопросы / Материалы научно-практической конференции с международным участием – Москва, 2011. – С. 26-27.
- 32.Бобий Б.В., Жуков В.А., Кузнецова Р.А. Постникова Л.К. Объем и характер экспертной медицинской помощи в чрезвычайной ситуации // Актуальные вопросы медицинских катастроф: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Пермь, 15-16 сент.1999) – М.: Всероссийский центр медицины катастроф «Защита». – 2000. – С. 95.
- 33.Бобров В.К. Стадия возбуждения уголовного дела. – М.: МЮИ МВД России, 1997. – 112 с.
- 34.Боголюбская Т.В., Коваленко Б.В. Понятие и правомерность производства специальных исследований в стадии возбуждения уголовного дела // Формы досудебного производства и их совершенствование: сб. науч. тр. – Волгоград, 1989. – С. 26-33.
- 35.Ботезату Г.А. Судебно-медицинская диагностика давности наступления смерти. – Кишинев, 1975. – 131 с.
- 36.Буромский И.В. Формирование профессиональной компетентности врача в области судебной медицины и судебно-медицинской

- экспертизы в современных условиях: дис. ... д-ра юрид. наук / Российский государственный медицинский университет. – М., 2009. – 359 с.
37. Буромский И.В. Концепция преподавания судебной медицины в медицинских вузах // Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков. – Москва-Тюмень: Академия, 2005. – С. 56-57.
38. Буромский И.В. Современный подход к формированию компетентности врача в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы // Судебно-медицинская экспертиза. – 2009. – Т. 52. – № 3. – С. 39-44.
39. Вавилов А.Ю. Судебно-медицинская диагностика давности смерти тепловыми методами : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Москва, 2009. – 40 с.
40. Вавилов А.Ю. Судебно-медицинская диагностика давности смерти тепловыми методами : дис. ... д-ра. мед. наук. – Москва, 2009. – 40 с.
41. Вавилов А.Ю. Теплофизические параметры тканей внутренних органов человека в раннем постмортальном периоде для целей определения давности наступления смерти термометрическим способом : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 130 с.
42. Валетов Д.А. Организация медико-криминалистического обеспечения установления личности неопознанных трупов в Санкт-Петербурге // Теория и практика судебной медицины: Спб, 1998. – С.45-49.
43. Вальтер А.В. О помутнении роговицы у трупа // Сборник научных работ сотрудников кафедры и судебных медиков г. Ленинграда, – Л., 1957. – С. 177-179.
44. Вандер М.Б. Особенности расследования преступлений в современной криминальной обстановке // Вестник криминалистики – 2003. – Вып. 3(7). – С. 12.
45. Варданыан А.В. Насильственная преступность и ее предупреждение: М., 2002. – С. 4.

46. Варшавец Н.П., Гедыгушев И.А. Об организации судебно-медицинского обеспечения стихийных бедствий и технологических катастроф// 4-ый Всероссийский съезд судебных медиков. – М.; Владимир, 1996. – Т.1. – С. 14-16.
47. Васильев А.Б. Криминологическая характеристика и предупреждение насильственных преступлений против личности, совершаемых в условиях крупного города. На материалах Москвы. Автореф. ... канд. юрид. наук – М., 2003. – 29 с.
48. Велищева А.С., Томилин В.В. Организация судебно-медицинских исследований при авиационных катастрофах// Судебно-медицинская экспертиза – 1981. – № 2. – С. 20-23.
49. Веницкий Л.В. Регламентация следственных действий, проводимых до возбуждения уголовного дела, нуждается в совершенствовании // [Электронный ресурс] URL: <http://library.shu.ru/pdf/1/viniz001.pdf>.
50. Витер В.И., Пермяков А.В. Библиографический указатель работ по судебной медицине (X – начало XX века). – Ижевск, 1997. – Т. 8. – 206 с.
51. Витер В. И., Толстолицкий В. Ю. Проблема давности смерти в аспекте законов термодинамики // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Ижевск, 1991. – Вып. 5. – С. 59-64.
52. Володин Н.Н. Системный подход к организации воспитательной работы в медицинском вузе / Н.Н. Володин, М.С. Дианкина, А.Г. Кальченко. – М.: РГМУ, 2009. – 152 с.
53. Всесвятский П. Преступность и жилищный вопрос в Москве // Семинарий по уголовному праву приват-доцента М.Н. Гернета: М, 1909. – Вып. 11. – С. 5
54. Гедыгушев И.А. Организация судебно-медицинского обеспечения при стихийных бедствиях и технологических катастрофах// Сборник докладов межведомственной конференции «Интеллектуальные ресурсы регионов России на рубеже тысячелетий»: Ярославль, 2000. – С. 40-42.

55. Герасимов С.И. Организация криминологической профилактики в городе Москве (опыт и перспективы) – М.: Щит-М, 2000. – 272 с.
56. Гладких В.И. Преступность сверхкрупного города: общая характеристика и тенденции развития (на материалах г. Москвы) // Проблемы борьбы с преступностью в условиях столичного региона – М.: ВНИИ МВД России, 1995. – С. 3-14.
57. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 040100 лечебное дело – утвержден 10.03.2000г. заместителем министра образования и науки Российской Федерации В.Д. Шадриковым, номер государственной регистрации 130 мед/сп.
58. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 040200 педиатрия – утвержден 10.03.2000г. заместителем министра образования и науки Российской Федерации В.Д. Шадриковым, номер государственной регистрации 131 мед/сп.
59. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 040300 медико-профилактическое дело – утвержден 10.03.2000г. заместителем министра образования и науки Российской Федерации В.Д. Шадриковым, номер государственной регистрации 132 мед/сп.
60. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 040400 стоматология – утвержден 10.03.2000г. заместителем министра образования и науки Российской Федерации В.Д. Шадриковым, номер государственной регистрации 133 мед/сп.
61. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 040500 фармация – утвержден 10.03.2000г. заместителем министра образования и науки

- Российской Федерации В.Д. Шадриковым, номер государственной регистрации 134 мед/сп.
62. Громовъ С. Краткое изложение судебной медицины для академическаго и практическаго употребления. – Санктпетербургъ: Эдуард Працц и К., 1838. – 573 с.
63. Громов А.П. Курс лекций по судебной медицине. – М., 1971. – 312 с.
64. Гросс Г. Руководство для судебных следователей как система криминалистики. – М.: ЛексЭст, 2002. – 1088 с.
65. Гужеедов В.Н., Воронцов В.С. Использование стоматологического статуса при проведении идентификационных исследований // Судебно-медицинская экспертиза. – 1984. – № 1. – С. 27-29.
66. Гурьянов А.Х., Муртазин З.Я., Сочиллов Б.Я. Результаты анализа организации и тактики медицинской помощи пострадавшим при взрыве конденсата газа в Башкирии // Военно-медицинский журнал. – 1991. – № 7. – С. 44-46.
67. Гуцериев М.С. Преступность в крупнейших городах: состояние и проблемы профилактики (на материалах Москвы и Санкт-Петербурга) Дис. ... канд. юрид. наук – СПб., 1996. 253 с.
68. Давыдов В.В. Виды обобщений в обучении (Логико-психологические проблемы построения учебных предметов) / В.В. Давыдов. – М., 1972. – 423 с.
69. Давыдов В.В. Проблемы развивающего обучения / В.В. Давыдов. М., 1986. – 423 с.
70. Дегтярь Т.С. Собираение и формирование доказательств в процессе расследования преступлений: дис. ... канд. юрид. наук / ВНИИ МВД России. – М., 2001. – 180 с.
71. Декрет о суде № 1 от 22 (24) ноября 1917 года: утратил силу // декреты Советской власти. – М.: Гос. изд-во полит. Литературы. 1957. – Т. 1. – С. 124-126.
72. Денисюк А.Н. Организационные и процессуальные проблемы

- судебно-медицинского исследования трупа // Первый съезд судебных медиков Латвийской ССР: Тез. докладов. – Рига, 1985. – С. 44 – 45.
- 73.Деполович П.Н. Краткий учебник судебной медицины. – Киев, 1907. – 317 с.
- 74.Дерягин Г.Б., Тараскина З.И. Осмотр трупа на месте его обнаружения: практическое пособие – Архангельск, 1996.
- 75.Дианкина М.С. Формирование личности молодого специалиста в условиях перестройки высшей школы // Некоторые вопросы учебно-воспитательной работы в медицинском вузе: сб. науч. тр.; под ред. проф. А.И. Федина. – М., 1989. – С. 4-13.
- 76.Динамика активности ГДГ-НАДФ кожи в посттравматическом периоде / Г.А. Пашинян и др. // Идентификация объектов и процессов судебной медицины / под ред. Г.А. Пашиняна. – М., 1991. – С. 100-102.
- 77.Дубягин Ю.П., Дубягина О.П. Общая характеристика типа применения методов и средств идентификации личности массовых жертв в результате террористических актов, аварий, катастроф, стихийных бедствий, гражданских беспорядков и локальных военных действий //Всероссийский съезд судебных медиков: Материалы. – М.-Астрахань,2000. – С. 275-277.
- 78.Ермилов А.А. Диагностические возможности метода глубокой электротермометрии печени при установлении давности смерти // Современные методы исследования судебно-медицинских объектов. Рига, 1977. С. 57-58.
- 79.Естественное движение населения Союза ССР, 1928. – Вып. XXXII.
- 80.Ефремов И.А. Из практики привлечения адвокатом специалистов для разъяснения вопросов, требующих использования специальных знаний // Адвокат. – 2008. – № 3. – С. 75-79.
- 81.Ефремов Т.Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный (онлайн версия). Электронный ресурс: <http://www/classes.ru/all-russian/russian-dictionary-efremova-term-45486.htm>

- (обращение 11.10.2011).
- 82.Жаров В.В. К вопросу о применении эмиссионного спектрального анализа скелетных мышц в процессе формирования трупного окоченения // Спектральные методы исследования в биологии и медицине. Горький., 1967. С. 124-126.
- 83.Зазыкин В.Г. Акмеологические проблемы профессионализма. – М.: НИИВО, 1993. – 47 с.
- 84.Заславский Г.И. Основные направления обеспечения взаимодействия судебно-медицинской экспертизы со следователями следственных управлений СК при прокуратуре Российской Федерации // Сборник докладов совещания начальников БСМЭ СЗФО РФ по вопросам взаимодействия судебно-медицинской экспертизы со следователями Следственного комитета при прокуратуре Российской Федерации. – Калининград, 2008. – С. 18-32.
- 85.Зеленковский С.П. Некоторые теоретические вопросы идентификации личности потерпевшего в расследовании убийств// Криминалистика и судебная экспертиза: Киев, РИО МВД УССР – Вып. 11. – 1975. – С.39-40.
- 86.Зеленский В.Д. Криминалистические проблемы организации расследования преступлений: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / ВНИИ МВД России. – М., 1991. – 42 с.
- 87.Зернова Т.М. Опыт применения научно-технических средств при расследовании умышленных убийств//Расследование убийств в зарубежных странах: М.,1991. – С. 42.
- 88.Ивахов П.П., Лапиков Д.В. Использование специальных познаний и экспертиз при расследовании убийств, их роль и значение //Общество и право. – 2008. – № 1. – С. 234-238.
- 89.Ильина А.М. Обязательное использование специальных познаний в уголовном процессе: монография. – Екатеринбург: Уральский юрид. ин-т МВД России, 2005. – 208 с.

90. Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР: инструкция Минздрава СССР: утратил силу – М.: Минздрав СССР. – 1952. – 35 с.
91. Иосипчук С.В. Раскрытие неочевидного убийства с расчленением трупа // Следственная практика. – 2002. – Вып. 3(157). – С. 80-89.
92. Исаева Л.М. Становление, организационные формы и процессуальные проблемы групповых форм расследования // Юридический консультант. – 2003. – № 12. – С. 26-36.
93. Исаева Л.М. Специалист в уголовном судопроизводстве: монография. – М.: ВНИИ МВД России, 2004. – 96 с.
94. Исаева Л.М. К вопросу идентификации личности погибшего // Законность. – 2001. – № 2. – С. 10-12.
95. Исаева Л.М. Теоретические основы использования специальных познаний в уголовном судопроизводстве России: монография. – М.: ВНИИ МВД России, 2009. – 243 с.
96. Исаенко В. Оптимизация расследования серийных убийств // Законность. – 2004. – № 3. – С. 2-5.
97. Калитеевский П.Ф. К вопросу о происхождении и развитии трупных пятен // Архив патологии. – 1957. – № 6. – С. 46-48.
98. Касымов Т.Д. Предварительные трасологические и баллистические исследования на месте происшествия: дис. ... канд. юрид. наук / Академия управления МВД России. – М., 1999. – 196 с.
99. Качина Н.Н. Судебно-медицинские исследования: развитие, современное состояние, совершенствование правовых и организационных основ: монография. – М., 2012. – 178 с.
100. Кильдюшов Е.М. Судебно-медицинская экспертиза давности наступления смерти новорожденных (моделирование процесса посмертного теплообмена). – М., 2005. – 216 с.

101. Килин В.В. Диагностика стадий трупных пятен для определения давности наступления смерти при различных вариантах танатогенеза : дис. ... канд. мед. наук – Ижевск, 2006. – 137 с.
102. Кильдюшов Е.М. К вопросу об определении давности наступления смерти новорожденных в работе судмедэксперта // Вестник РГМУ. – 2002. – № 1 (22): Материалы Пироговской студенческой научной конференции, 21 марта 2002 года. – С. 134.
103. Кильдюшов Е.М. К вопросу об установлении времени наступления смерти у новорожденных с помощью компьютерного моделирования // Вестник РГМУ. – 2001. – № 2 (17): Материалы Пироговской студенческой научной конференции, Москва, 22 марта 2001 года. – С. 140.
104. Кильдюшов Е.М. Судебно-медицинская экспертиза давности наступления смерти новорожденных (моделирование процесса посмертного теплообмена). – М., 2005. – 212 с.
105. Кильдюшов Е.М. Теоретическое обоснование процесса охлаждения у новорожденных // Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. – М.; Астрахань, 2000. – С. 106-107.
106. Кильдюшов Е.М., Буромский И.В. Использование поправочных коэффициентов при установлении давности наступления смерти на месте обнаружения трупа с помощью номограмм С. Henssge // Судебно-медицинская экспертиза. – 1997. – № 4. – С. 4-7.
107. Клевно В.А. О необходимости дальнейшего совершенствования судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации // Проблемы экспертизы в медицине. – 2006. – № 2. – С. 62-66.
108. Клевно В.А. О подготовке кадров для государственных судебно-медицинских экспертных учреждений // Материалы Всероссийского совещания главных судебно-медицинских экспертов органов управления здравоохранения субъектов РФ, заведующих кафедрами (курсами) судебной медицины ГОУ ВПО и ДПО Росздрава,

- государственных судебно-медицинских экспертов. – Казань, 2006. – С. 3-7.
109. Клевно В.А. О подготовке кадров для судебно-медицинской службы // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию РЦ СМЭ. – М.: РЦСМЭ Росздрава, 2006. – С. 56-59.
110. Клевно В.А. Всероссийское совещание главных судебно-медицинских экспертов органов управления здравоохранения субъектов РФ, заведующих кафедрами (курсами) судебной медицины ГОУ ВПО и ДПО Росздрава, государственных судебно-медицинских экспертов «О подготовке кадров для государственных судебно-медицинских экспертных учреждений. Современные проблемы учебного процесса на кафедрах судебной медицины в учреждениях ВПО и ДПО» // Судебно-медицинская экспертиза. – 2007. – Т. 50. – № 1. – С. 46-48.
111. Кноблех Е. Медицинская криминалистика – Прага, 1959. – 390 с.
112. Колкутин В.В. О пределах компетенции судебно-медицинского эксперта по исследованию вещественных доказательств // Материалы Всероссийского совещания главных судебно-медицинских экспертов органов управления здравоохранения субъектов РФ, заведующих кафедрами (курсами) судебной медицины ГОУ ВПО и ДПО Росздрава, государственных судебно-медицинских экспертов. – Казань, 2006. – С. 113-116.
113. Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу РСФСР/Под ред. В.М. Савицкого, Б.Т. Безлепкина, П.А. Лупинской, И.Л. Петрухина. – М.: Проспект, 1999. – 576 с.
114. Кондрашова Н.П. Использование специальных познаний в области судебной медицины при расследовании преступлений против жизни и здоровья: дис. ... канд. юрид. наук / Моск. акад. экономики и права. – М.,

2009. – 209 с.
115. Кононенко В.И. Комплексное физико-химическое исследование трупных пятен (судебно-медицинская оценка динамики их развития) : дис. ... д-ра мед. наук. – Харьков, 1971. – 310 с.
116. Кононенко В.И., Дмитриенко Ю.А., Климов В.Б. Применение автоматизированных диагностических систем при установлении давности смерти // Диагностика давности процессов в объектах судебно-медицинской экспертизы. Кишинев, 1986. - С. 18-20.
117. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993: с учетом поправок, внесенных законами Рос. Федерации о поправках к Конституции Рос. Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ от 30.12.2008 № 7-ФКЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2009. – № 4. – Ст. 445.
118. Косоротов Д.П. Учебник судебной медицины. – СПб, 1914. – 394 с.
119. Костюков Н.Н. Нужна новая парадигма учебного плана в подготовке врача // Материалы научно-методической конференции преподавателей академии: сб. науч. тр. – М. : ММА им. И.М. Сеченова, «Русский дом», 1998. – С. 134-137.
120. Костюков Н.Н. Интеграция на клиническом этапе обучения // Актуальные проблемы междисциплинарной интеграции в медицинском образовании: методология, технология и практика: сб. науч. тр. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, «Русский дом», 1999. – С. 180-181.
121. Костюков Н.Н. Некоторые трудности подготовки врачей в современных условиях // Вестник РГМУ. Периодический медицинский журнал. – М.: РГМУ, 2001. – № 7 (20). – С. 61-67.
122. Криминалистика: учебник для вузов / Т.В. Аверьянова, Р.С. Белкин, Ю.Г. Корухов, Е.Р. Россинская. – М.: НОРМА-ИНФРА-М, 1999. – 990 с.
123. Крюков В.Н. Судебная медицина. – М.: Медицина, 2005. – 464 с.

124. Кудрявцева А.В. Судебная экспертиза в уголовном процессе России. – Челябинск: Южноуральский гос. ун-т, 2001. – 411 с.
125. Кудрявцева А.В. Использование судебно-медицинских познаний в расследовании преступлений: монография. – СПб: Санкт-Петербургский ун-т МВД России, Южно-Уральский гос. ун-т, 2001. – 181 с.
126. Куликов В.А. Практическая методика измерения ДНС по методу регулярного теплового режима // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Ижевск, 1998. – Вып. X – С. 115 – 120.
127. Куликов В.А., Коновалов Е.А., Вавилов А.Ю. Оптимизационный подход уточнения давности наступления смерти в судебно-медицинской практике // Проблемы экспертизы в медицине. – 2009. – № 1. – С. 8-10.
128. Линовский В.А. Опыт исторических разысканий о следственном уголовном судопроизводстве в России. – М.: ЛексЭст, 2001. – 222 с.
129. Любимова М.Н., Энгельгардт В.А. Аденозинтрифосфатаза и миозин мышц // Биохимия. 1939. № 4. С. 716-724.
130. Маркин В.Н. Жизненная позиция личности (идеологические и социально-психологические аспекты) – М., 1989. – С. 24-30.
131. Маркова А.К. Психология профессионализма – М., 1996. – С. 48.
132. Марченко Н.П. Установление времени наступления смерти физическими методами исследования : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1967. – 48 с.
133. Марченко Н.П. Установление времени наступления смерти физическими методами исследования : дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1967. – 259 с.
134. Марченко Н.П., Кононенко В.И. Установление времени наступлений смерти по внутригрудной температуре // Материалы, доклады и

- рекомендации научной конференции общества судебных медиков Казахстана. – Алма-Ата, 1968. – Вып. 7. – С. 94-97.
135. Математическое моделирование процессов теплообмена в организме человека / Г.Н. Дульнев и др. // Инженерно-физический журнал. – 1984. – Т. XLVI, № 1. – С. 150-160.
136. Махов В.Н. Использование знаний сведущих лиц при расследовании преступлений: монография. – М.: РУДН, 2000. – 296 с.
137. Медицинская сортировка – важнейший организационный момент оптимизации медицинской помощи пострадавшим при ЧС / Брюсов П.Г., Жижин В.В., Коноваленко С.И. и др. // Военно-медицинский журнал. – 1992. – №1. – С. 21-24.
138. Мельникова Г.М. Изменение активности ряда ферментов в миокарде в зависимости от давности наступления смерти // Современная диагностика в судебной медицине. Кишинев, 1981. - С. 56-57.
139. Мельников Ю.Л., Жаров В.В. Судебно-медицинское определение времени наступления смерти. М., 1978. - 168 с.
140. Мишин Е.С. Преподавание судебной медицины в современных условиях // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации: Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков – Москва-Астрахань, 2000. – С. 71-72.
141. Мишин Е.С. Значение судебной медицины в общеврачебной подготовке студентов медицинских вузов // Материалы Всероссийского совещания главных судебно-медицинских экспертов органов управления здравоохранения субъектов РФ, заведующих кафедрами (курсами) судебной медицины ГОУ ВПО и ДПО Росздрава, государственных судебно-медицинских экспертов. – Казань, 2006. – С. 40-45.

142. Моделирование процессов в судебно-медицинской диагностике давности наступления смерти / П.И. Новиков и др. – Челябинск; Ижевск, 2008. – 312 с.
143. Молчанов В.Л. К учению о трупных пятнах: дис. ... д-ра медицины. – СПб, 1894.
144. Мухин Е.О. Рассуждения о средствах и способах оживить утопших, удушенных и задохшихся. М., 1805. – 325 с.
145. Население СССР. – М., 1988. – С. 361-409.
146. Население и общество // Центр демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 2001. – № 29-30. Электронный ресурс: <http://demoscope.ru/weekly/029/tema01.php>. (Обращение 13.03.2012).
147. Научно-практический комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации / Под общ. ред. В.М. Лебедева; науч. ред. В.П. Божьев. – М.: Юрайт-Издат, 2007. – 851 с.
148. Нейдинг И.И. Судебная медицина. – М., 1880. – 428 с.
149. Некоторые вопросы организации медицинского обеспечения пострадавших при криминальных взрывах / Лукьянчук Э.М., Стажадзе Л.Л., Адамов В.Р. и др. // Военно-Медицинский журнал. – Т.СССХХ. – 1999. – №10. – С.16-22.
150. Нижегородцев К.А. Основы судебно-медицинской экспертизы. – Томск, 1928. – 328 с.
151. Никифоров Я.А. Определение давности смерти по изменению электрического сопротивления почек и ахилловых сухожилий: дис. ... канд. мед. наук. – Ижевск, 2003. – 159 с.
152. Новиков П.И. Определение оптимальной зоны измерения температуры тела трупа для установления давности наступления смерти // Судебно-медицинская экспертиза. – 1986. – № 1. – С. 11–14.
153. Новиков П.И. Судебно-медицинская диагностика давности наступления смерти способом моделирования посмертного процесса

- изменения температуры трупа : дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1986. – 245 с.
154. Новосельский С. Очерк статистики самоубийств // Гигиена и санитария. – 1910. – № 8-10.
155. Нырковский Д.И., Лакиза Б.С. Каталазная активность крови как показатель эмоциогенной стрессовой реакции // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Барнаул, 1991. Вып. 6. - С. 106-108.
156. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ: по состоянию на 19.12.2011. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
157. Ольнев А.А. Возможности двухзональной термометрии трупов в решении вопроса давности наступления смерти // Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Ставрополь, 1971. Вып. 6. - С. 379-381.
158. Ольнев А.А. Двухзональная электротермометрия трупов в вопросе давности наступления смерти: предварительное сообщение // Материалы пятого Украинского совещания судебно-медицинских экспертов и четвертой сессии Украинского общества судебных медиков и криминалистов. Херсон, 1967. - С. 63-67.
159. Ольнев А.А., Кильдишев К.И. Возможности использования двухзональной термометрии печени для установления давности смерти // Современные методы исследования судебно-медицинских объектов. – Рига, 1979. – С. 86-88.
160. Онянов А.М. Динамика импедансометрических показателей стекловидного тела в позднем постмортальном периоде : дис. ... канд. мед. наук – М., 2008. – 129 с.

161. Определение давности наступления смерти методом импедансной плетизмографии : метод. рекомендации / Ю.И. Пиголкин и др. – М., 2001. – 17 с.
162. О постоянно действующих следственно-оперативных группах (вместе со «Списками судебно-медицинских экспертов для следственно оперативных групп»): приказ Прокуратуры Республики Башкортостан от 16.07.2002 № 94, ВД Республики Башкортостан № 321, Министерства здравоохранения Республики Башкортостан № 509-Д. Электронный ресурс: [http:// Bashkortostan.news-city.info/docs/systems/doc_pegazi.htm](http://Bashkortostan.news-city.info/docs/systems/doc_pegazi.htm) (обращение 11.10.2011).
163. О введении в действие Уголовного кодекса Р.С.Ф.С.Р. (вместе с Уголовным кодексом Р.С.Ф.С.Р.): постановление ВЦИК от 01.06.1922: утратил силу // СУ РСФСР. 1922. – № 15. – Ст. 153.
164. Об утверждении уголовно-процессуального кодекса Р.С.Ф.С.Р. (вместе с «уголовно-процессуальным кодексом Р.С.Ф.С.Р.): постановление ВЦИК от 15.02.1923: утратил силу // СУ РСФСР. 1923. – № 7. – Ст. 106.
165. О введении в действие Уголовного кодекса Р.С.Ф.С.Р. редакции 1926 года (вместе с Уголовным кодексом Р.С.Ф.С.Р.): постановление ВЦИК от 22.11.1926: утратил силу // СУ РСФСР. 1926. – № 80. – Ст. 600.
166. Об образовании. Электронный ресурс: федер. закон от 10.07.1992, № 3266-1: по состоянию на 19.12.2010. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
167. О высшем и послевузовском профессиональном образовании. Электронный ресурс: федер. закон от 22.08.1996, № 125-ФЗ: по состоянию на 19.12.2010. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
168. О правах и обязанностях государственных медицинских экспертов: Положение Наркомздрава от 28 февраля 1919 г.: утратил силу. (Электронный ресурс(. Nanobukva.ru/09/dobuv/0182.htm/ (дата

- обращения: 29.12.2011).
169. О введении в практику Правил производства судебно - медицинских экспертиз: приказ Минздрава РФ от 10 декабря 1996 г. № 407: утратил силу. Электронный ресурс www.mnoqozakon.ru/cata/oq/1996/12/10/9109/ (дата обращения: 29.12.2011).
170. Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы: приказ Минздрава РФ от 24 апреля 2003 г. № 161: утратил силу. Электронный ресурс www.med-pravo.ru/PR/CMZ/PricMZ2003/161/161.htm (дата обращения: 29.12.2011).
171. О дальнейшем развитии и совершенствовании судебно-медицинской экспертизы в РСФСР (вместе с «Положением о бюро главной судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения РСФСР», «Положением о главном судебно-медицинском эксперте Министерства здравоохранения РСФСР», «Положением о республиканском центре судебно-медицинской альгологии», «Положением о республиканском судебно-медицинском центре экспертизы взрывной и огнестрельной травмы», «Положением о республиканском судебно-медицинском цитологическом центре», «Правилами изъятия и направления материала на лабораторное исследование»): приказ Минздрава РФ от 27 февраля 1991 г. № 35: утратил силу. Электронный ресурс. zacon.forens-med.ru/doc/mz/3_3_117.htm (дата обращения: 29.12.2011).
172. Об утверждении Инструкции по организации взаимодействия подразделений и служб внутренних дел в расследовании и раскрытии преступлений: приказ МВД России от 20 июня 1996 г. № 334: по состоянию на 29.12.2011. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

173. Об утверждении Положения о совместных следственно-оперативных группах (бригадах) органов прокуратуры, внутренних дел, безопасности и налоговой полиции для пресечения и расследования деятельности организованных преступных групп: приказ Генпрокуратуры, МВД, ФСБ, ДНП России от 22 мая 1995 г. № 32/199/73/278: по состоянию на 29.12.2011. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
174. Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов: приказ Минздрава СССР от 21 июля 1988 г. № 579: Электронный ресурс. URL: <http://bestpravo.ru/fed1991/data02/tex13228.htm/> (дата обращения: 10.08.2011).
175. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка / Российская академия наук. Институт русского языка им. В.В. Виноградова. – М. : А ТЕМП. 2005. – 941 с.
176. О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2008г. № 112н: по состоянию на 30.11.2011. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
177. Опасности и чрезвычайные ситуации социального характера: учебное пособие Электронный ресурс: <http://solb.ru/svalka/733-opasnosti-i-chrezvychaynye-situatsii-sotsialnogo-kharaktera.html>.
178. Организация информационного центра при судебно-медицинском обеспечении последствий катастрофы / Исмагилов О.К., Ципоркин Р.Е., Феоктистова Т.А. и др. // Актуальные вопросы медицины катастроф. – Уфа, 1990. – С. 60-61.
179. Особенности судебно-медицинской экспертизы погибших при железнодорожной катастрофе / Гареев А.М., Имаев А.А., Мухаметов

- Р.Ю. и др. // Актуальные вопросы медицины катастроф: Уфа, 1990. – С. 56-58.
180. О судебной экспертизе по уголовным делам Электронный ресурс: постановление Пленума Верховного Суда Рос. Федерации от 21.12.2010 № 28: по состоянию на 17.01.2011. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
181. Очерки истории судебной медицины России (XVI-XIX в.в.) / Г.А. Пашина, П.О. Ромодановский, Е.Х. Барин, С.П. Фадеев. – М., 1999. – 103 с.
182. Пальцев М.А. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. Выпуск I / М.А.Пальцев, И.Н.Денисов, Б.М.Чикнев – М.: Издательский дом «Русский врач», 2004. – 340 с.
183. Пашина Г.А. О программе по судебной стоматологии для медицинских вузов РФ // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации: Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков – Москва-Астрахань, 2000. – С. 67-68.
184. Пашина Г.А., Ромодановский П.О., Беляева Е.В. Возможность применения блок-модульной учебной программы в преподавании судебной медицины // Судебно-медицинская экспертиза. – 1989. – № 6. – С. 33-35.
185. Пашина Г.А., Варданян Ш.А., Тучик Е.С., Оганесян М.А., Саакян Е.С., Беляева Е.В., Аюб Ф., Чернявская З.П., Ромодановский П.О. Некоторые особенности деятельности судебно-медицинской службы в случаях чрезвычайных ситуаций (при крупномасштабных катастрофах) // Проблемы теории и практики судебной медицины. – Астана, 1998. – Вып. 2. – С. 14-17.
186. Пашина Г.А., Тучик Е.С. Анализ ошибок при установлении давности наступления смерти по трупным изменениям в ходе

- проведения первоначальных следственных действий // Судебно-медицинская экспертиза. – 1997. – № 2. – С. 28-32.
187. Пашинян Г.А. Использование блок-модульной учебной программы при преподавании судебной медицины на стоматологическом факультете // Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования: сб. науч. тр. – М., 2001. – С. 14-15.
188. Пашинян Г.А. К вопросу преподавания медицинского права студентам высших учебных медицинских заведений // Актуальные вопросы судебной медицины: сб. науч. тр. – М., 2004. – С. 74-83.
189. Пашинян Г.А. К вопросу преподавания медицинского права студентам высших учебных медицинских заведений // Судебно-медицинская экспертиза. – 2005. – Т. 48. – № 4. – С. 37-41.
190. Пашинян Г.А., Аюб Ф. Применение одонтограмной и панорамной рентгенографии при идентификации личности // Судебная медицина. – 1992. – № 4. – С. 23-24.
191. Петрухин И.Л. Изъятие вещественных доказательств из тела живого человека // Доказывание по уголовным делам. – Красноярск, 1986. – С. 100-110.
192. Пиголкин Ю.И. Болонский процесс и высшее медицинское образование в России // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. – Т. 51. – № 2. – С. 34-36.
193. Пиголкин Ю.И., Попов В.Л. Судебная медицина: учебник. – М.: Медицина, 2003. – 496 с.
194. Пиголкин Ю.И., Коровин А.А. Зависимость процессов аутолиза от температуры окружающей среды по результатам импедансной плетизмографии // Актуальные аспекты судебной медицины. – Ижевск, 1999. – Вып. 5. – С. 116-118.
195. Пиголкин Ю.И., Попов В.Л., Дубровин И.А. Судебная медицина: учебник. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 424 с.

196. Плаксин, В.О. О состоянии вопроса последипломной подготовки судебно-медицинских экспертов Российской Федерации // Материалы Второго Всероссийского съезда судебных медиков. – Иркутск-Москва, 1987. – С. 8-10.
197. Положение о психиатрической экспертизе РСФСР от 8 мая 1919 г.: утратил силу. Электронный ресурс. old. kodeks.ru/roframe/com-pus-FullLeqRF/9001645.rtf.nd (дата обращения: 29.12.2011).
198. Портнов И.П. Состояние городской преступности и вопросы ее предупреждения // Криминологические проблемы борьбы с преступностью в сверхкрупном городе. – М., 1994
199. Постановление Наркомздрава РСФСР, Наркомюста РСФСР от 24.10.1921 «О судебно-медицинских экспертах (Положение)»: утратил силу // СУ РСФСР. 1921. – № 75. – Ст. 616.
200. Положение о производстве судебно-медицинской экспертизы от 16 февраля 1934 года: постановление Наркомздрава СССР: утратил силу. // Сборник официальных и справочных материалов по судебно-медицинской экспертизе. – М., 1946. – С. 9-20.
201. Попов В.Л., Шигеев В.Б., Кузнецов Л.Е. Судебно-медицинская баллистика. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 656 с.
202. Попов В.Л. Теоретические основы судебной медицины // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы РФ: Матер. V Всерос. съезда суд. Медиков / Под ред. В.Н. Крюкова, А.А. Солохина, В.В. Томилина, Г.П. Джувалыкова, А.Ф. Кинле. – М.-Астрахань, 2000. – С. 3-5.
203. Правила работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия) Утверждены Начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР И. В. Шатким 27 февраля 1978 г. № 10-8/21: Электронный ресурс. URL: www.med-pravo.ru/SudMed/MethodUkaz/RulesPlace.htm/

- (дата обращения: 10.08.2011).
204. Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н: Электронный ресурс. [www. minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/54](http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/54) (дата обращения: 19.10.2011).
205. Практическое руководство для судебных следователей, состоящих при окружных судах. Составлено бывшим С.-Петербургским столичным судебным следователем, присяжным поверженным П.В. Макалинским. Ч. II. Изд. 7 (посмертное); дополнено В.П. Ширковым, Товарищем Обер-Прокурора Уголовного Кассационного Департамента Правительствующего Сената. Петроградъ, Складъ изданія въ Юридическом Книжномъ Магази́нѣ Н.К. Мартынова, 1915. – 224 с.
206. Примерная программа дисциплины «Судебная медицина» для специальности 040100 – лечебное дело, 040200 – педиатрия. – М., 2003. – 17 с.
207. Примерная программа дисциплины «Судебная медицина» для специальности 040300 – медико-профилактическое дело. – М., 2003. – 17 с.
208. Примерная программа дисциплины «Судебная медицина» для специальности 040400 – стоматология. – М., 2003. – 14 с.
209. Райский М. И. Учебник судебной медицины для медицинских вузов. - М., 1953.
210. Рахунов Р.Д. Теория и практика экспертизы в советском уголовном процессе. – М.: Госюриздат, 1953. – 263 с.
211. Рожановский В.А. Судебно-медицинская экспертиза в дореволюционной России и СССР. – М., 1927. – 326 с.
212. Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений / Под ред. Р.В. Бережного, Я.С. Смусина, В.В. Томила, П.П. Ширинского.

- М.: Медицина, 1980. - 421 с.
213. Самбурова Г.Г. Методические положения процесса создания научной терминологии: теоретические и практические аспекты // Научно-техническая терминология: материалы Всесоюзной конф. – М., 1983. – С. 3.
214. Самищенко С.С. Судебная медицина: учебник. – М: ООР Палек, 1998. – 257 с.
215. Сапожников Ю.С. Криминалистика в судебной медицине. – Киев, Здоровья, 1970. – 268 с.
216. Сапожников Ю.С. Первичный осмотр трупа на месте его обнаружения. – Киев, 1940. – 198 с.
217. Свадковский Б.С. Учебное пособие по судебно-медицинской стоматологии. – М.: Медицина, 1974. -175 с.
218. Сводъ законовъ Россійской имперіи / подъ редакціею и съ примѣчаніями И.Д. Мордухай-Болтовского: утратил силу. – СПб.: Русское Книжное Товарищество «Дѣятель», 1892. – Кн. 5. Т. XIII-XVI. Томъ тринадцатый. – 680 с.
219. Святошич В.Л. О диагностическом значении охлаждения трупа в судебно-медицинском отношении // Судмедэкспертиза и криминалистика на службе следствия. – Грозный, 1962. – Т. 3. – С. 254-256.
220. Селина Е.В. Применение специальных познаний в уголовном процессе. – М.: Юрлитинформ, 2002. – 144 с.
221. Семенов Е.А. Специалист в уголовном судопроизводстве: дис. ... канд. юрид. наук / Орловский юрид. институт МВД России. – Орёл, 2010. – 194 с.
222. Семенов Е.А. Участие специалиста в осмотре трупа: пути совершенствования законодательства // Эксперт-криминалист. – 2009. – № 1. Электронный ресурс: статья: по состоянию на 19.12.2011. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

223. Сердюков А.А. Электрометрический метод определения времени смерти по трупному окоченению // Труды Ижевского отд. Всесоюзного физиологического общества им. Павлова. – Ижевск, 1960. – Т. I. – С. 89-96.
224. Скребнев А.В., Тучик Е.С. Содержание глюкозы в сыворотке крови, перикардальной и люмбальной жидкостях в зависимости от внешних факторов, давности наступления и причины смерти // Актуальные аспекты судебной медицины. – Ижевск, 1999. – Вып. 5. – С. 118-120.
225. Смольянинов В.М., Татиев К.И., Черваков В.Ф. Судебная медицина. – М., 1959. – 368 с.
226. Смольянинов В.М., Татиев К.И., Черваков В.Ф. Судебная медицина. М., 1961. 368 с.
227. Состояние преступности в России за 2002-2011 годы. – М.: ГИАЦ МВД РФ. 2002.
228. Состояние и перспективы развития проблем судебно-медицинской танатологии / В.И. Алисиевич и др. // Третий всесоюзный съезд судебных медиков : тез. докл. – М.; Одесса, 1988. С.159-161.
229. Спасович В.Д. Сочинения. Т. 5. – СПб.: Бр. Рымович: кн. магазин., 1895. – 791 с.
230. Спиридонов В.А. Становление и развитие судебной медицины в Казанской губернии и Республике Татарстан: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава. – М., 2007. – 54 с.
231. Стеценко В.Ю. Использование специальных медицинских знаний в уголовном судопроизводстве: дис. ... канд. юрид. наук / Академия управления МВД России. – М., 2004. – 189 с.
232. Судебная медицина: учебник / Ю.И. Пиголкин, Е.Х. Баринов, Д.В. Богомоллов, И.Н. Богомоллова – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 360 с.
233. Судебная медицина. Руководство / Под ред. А.Р. Деньковского, А.А. Матышева. – Л.: Медицина, 1976. – 472 с.

234. Судебная медицина / Под ред. В.Н. Крюкова. – М.: Медицина, 1998. – 464 с.
235. Судебная медицина / Под ред. В.М. Смольянинова. – М.: Медицина, 1982. – 462 с.
236. Судебно-медицинское исследование трупа / Под ред. А.П. Громова, А.В. Капустина. – М.: Медицина, 1991. – 320 с.
237. Судебно-медицинская идентификация личности пострадавших при катастрофах и стихийных бедствиях / Громов А.П., Звягин В.Н., Науменко В.Г. и др. // Военно-медицинский журнал. – 1990. – №9. – С. 17-18.
238. Татиев К.И. Судебная медицина. – М., 1958. – 373 с.
239. Титов Ю.П. Хрестоматия по истории государства и права России. – М.: Проспект, 1998. – 472 с.
240. Топорков А.А., Гульянц А.Г. Информационный потенциал осмотра места происшествия // Науч. тр. МГЮА. – 2004. – Т. LXIII. – № 3. – С. 763-775.
241. Топорков А.А., Гульянц А.Г. Контурная модель структуры личности следователя (применительно к практике осмотра места происшествия) // Науч. тр. МГЮА. – 2005. – Т. LXIV. – № 2. – С. 353-354.
242. Трубицина Э.М., Кигас В.Н. Новые криминалистические методы, используемые при расследовании убийств//Расследование убийств в зарубежных странах. – М.,1991. – С.69.
243. Туровец Н.П. Данные о некоторых исследованиях крови, взятой из сосудов кожи в области трупных пятен // Труды судебно-медицинских экспертов Украины. – Киев, 1962. – С. 32-34.
244. Туровец Н.П. К вопросу об определении времени смерти по трупным пятнам // Труды 2-й расширенной конференции Киевского отделения ВНОСМ. – Киев, 1956. – С. 49-51.
245. Тучик Е.С. Научно-организационные принципы совершенствования эффективности взаимодействия органов здравоохранения и

- правопорядка при осмотре трупа на месте его обнаружения: дис. д-ра мед. наук. – М., 1997.
246. Тучик Е.С. Организационные принципы деятельности судебно-медицинской службы в условиях катастрофы: дис. канд. мед. наук. – М., 1993.
247. Тучик Е.С., Скребнев А.В. О влиянии состояния штатов на эффективность взаимодействия следствия и здравоохранения при осмотре трупа на месте его обнаружения // Актуальные аспекты судебной медицины. – Ижевск, 1999. – Вып. 5. – С. 13-16.
248. Тучик Е.С., Пашинян Г.А. Организация осмотра трупа на месте его обнаружения. – Ижевск: Экспертиза, – 1999. – 196 с.
249. Тучик Е.С., Медянская Н.Г. О частоте проведения наружных осмотров трупов на месте происшествия при убийствах в г. Москве // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Ижевск, 1997. – Вып. 9. – С. 22-24.
250. Тучик Е.С. О причинах и ошибках, допускаемых судебно-медицинскими экспертами при осмотре трупа на месте его обнаружения // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Ижевск, 1996. – Вып. 8. – С. 103-105.
251. Тучик Е.С., Жаров В.В. Структура причин смерти при убийствах в г. Москве // Проблемы идентификации в теории и практике судебной медицины. Материалы 4 Всероссийского съезда судебных медиков. – М.; Владимир, 1996. – Ч. 1. – С. 3-4.
252. Тучик Е.С., Жаров В.В. Судебно-медицинская характеристика структуры смерти в г. Москве // Проблемы идентификации в теории и практике судебной медицины. Материалы 4 Всероссийского съезда судебных медиков. – М.; Владимир, 1996. – Ч. 1. – С. 4-6.
253. Унгуриян С.В. Ректальная температура как критерий диагностики давности смерти детей грудного возраста // Диагностика давности

- процессов в объектах судебно-медицинской экспертизы. – Кишинев, 1986. – С. 35-37.
254. Умершие насильственно и внезапно в 1870-84. Статистический временник Российской империи. – СПб., 1882. – Вып.19.
255. Управление Главного врачебного Инспектора МВД. Отчет о состоянии народного здоровья. – СПб., 1900-1016.
256. Уставъ Уголовнаго Судопроизводства, по юбилейному изданію 1914 г. Под редакціей исп. Об. Товарища Прокуропа Петроград. Суд. Пал. Н.А. Громова. – Петроградъ, типографія Министерства Внутреннихъ Дѣлъ. 1915. – 256 с.
257. Федосюткин Б.А. К вопросу об определении давности смерти // Адвокат. – 2008. – № 9. – С. 11-14.
258. Фонъ-Гофманн Э. Учебникъ судебной медицины / под ред. Д.П. Косоротова. – С.-Петербургъ: Изданіе К.Л. Риккера, 1901. – 823 с.
259. Хохлов В.В. Судебная медицина: руководство / В.В.Хохлов. – Смоленск, 2003. – 699 с.
260. Цоколов И.А. Процессуальные и криминалистические особенности расследования преступлений следственной и следственно-оперативной группой: автореф. дис. ... канд. юрид. наук / ВНИИ МВД России – М., 2001. – С.14.
261. Цховребова И.А. О дифференциации специальных знаний эксперта и специалиста // Фундаментальные и прикладные проблемы управления расследованием преступлений: сб. науч. тр. – М.: Академия управления МВД России, 2005. – Ч. 2. – С. 188-189.
262. Чернов Н.В., Тучик Е.С., Шаймарданов Р.Н. Особенности идентификации личности погибших при катастрофе в Башкирии Актуальные вопросы медицины катастроф: тез.докл. Всероссийской конференции (22-23 февраля 1990). – Уфа, 1990. – С. 66-68.
263. Шейфер С.А. Судебно-медицинская экспертиза и судебно-медицинское освидетельствование // Уголовно-правовые и

- процессуальные проблемы реализации уголовной ответственности: межвузовский сб. ст. – Куйбышев: Куйбышев. ун-т, 1986. – С. 132-141.
264. Шмидт В.К. Судебно-медицинская экспертиза Латвийской ССР: Организация, совершенствование, эффективность. – Рига: Рижский медицинский ин-т, 1989. – 208 с.
265. Щепочкин О.В. Термометрия головного мозга в аспекте определения давности наступления смерти: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ижевск, 2001.
266. Щепочкин О.В. Термометрия головного мозга в аспекте определения давности наступления смерти : дис. ... канд. мед. наук. Ижевск, 2001. – 130 с.
267. Эммерт К. Руководство судебной медицины, согласованное с Германским, Австрийским и Бернским законодательствами / Под ред. Н.П. Ивановского. – СПб.: «Практическая медицина», 1901. – Том VIII. – 492 с.
268. Юдина Н.Г. Особенности судебно-медицинской экспертизы трупов при идентификации в случаях массовых катастроф : дис. ... канд. мед. наук / Самарский Государственный Медицинский Университет – Самара, 2001.
269. Юрьев Ю.И. Определение давности наступления смерти путем глубокой электротермометрии печени // Актуальные вопросы судебной медицины. – Рига, 1977. – С. 41-44.
270. Яблоков Н.П. Криминалистика: учебник. – М.: Норма, 2008. – 400 с.
271. Althaus L., Hennisge C. Rectal temperature time of death nomogram: sudden change of ambient temperature // Forensic Sci. Int. – 1999. – P. 171.
272. Bardzik S. The efficiency of methods of estimating the time of death by Pharmacological means // J. Forens. Med. – 1966. – Vol. 13, № 4. – P. 141-143.
273. Bendall J.R. Post mortem changes in muscle // Structure and function of muscle. – New York; London, 1960. – Vol. 3 – P. 227-274.

274. Brinkmann B., May D., Riemann U. Postmortaler Temperaturausgleich im Bereich des Kopfes. 1. Mebtechnik, prinzipielle Untersuchungen // Z. Rechtsmed. – 1976. – Bd. 78, № 1. – S. 69-82.
275. Byrd M. The corpse as a scene. Электронный ресурс. www.iowaiaai.org/the_corpse_as_a_sciene.html (дата обращения: 19.12.2011).
276. Chandra J., Sabharwal K. Determination of Time Since Death from a study of Varicus Postmortem Changes // J. Indian med. Ass. – 1968. – Vol. 51, № 7. – P. 336-341.
277. Claridge J. Establishing a crime scene. Электронный ресурс. <http://www.exploreforensics.co.uk/establishing-a-crim-scene.html/> (дата обращения: 10.12.2011).
278. Doering G., Korinth E., Schmidt O. Posmortem glycogenolysis in muscle. Its influence on ATP-level and rigor mortis // J. Forens. Med. – 1962. – Vol. 9, № 3. – P. 106–116.
279. Dotzauer G., Naeve W. Die aktuelle Temperatur des Herzblutes in des fruher Leichenzeit // D. Z. f. ger. Med. – 1955. – Bd. 4. – S. 4-5.
280. Dusek T., Bates T. Analysis of European Medical Schools Teaching Programs // CMJ, 2003. – Vol. 44 (1). – P. 26-31.
281. Estimation of postmortem interval from rectal temperature by use of computer – relationship between the rectal and skin cooling curves / K. Hiraiawa [et al.] // Med. Sci. Law. – 1981. – Vol. 21. - № 1. – P. 4-9.
282. Gardner R. Scene processing and investigation. – U.S. Army Criminal Investigation Command (Retired), Georgia, 2012. – 498 p.
283. Forster B. Der Arzt am Tatort. Todeszeitbestimmung // Hippokrates (Stuttg.). – 1978. – Bd. 49, № 1. – S. 22–40.
284. Forster B. The plastic elastic and contractile deformation of the heart muscle in rigor mortis // J. forens. Med. – 1964. – Vol. 11, № 4. – P. 148-167.
285. Hansen G. Gerichtliche Medizin. – Leipzig, 1957. – S. 24–27.

286. Henssge C. Rectal temperature time of death nomogram: dependence of corrective factors on the body weight under stronger thermic insulation condition // *Forensic Sci. Int.* – 1992. – Bd. 112, № 3. – P. 51-56.
287. Hoffman E. Die forensisch wichtigsten Leichenerscheinungen // *Vjschr. f. ger. Med.* – 1976. – Vol. XXV. – P. 1877.
288. Merkeley D. The investigation of death. – USA : Springfield, 1957. – 138 p.
289. Muller B. Mastdarmtemperatur der Leiche und Todeszeit (German) // *Dtsch. Z. Gerichtl. Med.* – 1937. – Vol. 28. – P. 172-177.
290. Muller B. Todeszeitbestimmung auf Grund der ausseren Besichtigung und Untersuchung der Leiche (German) // *Munch. Med. Wschr.* – 1937. – Vol. 84. – P. 1021-1023.
291. Nokes L., Hicks B., Knight B. H. The use of trachea temperature as a means of determining the post-mortem period // *Med. Sci. Law.* – 1986. – Vol. 26, № 3. – P. 199-202.
292. Palm W., Popwassilew J. Ueber die Todeszeitbestimmung in den erstm zehn student // *Zschr. f. arztl. Fortbildung.* – 1960. – Bd. 54. – S. 12.
293. Peterson F. Postmortale Varanderungen am Gehirn und ihre Algrenzung zu intravital entstandenen Gewebsreaktion // *Acta Med. log. soc.* – 1962. – Bd. 15, № 3. – P. 23-44.
294. Prokop O. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. – Berlin : Verl. Volk und Gesundheit, 1960 – S. 558-590.
295. Salem A., Onicas C., Marinescu M. Accidental hangings. Report of two cases // *Romanian society of legal medicine.* – 2009. – V. 4. – P. 283 - 286.
296. Schleyer F. Postmortal Blutwiskositat, Blutzellvolumen, usw. In Beziehung zu Leichenalter und Todesursache // *Virch. Arch.* – 1958. – Bd. 331.
297. Schourup K. Todeszeitbestimmung auf der Grundlage postmortaler Zister enflussigketsveranderungen und des postmortalen Achselhahlen temperaturabfalles. – Kopenhagen, 1950. – 221 s.

298. Schwarz E., Heidenwolf H. Le refroidissement post mortem // Rev. int. Pol. crim. – 1953. – Vol. 8. – P. 339-341.
299. Simpson K. Forensic Medicine. – London, Edward Arnold. – 1952. – 344 p.
300. Step by step. (Электронный ресурс). <http://hannah12.wordpress.com/tag/medical-examination/> (дата обращения: 10.12.2011).
301. The estimation time since death in the early postmortem period / C. Henssge [et al.] – London, Arnold, a member of the Hodder Headline Group, 2002. – с. 3-104.
302. Traupe A. Die postmortale Rektumtemperatur und ihre Beziehungen zur Todeszeit. – Gettingen, 1937. – 134 s.
303. Zink P., Reinhard G. Die Todeszeitbestimmung bei der arztlichen Leichen schan // Bauer Arztebl. – 1972. – Bd. 27. – S. 109-115.
304. Wiese C., Bartels U., Duttge G., Graf B., Hanekop G. Palliative care patients in a advanced state of disease. Cardiopulmonary resuscitation and determination of death / Anaesthesist. – 2008. – V.57(9). – P. 873 - 881.

ПРИЛОЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЕ ПРИЛОЖЕНИЙ

- Приложение 1** Население городов Российской Федерации (по данным Федеральной службы Государственной статистики Российской Федерации)
- Приложение 2** Данные по распределению трупов с ранними и поздними трупными явлениями и местам их обнаружений, обнаруженных в г. Москве
- Приложение 3** Распределение по годам специальности специалистов, привлекаемых к осмотру трупа на месте его обнаружения в г. Москве (2009-2011 гг.)
- Приложение 4** Результаты опроса судебно-медицинских экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы (46 человек), привлекаемых в качестве специалиста к осмотрам трупов на местах их обнаружения
- Приложение 5** Распределение видов исследования трупов, проводимых при наличии ранних трупных явлений (по материалам деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы, 2008-2012 гг.)
- Приложение 6** Распределение измерения температуры тела при наличии ранних трупных явлений (по данным осмотров, проводимых на территории г. Москвы, 2009-2012 гг.)
- Приложение 7** Проект приказа «Правила работы врача-специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа на месте его обнаружения»
- Приложение 8** Унифицированная регистрационная карта, предназначенная для применения специалистом (врачом) при осмотре трупа на месте его обнаружения

Приложение 1.

Население городов Российской Федерации (по данным Федеральной службы Государственной статистики Российской Федерации)

Место	Город	Население, чел. (официальные окончательные итоги переписи 2010 года)	Изменения в процентах к переписи 2002 года	Население городских округов, чел. (текущие данные на 1 января 2012 года)
1	Москва	11 503 501	113 %	11 613 000
2	Санкт-Петербург	4 879 566	104 %	4 953 000
3	Новосибирск	1 473 754	103 %	1 498 921
4	Екатеринбург	1 349 772	104 %	1 411 137 (в т.ч. собственно город 1 377 738)
5	Нижний Новгород	1 250 619	95 %	1 263 621
6	Самара	1 164 685	102 %	1 169 284
7	Казань	1 143 535	103 %	1 161 308
8	Омск	1 154 116	101 %	1 156 583
9	Челябинск	1 130 132	105 %	1 143 000
10	Ростов-на-Дону	1 089 261	102 %	1 096 448
11	Уфа	1 062 319	102 %	1 075 000
12	Волгоград	1 021 215	101 %	1 018 739
13	Пермь	991 162	99 %	1 000 679 (в т.ч. собственно город 1 000 672)
14	Красноярск	973 826	107%	998 000 (св. 1 000 000 в апреле 2012)

Приложение 2.

Данные по распределению трупов с ранними и поздними трупными явлениями и местам их обнаружений, обнаруженных в г. Москве

Всего	1000
Трупы с наличием ранних трупных явлений	815
Трупы с наличием поздних трупных явлений	185

Место обнаружения	Всего	С ранними трупными явлениями	С поздними трупными явлениями	Расчлененные трупы (фрагменты тел)
в квартире	635	491	144	0
в домовладении	0	0	0	0
в подвале/на чердаке	19	3	16	0
на улице	213	213	0	0
в заброшенном здании	0	0	0	0
иное (указать)	133 (лесополосы, строительные площадки, коллекторы теплотрасс и пр.)	108	25	0

Приложение 3.**Распределение по годам специальности специалистов, привлекаемых к осмотру трупа на месте его обнаружения в г. Москве (2009-2011 гг.)**

	2009	2010	2011
Общее число осмотров трупов	4820	6017	5215
Проведено с привлечением врача – судебно-медицинского эксперта	4820	6017	5215
Проведено с привлечением врача иной специальности	0	0	0

Приложение 4.**Результаты опроса судебно-медицинских экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы (46 человек), привлекаемых в качестве специалиста к осмотрам трупов на местах их обнаружения***1. Участвуя в осмотре трупа, Вы:*

можете игнорировать решение следователя проводить осмотр трупа в рамках осмотра места происшествия и будете настаивать на отдельном осмотре трупа - 10 %;

точно следуете указаниям следователя – 90 %.

2. В ходе осмотра трупа на месте его обнаружения, Вы:

фактически сами проводите осмотр, а следователь только записывает с Ваших слов - 97 %;

проводится под жестким руководством следователя – 3 %.

3. Вы считаете правильным, что специалист должен «задиктовывать» следователю свои наблюдения:

да – 83 %;

нет – 17 %.

4. Специалист сам проводит осмотр и «задиктовывает» его результаты следователю, потому что:

«так положено с точки зрения закона» - 43 %;

«так принято» - 98 %;

«так положено с точки зрения методики осмотра трупа» - 37 %;

«так удобнее следователю» - 97 %.

5. При назначении судебно-медицинской экспертизы трупа вместе с трупом поступает:

Протокол осмотра трупа (без протокола осмотра места происшествия) – 28 %;

Протокол осмотра трупа и протокол осмотра места происшествия – 18 %;

Протокол осмотра места происшествия, где содержится и описание трупа – 54 %.

Приложение 5.

Распределение видов исследования трупов, проводимых при наличии ранних трупных явлений (по материалам деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы, 2008-2012 гг.)

Общее число исследованных трупов с ранними трупными явлениями	1000
Степень охлаждения на открытых и закрытых одеждой участках тела (на ощупь)	711
Температура тела (электротермометром с указанием, в каком участке тела измерена)	0
Наличие и расположение трупных пятен, изменение их цвета при надавливании и быстрота восстановления первоначальной окраски (в секундах)	793
Степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц	764
Реакция поперечнополосатых мышц на механическое воздействие	720
Электровозбудимость поперечнополосатых мышц	0
Характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза раствора пилокарпина и атропина	0
Иное	0

Приложение 6.

**Распределение измерения температуры тела при наличии ранних
трупных явлений
(по данным осмотров, проводимых на территории г. Москвы,
2009-2012 гг.)**

Место измерения температуры Тип измерительного прибора	В печени	В прямой кишке	В подмышечных впадинах	В иной части тела
Проведено ртутным термометром	0	815	0	0
Проведено электротермометром	0	0	0	0
Проведено иным измерительным прибором	0	0	0	0

Приложение 7.**ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ОСМОТРЕ ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ****1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения производит следователь с участием врача-специалиста в области судебной медицины, а при невозможности его участия – иного врача, выступающего в качестве специалиста, при участии и в присутствии иных лиц, предусмотренных УПК РФ.

Если предполагается, что труп ранее находился в ином месте, врач-специалист может привлекаться для участия в осмотре и этого места.

Врач-специалист в области судебной медицины может приглашаться для повторного или дополнительного осмотра места обнаружения трупа (происшествия).

В исключительных случаях, когда на месте обнаружения трупа нет условий для его осмотра, труп по возможности осматривают на месте, а затем направляют в морг, где производят детальный осмотр. Осмотр в морге проводится следователем как самостоятельное следственное действие по правилам следственного осмотра с привлечением специалиста в области судебной медицины и с составлением соответствующего протокола.

1.2. Штатный врач – судебно-медицинский эксперт, принимавший участие как специалист в осмотре трупа на месте его обнаружения, вправе участвовать далее в качестве судебно-медицинского эксперта по делу. Для повышения качества экспертных исследований именно ему целесообразно поручать и производство судебно-медицинской экспертизы этого трупа.

1.3. Прибытие врача-специалиста в области судебной медицины на место обнаружения трупа организуется совместно со следственно-оперативной группой, членом которой он является. В иных случаях его доставку и возвращение обеспечивают органы, организующие и проводящие осмотр места происшествия; на них же возлагается обеспечение условий для работы специалиста (освещение, охрана порядка и др.).

1.4. При работе на месте обнаружения трупа врач-специалист в области судебной медицины использует специальные технические средства. Запрещено проводить исследования, изменяющие состояние трупа. В исключительных случаях в раннем посмертном периоде, когда поза трупа после наступления смерти не менялась и точное установление времени наступления смерти является принципиальным для раскрытия преступления, возможно по согласованию со следователем использование медицинской технологии «Диагностика наступления смерти термометрическим способом в раннем посмертном периоде» с детальным занесением всех действий в протокол осмотра.

1.5. На месте обнаружения трупа врач-специалист в области судебной медицины:

- выявляет признаки, позволяющие судить о времени наступления смерти, характере и механизме возникновения повреждений, и другие данные, имеющие значение для следственных действий;

- консультирует следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром трупа на месте его обнаружения и последующим проведением судебно-медицинской экспертизы;

- обращает внимание следователя на все особенности, имеющие отношение к осмотру трупа; оказывает следователю помощь в обнаружении и изъятии следов, биологического происхождения, а также предметов, орудий и других объектов, имеющих отношение к повреждениям или особенностям, обнаруживаемым на трупе;

- дает пояснение по поводу выполняемых им действий.

1.6. По прибытии на место врач-специалист в области судебной медицины, прежде всего, должен убедиться, имеются ли у пострадавшего признаки жизни. При отсутствии достоверных признаков смерти врач-специалист в области судебной медицины через следователя обязан вызвать скорую медицинскую помощь, а до ее приезда лично принять меры по восстановлению основных жизненных функций организма (искусственное дыхание и др.). Если меры успеха не имели, в протоколе осмотра надо указать, какие именно меры были предприняты для оживления, время их начала и окончания.

1.7. Результаты осмотра места происшествия и трупа, а также время начала и окончания осмотра трупа фиксируются в протоколе осмотра места происшествия, составляемом следователем. Формулирование записей относящихся к описанию трупа, следов, похожих на кровь, и т. п., по поручению следователя может производить врач-специалист в области судебной медицины, который имеет право делать замечания и дополнения, подлежащие внесению в протокол. Протокол после прочтения подписывают участники осмотра места происшествия, в том числе и врач-специалист в области судебной медицины.

2. ОСМОТР ТРУПА

2.1. Врач-специалист в области судебной медицины при осмотре трупа на месте его обнаружения обязан установить и сообщить следователю для занесения в протокол:

2.1.1. антропологические и особые признаки трупа, его позу, положение конечностей, различных следов, предметов, находящихся на трупе, около него и под ним, состояние поверхности, на которой находится труп;

2.1.2. положение одежды на трупе и ее состояние, наличие следов, похожих на кровь и выделения;

Примечание: При осмотре одежду с трупа не снимают, только расстегивают и приподнимают, о чем делают соответствующую запись в протоколе.

2.1.3. состояние зрачков, роговиц, слизистых оболочек глаз, состояние естественных отверстий (наличие инородных предметов, выделений и пр.);

2.1.4. особые приметы (физические недостатки, рубцы, татуировки и пр.);

2.1.5. наличие ранних трупных явлений;

2.1.6. наличие поздних трупных явлений (гниение, жировоск, мумификация и др.), степень их выраженности и анатомическая локализация;

2.1.7. наличие повреждений на кистях рук и других особенностях (зажатые волосы и другие предметы);

2.1.8. цвет и состояние кожных покровов;

2.1.9. наличие на трупе повреждений и их особенности;

Примечания: 1. Запрещается зондирование и другие действия, изменяющие первоначальный вид или свойства повреждений; обмывание водой или удаление другими способами высохшей крови с повреждений и окружающей кожи (во избежание возможной утери вещественных доказательств – находящихся в области повреждений кусочков дерева, металлов, стекла, краски, пороховых зерен, копоти выстрела и др.); извлечение орудий и предметов, фиксированных в повреждениях (их надлежит оставлять в таком положении, обеспечивая сохранность при транспортировке трупов в морг).

2. Обнаруженные в области повреждений свободно лежащие инородные тела надлежит демонстрировать следователю с целью немедленного их изъятия для направления на исследование.

2.1.10. наличие на трупе и около него следов биологического происхождения (похожих на кровь, выделений и др.), их описание и указание месторасположения;

2.1.11. наличие запаха изо рта (алкоголя и др.) при надавливании на грудную клетку;

2.1.12. наличие признаков возможного самостоятельного передвижения пострадавшего после получения травмы или перемещения (изменения положения) трупа;

2.1.13. наличие насекомых на трупе и одежде, их характер, места наибольшего скопления. В случаях, когда это имеет значение для установления давности смерти, – изъять (в пробирки, склянки) насекомых, куколки, личинки для направления их следователем на энтомологическое исследование.

2.2. Исследование ранних трупных явлений.

2.2.1. Проводится с указанием времени их исследования в следующем порядке:

степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела (на ощупь);

температура тела (термометром, с указанием, в каком участке тела измерена), температуры в прямой кишке и температуры окружающего воздуха;

наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстрота восстановления первоначальной окраски (в секундах);

степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц;

реакции поперечнополосатых мышц на механическое воздействие; электровозбудимость поперечнополосатых мышц;

характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина.

2.2.2. В случаях, когда есть основания полагать, что поза мертвого тела не изменялась с момента наступления смерти, для достижения максимальной точности расчетного определения давности смерти с помощью термоизмерительных приборов предлагается следующий рабочий алгоритм:

1. Проводится исследование трупных явлений, причем изменение позы мертвого тела, положения его конечностей и состояния одежды следует осуществлять, только после проведения его термометрии. Его производят в следующем порядке: на ощупь определяют степень охлаждения открытых и закрытых одеждой участков тела; оценивают степень пересыхания слизистых оболочек и степень выраженности трупного окоченения в различных группах мышц; проверяют реакцию поперечнополосатых мышц на механическое воздействие.

2. Проводят термометрию мертвого тела в прямой кишке трупа, печени и(или) глубоких отделах головного мозга. Температура измеряется электротермометром с разрешающей способностью $0,001^{\circ}\text{C}$ в прямой кишке трупа, печени или глубоких отделах головного мозга не менее чем четырехкратно через равные промежутки времени в 10 или 15 минут. Параллельно измерению температуры трупа производится регистрация температуры окружающего воздуха.

Термометрия проводится следующим образом:

– краниоэнцефальная термометрия: острый игольчатый датчик термометра вводится через верхний носовой ход трупа под углом $15-20^{\circ}$ к сагиттальной плоскости, с проколом решетчатой кости поступательно-вращательным движением под углом около 45° к горизонтальной линии. После «проваливания» датчика, вследствие прокола решетчатой кости, он вводится под контролем температуры тела в зону с самыми высокими ее значениями, где и оставляется на время создания диагностической выборки процесса;

– термометрия печени: острый игольчатый датчик термометра вводится через прокол кожи в проекции угла между мечевидным отростком грудины и правой реберной дугой в направлении спереди назад, несколько снизу

вверх и справа налево (под углом примерно 75° к фронтальной плоскости). Под контролем температуры тела (показаний термометра) он вводится в зону с самыми высокими ее значениями, где и оставляется на время создания диагностической выборки процесса;

– термометрия прямой кишки: датчик термометра вводится в прямую кишку трупа на глубину 10-12 см.

Во всех случаях, после введения температурного зонда в диагностическую зону, термошуп оставляется в ней на срок не менее 3-х минут, по истечении которого осуществляются замеры температуры трупа.

3. После замеров температуры определяют наличие, расположение, цвет трупных пятен, изменение их цвета при дозированном давлении и быстроту восстановления первоначальной окраски (в секундах); оценивают характер зрачковой реакции на введение в переднюю камеру глаза растворов пилокарпина и атропина; проверяют электровозбудимость поперечнополосатых мышц.

При выборе диагностической зоны специалист должен руководствоваться следующими критериями:

а) Диагностическая зона должна быть доступна без переворачивания мертвого тела или существенного изменения его позы;

б) Целостность диагностической зоны не должна быть нарушена (например, нельзя проводить краниоэнцефальную термометрию при открытых черепно-мозговых травмах, а ректальную или термометрию печени при открытых повреждениях брюшной полости, а так же повреждениях, сопровождающихся скоплением крови в соответствующей полости тела);

в) Давность смерти, установленная на основе исследования других трупных явлений (трупные пятна, мышечное окоченение, суправитальные реакции) для краниоэнцефальной термометрии должна находиться в интервале 2-15 часов, а для термометрии печени и прямой кишки – в интервале 4-20 часов.

Если до момента термометрического исследования труп переворачивался, при выборе диагностической зоны следует отдать предпочтение измерению температуры в прямой кишке, либо, при использовании краниоэнцефальной термометрии или исследования печени, принять во внимание отклонение расчетной давности смерти от реальных значений в сторону увеличения на срок от 2-х до 4-х часов.

2.3. На основании данных наружного осмотра трупа и места его обнаружения врач-специалист в области судебной медицины в рамках консультации может ответить следователю и оперативному сотруднику на следующие вопросы:

2.3.1. Какова приблизительно давность наступления смерти?

2.3.2. Есть ли признаки изменения положения трупа после наступления смерти?

2.3.3. Имеются ли на трупе наружные повреждения, каким предположительно орудием (оружием) они нанесены?

2.3.4. Является ли место обнаружения трупа местом, где были нанесены повреждения, выявленные при осмотре трупа?

2.3.5. Имеются ли на трупе или на месте его обнаружения следы, похожие на кровь, выделения, или иные следы?

2.3.6. Какова возможная причина смерти?

При необходимости врачом-специалистом в области судебной медицины могут быть даны ответы и на другие вопросы, не выходящие за пределы его компетенции и не требующие исследований, в частности направленные на формулирование вопросов, которые необходимо поставить на разрешение судебно-медицинской экспертизы трупа.

Примечание: Высказывания врача-специалиста в области судебной медицины, основанные только на данных наружного осмотра трупа, являются предварительным мнением, данным в порядке консультирования, и не должны рассматриваться как экспертное заключение (последнее дается после полной судебно-медицинской экспертизы трупа).

3. ОСОБЕННОСТИ ОСМОТРА ТРУПОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СМЕРТИ

Обеспечение безопасности специалиста в ходе осмотра (ограничение движения автомобильного транспорта, осмотр зданий на предмет обрушения и т.п.) возлагается на следователя. При отравлении газообразными веществами недопустим вход в помещение, в котором могло произойти отравление газообразными веществами, до прибытия специалистов из СЭС и заключения о безопасности нахождения в данном помещении.

При необходимости фотографирования повреждений целесообразно привлекать специалиста в области фотофиксации.

Осматривая труп при подозрении на некоторые виды смерти, врач-специалист в области судебной медицины обязан обратить внимание следователя на следующие особенности:

3.1. При повреждениях тупыми и острыми предметами – характер повреждений, анатомическую локализацию, форму, края, размеры, другие особенности, соответствие повреждениям на одежде; при однородных повреждениях – количество, взаимное расположение; наличие следов, похожих на кровь, на трупе, его одежде, предметах окружающей обстановки, предполагаемых орудиях травмы. В усложненных условиях осмотра размеры указываются приблизительно, о чем делается отметка в протоколе осмотра.

3.2. При автототракторной травме – позу трупа, взаиморасположение его с транспортным средством или следами последнего, а также расстояние между ними; состояние одежды (механические и другие повреждения, загрязнения машинным маслом, уличной грязью, краской, следы волочения или протекторов, гусениц и других частей транспортного средства) и подошвенных поверхностей обуви

(следы скольжения); характер повреждений на трупе, их локализацию и высоту расположения от подошвенной поверхности; места ненормальной подвижности костей, наличие крепитации, деформации отдельных частей тела, укорочение конечностей и др.; наличие на транспортном средстве следов крови, волос, кусочков тканей и органов, лоскутов одежды, отпечатков рисунка тканей одежды и др. и их высоту от дорожного покрытия.

3.3. При железнодорожной травме – позу, расположение трупа или его расчлененных частей по отношению к рельсам, насыпи и др.; характер повреждений на трупе и его одежде (полосы давления, следы волочения и др.), загрязнения (мазутом, угольной пылью, шлаком и др.), признаки прижизненности повреждений (выраженность кровоизлияний в области повреждений, признаки кровотечения на одежде и местности и т. д.).

3.4. При авиационной травме – расположение трупов или их частей по отношению к самолету или его отдельным частям; состояние одежды, посторонние запахи; принадлежность частей каждому трупу (к частям прикрепляют бирки с порядковыми номерами или, если известно, фамилией погибшего); характер и особенности повреждений у членов экипажа (возможные признаки огнестрельных повреждений, отравления окисью углерода и др.); отпечатки частей управления на обуви, перчатках и др. для последующего установления механизма возникновения повреждений и позы в момент катастрофы. Необходимо проконсультировать следователя на предмет возможности и необходимости проведения идентификационных мероприятий.

3.5. При падении с высоты – позу трупа и его местонахождение относительно объекта, с которого предполагается падение; наличие крови, ее количество; особенности поверхности, на которой лежит труп, и предметов, находящихся под ним и около него; состояние одежды (загрязнения, повреждения, следы скольжения); повреждения на трупе.

3.6. При огнестрельных повреждениях – повреждения на одежде, наличие между ее слоями или в складках пуль, дроби, пыжей (при обнаружении изъять для специального исследования); количество повреждений и месторасположение их (с указанием расстояния от подошвенной поверхности), форму, размеры, края, присутствие пороховой копоти и несгоревших пороховых зерен и занимаемую ими площадь, наличие отпечатков дульного среза оружия и разрывов тканей в области входного отверстия; наличие обуви на ногах; характер ранения (сквозное, слепое) и его особенности; следы, подозрительные на кровь, на теле, одежде трупа, окружающих предметах, их расположение и особенности. При необходимости изъятия и описания пуль гильз и боеприпасов целесообразно привлекать специалиста в области баллистики.

3.7. При задушении от механических причин – наличие одутловатости лица, кровоизлияний в соединительные оболочки глаз; синюшность кожных покровов; следы кала, мочи, спермы на теле и одежде.

3.7.1. При сдавлении шеи петлей – 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 и имеющиеся на них следы (например, обуви); петлю (материал, тип, количество витков, расположение на шее, соответствие странгуляционной борозде, характер вязки узлов); состояние одежды, кожных покровов лица и шеи, расположение трупных пятен и соответствие локализации их позы трупа, характер и особенности странгуляционной борозды.

Примечания: 1. Петлю 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.

2. При слабо выраженной странгуляционной борозде (которая к моменту вскрытия может почти исчезнуть) необходимо сфотографировать ее.

3.7.2. При сдавлении органов шеи руками, при подозрении на смерть от закрытия отверстий рта и носа руками или другими предметами – повреждения на коже шеи, лица, вокруг отверстий носа и рта, состояние слизистой губ, полости рта (ссадины, кровоподтеки, инородные предметы, следы зубов); наличие повреждений в других областях тела, особенно на руках.

3.7.3. При сдавлении грудной клетки и живота – 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 др.

3.8. При утоплении в воде – наличие предметов, удерживающих тело на поверхности воды (спасательный пояс и др.) или, наоборот, способствовавших погружению (камни, привязанные к телу или находящиеся в карманах одежды, и др.), наличие и состояние одежды, присутствие посторонних частиц (ил, песок, водоросли и др.); наличие и локализацию механических повреждений и их характер, участков мацерации кожи; присутствие стойкой пены у отверстий носа и рта. Необходима фиксация температуры воды в водоеме.

Примечания: 1. Врачу-специалисту в области судебной медицины следует рекомендовать следователю для исследования на планктон брать пробы воды из водоема в количестве 1 литра каждая на 3-х уровнях в месте утопление; если же оно неизвестно, то на месте обнаружения трупа.

2. В жаркое время года, при невозможности быстрой транспортировки трупа в морг после осмотра, для лучшей сохранности его целесообразно оставить погруженным в воду.

3.9. При отравлениях – следы воздействия яда на коже и одежде (ожоги, рвотные массы на трупе и возле него); остатки химических веществ

(порошки, таблетки, жидкости и пустые склянки, ампулы, конволюты из-под лекарств), наличие шприца и иглы и т. д.; цвет кожных покровов трупа и видимых слизистых, запах изо рта, наличие следов от инъекций.

Примечания: 1. Врач-специалист в области судебной медицины оказывает помощь следователю в изъятии для лабораторного исследования рвотных масс, остатков пищи, лекарств, тары из-под лекарств и пр.

2. При отравлении газообразными веществами врач-специалист в области судебной медицины до осмотра места происшествия должен поставить в известность следователя о необходимости вызова специалиста-химика для забора проб воздуха. Осмотр проводить после забора проб воздуха для исследования и последующего проветривания помещения.

3.10. При действии низкой температуры – позу трупа, состояние поверхности, на которой находится труп; состояние одежды (соответствие времени года, отсутствие, ветхость, влажность и др.); окраску трупных пятен, наличие инея или кусочков льда в области глаз и отверстий рта и носа, «гусиную кожу» и наличие отморожений различной степени, их локализацию, размеры и другие особенности. При осмотре замерзшего трупа соблюдать осторожность с целью предупреждения повреждений хрупких замерзших частей тела (пальцев, ушных раковин и т. д.)

3.11. При действии высокой температуры – состояние одежды, наличие запаха (бензин, керосин и др.), опаления или обгорания, следов, похожих на кровь, повреждений, не связанных с действием пламени; локализацию, распространенность и степень ожогов на трупе; наличие ожогов и копоты в полости рта, копоты на вершинах складок кожи, у наружных углов глаз, на лбу и т. д.

При подозрении на сожжение трупа в отопительном очаге врач-специалист в области судебной медицины оказывает помощь следователю в изъятии из разных мест топки и поддувала не менее 4-х отдельных проб золы весом примерно по 50 г, а после осмотра и отбора отдельных находок – в изъятии всей остальной золы для исследования.

3.12. При поражении электричеством:

3.12.1. атмосферным (молнией) – наличие повреждений на одежде и теле: обгорание одежды, ожоги или опаление волос, «**фигуры молнии**» на коже, а также оплавление металлических предметов.

Примечание: При наличии «фигур молнии» рекомендуется сфотографировать их, так как они довольно быстро могут исчезать.

3.12.2. техническим – если пострадавшему оказывалась помощь и тело перемещалось – характер помощи и состояние первоначального места обнаружения; возможные контакты тела с источниками или проводниками тока (кусочки эпидермиса, волосы на них); условия, способствовавшие поражению электротоком: заземленные металлические конструкции, увлажненность почвы (пола), повышенная влажность в помещении и др.; особенности одежды, благоприятствующие проведению тока (влажность,

гвозди на подошвах обуви); наличие повреждений от теплового и механического действия тока (опадение, обгорание, разрывы тканей, оплавление гвоздей и др.); признаки действия тока: электрометки (чаще располагаются в области кистей и стоп), электрическая металлизация в участках кожи, прилегающих к металлическим предметам (браслету часов и др.), их локализация, количество и общий вид.

Примечание. При поражении техническим электричеством перед началом осмотра убедиться в том, что труп и окружающие его предметы не находятся под действием электротока. Целесообразно привлечь к осмотру специалиста-электротехника.

3.13. При криминальном аборте – наличие спринцовок, кружек, тазов, 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); необходимость осмотра мест, где могут находиться выброшенные или спрятанные плацента, плод и его части.

3.14. При осмотре трупов новорожденных или их частей – наличие упаковки и ее характер, механических повреждений на трупе, признаков ухода за младенцем (перевязка пуповины, повязка и др.), сыровидной смазки, родовой опухоли; состояние пуповины, естественных отверстий (для выявления инородных тел); наличие детского места и повреждений на нем.

3.15. При осмотре трупа неизвестного человека – одежду (детально); пол, приблизительный возраст, особые приметы (дефекты развития, последствия травм и заболеваний, рубцы, татуировки и пр.), повреждения и их характер и т. д.; целесообразность описания трупа методом словесного портрета, фотографирования и дактилоскопирования его.

3.16. При обнаружении частей расчлененного трупа – наличие и характер упаковки, предметов или частей одежды, особые приметы (см. пункт 3.15.), загрязнение посторонними веществами, локализация, характер поверхности, краев, и другие особенности мест расчленения; форма, размеры и особенности иных повреждений и др.; целесообразность фотографирования, а при наличии соответствующих объектов – описания методом словесного портрета и дактилоскопирования.

3.17. При скоропостижной смерти – отсутствие или наличие повреждений, их характер; необходимость выяснения предшествующих смерти обстоятельств, получения медицинской документации о покойном.

3.18. При возникновении обоснованного подозрения на смерть от особо опасной инфекции (чума, оспа, холера и др.) врач-специалист в области судебной медицины обязан немедленно сообщить об этом следователю и совместно с ним принять меры к извещению руководителей ближайших органов здравоохранения и санэпидстанции. Все участники осмотра места происшествия обязаны оставаться на месте до прибытия специальной

противоэпидемической бригады, которая дает соответствующие указания в зависимости от конкретной обстановки. Эвакуация трупа осуществляется санитарно-эпидемиологической службой на специальном транспорте.

4. ВЫЯВЛЕНИЕ И ИЗЪЯТИЕ СЛЕДОВ И ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ИССЛЕДОВАНИЮ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

При выявлении следов, которые могли образоваться от крови, спермы, других выделений человеческого организма, поисках волос врачу-специалисту в области судебной медицины следует обратить внимание следователя на следующие особенности:

4.1. При отыскании следов, которые могли образоваться от крови:

– на возможность сохранения следов крови в «скрытых местах» (подногтевых пространствах на пальцах рук трупа, на краях карманов и рукавов одежды, в швах и под подкладкой; в щелях пола, под плинтусами, в углублениях и местах соединений деталей мебели, ручек дверей, водопроводных кранов, орудий преступления, транспортных средств и т. д.);

– на возможность изменения цвета пятен крови, если они расположены на темном, пестром фоне или заматы (черноватый, зеленоватый, розоватый, желтоватый цвет) и т. д.;

– на возможный механизм образования следов крови.

Примечания: 1. Если не видны при осмотре в ярком солнечном или электрическом свете, но предполагается их присутствие, – следует применить визуальный осмотр в косонападающем свете или осмотр с помощью лупы, а также при возможности, использовать для указанной цели источник ультрафиолетовых лучей. Рекомендуется применять средства типа «Гемофан», дающие специфическую реакцию с гемоглобином крови.

2. Прибегать, даже очень осторожно, к реакциям с перекисью водорода, бензидином или люминолом только в исключительных случаях и при наличии большого количества исследуемого материала, приняв меры к изоляции его от основной части. Результаты этой проверки подлежат отражению в протоколе осмотра.

4.2. При отыскании следов, которые могли образоваться от спермы:

– на характерные извилистые очертания, жестковатость, беловатый, желтоватый или сероватый цвет пятен на текстильных тканях; беловато-сероватые, желтоватые крупинки, подсохшие на ворсистых тканях или такого же цвета корочки на невсасывающих поверхностях.

Примечания: 1. При ощупывании пятен остерегаться внести загрязнение, которое может помешать лабораторному исследованию!

2. При осмотре следов, подозрительных на сперму, целесообразно применить источник ультрафиолетовых лучей.

4.3. При отыскании следов, которые могли образоваться от других выделений человека (слюны, мочи и др.):

– на то, что их обнаружению может способствовать осмотр в ультрафиолетовых лучах.

4.4. При поисках волос, присутствие которых, в зависимости от характера случая, предполагается на орудиях преступления, одежде или теле человека, транспортном средстве:

– на необходимость осмотра с лупой, при ярком свете; осторожного обращения с волосами во избежание их повреждения или утери.

4.5. При обнаружении на месте происшествия предположительно оставленных преступниками окурков, расчесок, одежды, головных уборов, обуви врач-специалист в области судебной медицины рекомендует следователю направить их в судебно-медицинскую лабораторию с целью исследования слюны, жиропота, пота, что может позволить установить группу крови владельца.

4.6. При обнаружении кусочков тканей тела:

– на необходимость (в зависимости от величины, условий осмотра и цели предстоящего исследования) либо высушить их при комнатной температуре, либо залить раствором формалина, поместив в склянку с притертой или завинчивающейся пробкой.

4.7. При оказании помощи следователю в изъятии и закреплении вещественных доказательств для последующего исследования их в судебно-медицинской лаборатории врачу-специалисту в области судебной медицины следует руководствоваться следующим:

– одежду и иные небольшие вещественные доказательства изымать целиком;

– из громоздких предметов делать выемку участка с подозрительными следами так, чтобы эти следы не занимали всю взятую площадь;

– при невозможности изъятия всего вещественного доказательства или его части, подозрительное пятно соскабливать или стирать куском марли, увлажненной физиологическим раствором; марлю затем высушивать при комнатной температуре;

– следы крови на снегу изымать с наименьшим количеством снега, помещенного на сложенную в несколько слоев марлю; после растаивания снега марлю высушивать при комнатной температуре;

– помещать в отдельный пакет для контрольного исследования образец предмета-носителя, взятого вблизи от подозрительного участка, если производится соскоб; чистый кусок марли, которая использовалась для смыва следа или высушивания снега с кровью и т.д.;

– влажные вещественные доказательства или невысохшие следы высушивать при комнатной температуре.

4.8. Консультировать следователя на предмет возможности проведения ДНК-исследований, исходя из полученных биологических образцов.

труп холодный во всех областях <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> труп частично или полностью промерзший	
Ударно-мышечная проба (при предполагаемой ДНС до 12 часов)			
<i>При кистевом ударе металлическим предметом по передней поверхности:</i> правого; левого; плеча; бедра; (нужное подчеркнуть)			
<i>ощущается</i> мышечная реакция; нет мышечной реакции; ; (нужное подчеркнуть)			
<i>идиомускулярная опухоль:</i> появляется отсутствует, вмятина в месте удара; (нужное подчеркнуть)			
высота мышечного валика _____ см, появляется тотчас, через ___сек., сохраняется в течение _____сек./мин. (нужное вписать и подчеркнуть)			
Ректальная температура (при предполагаемой ДНС не более 48 часов)			
Ректальная температура начас.....мин.....град С Ректальная температура начас.....мин.....град С Ректальная температура начас.....мин.....град С			
Температура в прямой кишке трупа, измерена _____ (указать вид термометра)			
с ценой деления _____ на глубине _____ см			
Внутрипеченочная температура (при предполагаемой ДНС не более 48 часов)			
Внутрипеченочная температура начас.....мин.....град С Внутрипеченочная температура начас.....мин.....град С Внутрипеченочная температура начас.....мин.....град С			
Температура в печени трупа, измерена _____ (указать вид термометра)			
с ценой деления _____ на глубине _____ см			
Трупные пятна (при предполагаемой ДНС не более 72 часов)			
<ul style="list-style-type: none"> • локализация – на задней; передней; левой (правой) боковой поверхности (головы; лица; туловища; верхних (нижних) конечностях) (нужное подчеркнуть); • вид – островчатые, сливные, интенсивные, слабоинтенсивные, отсутствуют (нужное подчеркнуть). • окраска – алая; розовая; фиолетовая; светло-фиолетовая; (нужное подчеркнуть); • _____ (вписать другие виды окрасок); • стадия трупных пятен – 			
При дозированном надавливании пальцем, динамометром с силой 2 кг\кв. см в течение 3-секунд пятна:			
<input type="checkbox"/>	исчезают и восстанавливаются черезминуты.....секунд;		
<input type="checkbox"/>	бледнеют и восстанавливаются черезминуты.....секунд;		
<input type="checkbox"/>	не изменяют интенсивности окраски		
Трупное окоченение (при предполагаемой ДНС не более 5 суток)			
<i>проставить цифру соответствующую степени выраженности напротив нужной локализации</i>			
степень выраженности окоченения		локализация трупного окоченения	
отсутствует;	0	<input type="checkbox"/>	жевательные мышцы
слабо выражено;	1	<input type="checkbox"/>	мышцы шеи
умеренно выражено;	2	<input type="checkbox"/>	мышцы верхних конечностей
резко выражено;	3	<input type="checkbox"/>	мышцы туловища
		<input type="checkbox"/>	мышцы нижних конечностей
окоченение механически разрушено в момент осмотра трупа (да, нет) (нужное подчеркнуть);			
Поздние трупные явления (при предполагаемой ДНС свыше 72 часов)			
<i>проставить цифру соответствующую степени выраженности напротив нужной локализации</i>			
трансформирующие поздние трупные явления		локализация поздних трупных явлений	
<i>гнилостные изменения</i>			
зеленое окрашивание кожи	1	<input type="checkbox"/>	лицо, шея
гнилостная сосудистая сеть	2	<input type="checkbox"/>	паховая область
отслоение надкожицы	3	<input type="checkbox"/>	область живота

гнилостная эмфизема	4
отторжение волос	5
<i>Скелетирование</i>	
Частичное	6
Полное	7
<i>консервирующие поздние трупные явления</i>	
Мумификация	8
Жировоск	9
торфяное дубление	10

Туловище
верхние конечности
нижние конечности

Наличие: яиц; личинок; куколок мух; прочих насекомых; их размеры:

(нужное подчеркнуть, недостающее вписать).

V Время фиксации трупных явлений

Трупные явления зафиксированы на “ ” часов “ ” минут

VI Предварительное суждение врача специалиста о давности наступления смерти на основании зарегистрированных им трупных явлений
