

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ
ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ**

Ташкент - 2025

“СОГЛАСОВАНО”

**Директор Республиканского научно-
практического центра судебно-
медицинской экспертизы**

Ш.И.Рузиев

“ ” “ май ” 2025 год.

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ
ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ**

Ташкент – 2025

СОДЕРЖАНИЕ:

	2
Вводная часть	6
Раздел I. Клинические протоколы производства экспертиз и исследований трупа, живого лица, производства повторных, комиссионных и комплексных экспертиз.	8
1.1. Клинические протоколы производства экспертизы трупа	8
1.2. Клинические протоколы производства экспертизы живого лица	82
1.3. Клинические протоколы производства повторных, комиссионных и комплексных экспертиз	83
Раздел II. Клинические протоколы производства экспертиз и исследований в лабораторных подразделениях	88
2.1. Клинические протоколы производства судебно-биологических экспертиз и исследований	88
2.2. Клинические протоколы производства судебно-гистологических исследований	95
2.3. Клинические протоколы производства медико-криминалистических экспертиз и исследований	101
2.4. Клинические протоколы производства судебно-химических экспертиз и исследований	114

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ
ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ**

Ташкент – 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Настоящие клинические протоколы разработаны специалистами Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы (РНПЦСМЭ), специалистами Ташкентской медицинской академии и Ташкентского педиатрического медицинского института на основании Закона Республики Узбекистан «О судебной экспертизе», типового положения Кабинета Министров Республики Узбекистан О порядке проведения судебно-экспертных исследований, правил проведения судебно-медицинских экспертиз и обследований в учреждениях судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Группа авторов полностью поддерживает мнения международных экспертов и считает необходимым отметить, что клинические протоколы представляют собой наиболее правдивую и доступную опытным специалистам информацию на момент публикации.

Клинические протоколы производства судебно-медицинских экспертиз и исследований разработаны с целью обеспечения унификации судебно-медицинской экспертной деятельности, объективности заключений экспертиз, возможности аккредитации судебно-медицинских экспертных учреждений страны международными организациями стандартизации (ISO).

Требования, установленные в настоящих клинических протоколах, могут также применяться для контроля качества проводимых экспертиз.

Каждому клиническому протоколу присвоен код из буквы (обозначающий вид экспертизы) и цифры (порядковый номер):

- A – экспертиза трупа;
- B – экспертиза живого лица;
- C – повторные, комиссионные и комплексные экспертизы;
- D – судебно-биологические экспертизы и исследования;
- E – судебно-гистологические экспертизы и исследования;
- F – медико-криминалистические экспертизы и исследования;
- G – судебно-химические экспертизы и исследования.

Дата разработки и пересмотра национального клинического протокола

Ответственное учреждение по разработке национального клинического протокола: Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы (РНПЦСМЭ).

Члены рабочей группы и авторы:
Рузиев Шерзод Ибадуллаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор РНПЦСМЭ.
Искандаров Алишер Исканарович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права ТашПМИ.
Гиясов Зайнитдин Асамутдинович – доктор медицинских наук, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ТМА.
Индиаминов Сайит Индиаминович – доктор медицинских наук, профессор, ведущий Государственный судебно-медицинский эксперт РНПЦСМЭ.
Хван Олег Иннокентиевич – доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора РНПЦСМЭ по научной работе.
Умаров Амириддин Суванович – доктор философии (Phd), заместитель директора РНПЦСМЭ по экспертной работе.
Примухамедова Хилола Иноевна – заведующая судебно-химическим отделом РНПЦСМЭ.
Хамдамов Абдурахмон Махмудович – заведующий судебно-биологическим отделом РНПЦСМЭ.

Хашимова Жамила Хабибовна – заведующая судебно-гистологическим отделом РНПЦСМЭ.
Мардонов Толиб Манонович – заведующий медико-криминалистическим отделом Самаркандского филиала РНПЦСМЭ.
Бахтияров Бахадир Бахтиярович - заведующий медико-криминалистическим отделом РНПЦСМЭ.
Кушбаков Акбар Мавлидинович – ассистент кафедры судебной медицины и медицинского права СамГМУ.

Рецензент:

Дадабаев Владимир Кадырович – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения Тверского Государственного медицинского университета.

Обсуждение проекта национального клинического протокола:

Клинические протоколы рассмотрены и утверждены на Научном совете Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы 16 мая 2025 года.

Техническая оценка и редактирование национальных клинических протоколов и стандартов:

Хван Олег Иннокентиевич - доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора РНПЦСМЭ по научной работе.

Умаров Амириддин Суванович - доктор философии Phd по медицинским наукам, заместитель директора РНПЦСМЭ по экспертной работе,.

Экспертная оценка национальных клинических протоколов и стандартов от специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Выписка из протокола заседания координирующего совета при министерстве здравоохранения (_____, № _____).

Пользователи:

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы, филиалы центра с юридическим статусом, врачи-судебно-медицинские эксперты районных судебно-медицинских пунктов.

РАЗДЕЛ I

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ ТРУПА, ЖИВОГО ЛИЦА, ПОВТОРНЫХ, КОМИССИОННЫХ И КОМПЛЕКСНЫХ ЭКСПЕРТИЗ

1.1. Национальные клинические протоколы производства судебно-медицинской экспертизы трупа

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А - 1

Порядок судебно-медицинского исследования трупа

I. Наружное исследование трупа

1. Общие положения

Наружное исследование трупа включает в себя:

исследование одежды, обуви и иных предметов, доставленных с трупом и его частями;

общие сведения о трупе и его частях (антропометрическая и половая характеристика): пол, возраст (на вид), телосложение, питание; анатомические особенности и др.;

описание признаков внешности методом словесного портрета (в случае экспертизы трупа неизвестного лица);

исследование суправитальных реакций и трупных явлений;

наружное исследование частей тела;

наружное исследование повреждений и других особенностей;

фотографирование – общая и детальная (в одежде и после ее снятия, до и после мытья трупа и пр.), видеосъемка или зарисовка повреждений на контурных схемах частей тела человека;

изъятие мазков, выделений, наложений одежды и других объектов, необходимых для проведения дополнительных инструментальных и (или) лабораторных исследований.

2. Описание одежды (сначала верхняя, а затем нижняя):

перечисляют отдельные ее предметы, их состояние и положение на трупе в момент осмотра, отмечают предполагаемый вид материала (шелк, шерсть и др.), цвет, степень изношенности, сохранность петель, пуговиц и застежек; на одежде трупов неизвестных лиц отмечают также наличие характерного рисунка, меток, товарных знаков и других особенностей;

перечисляют и описывают содержимое карманов и другие предметы, доставленные с трупом;

при наличии на одежде, обуви и головном уборе повреждений и участков загрязнения указывают их точную локализацию (пользуясь стандартными наименованиями частей одежды и обуви), форму, размеры, расстояния от швов и других конкретных константных ориентиров (деталей) одежды (карманы, клапаны, края бортов и др.), направление, характер краев и концов и другие особенности;

выясняют взаиморасположение повреждений и участков загрязнения на одежде с повреждениями (следами) на трупе;

измеряют и фотографируют повреждения и загрязнения;

при обнаружении разрывов, разрезов, дефектов, следов скольжения и иных повреждений или характерных следов (отпечатки протектора, наложения смазки, частицы краски, копоти и др.) либо следов, похожих на кровь, рвотных масс, лекарственных, едких или иных химических веществ принимают меры к сохранению выявленных повреждений, загрязнений, пропитываний и наложений для последующего их исследования экспертами

других специальностей и предупреждению возникновения дополнительных повреждений, загрязнений или деформации этих следов, с этой целью одежду просушивают, упаковывают в установленном порядке и передают под расписку органу или лицу, назначившему экспертизу; перед снятием одежды проводят исследование трупного окоченения в разных группах мышц и трупного охлаждения.

3. Общие сведения о трупе:

пол, возраст (на вид), длина тела (в сантиметрах), телосложение, питание (хорошее, повышенное, удовлетворительное, пониженное, резко пониженное);
анатомические особенности (ампутации, деформации и др. пороки развития);
состояние кожных покровов (цвет - бледный, бледно-серый, смуглый и т.д.; его вид - упругость, морщинистость, мацерация, «гусиная кожа»; загрязнения кожи — помарки крови, следы рвотных масс, смазки (при транспортной травме), следы песка, земли и др.);
температура трупа на ощупь (теплый, тепловатый, холодный) в различных областях тела - открытых и прикрытых одеждой, на участках тела, соприкасающихся друг с другом (подмышечные впадины, внутренняя поверхность бедер).

4. Трупные явления и суправитальные реакции:

а) определяют на ощупь охлаждение тела трупа в прикрытых одеждой и обнаженных частях тела, измеряют температуру в прямой кишке, при наличии возможности - в ткани печени, не менее чем двукратно с часовым интервалом;

б) локальные участки *подсыхания кожи* в области прижизненных и посмертных механических повреждений (пергаментные пятна) и сдавления кожи; *подсыхание* переходной каймы губ, тонких слоев кожи (на концах пальцев, на мошонке, в складках кожи в местах опрелости и др.); *подсыхание роговицы и склеры* (пятна Ляйше); *признак Белоглазова* (изменение формы зрачка при надавливании на глазное яблоко); *суправитальные реакции*: зрачковая проба, механическое раздражение мышц плеча или бедра, раздражение скелетных мышц электричеством;

в) устанавливают по плотности и рельефу скелетных мышц (лица, шеи, верхних и нижних конечностей), объему движений в суставах наличие (отсутствие) трупного окоченения, его распространенность и степень выраженности;

г) отмечают наличие (отсутствие) трупных пятен, их локализацию по областям тела, распространенность, интенсивность (островковые, сливные, обильные, скудные), характер, цвет, наличие кровоизлияний в кожу на их фоне; троекратно надавливают пальцем или динамометром (при его наличии) с силой 2 кг/кв.см, и фиксируют время восстановления первоначальной окраски (в секундах, минутах);

д) описывают участки кожи, лишенные трупных пятен (наличие отпечатков одежды и каких-либо предметов); отмечают сохранение способности трупных пятен к перемещению при изменении положения тела трупа и степень отличия от первоначально возникших; при необходимости делают надрезы кожи для дифференциации трупных пятен и кровоизлияний;

е) поздние трупные явления (если они имеются): при гниении - отмечают гнилостный запах и увеличение размеров трупа ("гигантский труп"), степень выраженности трупной зелени, гнилостной венозной сети кожи, гнилостных пузырей, гнилостной эмфиземы, приводят их локализацию, цвет, размеры, форму, признаки выпадения прямой кишки, матки; при жировоске - наличие участков жировоска, их запах, локализацию, консистенцию, цвет и сохранность структуры тканей на его фоне; при мумификации - степень высыхания трупа, цвет кожи, плотность, уменьшение размеров и массы тела трупа; при торфяном дублении - цвет, плотность кожи, уменьшение размеров трупа; при обнаружении на трупе мух, их личинок, куколок - поместить их в пробирки и направить на лабораторное энтомологическое исследование; при обнаружении плесени - указать локализацию, цвет, высоту, размеры колоний и участков плесени на коже и одежде трупа, при необходимости также поместить в стерильную пробирку для определения времени развития.

5. Наружное исследование частей тела:

Голова - волосы, их длина, цвет; повреждения кожи и особенности волосистой части головы.

Лицо – одутловатость, цвет кожи, экхимозы; глаза – закрыты, открыты; цвет соединительных оболочек век, кровоизлияния в них; роговицы – прозрачные, мутные; зрачки - форма и диаметр (в сантиметрах); целостность костей лицевого скелета на ощупь; содержимое отверстий носа, отделяемое; рот – открыт (закрыт); наличие потеков пены у отверстия рта, вид и цвет переходной каймы губ и слизистой оболочки преддверия рта.

Состояние зубов – коронки, протезы (зубы описываются по принятой у стоматологов схеме). Положение языка относительно зубов. Вид и цвет слизистой оболочки губ и десен. Повреждения зубов, десен, вид лунок, наличие или отсутствие кровоизлияний;

Уши – состояние ушных раковин (цвет, повреждения), наружные слуховые проходы (загрязнения, выделения и т. д.).

Шея - длинная, короткая, имеются ли на ней повреждения (ссадины, кровоподтеки, раны, странгуляционная борозда и т. д.).

Форма грудной клетки (цилиндрическая, коническая, бочкообразная), симметричность ее строения, целость ребер на ощупь.

Молочные железы - величина, форма, консистенция; цвет и вид околососковых кружков; выделения из сосков - цвет, характер, количество.

Живот - форма (вздутый, ровный, втянутый), цвет кожи живота, грыжи белой линии, пупочные, паховые, их размеры, особенности.

Наружные половые органы – степень и тип оволосения, правильность развития наружных половых органов, повреждения. У трупов мужчин выделения спермы, мочи из отверстия мочеиспускательного канала, пергаментные пятна на коже мошонки; у трупов женщин – выделения из половой щели, цвет слизистой оболочки входа во влагалище, состояние девственной плевы, отверстия мочеиспускательного канала.

Задний проход – зияние, сомкнутость, кожа в его окружности (чистая или чем-то испачканная), выпадение слизистой оболочки, геморроидальные узлы (если имеются).

Спина - состояние кожного покрова, искривления позвоночника, целость костей на ощупь.

Верхние и нижние конечности – правильность развития, целость костей, форма пальцев рук, ногтевые ложа, изменения кожи кистей и стоп, мацерация, электрометки, пигментация кожи нижних конечностей на местах трофических язв, отеки, варикозные расширения вен и т. д.

6. Все обнаруженные при наружном исследовании повреждения и особенности указывают при последовательном описании различных областей трупа либо отдельно в конце раздела - "Наружное исследование";

7. Исследование наружных повреждений производят вначале невооруженным глазом, а при необходимости с помощью лупы, стереомикроскопа, операционного микроскопа:

для каждого повреждения в отдельности указывают его вид (кровоподтек, ссадина, рана), точную анатомическую локализацию, форму, размеры, направление по оси тела, цвет, характер краев и концов, особенности рельефа ссадин, наличие канала, признаки воспаления или заживления, наличие участков наложения и загрязнения, состояние окружающих тканей;

при наличии однотипных повреждений допускается их группировка при описании по отдельным анатомическим областям, с соблюдением указанных выше требований;

при определении локализации повреждения указывают соответствующую анатомическую область и расстояние от повреждения до срединной линии тела и макушки и/или подошвенной поверхности стоп, используя систему прямоугольных координат, а также при необходимости (транспортная травма, огнестрельные, колото-резаные

повреждения, повешение и др.) измеряют расстояние от нижнего уровня повреждения до подошвенной поверхности стоп; при повешении – длину тела с вытянутой рукой;

форму повреждения описывают применительно к форме геометрических фигур (треугольная, круглая, овальная и т.д.);

для обозначения цвета повреждений используют основные цвета и их оттенки (по шкале цветов);

размеры повреждений указывают (сантиметр), используя для измерения линейки из твердого материала (металла, пластмассы);

при исследовании участков наложений или загрязнений в области повреждений дополнительно отмечают предполагаемый характер вещества (кровь, копоть, смазочные масла, краска, песок и т.д.) и локализацию;

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

8. Для уточнения характера и особенностей повреждений или болезненных изменений костей скелета вначале производят их рентгенографию, затем рассекают мягкие ткани, исследуют кости и окружающие ткани на месте, в необходимых случаях поврежденную кость извлекают и очищают от мягких тканей; указывают точную локализацию перелома, направление его плоскости, морфологические особенности, характеризующие вид деформации и характер разрушения, наличие и особенности фрагментов костей.

9. В случае транспортной травмы или при подозрении на нее, при падении с различной высоты (в том числе из положения стоя и при ходьбе), а также в случаях причинения повреждений тупыми предметами, когда не исключается возможность возникновения кровоизлияний в глубоких мышцах, разрывов связок и мышц, повреждений костей, производят разрезы мягких тканей задней поверхности тела (от затылочного бугра до крестца по линии остистых отростков позвонков и далее через ягодицы по задней поверхности бедер и голеней) и их послойную препаровку для обнаружения (или исключения) указанных повреждений. В зависимости от особенностей конкретного случая исследование тканей задней поверхности тела можно производить после окончания внутреннего исследования трупа.

10. По окончании наружного исследования повреждений и особенностей отмечают расположение наружных повреждений на контурных изображениях частей тела человека, схематически зарисовывают форму повреждений и характерных следов на одежде, головном уборе и обуви.

Обязательно производится фотографирование повреждений на теле и одежде либо экспертом, либо лаборантом под его руководством, в целях получения снимков не только обзорного характера (общий вид тела с повреждениями), но и отдельных повреждений, с использованием масштабной линейки.

11. Описание повреждений должно заканчиваться фразой - «Каких-либо других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено, если повреждения отсутствуют – «Каких-либо повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено».

12. В соответствии с ранее намеченным и скорректированным в ходе наружного исследования рациональным комплексом лабораторных исследований при необходимости:

берут (делая запись о произведенных действиях) тот биологический материал и иные объекты, которые могут быть загрязнены или изменены при последующем вскрытии трупа (например, кожу для люминесцентного исследования следов смазочных веществ, краски и др., контактно-диффузионного или спектрографического исследования на ней наложений металлов и т.д.);

делают отпечатки секрета молочных желез, мазки содержимого полости рта, влагалища, прямой кишки, смывы кожи и частицы вещества из участков ее загрязнения, берут образцы волос.

II. Внутреннее исследование трупа.

13. Обязательно исследуются органы полостей – черепа, грудной клетки, живота и малого таза, а также, органы забрюшинного пространства. Позвоночник, спинной мозг и конечности исследуются в необходимых случаях (при подозрении на травму, наличие заболеваний). Последовательность вскрытия в каждом случае избирает эксперт. Обычно внутреннее исследование начинают со вскрытия грудной и брюшной полостей, а затем головы.

Разрезы мягких тканей производят, по возможности не затрагивая наружные повреждения, хирургические разрезы, свищи, дренажи, катетеры, канюли, выпускники и др., а также оставшиеся в ранах инородные предметы, при этом отмечают цвет мышц, наибольшую толщину подкожной жировой клетчатки, наличие (или отсутствие) травматических или патологических изменений.

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

отмечают правильность расположения органов, пороки их развития, степень заполнения легкими плевральных полостей, высоту стояния диафрагмы, наличие спаек в плевральных и брюшной полостях;

определяют состояние пристеночной плевры и брюшины, брыжейки, лимфатических узлов, области солнечного сплетения, вздутие или спадение желудка и петель кишечника, степень кровенаполнения верхней и нижней полых вен;

указывают наличие или отсутствие постороннего запаха от полостей и органов трупа, наличие посторонней жидкости в полостях;

при обнаружении забрюшинной гематомы определяют ее размеры и уровень расположения.

15. Для извлечения органов применяют метод отдельной или полной эвисцерации, возможно применение других методов.

Важно обеспечить хороший доступ к органам трупа, возможность их детального исследования и, при необходимости, сохранить топографические соотношения между ними и повреждениями.

16. Все органы измеряют и исследуют с поверхности и на разрезах:

отмечают их консистенцию, выраженность анатомической структуры, цвет, кровенаполнение, специфический запах, тщательно исследуют и описывают изменения и повреждения;

в полых органах определяют характер и объем содержимого;

взвешивают - головной мозг, сердце, легкие (раздельно), печень, селезенку, почки (раздельно), массу указывают в граммах;

взвешивание щитовидной, зубной и поджелудочной желез, надпочечников, гипофиза, эпифиза и иных органов производят при наличии в них признаков патологии.

17. При исследовании головы:

отмечают состояние внутренней поверхности мягких покровов (цвет, влажность, консистенция, кровенаполнение, отсутствие или наличие кровоизлияний, их локализация, форма и размеры, в том числе и толщина);

осматривают с поверхности и на разрезе височные мышцы;

измеряют толщину чешуи лобной, височных, теменных и затылочной костей на распилах, а также продольный и поперечный размеры черепа (при черепно-мозговой травме); исследуют повреждения костей свода черепа, отмечают состояние швов черепа;

описывают степень напряжения и цвет твердой мозговой оболочки, сращение ее с костями, кровенаполнение сосудов и пазух, прозрачность и кровенаполнение мягких мозговых оболочек, характер подпаутинного содержимого, особенно цистерн;

отмечают симметричность полушарий мозга, степень выраженности рельефа борозд и извилин, отсутствие или наличие полос от давления краем серповидного отростка, намета мозжечка, большого затылочного отверстия;

на поперечных или продольных (в зависимости от избранного экспертом метода) разрезах мозга отмечают выраженность общего рисунка строения мозговой ткани и ее анатомических структур, в особенности в стволовом отделе, а также степень ее влажности и кровенаполнения;

описывают содержимое желудочков, состояние эпендимы и сплетений, определяют, не расширены ли желудочки;

исследуют сосуды основания мозга, отмечая наличие анатомических аномалий, атеросклеротических изменений, аневризм;

измеряют гипофиз, описывают рисунок и цвет его ткани на разрезе;

при обнаружении внутричерепных кровоизлияний, очагов размягчения или ушибов мозга, опухолей указывают их точную локализацию в пределах полушария, доли и ее поверхности, размеры, массу, объем, вид и форму с поверхности и на разрезах, состояние вещества головного мозга по периферии очага;

после удаления твердой мозговой оболочки осматривают кости основания черепа, описывают их повреждения и особенности; вскрывают придаточные пазухи, отмечают отсутствие или наличие в них содержимого (при необходимости на усмотрение эксперта);

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

18. Позвоночный столб и спинной мозг подлежат обязательному исследованию при наличии их повреждений или заболеваний, а также в случаях смерти при дорожно-транспортных происшествиях и падениях с различной высоты:

обращают внимание на наличие в позвоночном канале жидкости или крови, состояние твердой оболочки спинного мозга;

извлекают спинной мозг с твердой мозговой оболочкой, описывают вид оболочек и состояние мозговой ткани на последовательных (по сегментам) поперечных разрезах;

осматривают позвонки и межпозвонковые диски со стороны позвоночного канала и отмечают их особенности, повреждения, деформации, болезненные изменения;

исследуют область атланта-окципитального сочленения для обнаружения или исключения кровоизлияний, разрывов связок, переломов, вывихов.

19. При исследовании области шеи:

разрезают магистральные артерии шеи;

отмечают наличие (или отсутствие) патологической извитости, сдавления остеофитами, надрывов внутренней оболочки сосудов;

осматривают мягкие ткани и сосудисто-нервные пучки шеи для исключения кровоизлияний;

исследуют - язык, миндалины, глотку, гортань, трахею, пищевод, щитовидную и паращитовидную железы, лимфатические узлы, проверяют целостность подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи.

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

осматривают легочную плевру, отмечают наличие наложений, кровоизлияний, их форму, величину, множественность, локализацию, обращают внимание на консистенцию ткани легких, цвет ее с поверхности и на разрезах;

вскрывают дыхательные пути до мелких разветвлений бронхов, указывают на наличие (или отсутствие) в них содержимого, отмечают цвет и кровенаполнение слизистой оболочки, степень воздушности и кровенаполнения легочной ткани, характер жидкости,

стекающей с ее поверхности при надавливании, наличие и характер очаговых изменений, описывают паратрахеальные и бронхиальные лимфатические узлы;

выбранный экспертом конкретный метод вскрытия сердца и аорты должен предусматривать исследование венечных артерий на всем протяжении и миокарда во всех отделах:

описывают состояние полости перикарда, количество и характер его содержимого, кровенаполнение полостей сердца и характер свертков крови, состояние эпикарда, эндокарда, миокарда, венечных артерий, клапанов, папиллярных мышц;

измеряют толщину стенок желудочков и межжелудочковой перегородки, периметр над клапанами сердца и сосудов, исследуют состояние внутренней оболочки на всем протяжении;

при наличии патологии в сердце и легких производят отдельное взвешивание отделов сердца.

21. При исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства:

исследуют желудок, отмечают его форму, количество и вид содержимого (цвет, запах, консистенцию, размеры и характер имеющихся частиц пищи), состояние слизистой оболочки (цвет, выраженность складчатости, наличие кровоизлияний, язв, рубцов и др.);

вскрывают кишечник на всем протяжении, описывают характер и количество содержимого его различных отделов, цвет, состояние слизистой оболочки и другие особенности; отмечают расположение и вид червеобразного отростка;

при необходимости установления давности наступления смерти особое внимание обращают на характер и количество содержимого в желудке и различных отделах кишечника;

измеряют расстояние от начала тонкой кишки до места обнаружения в ней частичек пищи, сходных с находящимися в желудке;

по показаниям берут содержимое кишки и желудка для последующего исследования;

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

при исследовании почек определяют форму и размеры, взвешивают, описывают цвет, плотность ткани, характер поверхности после снятия капсулы, выраженность коркового, мозгового и промежуточного (юкстамедуллярного) слоев, состояние слизистой оболочки лоханок;

определяют проходимость мочеточников и состояние их слизистой оболочки;

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

у женщин описывают состояние влагалища и его сводов, форму матки, ее шейки и наружного зева, определяют размеры и консистенцию матки, указывают на наличие слизистой пробки, раскрытие шейки (с обозначением степени раскрытия), отмечают характер выделений и повреждений; исследуют состояние слизистого и мышечного слоев матки, а также труб, яичников (указать размеры), околоматочной клетчатки с сосудами, постороннего содержимого в матке (при его наличии);

у мужчин исследуют предстательную железу, указывают ее консистенцию, вид ткани, степень наполнения секретом семенных пузырьков, отмечают особенности ткани яичек, их размеры;

исследование костей таза начинают с осмотра крестцово-подвздошных сочленений, осматривают боковые массы крестца, крылья подвздошных костей и кости переднего полукольца таза, предварительно очистив их от мягких тканей;

при наличии повреждений целесообразно выпиливать кости переднего полукольца соответственно наружным концам верхних ветвей лобковых костей.

22. Для проведения лабораторных и (или) инструментальных экспертных исследований из трупа могут быть взяты какие-либо его части, внутренние органы и ткани, кровь, моча и иные биологические объекты. Перечень объектов и особенности их изъятия из трупа указаны в соответствующих клинических протоколах исследования.

23. В зависимости от обстоятельств случая, поставленных вопросов обязательному взятию, а при необходимости и передаче лицу (органу), назначившему экспертизу, подлежат объекты, которые могут быть приобщены в качестве вещественных доказательств, для проведения последующих исследований:

кровь для определения групповой принадлежности - при насильственной смерти, сопровождавшейся наружными повреждениями кожных покровов, слизистых оболочек или кровотечением; убийствах или подозрении на них; преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности или подозрении на них; исследовании трупов неизвестных лиц;

желчь или моча для определения категории выделительства; ногтевые пластины с подногтевым содержимым пальцев рук - при убийстве или подозрении на него, преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности;

тампоны и мазки содержимого влагалища у трупов женщин для обнаружения спермы, изучения морфологических особенностей влагалищного эпителия и др., тампоны и мазки со слизистой оболочки рта и прямой кишки у трупов обоего пола, смывы на тампонах с кожи из окружности половых органов и заднепроходного отверстия - при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности или подозрении на них;

волосы с головы (лобная, височные, затылочная, теменная области) и лобка для сравнительного исследования - при убийствах или подозрении на них; при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности или подозрении на них; транспортных травмах; повреждении волосистой части головы; исследовании трупов неизвестных лиц;

волосы с головы, либо ногтевые пластины, либо большой коренной зуб (VI, VII, VIII зубы) на верхней челюсти без болезненных изменений, либо фрагмент трубчатой кости с костным мозгом, либо мышечная ткань для определения группоспецифических антигенов при исследовании гнилобно измененных, мумифицированных, расчлененных и скелетированных трупов неизвестных лиц или, при необходимости, уже опознанных трупов;

кожа, части хрящей и кости с повреждениями, паренхиматозные органы с раневым каналом - для медико-криминалистической экспертизы в случае смерти от огнестрельного повреждения, повреждения острыми, рубящими, режущими, колюще-режущими, пилящими, тупыми и другими орудиями;

кости или их фрагменты расчлененных, скелетированных и неопознанных обгоревших трупов - для определения их видовой, групповой и половой принадлежности, возраста и длины тела погибшего;

только при наличии соответствующего предписания (разрешения) органа или лица, назначившего экспертизу, - кисти или пальцы рук с посмертными изменениями кожи концевых фаланг - для дактилоскопирования; отделенная голова неопознанного трупа - для последующего проведения идентификационного исследования.

24. По окончании исследования трупа и его частей внутренние органы укладывают в полости трупа и зашивают все сделанные разрезы. Недопустимо помещать в полость трупа посторонние предметы, за исключением необходимых для туалета трупа (ветошь и пр.).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А - 2

Структура диагноза, принципы его составления

Диагноз – это краткое медицинское заключение о состоянии здоровья (клинико-морфологической сущности травмы и/или заболевания), выраженное языком нозологических форм в соответствии с действующей МКБ.

Диагноз формулируется по нозологическому принципу, развернуто, в патогенетической последовательности, с выделением следующих рубрик:

- основное заболевание (повреждение);
- осложнения основного заболевания (повреждения);
- сопутствующие заболевания (повреждения) и их осложнения,
- в конце диагноза - реанимационные мероприятия и операции.

Основное заболевание (повреждение) – заболевание (повреждение), которое само по себе или через свои осложнения привело к угрозе здоровью или к смерти больного. Следовательно, к основным заболеваниям (повреждениям, отравлениям) относят такие, которые:

- а) сами по себе явились причиной смерти (*например, повреждение жизненно важных органов: головного мозга, сердца, аорты и др.*);
- б) вызвало другое патогенетически связанное с ним состояние (осложнение), повлекшее за собой гибель организма (*например, закрытая травма черепа, осложнившаяся гнойной пневмонией*).

В случаях травмы под основным повреждением следует понимать **все повреждения**, возникшие при данной травме одновременно (например, железнодорожная травма, падение с высоты и др.), при различных фазах травмы (автомобильная травма), а также в результате действия одного и того же травмирующего фактора (сочетанные повреждения при огнестрельных пулевых ранениях и др.). Все эти повреждения следует вносить в пункт основного повреждения (в диагнозе эти повреждения приводятся сгруппировано, в обобщенной форме, в отличие от выводов эксперта, где все повреждения перечисляются полностью).

В диагнозе при травмах для обозначения основного повреждения указывают:

- вид травмирующего фактора (травма острым предметом, тупым, взрывная и др.);
- характер повреждения (рубленая, колото-резаная, ушибленная рана);
- общая характеристика ранений и повреждений: слепое, сквозное, проникающее, множественное, сочетанное, комбинированное и т.п. (здесь следует обратить внимание, что комбинированный характер может носить как травма, так и ранение или повреждение).

Осложнение основного заболевания (повреждения) – патологические процессы, утяжеляющие течение основного заболевания, находящиеся с ним в причинно-следственных отношениях на различных этапах его течения. Будучи всегда вторичными по отношению к основному повреждению (или заболеванию), осложнения могут приобретать ведущее значение в развитии травмы (или болезни) и играть решающую роль в наступлении смертельного исхода.

Сопутствующие заболевания (повреждения) – болезни (повреждения), не имеющие причинно-следственных отношений с основным заболеванием и его осложнениями, не оказывают неблагоприятного влияния на здоровье пациента или в танатогенезе. Сопутствующие **повреждения** – все те повреждения, которые могли быть получены до, после или одновременно с основным повреждением, возможно, имели иную этиологию (вид повреждающего фактора), нозологическую форму и не играли роли в смертельном исходе.

В конце диагноза перечисляются **операции, реанимационные мероприятия и др. мероприятия интенсивного медицинского воздействия** (хирургическая, лучевая терапия и др.), а также осложнения хирургических операций и реанимационных мероприятий.

В соответствии с действующей МКБ в качестве причины могут быть внесены в диагноз и медицинское свидетельство о смерти *обстоятельства несчастного случая или акта насилия*, которые вызвали травмы. При этом поясняется, что первоначальной причиной смерти следует считать обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Поэтому, если повреждения возникли одновременно от воздействия одного фактора или на различных этапах одного и того же вида травмы (падение с высоты, автотравма и др.), то все имеющиеся повреждения вносятся в пункт основного заболевания.

Пример. 1. Основное повреждение – автотравма: ушибленная рана мягких тканей в теменной области справа, вдавленный перелом правой теменной кости, субдуральная и субарахноидальная гематомы в правом полушарии головного мозга, точечные кровоизлияния в толщу коры теменной области правого полушария. Переломы II -IX ребер справа по различным анатомическим линиям с повреждением пристеночной плевры. Ушибленная рана мягких тканей правого бедра и т.п.

В качестве основного заболевания в диагнозах могут фигурировать *родовые понятия* - ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), что вызвано их частотой и социальной значимостью в инвалидизации и смертности населения. Однако после родового понятия обязательно указывается конкретная нозологическая форма заболевания, явившегося первоначальной причиной смерти.

Пример. 1. Основное заболевание – Хроническая ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз с исходом в хроническую аневризму задней стенки левого желудочка.

Пример. 1. Основное заболевание – Цереброваскулярная болезнь: ишемический инфаркт мозга, вызванный тромбоэмболией мозговых артерий.

В ряде случаев у больного (пострадавшего) выделение только одной нозологической формы в качестве основного заболевания (повреждения) представляется весьма затруднительным. При этом в судебно-медицинском диагнозе на первом месте должна фигурировать та нозологическая форма заболевания или повреждения, которая наиболее вероятно послужила первоначальной (основной) причиной смерти или представляется наиболее тяжелой по своему характеру, последствиям и осложнениям, а также более вероятной по частоте смертельных исходов. В подобных случаях другие заболевания (повреждения) приобретают роль сопутствующих.

Пример. 1. Основное повреждение – Сдавление органов шеи петлей при повешении (перечень морфологических проявлений...).

2. Осложнение основного повреждения – Механическая асфиксия (перечень морфологических проявлений...).

3. Сопутствующее повреждение – Множественные резаные раны внутренней поверхности левого предплечья с повреждением подкожных сосудов.

Пример. 1. Основное повреждение – Рубленая рана мягких тканей левой височной области головы с повреждениями височной артерии и вены, левой височной кости, оболочек и вещества головного мозга.

2. Осложнения основного повреждения – Острое и массивное наружное кровотечение, малокровие внутренних органов (постгеморрагическая анемия).

3. Сопутствующее повреждение – Множественные ссадины и кровоподтеки на тыльных поверхностях обеих кистей, закрытый многооскольчатый перелом концевых фаланг II и III пальцев правой кисти.

Пример. 1. Основное повреждение – Термический ожог III-IV степени обеих верхних конечностей, плечевого пояса и шеи на площади около 30% поверхности тела.

2. Осложнения основного повреждения – Ожоговый шок. Нарушения микроциркуляторного кровообращения, гемокоагуляции и реологических свойств крови с циркуляторно-гипоксическими изменениями структуры внутренних органов.

3. Сопутствующее повреждение – Множественные ссадины и кровоподтеки на тыльных поверхностях обеих кистей.

Пример. 1. Основное повреждение – Поражение техническим электричеством. Электрометки на ладонных поверхностях обеих кистей.

2. Осложнения основного повреждения – Острая очаговая деструкция миокарда в виде неравномерного кровенаполнения, фрагментации и контрактурных изменений кардиомиоцитов. Острое венозное полнокровие внутренних органов (в данном случае это морфологические признаки непосредственной причины смерти - рефлексорной остановки сердца, как один из вариантов поражения техническим электричеством).

3. Сопутствующее заболевание – гнойничковое поражение кожи стоп.

При невозможности выделения какой-либо нозологической формы из двух или нескольких возникает необходимость построения **комбинированного основного заболевания** (повреждения), в составе которого нозологические единицы могут комбинироваться в следующих вариантах:

1. Конкурирующие заболевания
2. Сочетанные заболевания
3. Основное и фоновое заболевания

Конкурирующие заболевания (повреждения) - две и более нозологические формы, которые сами по себе в отдельности могли бы привести больного к смерти. В этих случаях диагноз должен строиться по следующему плану:

Пример. Комбинированное основное повреждение (конкурирующие повреждения):

- 1. Термические ожоги III – IV степени на площади около 80% поверхности тела;
2. Травматическое кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом крови в желудочки.

Пример. Комбинированное основное заболевание (конкурирующие заболевания):

1. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (давность инфаркта, размеры очага некроза...). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (3-я степень, III стадия, стеноз 70%).

2. Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга (размеры очага некроза...).

Пример. Комбинированное основное повреждение (конкурирующие повреждения):

1. Открытая черепно-мозговая травма: многооскольчатый перелом лобной кости, левосторонняя субдуральная гематома объемом 150 мл, разрушение вещества левой лобной доли, ушибленные раны лобной области головы (3), кровоизлияние в мягкие ткани левой лобно-теменно-височной области головы, кровоподтек левой окологлазничной области.

2. Колото-резаные ранения правой половины груди с повреждением средней доли правого легкого (2).

Осложнения: Отек и дислокация головного мозга. Острая массивная кровопотеря: левосторонний гемоторакс (объемом 1200 мл), очаговые бледно-фиолетовые трупные пятна, бледные кожные покровы и слизистые оболочки, пустые полости сердца и крупных сосудов, кровоизлияния под эндокард, малокровие внутренних органов.

Сочетанные заболевания (повреждения) - две и более нозологические формы, которые взятые в отдельности не являются в данный момент смертельными, но развиваясь одновременно, в совокупности через общие осложнения, привели к смертельному исходу.

Пример. Комбинированное основное заболевание (сочетанные заболевания):

1. Закрытая травма груди: переломы II – IV ребер справа.
2. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.

Пример. Комбинированное основное заболевание (сочетанные заболевания):

1. Глиобластома (гистологически) лобной доли левого полушария головного мозга. Выраженные вторичные изменения (очаги некроза и кровоизлияний) в опухоли.

2. Ишемический инфаркт правого полушария мозжечка в стадии коликации. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стадия, степень, стеноз основной артерии до 50%).

Пример. Комбинированное основное заболевание (сочетанные заболевания):

1. Повторный трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка – организующийся очаг некроза (размеры очага...), давностью около 3-х недель. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стадия, степень, стеноз до 50%).

2. Циркулярный рак поперечно-ободочной кишки (T2N0M0) в области печеночного угла со стенозом кишки.

Основное и фоновое заболевание (повреждение).

Фоновым заболеванием является нозологическая единица, которая сыграла существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания, способствуя возникновению смертельных осложнений.

Пример. Комбинированное основное заболевание (основное заболевание и фоновое заболевание):

Основное заболевание – цереброваскулярная болезнь: субарахноидальное кровоизлияние в области лобных долей головного мозга (объем гематомы) вследствие разрыва аневризмы передней соединительной артерии.

Фоновое заболевание – гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.

Пример. Комбинированное основное заболевание (основное заболевание и фоновое заболевание):

Основное заболевание – Внутримозговая гематома в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга (объем гематомы). Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 30%).

Фоновое заболевание: Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, в стадии декомпенсации (глюкоза крови - ..., дата). Диабетическая микроангиопатия: ретинопатия, нефросклероз.

Пример. Комбинированное основное заболевание (основное заболевание и фоновое заболевание):

Основное заболевание – Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты в IV стадии, 2 степени. Разрыв аневризмы с прорывом крови в полость брюшины.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь: гипертрофия миокарда (масса сердца 520 г, толщина мышцы левого желудочка 1,7 см); артериолосклеротический нефросклероз.

Наиболее трудным и ответственным является построение диагноза в случаях *смертельных исходов, связанных с диагностическими и лечебными мероприятиями* ("вторые болезни", ятрогенные заболевания). Принято считать, что в случаях, когда смертельные осложнения наступили в результате обоснованных и правильно проведенных медицинских вмешательств, они должны трактоваться как *осложнение основного заболевания*, по поводу которого они были предприняты.

Пример. 1. Основное повреждение – Резаная рана мягких тканей левой руки в области локтевой ямки с повреждением срединно-локтевой вены.

2. Осложнения основного повреждения – Острая массивная кровопотеря. Тромбоз катетеризированной подключичной вены. Тромбоэмболия основного ствола легочной артерии.

Однако нередко возникает необходимость рассматривать лечебно-диагностические мероприятия в качестве *основного заболевания и первоначальной причины смерти*. В соответствии с Классификацией причин смерти ВОЗ это может иметь место в следующих случаях:

а) *Неблагоприятные результаты лечебных мероприятий, проведенных по ошибочному диагнозу или с косметической целью и приведшие сами по себе к смертельному исходу.*

Пример. Основное заболевание – Острая перфоративная язва желудка в ходе лечения кортикостероидами по поводу предполагаемой системной красной волчанки (ошибочного диагноза).

б) *Неправильно проведенное лечебное мероприятие, послужившее причиной смерти.*

Пример. Основное заболевание – Перфорация стенки правого желудочка сердца при катетеризации правой подключичной вены.

в) *Осложнения лекарственной терапии с развитием дисбактериоза, эндо- и экзогенной суперинфекции.*

Пример. Кандидоз кишечника: некротически-язвенный энтероколит как неблагоприятная реакция на лечение синтомицином и фталазолом по поводу дизентерии.

г) *Смертельные аллергические реакции.*

Пример. Анафилактический шок на введение пенициллина в ходе лечения остеомиелита правой бедренной кости после огнестрельного дробового ранения.

д) *Переливание иногруппной крови.*

Пример. Некронефроз вследствие переливания иногруппной крови при проведении интенсивной терапии по поводу травматической ампутации нижних конечностей.

е) *Закончившиеся смертью манипуляции, проведенные с диагностической целью, а также различные вакцинации.*

Пример. Воздушная эмболия при трансторакальной аспирационной биопсии правого легкого по поводу предполагаемого опухолевого процесса.

ж) *Смерть от наркоза.*

Пример. Асфиксия при интрагастральной вентиляции вследствие ошибочного введения интубационной трубки в пищевод.

В случае "наркотической смерти" только при установлении бесспорных причинно-следственных связей между наступлением смертельного исхода и действием наркоза судебно-медицинский эксперт имеет право и должен квалифицировать случай как "наркотическая смерть".

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-3

Заполнение и порядок выдачи «Медицинского свидетельства о смерти» и «Справки о регистрации акта смерти»

Заполнение и порядок выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и "Справки о регистрации акта смерти" производится на основании требований Постановлений Кабинета Министров Республики Узбекистан "О систематизации нормативно-правовых актов в области регистрации актов о браке, семье и гражданского состояния" от 20 октября 2023 года за №550 и "О внесении изменений и дополнений в некоторые решения Правительства Республики Узбекистан, направленных на совершенствование порядка выплаты отдельных социальных пособий" от 4 марта 2024 года за №110, а также Приказа Министра Здравоохранения Республики Узбекистан "Об утверждении Инструкции о порядке выдачи медицинской справки о рождении, перинатальной смерти и медицинского свидетельства о смерти" от 27 февраля 2010 года за №56.

Запись о причине смерти в медицинском свидетельстве о смерти и справке о смерти согласно рекомендациям ВОЗ в соответствии с МКБ-10 производится в следующей последовательности:

I. а) непосредственная причина смерти - состояние, непосредственно приведшее к смерти;

б) патологические состояния, которые привели к возникновению вышеуказанной причины (как правило, смертельные осложнения основного заболевания или травмы);

в) основная (первоначальная) причина смерти, т.е. основное заболевание или повреждение;

При комбинированном основном заболевании медицинского свидетельства о смерти указывается только первая нозологическая единица как основная (первоначальная) причина смерти, т.е. основное заболевание или повреждение.

В свидетельстве о смерти указывают:

оставшуюся нозологическую единицу (-цы) комбинированного основного заболевания, фоновые заболевания;

сопутствующие заболевания или повреждения, которые существовали к моменту смерти и оказали способствующее влияние на течение основного заболевания, но патогенетически не были связаны с основной болезнью (травмой) или патологическим состоянием, приведшим к смерти;

прочие состояния.

В составе комбинированного основного заболевания на первое место в диагнозе выставляется:

1) нозологическая форма, которая была ведущей в танатогенезе;

2) нозологическая форма, более тяжелая по характеру, осложнениям, та, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов,

3) в случаях, когда применение п.п.1-2 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая:

- была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспекте (в их числе - инфекционные болезни, новообразования, инфаркт миокарда и др.),

- потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий,

- была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется судебно-медицинский диагноз).

Пример. I. а) Гемотампонада сердца.

б) Разрыв задней стенки левого желудочка.

в) Острый трансмуральный инфаркт миокарда.

II. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.

Недопустимо, чтобы *непосредственную причину смерти* заменяли явления, при которых наступила смерть (механизмы смерти), как, например, легочно-сердечная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность, острая полиорганная недостаточность, асистолия и т.п. Следует указывать, например, различные виды шока, эмболии, острая массивная кровопотеря, рефлекторная остановка сердца, внутричерепные кровоизлияния – эпидуральные, субдуральные гематомы и т.п., пневмоторакс, бактериальные осложнения – перитонит, сепсис, посттравматическая пневмония и др.

В ряде случаев нет необходимости заполнять строки "б" и "в", тогда непосредственная причина смерти указывается в виде нозологической формы лишь в строке "а".

Пример. I. а) отделение головы от туловища (или сдавление головы с многооскольчатым перелом костей черепа и выдавливанием головного мозга и т.п.)

б) _____

в) _____

В свидетельстве о смерти в качестве первоначальной причины (основного заболевания) могут фигурировать **истинные ятрогенные болезни**. Это, прежде всего, касается передозировок правильно назначенных лечебных средств, приема ошибочно назначенного лекарственного вещества и всех непрофессионально выполненных диагностических, терапевтических и хирургических вмешательств, приведших к смерти.

Эти вмешательства как причина смерти в соответствии с МКБ становятся основным заболеванием, а болезни (повреждения), по поводу которых было предпринято вмешательство, занимают положение фонового или второго заболевания в комбинированном заболевании, т.е. вносятся в ч. II пункта 11.

Пример. I. а) Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

б) _____

в) Повреждение стенки сигмовидной кишки в ходе операции надвлагалищной ампутации матки с придатками.

II. Фибромиома матки.

В то же время непредвиденные неблагоприятные реакции при *правильно* выполненных медицинских вмешательствах учитываются лишь в качестве осложнения терапии.

Пример. I. а) Острая массивная кровопотеря.

б) Повреждение варикозно расширенных вен передней брюшной стенки при парацентезе (дата) с внутрибрюшным кровотечением.

в) Портальный цирроз печени.

В случаях заполнения "**Медицинского свидетельства о перинатальной смерти**" и "Справка о смерти" в «причины перинатальной смерти» следует указывать:

а) основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается только одно заболевание);

б) другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода);

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод);

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод).

Согласно «Комплексной схеме предоставления государственных услуг, связанных с регистрацией смерти» 5 приложения «Административного регламента предоставления комплексных государственных услуг, связанных с регистрацией смерти» Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан «О системизации нормативно-правовых актов в области регистрации актов о браке, семье и гражданского состояния» от 20 октября 2023 года за №550, судебно-медицинские эксперты, в течение одного часа, после установления причину смерти в установленном порядке, направляют информацию о человеке, который скончался, в орган ЗАГС для внесения в специальную электронную форму для формирования электронной медицинской справки и автоматической регистрации акта о смерти через автоматизированную информационную систему "Электронная регистрация рождения и смерти, включая перинатальную смерть". Сразу после получения справки фиксируется справка о смерти с изображением QR-кода (кода с матричным штрих-кодом), которое распечатывается заявителю для предоставления на кладбище.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-4

Порядок взятия объектов для медико-криминалистической экспертизы (исследования)

1. Для проведения медико-криминалистической экспертизы (исследование) одежду, органы, препараты и инородные тела, извлеченные из трупа, передают лицу (органу), назначившему экспертизу трупа и его частей в установленном порядке.

2. Взятие объектов с учетом задач медико-криминалистической экспертизы (исследования) осуществляет эксперт, проводящий исследование трупа, руководствуясь результатами этого исследования, обстоятельствами дела и нормативными требованиями.

3. Объекты направляют в отдел медицинской криминалистики с соответствующим направительным отношением.

Пакеты с вещественными доказательствами маркируются с указанием следующих данных: номер заключения эксперта, в какое подразделение направляется, Ф.И.О. и год рождения покойного, вещественные доказательства, направляемые на исследование, дата изъятия объекта, Ф.И.О. эксперта, направившего объекты на исследование.

4. Одежду с повреждениями и другими следами высушивают при комнатной температуре, после чего каждый предмет отдельно упаковывают в чистую бумагу, маркируют. Наложения сыпучих веществ предварительно обшивают чистой тканью или пленочным материалом.

5. Препараты кожи с повреждениями, причиненными тупыми и острыми орудиями, берут с окружающей неповрежденной кожей шириной не менее 2 см, фиксируют их на картонной подложке, снабженной координатной маркировкой, высушивают (при наличии раневого канала препарат кожи иссекают вместе с подкожной жировой клетчаткой и другими тканями по ходу канала), помещают в пакет из бумаги, маркируют и опечатывают.

Для обнаружения в области повреждения кожи инородных включений (следов металлов, дополнительных факторов выстрела и т.д.) иссекают препарат кожи и тщательно удаляют подкожную жировую клетчатку, пользуясь чистыми хромированными инструментами с ненарушенной поверхностью покрытия. Препарат кожи передают, предварительно высушив при комнатной температуре. При необходимости аналогичным путем иссекают в качестве контроля препарат кожи из симметричных областей тела или вне области повреждения.

6. При наличии повреждений костей берут всю кость (длинные трубчатые кости, ребра и др.) или выпиливают поврежденный фрагмент, отступая не менее 5 см от края повреждения, аккуратно удаляют хромированными инструментами мягкие ткани и подсушивают на воздухе при комнатной температуре. Объект помещают в маркированный бумажный пакет, опечатывают.

Хрящи с повреждениями иссекают по возможности дальше от края повреждения, хромированными инструментами аккуратно удаляют мягкие ткани. К концам объекта прикрепляют бирки с обозначением сторон и плоскостей рассечения. Объекты помещают в маркированные бумажные пакеты, а в целях идентификации орудия травмы хрящи помещаются в консервирующую жидкость (1% раствор формалина на физиологическом растворе).

Костные объекты от скелетированных и сгоревших трупов, необходимые для решения задач идентификации, после высушивания упаковывают в бумагу и помещают в фанерный или картонный ящик, который маркируют и опечатывают.

7. Органы, ткани и жидкости из трупа и его частей могут быть взяты для спектрального исследования в целях:

установления наличия и количественного содержания металлов и других химических элементов в области повреждений; в органах, тканях и жидкостях человека при подозрении на отравление "металлическими ядами";

определения наличия костной ткани в золе;

установления следов нефтепродуктов и лакокрасочных материалов в области повреждений;

выявления продуктов выстрела и взрывчатых веществ;

исследования содержания электролитов в разных отделах мышцы сердца и др.

8. Объекты (5,0 - 10,0 г), взятые чистыми медицинскими инструментами с неповрежденным хромированным покрытием, предварительно обработанными этанолом, высушивают, каждый объект упаковывают отдельно в пакет из кальки или чистой белой бумаги и маркируют. Допускается фиксация в 96% этаноле в стеклянной посуде с направлением образца этого же спирта для контрольного исследования.

В месте сожжения трупа или его частей деревянной или пластмассовой лопаткой из разных участков этого места берут не менее четырех проб золы массой по 50 г каждая. Пробы помещают в отдельные маркированные бумажные пакеты. Необходимо брать не менее 100,0 г топлива, использованного при сжигании трупа.

9. Наличие контрольных образцов является обязательным условием при производстве спектральных исследований. Для контроля берут кусочки той же ткани (органа или аналогичной области с противоположной стороны тела) на некотором расстоянии от края повреждения.

10. Для упаковки посылки с объектами можно использовать фанерные или картонные коробки. Запрещается использование тары из-под химических реактивов, фотоматериалов, металлических предметов и т.д. Упаковывают посылки так, чтобы обеспечить их сохранность от механических повреждений.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-5

Порядок взятия объектов для производства судебно-биологической экспертизы (исследования)

1. При исследовании трупа и его частей берут в качестве образцов кровь, волосы, желчь (мочу) и другие образцы.

2. Кровь направляют для проведения судебно-биологической экспертизы в жидком виде либо при необходимости, в случае длительной транспортировки образцов, в виде пятна на чистом бинте (марле):

кровь в количестве 3,0 - 5,0 мл берут из полостей сердца или крупных сосудов стерильной пипеткой или шприцом и помещают в чистую пробирку (флакон), которую закрывают резиновой или корковой пробкой, на пробирку наклеивают этикетку с указанием наименования взятого образца, фамилии и инициалов умершего, регистрационного номера трупа, фамилии эксперта и даты исследования трупа; пробирку опечатывают;

стерильный бинт (марлю) складывают в 5 - 6 слоев и пропитывают кровью из пипетки или шприца на участке диаметром 5,0 - 6,0 см, бинт высушивают на листе чистой бумаги при комнатной температуре в чистом помещении морга (кроме секционного зала и трупохранилища). Высушиваемые образцы нельзя помещать вблизи нагревательных приборов и подвергать прямому воздействию солнечных лучей и загрязнению;

высушенные образцы и часть использованного для получения пятна чистого бинта (для контроля) помещают в отдельные пакеты, которые маркируют, заклеивают и опечатывают.

3. При невозможности взять образцы крови (скелетированный, гнилостно измененный, мумифицированный труп и т.д.) берут ногти, волосы, кости, кусочки мягких тканей из областей, в которых в меньшей степени выражены гнилостные изменения:

кусочки мягких тканей размером 1,0x1,0x0,5 см помещают в чистую стеклянную посуду, которую закрывают пробкой, маркируют, опечатывают и хранят в холодильнике;

в случае длительной транспортировки взятые кусочки предварительно отмываются под проточной водой в течение 4-24 часов, нарезаются на кусочки 1x0,5см, высушивают при комнатной температуре на чистой марле, маркируют, опечатывают, или фиксируют в 5-10% формалине.

4. Волосы изымают вместе с луковицами и влагалищными оболочками:

образцы волос берут из различных областей тела в зависимости от обстоятельств дела и задачи исследования;

для целей идентификации личности умершего и при наличии повреждений в области головы берут волосы с лобной, обеих височных, теменных и затылочной областей, а также из области повреждений. Для этого пальцами выдергивают из каждой указанной области

по 15 - 20 волос с влагалищными оболочками и луковицами. Аналогичным способом берут (при необходимости) образцы волос с других областей тела;

волосы помещают в отдельные, заранее маркированные пакеты, которые укладывают в общий пакет. Последний заклеивают, прошивают нитками и концы ниток опечатывают на прикрепленном к ним кусочке картона;

при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности и подозрении на них дополнительно берут волосы с лобка.

5. Ногти берут вместе с ростковым слоем с двух пальцев каждой кисти.

6. Из скелетированного трупа берут 2 - 3 фрагмента костей, имеющих губчатое мозговое вещество.

7. Для посмертного исследования категории выделительства берут желчь, а при ее отсутствии - мочу или перикардиальную жидкость:

желчный пузырь, перикард или мочевого пузырь протирают вначале чистой влажной, а затем сухой марлей и вскрывают стенку чистым сухим ножом (скальпелем);

шприцом набирают 3,0 - 5,0 мл желчи, мочи или перикардиальной жидкости и помещают в чистую пробирку (флакон), которую закрывают пробкой, маркируют и опечатывают;

при длительной транспортировке желчь (или мочу, или перикардиальную жидкость) предварительно выливают на чистую марлю и высушивают аналогичным образом, как при приготовлении сухого образца крови.

8. При преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности и подозрении на них:

берут марлевым тампоном содержимое влагалища с его сводов и наносят его равномерным тонким слоем на 5 - 6 обезжиренных предметных стекол;

тампон и стекла высушивают при комнатной температуре, после чего стекла попарно складывают поверхностями мазка одно к другому, помещая между предметными стеклами какую-либо плотную прокладку (например, спички и др.), заворачивают в чистую белую бумагу и вместе с тампоном помещают в маркированный пакет, который опечатывают;

одновременно в отдельном пакете направляют чистый тампон для контроля;

аналогичным образом изготавливают и направляют на исследование тампоны с содержимым прямой кишки и полости рта.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А - 6

Порядок изъятия объектов для производства судебно-химической экспертизы (исследования)

1. Для судебно-химической экспертизы (исследования) изымают и направляют различные биологические объекты (из трупа - внутренние органы, ткани, жидкости) с учетом природы предполагаемого яда и путей введения его в организм, распределения, путей и скорости выведения, длительности течения интоксикации и лечебных мероприятий. Направляют также рвотные массы, первые порции промывных вод, остатки лекарственных и химических веществ, пищи, напитков и другие объекты.

Биологические объекты направляют в количествах, достаточных для проведения судебно-химического исследования, с учетом того, что одна треть материала должна остаться в архиве для проведения повторных анализов;

2. При подозрении на отравление неизвестным ядовитым веществом направляют комплекс внутренних органов: желудок и его содержимое, по одному метру тонкой и толстой кишки с содержимым, одну треть печени с желчным пузырем, одну почку и всю

мочу, 1/3 головного мозга, селезенку, ¼ полнокровных участков легкого, крови не менее 200,0 мл и 200,0 мл мочи.

Каждый орган, кровь, мочу помещают в отдельные чистые и сухие стеклянные банки и специальные пластиковые емкости.

В зависимости от способа введения вещества необходимо дополнительно взять в отдельные банки при подозрении:

на введение яда через влагалище или матку - матку и влагалище;

на подкожное или внутримышечное введение - участок кожи и мышцы из зоны предполагаемого места введения вещества;

на ингаляционное отравление - легкое из наиболее полнокровных участков и головной мозг - по 300,0 г.

При обнаружении в содержимом желудка крупинок, кристаллов, таблеток какого-либо вещества они также должны быть направлены на судебно-химическую экспертизу.

3. Берут следующие объекты при подозрении на отравление:

этанолом - кровь, мочу в количестве по 10,0 - 20,0 мл (в посуде, заполненной под пробку); кровь берут пипеткой или шприцем из крупных вен конечностей или синусов твердой мозговой оболочки. При невозможности направить кровь, мочу берут мышечную ткань около 100,0 г;

наркотическими средствами и психотропными веществами - в обязательном порядке кровь (не менее 150 мл), мочу (не менее 150-200 мл), желчь, мозг;

кислотами и едкими щелочами - глотку, трахею и пищевод, стенки желудка с содержимым и участки кожи со следами действия яда;

хлорорганическими веществами (хлороформ, хлоралгидрат, четыреххлористый углерод, дихлорэтан, хлорорганические пестициды и другие галогенопроизводные) - часть сальника, 200,0 г головного мозга, кровь, мочу, печень, почку;

метиловым спиртом - головной мозг, печень, почку - по 100,0, кровь, мочу - по 10,0 - 20,0 мл;

гликозидами - одну треть печени с нескрытым желчным пузырем, ткани из места инъекции, законсервированные этанолом из-за быстрого разложения гликозидов, при отравлении сердечными гликозидами - сердце;

фосфорорганическими соединениями - печень, почку, мочу, желудок, кишечник, кровь для определения активности холинэстеразы;

солями ртути - волосы, ногти, печень, почку;

соединениями свинца, таллия, мышьяка (хроническое) - волосы, ногти, плоские кости, печень, почку;

окисью углерода - кровь (10,0 - 20,0 мл);

метгемоглобинообразующими ядами (ферроцианиды, анилин, нитробензол, перманганат калия, формальдегид, хроматы, метиленовый синий, ацетальдегид) - кровь на метгемоглобин;

грибами и ядовитыми растениями - непереваренные кусочки грибов и растений из содержимого желудка и кишечника, рвотные массы и промывные воды.

4. Внутренние органы извлекают:

после наложения двойных лигатур на пищевод, желудок, кишечник в целях предотвращения механического перемещения их содержимого:

органы нельзя обмывать водой и загрязнять химическими веществами или механическими примесями;

органы помещают в стеклянную посуду (сухие широкогорлые банки) или специальные пластиковые емкости. Использование металлической или керамической посуды запрещается.

5. Эксперт должен следить за тем, чтобы яд не был удален из трупа и не попал извне, в связи с чем, вскрытие трупа должно проводиться на чистом секционном столе, чистыми

инструментами и перчатками, а во время вскрытия не пользоваться водой и другими жидкостями.

Банки следует тщательно мыть и ополаскивать чистой водой, а затем дистиллированной водой и высушивать в сушильном шкафу.

6. Объекты исследования консервируют только при подозрении на отравление сердечными гликозидами. Для фиксации используют спирт-ректификат, уровень которого над внутренними органами в банках должен быть не менее 1,0 см. Одновременно для проведения судебно-химической экспертизы направляют контрольную пробу спирта в количестве 300,0 мл, взятую из той же тары, что и для консервирования.

7. Банки герметически закрывают, на каждую наклеивают этикетку с необходимыми записями и помещают в опечатанный полиэтиленовый пакет или контейнер, который немедленно пересылают для исследования.

Транспортировка материала для судебно-химической экспертизы (исследования) должна осуществляться в кратчайшие сроки. Задержка с транспортировкой материала может послужить причиной недостоверных результатов количественного определения вещества.

8. При исследовании эксгумированного трупа на судебно-химическую экспертизу направляют землю, взятую по 500,0 г из шести мест (над и под гробом, возле боковых его поверхностей, в головном и ножном концах), а также кусочки одежды, обивки, подстилки, нижней доски гроба (около 500,0 куб. см), различные украшения и предметы, найденные возле трупа.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-6.1.

Порядок хранения и уничтожения архивного материала в производстве судебно-химической экспертизы (исследования)

1. Документы с вещественными доказательствами хранятся в отдельной папке в сейфе или запираемом шкафу (столе), который опечатывается по окончании рабочего дня.

2. Вещественные доказательства хранятся в отдельной запираемой и опечатываемой комнате (архивная комната).

3. Примечание: скоропортящиеся объекты хранятся в холодильнике, который также запирается и опечатывается.

4. Вещественные доказательства, представленные для экспертизы (исследования), должны находиться в условиях, обеспечивающих сохранность объектов до начала исследования, в процессе исследования и до окончания исследования. Биологический материал, который подлежит исследованию в рамках проведения судебно-химической и химико-токсикологической экспертиз, хранится до исследования при температуре от +2 до +4 °С в холодильнике, опечатываемом специально назначенным сотрудником, определяемым приказом руководителя судебно-экспертной организации.

5. При невозможности возврата гниющих вещественных доказательств (внутренние останки, части трупа, биологические жидкости, выделения человеческого организма и др.) лицу (органу), назначившему экспертизу (исследование), они хранятся в соответствующих условиях (при условии консервации этиловым спиртом и наличия холодильной камеры) в течение одного года со дня окончания экспертизы (исследования). Объекты, подвергающиеся гниению (внутренние органы, части трупов, выделения человеческого организма), хранятся в герметичной посуде, помещенной в холодильник или морозильную камеру, которые по окончании работы опечатываются специально назначенным сотрудником, определяемым приказом руководителя судебно-экспертной организации. По окончании всех необходимых исследований такие объекты хранятся в морозильных камерах (при наличии таких в лабораториях) при температуре -18 °С в течение одного года,

если иное не предусмотрено постановлением (определением) о назначении экспертизы. По истечении срока хранения объекты уничтожаются в установленном порядке.

6. Примечание: объекты, представленные на выявление этилового спирта, не позднее 30 дней после окончания исследования.

7. Биологический материал, который подлежит исследованию в рамках проведения биохимической экспертизы, хранится при температуре от +2 до +4 °С. По окончании всех необходимых экспертных исследований такие объекты хранят в морозильных камерах при температуре -18 °С в течение 10 дней, если иное не предусмотрено постановлением (определением) о назначении экспертизы, после объекты уничтожаются в установленном порядке.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-7

Порядок взятия объектов для производства судебно-гистологической экспертизы (исследования)

1. Взятие объектов (органов и тканей) трупа для проведения судебно-гистологической экспертизы осуществляет эксперт, производящий экспертизу трупа и его частей.

2. Кусочки органов и тканей трупа (его частей) вырезают острым ножом, пользоваться ножницами во избежание размятия тканей не рекомендуется. Нельзя скоблить поверхность кусочков, особенно слизистую и серозную оболочки. Рыхлые, легко распадающиеся ткани и массы (например, содержимое полости матки) берут на нож, не пользуясь пинцетом, и погружают в фиксирующую жидкость в марлевом мешочке.

3. Кусочки вырезают толщиной 0,5 - 1,0 см, длина и ширина может быть различной (обычно 1,0x1,5 см или 1,5x2,0 см) с таким расчетом, чтобы получаемый срез поместился под стандартное покровное стекло. Кусочки сразу же помещают в фиксирующую жидкость. Ввиду медленного ее проникновения в глубину ткани взятие на исследование более толстых кусочков не рекомендуется.

4. При взятии кусочков разрезы органов следует производить так, чтобы наилучшим образом было видно их анатомическое строение (например: в кусочке почки должны быть представлены корковое и мозговое вещество, в очаге пневмонии - центральный и периферические участки, при механических и иных повреждениях место повреждения с прилежащими здоровыми тканями).

5. При необходимости дать оценку каждого из имеющихся в одном и том же органе или ткани изменений их маркируют этикеткой. Подпись на этикетках делают черным графитовым карандашом. Для этикеток используют материал, устойчивый к действию фиксирующей жидкости (клеенка, фотобумага и др.).

6. Вырезанные кусочки помещают в 10 - 15% раствор нейтрального формалина. Использовать параформальдегид с белым осадком не следует. В таких случаях исходный концентрированный раствор помещают в вытяжной шкаф и подогревают до растворения осадка, после чего его можно использовать.

7. Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем кусочков не менее чем в 10 раз. При этом следят, чтобы кусочки в растворе не слипались и не прилегали ко дну банки. Для этого на дно банки кладут слой ваты и раствор периодически взбалтывают. Во избежание подсыхания всплывших кусочков их сверху прикрывают ватой. Фиксацию в формалине проводят при комнатной температуре в течение 1 - 2 суток, через одни сутки раствор меняют. Более длительная фиксация нежелательна.

8. Для применения специальных методик (на гликоген) кусочки фиксируют в 96% этаноле.

9. Частицы высушенных тканей собирают в пакет и направляют в судебно-гистологическое отделение в нефиксированном виде. Таким же образом направляют кусочки от мумифицированных трупов и трупов в состоянии торфяного дубления или жировоска.

10. Подготовку фиксированных кусочков органов и тканей для судебно-гистологического исследования (вырезку) выполняет эксперт, производящий гистологическое исследование (экспертизу). При этом целесообразно участие эксперта проводящего экспертизу трупа. Оставшийся после вырезки материал собирают в маркированный марлевый мешочек и помещают его в плотно закрывающийся сосуд со свежим раствором формалина, хранящийся в течение двух лет.

11. Количество кусочков, взятых из тех или иных органов и тканей, определяется выраженностью и распространенностью патологического процесса, а также задачами исследования.

12. При подозрении на определенный вид смерти необходимо исследовать, наряду с другими, следующие органы и ткани из трупа:

при механической асфиксии - странгуляционную борозду, кусочки кожи вырезают так, чтобы в них попали дно, нижний и верхний краевые валики с неповрежденной тканью (если борозда широкая, то можно вырезать два кусочка так, чтобы в них были представлены верхний краевой валик и дно, нижний краевой валик и дно);

при смерти от местного действия высокой температуры - кусочки кожи из области ожога, трахею, главный бронх, легкие, почки;

при смерти от действия низкой температуры - желудок, двенадцатиперстную кишку, поджелудочную железу, сердце, легкие;

при черепно-мозговой травме - кусочки головного мозга с мягкими мозговыми оболочками из контузионного очага и пограничной зоны, а также из ствола мозга, твердую мозговую оболочку (по показаниям);

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

при отравлениях прижигающими ядами - язык, пищевод, желудок, тонкий кишечник, верхние дыхательные пути, почки, печень;

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

при подозрении на криминальный аборт - матку, яичники, трубы, стенку влагалища, околоматочную клетчатку;

при подозрении на смерть от острой коронарной недостаточности - венечную артерию в месте наибольших изменений, мышцу сердца по краю ишемизированных и полнокровных участков через всю толщу стенки;

при внезапной смерти лиц молодого возраста в условиях чрезмерной физической нагрузки, психической травмы или иных стрессовых воздействий, а также когда причина смерти не ясна — гипоталамус, гипофиз, надпочечники, органы иммуногенеза (костный мозг, вилочковую железу, лимфатические узлы различной локализации, селезенку), мазки-отпечатки слизистых оболочек дыхательных путей;

при подозрении на СПИД - головной и спинной мозг, печень, почки, желудок, кишечник, органы иммуногенеза (костный мозг, вилочковую железу, лимфатические узлы различной локализации, селезенку), а при показаниях - сетчатку глаза, кожу, слизистую оболочку рта и др.

13. При скоропостижной смерти детей грудного и раннего возраста на исследование, наряду с другими органами и тканями, направляют:

часть гортани с голосовыми связками и региональными лимфатическими узлами;

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

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

ткань легких из участков с максимально и умеренно выраженными изменениями;

стенку глотки, миндалина с дужками, слюнные железы;

мазки-отпечатки слизистой оболочки гортани, трахеи, бронхов, поверхности разрезов легких;

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

сердце с клапанным аппаратом;

печень;

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

тонкий и толстый кишечник;

надпочечники.

14. При исследовании трупов новорожденных надлежит также исследовать в обязательном порядке - пупочное кольцо с сосудами, родовую опухоль, плаценту.

15. При направлении материала для судебно-гистологической экспертизы (исследования), помимо сведений об умершем, данных исследования трупа (макроскопическая характеристика органов и тканей, предварительный диагноз) в сопроводительном документе указывают наименование объектов, количество кусочков - общее и по органам и тканям, способ фиксации и цель исследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-8

Порядок взятия объектов для экспертизы (исследования) на диатомовый планктон

1. Исследование на диатомовый планктон (альгологический анализ) с целью подтверждения факта наступления смерти в результате утопления в воде предусматривает взятие определенного перечня образцов жидкостей, органов и тканей от трупа, воды из водоема, а также соблюдение следующих требований к методике проведения исследования.

2. Посуду, предназначенную для взятия образцов, предварительно тщательно промывают раствором моющего средства, тщательно ополаскивают водой, затем два - три раза ополаскивают дистиллированной водой и высушивают. Подготовленную посуду следует предохранять от контакта с водопроводной водой, загрязнения и пыли.

3. Инструменты должны быть чистыми и сменными. Секционный нож после разреза кожных покровов уже не может быть использован для последующих разрезов других тканей и органов трупа. Ножи, иглы и шприцы следует промывать раствором моющего средства, тщательно ополаскивать водой, затем ополаскивать два - три раза дистиллированной водой.

4. Целесообразно иметь в запасе укупоренный комплект чистых банок и инструментов, который можно использовать по мере необходимости.

5. Для исследования рекомендуется изымать:

невскрытую почку в капсуле, с перевязанной «ножкой»;

печень из краевого отдела (не менее 200, 0 грамм);

жидкость из пазухи основной кости (при ее наличии);

ткань легкого (подплевральную пластинку толщиной около 1 см и массой не менее 200,0 г);

образцы воды (1,0 литр) из водоема (в месте обнаружения трупа и из предполагаемого места утопления) в разных емкостях;

при проведении судебно-медицинской экспертизы гнилостно измененного или скелетированного трупа основным объектом исследования является целая трубчатая кость (бедренная, плечевая).

6. Каждый образец (орган) помещают в отдельную чистую посуду, закрывают крышкой без обмывания водой и маркируют.

Консервация взятых для исследования на диатомовый планктон образцов не рекомендуется. В исключительных случаях (длительная транспортировка в общественном транспорте и др.) почку в фиброзной капсуле можно залить 5 - 10% раствором формалина, приготовленным на дистиллированной воде (этот раствор предварительно фильтруют через бумажный фильтр, центрифугируют, берут только верхний слой жидкости, в котором отсутствует осадок).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-9

Порядок взятия объектов для производства микробиологических (вирусологических) исследований

1. Микробиологическое (вирусологическое) исследование производят при подозрении на смерть от инфекционного заболевания или бактериального пищевого отравления.

2. Взятие объектов для исследования следует производить в первые 24 часа после наступления смерти. Вероятность получения положительных результатов в более поздние сроки снижается.

3. В случае подозрения на особо опасные и карантинные инфекции взятие материала для исследования эксперт производит в присутствии специалиста учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора (при подозрении на чуму - противочумного учреждения).

Взятый материал направляют с соблюдением регламентированных требований либо в лабораторию отдела особо опасных инфекций учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора, либо в противочумное учреждение.

4. Для взятия материала используют стерильные инструменты, предметные стекла и посуду; инструменты в процессе работы обрабатывают погружением в этанол с последующим обжиганием.

Объекты для исследования берут в зависимости от предполагаемого диагноза, основанного на клинических симптомах заболевания и морфологических изменениях, выявленных при вскрытии трупа.

5. Трупную кровь берут из сердца до извлечения головного мозга:

после срединного разреза передней поверхности туловища и отделения кожно-мышечного лоскута поверхность грудины протирают смоченной этанолом марлей и прижигают раскаленным шпателем;

рассекают грудину и перикард;

прижигают шпателем переднюю поверхность правого желудочка и в его полость вводят конец стерильной пипетки или иглы шприца;

набирают не менее 5,0 - 10,0 мл крови;

если в полости сердца кровь свернулась или отсутствует, ее берут с соблюдением тех же условий из полостей, бедренной или яремной вен.

6. Взятие кусочков внутренних органов производят после прижигания их поверхности раскаленным шпателем:

кусочки легких, печени, головного мозга и других органов вырезают размером 1,0 х 1,0 х 2,0 см. Кусочки легких вырезают из прикорневой области и из середины каждой доли

(не следует брать кусочки из гипостатических участков). Кусочки печени вырезают из каждой доли. Желчный пузырь берут целиком с содержимым после наложения лигатур;

для исследования содержимого кишечника берут 2 - 3 отрезка тонкой кишки длиной 15,0 - 20,0 см, предварительно наложив на них двойные лигатуры, между которыми производят рассечение;

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

7. Изготавливают мазки и отпечатки органов:

следует делать мазки содержимого дыхательных путей (задней стенки глотки, гортани, трахеи, бронхов), отпечатки с их слизистой оболочки и с поверхности разрезов легких, в местах, где подозревают патологический процесс;

при наличии содержимого в полостях среднего уха из него также делают мазки;

мазки и отпечатки высушивают на воздухе при комнатной температуре, для фиксации используют 96% этиловый спирт, смесь Никифорова, а при подозрении на сибирскую язву или инфекцию неизвестной этиологии - 96% этиловый спирт с добавлением 3% перекиси водорода;

для вирусологического исследования методом флюоресцирующих антител мазки-отпечатки со слизистой оболочки трахеи, бронхов и с поверхности разрезов легких фиксируют после подсушивания на воздухе в 96% этаноле, охлажденном до +4 °С.

8. Взятый материал помещают в стерильные банки или пробирки, их закрывают пробкой, маркируют и тщательно упаковывают.

В качестве фиксирующей жидкости может быть использован только 25-50% стерильный водный раствор глицерина (петли кишечника не фиксируют и хранят в холодильнике). При отправке в лабораторию взятые пробы помещают в контейнер или другую емкость, обеспечивающую их сохранность.

9. При подозрении на особо опасные инфекции материал упаковывают особо тщательно. Взятые пробы помещают в металлические контейнеры или пеналы, которые опечатывают и специально выделенным транспортом перевозят в лабораторию особо опасных инфекций.

10. При различных инфекционных заболеваниях следует изымать определенный набор объектов:

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

бешенство - головной мозг (аммонов рог, продолговатый мозг, мозжечок), примечание: в качестве фиксатора использовать только стерильный 25-50% раствор глицерина на физ.растворе;

бруцеллез - кровь, моча, кусочки селезенки, печени, легких, почек, молочных желез, гной и экссудаты в пораженных тканях и органах;

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

возвратный тиф, малярия, лептоспироз - кровь, внутренние органы (особенно селезенка, печень, мозг); лептоспирозы - спинномозговая жидкость, моча, кусочки почек;

газовая гангрена - кусочки ткани из области ран и пораженных тканей и органов, аппендикс, перитонеальная жидкость, секрет шейки матки, легкие, кровь (в зависимости от клинических проявлений), а также инородные тела (кусочки орудия травмы, одежды) в случаях их обнаружения;

герпес обычный - головной мозг, печень;

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

грипп и другие вирусные инфекции респираторной группы - кусочки трахеи, крупных бронхов, легких, мазки-отпечатки с поверхности слизистой оболочки трахеи, бронхов, поверхности разрезов легких;

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

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

коклюш - легкие, слизь носоглотки;

легионеллез - фрагменты легочной ткани, плевральный экссудат;

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

лиштериоз - головной мозг, печень, селезенка;

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

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

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

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

полиомиелит - мозг (продолговатый и спинной), кровь, содержимое толстой кишки;

сап - кровь из сердца, моча, кусочки органов (печень, селезенка, легкие, почки), кожи и слизистой оболочки в изъязвленных участках, лимфатические узлы, содержимое пустул, абсцессов, материал из очагов творожистого некроза;

сибирская язва - пораженные участки кожи, лимфатические узлы, кровь, кусочки внутренних органов (селезенка, печень, легкие, головной мозг вместе с мягкими мозговыми оболочками), экссудат из грудной и брюшной полостей, спинномозговая жидкость, костный мозг;

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

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

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

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

токсикоинфекции, вызванные:

- кишечной палочкой - содержимое тонкой кишки, кровь из сердца, печень, селезенка, легкие, почки, лимфатические узлы кишечника;

- сальмонеллами - паренхиматозные органы, кровь из сердца, содержимое желудка и тонкой кишки, лимфатические узлы кишечника;

- протеем - содержимое тонкой и толстой кишок;

- стафилококком - содержимое тонкой и толстой кишок;

- палочкой газовой гангрены - содержимое тонкой кишки (200 - 300 мл), перитонеальная жидкость, кишечные и брыжеечные лимфатические узлы, кровь из сердца, печень;

- бациллой ботулизма - печень, отрезки тонкой кишки, желудок с содержимым, головной мозг, кровь;

токсоплазмоз - головной мозг, печень, селезенка, легкие, лимфатические узлы;

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

холера - три отрезка тонкой кишки длиной 10 - 15 см, желчный пузырь;

чума - фрагменты бубона и материал кожных поражений (пустулы, везикулы, язвы, отек, карбункул), лимфатические узлы - паховые, бедренные, подмышечные, подчелюстные, околоушные, бифуркационные, у корня легких, мезентериальные, фрагменты паренхиматозных органов (селезенка, печень, легкое), кровь из полости сердца или крупных сосудов, костный мозг из трубчатой (бедро) или губчатой (ребро, грудина) костей; дополнительно - ликвор, экссудат из плевральной полости и др.;

СПИД - кровь из полости сердца.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-10

Описание повреждений, причиненных тупыми предметами

ССАДИНА

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и макушки головы и (или) подошвенной поверхности стоп;

форма: в сравнении с геометрическими фигурами (помнить о возможности образования «штампованных» ссадин);

размеры: длина и ширина, ориентация большего размера по циферблату часов (по соотношению длины и ширины ссадины возможно определение угла воздействия: при угле более 75° это соотношение около 0,5; $75^\circ 60^0$ - от 0,5 до 1,0; $60^\circ 50^0$ - около 1,0; $50^\circ 40^0$ - 2,0; $40^\circ 30^0$ - 3,0; $30^\circ 15^0$ - 4,0);

состояние краев: наличие и направление чешуек слущенного эпидермиса;

состояние дна: цвет, степень подсыхания, западение по отношению к окружающей неповрежденной кожи, наличие инородных включений;

признаки заживления: наличие и цвет корочки, степень ее приподнимания, наличие и степень отслоения корочки.

Ориентировочные средние сроки заживления ссадины:

в течение 1-6 часов - поверхность влажная красного цвета, западающая;

через 6 часов - подсыхающая, влажная и западающая;

12 часов - подсохшая, буровато-красная, западающая;

1 сутки - сухая, буро-красная, на уровне кожи;

2 суток - плотная буро-красная корочка, выше уровня кожи;

3-5 суток - плотная, бурая корочка, выше уровня кожи, отслаивающаяся;

7-10 суток - отпадающая бурая и плотная корочка;

10-15 суток на месте ссадины розовое или синюшное пятно.

Пример описания царапины (от действия острия клинка ножа, давность 2 дня). На правой щеке, начинаясь с области правого носогубного треугольника и, перейдя на верхнюю треть правой половины шеи, извилистая косо-продольная прерывистая царапина длиной 17 см, покрытая сухой плотной красноватой корочкой, чуть выше уровня окружающей неповрежденной кожи.

Пример описания ссадин (от воздействия ногтей пальцев рук человека, давность до 1 суток). На левой щеке 3 прямолинейные (размерами от 0,5х0,2см до 3х0,4 см) и 2 полулунные ссадины (размерами от 1,5х0,7см), в разных направлениях, с сухим красновато-бурым дном, ниже уровня окружающей неповрежденной кожи, с отслоением эпидермиса к нижним концам и краям, со следами засохшей крови по краям.

Пример описания ссадины (травма внутри автомобиля, давность 7 суток). На передней поверхности левого коленного сустава ссадина неправильно-прямоугольной формы, размерами 4,5х 4 см, покрытая сухой плотной возвышающейся темно-коричневой корочкой с неровными отслаивающимися краями, обработанная бриллиантовой зеленью.

Пример описания ссадины (от воздействия торца трубы, давность 10 суток). В области правой лопатки в 10 см от задней срединной линии и в 45 см от макушки головы расположена дуговидная косопоперечная ссадина, размерами 12х0.3см, со следами плотной сухой бледно-коричневой возвышающейся корочки с выраженным отслоением ее краев. На отдельных участках в местах отсутствия корочки кожа гладкая, розовой окраски.

КРОВОПОДТЕК

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и макушки головы и (или) подошвенной поверхности стоп;

форма: в сравнении с геометрическими фигурами (помнить о возможности образования «штампованных» кровоподтеков и кровоподтеков, образующих негативный отпечаток протектора);

размеры: длина и ширина, ориентация большего размера по отношению к циферблату часов;

состояние границ (четкие, нечеткие).

цвет: общий или отдельно в центральной части и по периферии.

Ориентировочные средние сроки «цветения» кровоподтека:

1-2 часа - красно-багровая припухлость;

6 - 12 часов - сине-багровая припухлость;

1 сутки - сине-фиолетовая припухлость;

2 суток - зеленоватый цвет по краям;

3 - 5 суток - буровато-зеленый цвет;

7-10 суток - буровато-синий цвет в центре, зеленоватый в середине и коричневатожелтый по периферии;

10-15 суток - нечеткое желтоватое окрашивание, восстановление окраски кожи.

Пример описания кровоподтека (удар кулаком по правому глазу, давность 1 сутки). Вокруг правого глаза с переходом на правую скуловую область мягкие ткани резко отечные, припухшие с овальным багрово-синюшным кровоподтеком с нечеткими контурами, размерами 7х6см.

Пример описания кровоподтека (удар ногой в область шеи, давность 3 дня). На левой боковой поверхности нижней трети шеи овальный прерывистый буроватый кровоподтек, размерами 4х3см, состоящий из множества внутрикожных округлых и овальных кровоизлияний.

Пример описания кровоизлияния в склере глаза (удар кулаком по правому глазу, давность 8 дней). В склере правого глаза по наружному краю радужки темно-красное кровоизлияние неправильно-треугольной формы, размерами 1х1 см.

УШИБЛЕННАЯ РАНА

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и макушки головы и (или) подошвенной поверхности стоп;

форма: прямолинейная, дугообразная, звездчатая и др.;

направление: по отношению к циферблату часов;

размеры: длины при сведенных краях, степень зияния, при выраженном размождении ширина, глубина (дно подлежащая кость или мягкие ткани);

края: ровные, относительно ровные, неровные, мелкозубчатые, кровоподтечность, разможенность (истонченность), симметричность;

осаднения по краям: узкая полоска (ограниченный предмет), широкая полоса (неограниченный предмет), ширина осаднения по обоим краям (угол воздействия);

концы: заостренные, тупые, с дополнительными короткими надрывами (их длина и направление);

дополнительные надрывы от краев: их длина, ориентация, глубина;

тканевые перемычки: выраженность, локализация, мостик волос;
стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает угол воздействия),
кровоизлияния в стенках (и в подлежащих тканях);
отслоение: по какому краю, глубина (угол воздействия);
макро-инородные включения: наличие или отсутствие, их характер и локализация;
изъять кожный лоскут с повреждением на медико – криминалистическое
исследование для определения особенностей повреждающего предмета, инородных
включений и наложения металлов вокруг раны.

Пример описания ушибленной раны (от воздействия ноги). В области левой брови извилистая косопоперечная рана, длиной 4 см, с неровными осадненными умеренно отечными краями и остроугольными концами, глубиной до 0,5 см., дно ее – подкожная жировая клетчатка.

Пример описания ушибленной раны (от воздействия носка молотка). В области правого теменного бугра прямолинейная, умеренно зияющая продольная рана, длиной 2,5 см, с неровными неравномерно осадненными краями, задним Т-образным концом и передним закругленным концом, с кожной перемычкой у переднего конца. Глубина раны до 0,7 см, дно ее – мягкие ткани.

ОПИСАНИЕ ПЕРЕЛОМОВ

Основные термины:

Трещина — нарушение сплошности (разъединение) костного вещества в пределах одной анатомической части кости, не допускающее смещения разъединенных частей относительно друг друга.

Надлом — частичное разъединение костного вещества в пределах анатомической части кости с образованием двух поверхностей, не существовавших ранее и допускающее их смещение по отношению друг к другу по одной степени свободы.

Перелом — нарушение сплошности (разъединения) костного вещества в пределах анатомической части кости с образованием двух поверхностей, не существовавших ранее и допускающее их смещения по отношению друг к другу по двум или трем степеням свободы.

В переломе следует различать: плоскость, излом и край (по прежней терминологии - линия перелома).

Плоскость перелома — главное сечение разъединения кости (перелома), ориентированное нормально по отношению к поверхности или продольной оси этой кости.

Излом — поверхность разъединения кости (перелома). Характеризуется макроскопическими признаками, имевших место в виде деформации и разрушения.

Осколок — часть отъединенного анатомического отдела кости с наибольшим размером, не превышающим диаметр трубчатой кости или толщину плоской кости.

Фрагмент — часть отъединенного анатомического отдела кости с размерами, превышающими толщину (диаметр) кости.

Отломок — часть отъединившегося концевого (краевого) анатомического отдела кости.

Выкрашивание — хрупкое разрушение дроблением на мелкие частицы какой-либо доли (чаще — края) излома.

Долом (зона) — зона окончательного разрушения кости перед разъединением отломков; конец перелома.

Общие положения:

локализация: название кости, костей или части костного комплекса; расстояние от срединной линии, от ближайшего костного образования или ближайшего костного шва;

вид перелома: по плоскости (поперечный, косопоперечный, косой, винтообразный), по характеру (оскольчатый, безоскольчатый, фрагментарный, оскольчато-фрагментарный);

расположение *зоны первичного разрыва кости* и ее морфологические признаки: поверхность кости, расположение линии перелома относительно оси кости, края

прямоугольные (отвесные), ровные, неровные; *степень сопоставления* хорошая, удовлетворительная, с дефектом; дополнительные трещины, параллельные основным краям, их количество; *излом* ровный, неровный, зернистый, распространенность на ограниченном участке, на всю толщу компакты; признаки повторной травматизации; расположение *зоны долома* и ее морфологические признаки: поверхность кости, края не отвесные (один скошен, другой подрыв), ровные, неровные, зубчатые, наличие скола или выкрашивания компакты, трещины (продольные, косые); костные гребни на поверхности излома, их вершины острые или закругленные, наличие признака «конус-воронка» (при оскольчатых переломах — указать примерную форму осколка в профиль, расположение основания осколка, направление его вершины);

наличие и направление дополнительных веерообразных трещин; общее направление плоскости перелома относительно осей кости (направление должно начинаться с зоны первичного разрыва кости);

признаки прижизненности образования перелома (чаще на сломанных ребрах, подъязычной кости, ключицах, переднем полукольце таза): зашлифованность, завальцованность.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

Дырчатый перелом

локализация: название кости или место соединения костей, расстояние от срединной линии, от ближайшего костного образования или ближайшего костного шва;

форма на наружной костной пластинке: округлая, овальная, треугольная и т.п.;

размеры на наружной костной пластинке: длина и ширина, направление большего размера (по циферблату); края на наружной костной пластинке; ровные, неровные, мелкозубчатые, дополнительные повреждения поверхностных слоев (по какому краю, они указывают на угол воздействия);

дополнительные дугообразные трещины вокруг, расстояние до них, длина и направление их выпуклости, свойства их краев;

форма повреждения на внутренней костной пластинке: многоугольная и т.п.;

размеры: длина и ширина, направление большего размера;

конусообразное расширение костного дефекта равномерное, больше выражено в таком-то направлении;

трещины (кортикальные, сквозные), отходящие от перелома, их количество (по номерам), направление (по циферблату часов), распространение на другие кости, свойства краев трещин на обеих костных пластинках;

при обнаружении выбитого костного фрагмента описать его по общим правилам: форма, размеры, края, дополнительные трещины на наружной и внутренней поверхностях;

свод черепа или часть его с переломом направить на медико-криминалистическое исследование для определения формы травмирующей части предмета и возможной его последующей идентификационной экспертизы травмирующего предмета.

Пример описания перелома: на левой теменной кости, на... см от сагиттального шва и на... см от венечного шва, располагается дефект (дырчатый перелом). На наружной костной пластинке дефект неправильно-квадратной формы 2,5x2,7 см с относительно ровными краями. На внутренней костной пластинке дефект неправильно многоугольной формы... см, края его неровные. Дефект конусообразно равномерно расширяется в полость черепа. От правого края перелома, на 10 часов по циферблату, отходит сквозная прямолинейная трещина длиной... см, переходящая на правую теменную кость. Края трещины на наружной и внутренней костных пластинках относительно ровные и прямоугольные. На твердой мозговой оболочке, в проекции перелома, обнаружен костный фрагмент в виде усеченного конуса: на наружной костной пластинке его форма неправильно-квадратная размерами... см с мелкозубчатыми краями; на внутренней неправильно многоугольной формы, размерами... см, с неровными, местами острыми

краями; в средней части фрагмента прямолинейная трещина с неровными, прямоугольными краями.

Вдавленный перелом: (удар ограниченным стержнеобразным предметом. В основе образования вдавленного перелома лежит прогибание участка травмируемой кости с формированием на наружной пластинке, в месте контакта, зоны долома, а на внутренней зоны разрыва; по периферии, по контуру контакта, на наружной пластинке двух зон разрыва, а на внутренней двух зон долома)

локализация: название кости или место соединения костей, расстояние от срединной линии, от ближайшего костного образования или ближайшего межкостного шва;

форма: обычно овальная;

размеры: длина и ширина, направление длинного размера (по циферблату);

края: отвесные (раздельно каждый край), ровные, неровные, дугообразные признаки разрыва костной ткани;

дополнительные дугообразные трещины, параллельные краям, и по концам перелома, расстояние до них, направление выпуклости;

центральная линейная трещина, разделяющая вдавленный фрагмент на части, признаки полома костной ткани по краям этой трещины (место контакта);

форма погруженных костных фрагментов, глубина погружения; симметричное погружение костных фрагментов (удар под прямым углом), несимметричное один фрагмент погружен полого, другой круто (удар под углом);

характеристика повреждения внутренней костной пластинки: длина и ширина выступающего в полость черепа костного участка («шатрообразное вспучивание»), направление большего размера, наличие основной трещины, совпадающей по направлению с такой же трещиной на наружной пластинке, дополнительные трещины; свойства краев этих трещин (признаки разрыва костной ткани);

характеристика краев перелома на внутренней костной пластинке по контуру контакта: ровные, неровные, заостренные, скол, выкрашивание, смятие или вспучивание компактного вещества;

трещины (кортикальные, сквозные), отходящие от перелома, их количество (по номерам), направление (по циферблату часов), распространение на другие кости, свойства краев трещин на обеих костных пластинках;

свод черепа или его фрагмент с переломом направить на медико-криминалистическое исследование для определения формы травмирующей части предмета и возможной последующей идентификационной экспертизы.

Пример описания перелома: на левой теменной кости на... см от сагиттального шва и на... см от венечного шва, располагается перелом (вдавленный) овальной формы... х... см, направление большего размера с 5 на 11 часов по циферблату. Края перелома относительно ровные, дугообразные, местами прямоугольные, местами заостренные (контур контакта). В 0,5 см от переднего «конца» перелома три короткие дугообразные трещины, выпуклостью обращенные кпереди, расположенные параллельно друг другу, в 0,3 см от заднего конца одна, выпуклостью обращенная кзади. Костный фрагмент в средней части погружен в полость черепа на глубину до... см, здесь этот фрагмент разделен прямолинейной трещиной, по краям которой определяются скол и выкрашивание компактного вещества (место контакта). Разделенные части фрагмента погружены в одинаковой степени (или в разной степени в зависимости от угла воздействия). На внутренней поверхности выступающий участок костной ткани...х... см неправильно-овальной формы с неровными и заостренными краями (проекция контура контакта). В центральной части этого участка прямолинейная трещина с относительно ровными и прямоугольными краями (проекция места контакта).

Паутинообразный перелом (формируется при воздействии твердого тупого предмета с широкой травмирующей частью (удар, падение) с большой энергией. При этом происходит прогибание травмируемой кости (костей) с образованием, в первую очередь, непрерывных радиальных трещин и, затем, последовательно образуется один или более уровней концентрических прерывистых трещин. Костные фрагменты первого уровня имеют неправильно-треугольную форму, второго и далее неправильно-трапециевидную. Первый ряд находится примерно на... см от центральной части и образует с радиальными трещинами костные фрагменты неправильно-треугольной формы. Вторым рядом отстоит от первого на... см и образует с радиальными трещинами и первыми концентрическими костные фрагменты неправильно-трапециевидной формы. Края концентрических трещин на наружной костной пластинке относительно ровные и прямоугольные, на внутренней со сколом и выкрашиванием компактного вещества:

локализация: название кости (костей);

общая форма поврежденного участка: округлая, овальная;

радиальные трещины: количество (по номерам), направление (по циферблату), непрерывность, распространение на соседние кости и на основание, место их схождения (указать точную локализацию: расстояние от срединной линии и ближайшего межкостного шва — место первичного контакта), характеристика краев на наружной и внутренней пластинках (в центральной части и на отдалении);

концентрические трещины: расстояние от центра (места схождения радиальных) до каждого их уровня, между какими радиальными трещинами (здесь хорошо помогут номера радиальных трещин), свойства краев на наружной и внутренней пластинках;

форма костных фрагментов: в центре обычно треугольная, к периферии трапециевидная.

Пример описания перелома: в правой теменно-височно-затылочной области, (на участке...х... см), многофрагментарно-оскольчатый перелом с неправильно овальной общей формой. При сопоставлении фрагментов на переломе определяется четыре радиальные трещины, которые сходятся на границе теменной и чешуе затылочной костей, в... см от сагиттального шва: первая от места соединения идет на 12 часов по циферблату и переходит на...; вторая на 3 часа по циферблату, проходит по теменной кости и заканчивается у правой ветви венечного шва; третья на 6 часов по циферблату и распространяется на основание черепа...; четвертая на 9 часов по циферблату, распространяется по чешуе затылочной кости, на ее левую половину... Края этих трещин относительно ровные. В центральной части на наружной костной пластинке по краям трещин обнаруживаются скол и выкрашивание компактного вещества, на внутренней пластинке, в соответствующих участках края ровные (место первичного контакта). Между радиальными трещинами располагается два ряда концентрических прерывистых трещин (соединяются с радиальными на разных уровнях).

Компрессионный перелом

локализация: название костей;

расположение и направление непрерывных дугообразных трещин, свойства их краев на наружной и внутренней компактных пластинках;

расположение и направление прерывистых радиальных трещин, свойства их краев на обеих костных пластинках;

форма костных фрагментов;

расположение паутинообразного перелома (описание см. ранее).

Пример описания перелома: по всем областям свода черепа отмечается многофрагментарнооскольчатый перелом, переходящий на основание. В лобно-теменно-затылочной областях, с обеих сторон, на... см справа и на... см слева от сагиттального шва, проходят сквозные дугообразные трещины, выпуклостью обращенные друг к другу, с ровными и прямоугольными краями на наружной костной пластинке и не отвесными

краями в концевых отделах на внутренней. В центральной части сагиттального шва имеется его расхождение длиной... см. Справа, на... см ниже первой дугообразной трещины и параллельно ей проходит вторая дугообразная трещина с аналогичными свойствами краев. Между этими трещинами с обеих сторон, на расстоянии от... см до... см друг от друга располагаются прерывистые радиальные трещины (соединяются с дугообразными на разных уровнях) с ровными и прямоугольными краями на большем своем.

ДИАФИЗАРНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ

Поперечный, косопоперечный и косой переломы

локализация: треть диафиза, расстояние от подошвенной поверхности стопы при транспортной травме;

расположение зоны разрыва костной ткани описать признаки;

расположение зоны долома описать признаки;

уровень расположения этих зон относительно друг друга (у поперечного перелома они располагаются на одном уровне, у косопоперечного – смещены на... см относительно друг друга);

наличие дополнительных веерообразных трещин на «боковых» (относительно место приложения силы) поверхностях диафиза (их количество на проксимальном и дистальном отломках);

общее направление плоскости перелома (начинать с зоны разрыва).

Пример описания перелома: в средней трети диафиза правой бедренной кости (при транспортной травме на... см от подошвенной поверхности стопы) располагается поперечный перелом. На задне внутренней поверхности диафиза края перелома относительно ровные, прямоугольные, располагаются перпендикулярно оси кости. На нижнем отломке, на 0,5 см от края перелома и параллельно ему, проходит дополнительная трещина в поверхностных слоях компакты; излом в этой области крупнозернистый, распространяется на всю толщу компакты (зона разрыва костной ткани). На противоположной, передне наружной, поверхности края перелома неровные с выкрашиванием компакты, на поверхности излома здесь определяются два ряда костных гребней с остроугольными вершинами (зона долома). Зоны разрыва и долома располагаются на одном уровне (для косопоперечного и косого переломов зона долома на... см выше или ниже зоны разрыва). На «боковых» поверхностях диафиза от основной линии перелома отходят веерообразные дугообразные трещины в направлении к передне наружной поверхности диафиза (при косопоперечном и косом переломах их больше на отломке, где располагается костный выступ). Направление плоскости излома сзади наперед и изнутри наружу (для конечности).

Оскольчатый перелом

описание локализации, зон разрыва и долома, «боковых» поверхностей то же, что и при поперечном переломе;

форма осколка в профиль;

расположение основания осколка (поверхность диафиза), его длина;

направление остроугольных вершин осколка;

свойства концов осколка: один может быть заостренным, другой – с костными зубцами, оба с костными зубцами, выкрашивание компакты по краям.

Пример описания перелома: на границе средней и нижней трети диафиза правой большеберцовой кости (на... см от подошвенной поверхности стопы) располагается оскольчатый перелом. На задне наружной поверхности диафиза края перелома относительно ровные, проходят перпендикулярно оси кости; поверхность перелома здесь занимает всю толщу компакты, зернистая, со свободной поверхностью диафиза составляет прямой угол (зона разрыва). Далее плоскость перелома раздваивается, его ветви, дугообразно изгибаясь, идут к задне внутренней поверхности диафиза и образуют костный осколок в профиль неправильно-треугольной формы, его острая вершина

направлена кзади и вправо. Основание осколка располагается на передневнутренней поверхности диафиза, его длина 5 см. Верхний конец осколка остроугольный (лезвиеподобный), на нижнем по краю выкрашивание компактного вещества, на изломе один ряд остроугольных костных гребней.

«Ложный» осколок. В ряде случаев при ударных воздействиях или при медленном изгибе диафиза (чаще в направлении спереди назад) образуется оскольчатый перелом с формированием «ложного» осколка, у которого основание располагается на стороне, противоположной месту воздействия. Основными отличительными признаками его являются дугообразность поверхности перелома, прямоугольность одного конца и остроконечность другого, отсутствие остроугольных вершин.

Фрагментарный перелом

Фрагментарные переломы могут быть локальными и локально-конструкционными. У локального фрагментарного перелома зоны разрыва костной ткани располагаются на одной поверхности диафиза, у локально-конструкционного на противоположных.

локализация: область диафиза;

описать дистальный перелом по указанной ранее последовательности;

описать проксимальный перелом по указанной ранее последовательности;

указать длину костного фрагмента между зонами разрыва и долома.

Пример описания перелома: в средней трети диафиза левой бедренной кости располагается двойной, фрагментарный, перелом. Нижний перелом косопоперечный (на... см от подошвенной поверхности стопы): на задней поверхности диафиза края перелома относительно ровные, перпендикулярны оси кости, поверхность излома здесь зернистая, занимает всю толщу компактного вещества и образует со свободной поверхностью кости прямой угол (зона разрыва костной ткани). Далее плоскость перелома, несколько дугообразно изгибаясь, идет к передней поверхности диафиза и вверх и заканчивается на 1,5 см выше зоны разрыва. Края перелома здесь неровные с выкрашиванием компактного вещества. На поверхности перелома два ряда остроугольных костных гребней (зона долома). Второй, верхний, перелом расположен на границе верхней и средней трети диафиза. Зона разрыва с аналогичными признаками на задней поверхности диафиза. Далее плоскость перелома раздваивается и ее ветви, дугообразно изгибаясь, направляются к передней поверхности и образуют костный осколок в профиль неправильной треугольной формы с длиной основания 2,5 см. На изломе верхнего конца осколка один ряд остроугольных гребней, нижний конец — заостренный. Длина костного фрагмента по передней поверхности диафиза (между зонами долома) 12 см, на задней (между зонами разрыва) 13,5 см.

Винтообразный перелом

Винтообразные переломы диафизов трубчатых костей (возможно образование таких переломов на ребрах, на ключице, ветвях лобковых и седалищных костей) образуются при вращении концов кости в противоположных направлениях: вращение дистального отдела при фиксированном проксимальном или наоборот. В этом переломе выделяют две части: винтовую, образующуюся в первую очередь и огибающую диафиз по геликоидной (спиралевидной) поверхности, и прямую соединяющую условные начало и конец винтовой.

локализация: треть диафиза;

расположение винтовой части: поверхности диафиза, условное направление (начинать с проксимального отдела винтовой части);

края винтовой части: ровные, прямоугольные (на большей части);

прямая часть перелома: расположение (поверхность диафиза), направление, свойства краев (неровные, пилообразные, выкрашивание компактного вещества, козырькоподобные выступы на одном крае и соответствующая скошенность на другом, мелкие продолговатые костные осколки);

форма конца проксимального отломка: остроугольный или лезвиеподобный;

форма конца дистального отломка: остроугольный или лезвиеподобный;
для определения направления вращения концов кости: от любого участка винтовой части перелома восстановить перпендикуляры в проксимальном и дистальном направлениях; концы этих перпендикуляров и укажут направление вращения каждого конца сломанной кости.

Пример описания перелома: в средней и нижней трети диафиза левой большеберцовой кости располагается винтообразный перелом. Винтовая часть перелома с ровными и прямоугольными краями проходит по наружной, передней, внутренней и задней поверхностям диафиза с условным направлением сверху вниз и слева направо (снаружи внутрь). На задней поверхности диафиза концы винтовой части соединяются прямой частью, проходящей почти вертикально; по краям её имеются выкрашивание компакты и местами небольшие козырькоподобные костные выступы. Конец верхнего отломка кости лезвиеподобный, нижнего остроугольный.

Винтообразно оскольчатый перелом

Винтообразнооскольчатый перелом образуется при одновременном вращении концов кости и изгибе диафиза.

локализация, расположение винтовой части, ее края, направление, концы проксимального и дистального отломков - описание аналогично простому винтообразному перелому;

костный осколок: его расположение (поверхность диафиза), форма (в виде неправильного параллелограмма, прямоугольника, ромба), края (ровные, неровные, «пилообразные»), выкрашивание компактного вещества, козырькоподобные костные выступы по одному краю и соответствующая скошенность по другому, мелкие продолговатые костные осколки);

определение направления вращения концов кости аналогичное предыдущему;

определение направления изгиба диафиза по расположению костного осколка идентично любому оскольчатому перелому от поперечного изгиба.

Пример описания перелома: в средней и нижней трети диафиза левой большеберцовой кости располагается винтообразный перелом. Винтовая часть перелома с ровными и прямоугольными краями проходит по наружной, передней, внутренней и задней поверхностям диафиза с условным направлением сверху вниз и слева направо (снаружи внутрь). Конец верхнего отломка кости лезвиеподобный, нижнего остроугольный. На задненаружной поверхности диафиза, между двумя почти вертикальными трещинами, соединяющими верхний и нижний участки винтовой части и отстоящими друг от друга на 3,5 см, располагается костный осколок в виде неправильного параллелограмма. Края этого осколка неровные, местами пилообразные, со сколом и выкрашиванием компактного вещества.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-11

Описание повреждений, причиненных острыми предметами

РЕЗАНАЯ РАНА

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и макушки головы и (или) подошвенной поверхности стоп; направление – по отношению к циферблату часов;

размеры: длина при сведенных краях, степень зияния, глубина по третям;

форма: прямолинейная, дугообразная, волнистая и др.;

края: ровные, осаднение (есть, нет);

концы: острые, поверхностные надрезы по концам, их длина, царапина (обычно отходит от конечной части);

состояние окружающей кожи;

стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает угол воздействия), ровные или ступенеобразные, кровоизлияния в стенках;

дополнительные надрезы: локализация, длина, направление;

повреждения подлежащих тканей или органов (хрящи, сосуды): повреждение подлежащей кости: насечка, ее длина;

кожный лоскут с повреждением изъять и направить на медико-криминалистическое исследование для определения особенностей повреждающего предмета.

Пример описания резаной раны (от воздействия лезвия клинка ножа). На передней поверхности верхней трети левого предплечья прямолинейная горизонтальная рана, длиной 12,5 см, с ровными умеренно припухшими краями и остроугольными концами, ушитая швами.

Пример описания резаной раны. На передненаружной поверхности верхней трети правой голени, на высоте 35 см от уровня подошвы стопы, зияющая косопоперечная рана, длиной при сопоставленных краях 6 см, глубиной до 0,6 см, с ровными краями и остроугольными концами, дном подкожная жировая клетчатка. В средней трети нижнего края раны два косопоперечных надреза, длиной 0,4 см и 0,5 см с ровными краями и остроугольными концами.

КОЛОТО- РЕЗАННОЕ РАНЕНИЕ

Входная рана:

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и макушки головы и (или) подошвенной поверхности стоп;

направление — относительно циферблата часов;

размеры: длина при сведенных краях, степень зияния;

форма: прямолинейная, дугообразная и др.;

края: ровные, неровные;

концы: острые, один тупой (закругленный, Побразный), другой острый, надрывы в области тупого конца (их длина и направление); дополнительный надрез в области острого конца;

осаднения по краям и в области тупого конца: их ширина (угол воздействия);

стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает – угол воздействия), кровоизлияния в стенках.

Раневой канал:

при исследовании раневого канала измерить толщину всех поврежденных тканей (мягкие ткани, хрящи, кости);

повреждение серозных покровов (локализация, форма, размеры, края, концы, кровоизлияния);

при повреждении органа: описать повреждения на его поверхностях и сам раневой канал, измерить его длину;

установить окончание раневого канала (это не всегда возможно при его окончании в полом органе), измерить расстояние от условной срединной линии и подошвенной поверхности стопы;

определить общую длину раневого канала, сложив толщину поврежденных тканей и его длину в органе, и общее направление.

кожный лоскут с повреждением, одежду (при наличии повреждения) направить на медико-криминалистическое исследование;

в случаях, когда по ходу раневого канала обнаруживается пересеченный реберный хрящ, указать направление плоскости рассечения, описать поверхности рассечения (ровные, неровные), при боковом освещении определить наличие следов динамического

воздействия лезвия (хорошо выражены, слабо заметны, по всей поверхности или в какой-то части, их направление), изъятый хрящ направить на медико-криминалистическое исследование (поместить в физраствор или в 1% раствор формалина).

Пример описания колото-резаной раны. На передней поверхности грудной клетки слева по передней подмышечной линии на уровне 7 межреберья, в 17 см от передней срединной линии, на высоте 124 см от уровня подошвы стопы, зияющая косопоперечная рана, длиной при сопоставленных краях 3,5 см, с ровными краями, левым остроугольным концом, правым П-образным, проникает в левую плевральную полость.

Пример описания колото-резаной раны. На передней поверхности грудной клетки слева между средней ключичной и передней подмышечной линиями на уровне 6 межреберья, в 13 см левее от передней срединной линии на высоте 126 см от уровня подошвы стопы зияющая косопоперечная рана, длиной при сопоставленных краях 2,7 см, с ровными краями, правым закругленным концом, от левого остроугольного конца кзади и книзу отходит прямолинейная царапина длиной 2 см. Рана проникает в левую плевральную полость.

Пример описания колото-резаной раны почки. На передневнутренней поверхности верхней трети левой почки прямолинейная косо-продольная, умеренно зияющая рана, длиной 2 см, глубиной до 1 см, с ровными краями, верхним остроугольным концом и нижним М-образным, без отслойки капсулы, с выраженным темно-красным кровоизлиянием под нее у левого края раны.

КОЛОТОЕ РАНЕНИЕ

Входная рана:

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (или конечности) и макушки головы и (или) подошвенной поверхности стоп;

форма: щелевидная, округлая, овальная, звездчатая (количество лучей);

направление (в том числе, направление лучей звездчатой раны) относительно циферблата часов;

размеры: длина при сведенных краях (длина лучей);

края: ровные, неровные;

осаднение вокруг: ширина по краям (угол воздействия);

стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает – угол воздействия), кровоизлияния.

раневой канал: действия те же, что и при колото-резаном ранении.

Одежду и кожный лоскут с повреждением изъять на медико-криминалистическое исследование для определения особенностей повреждающего предмета и возможной последующей идентификационной экспертизы.

РУБЛЕНАЯ РАНА

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и макушки головы и (или) подошвенной поверхности стоп;

форма: прямолинейная, дугообразная, неправильно треугольная и т.п.;

направление: по часовому циферблату;

размеры: длина при сведенных краях, степень зияния;

концы: острые, один острый, второй тупой (П-образный), оба – тупые (П-образные), дополнительные насечки, надрывы (их длина и направление);

осаднение по краям и концам: наличие, ширина по обоим краям (угол воздействия);

наличие (или отсутствие) тканевых перемычек в области тупого конца;

стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает – в зависимости от угла воздействия), кровоизлияния в стенках и подлежащих тканях, при воздействии тупого лезвия возможны разной степени размозжение мягких тканей и тканевые перемычки.

При повреждении подлежащих костей (например, черепа):

насечка: форма прямолинейная, треугольная; длина; края ровные, неровные; концы оба острые, один острый, другой тупой (П-образный); отходящие от концов трещины; дефект костной ткани по одному из краев (воздействие под углом);

перелом: щелевидный, длина, края один край ровный, стенка скошенная, переходит в плоскость разруба, захватывает частично или полностью толщу кости; наличие или отсутствие на этой плоскости следов динамического воздействия микронеровностей лезвия. Противолежащий край неровный, стенка подрытая, плоскость разруба неровная; здесь возможно образование костного осколка (осколков).

концы перелома могут быть острыми; один острый, другой тупой; свойства трещин, отходящих от концов, их форма и свойства краев;

кожный лоскут с повреждением и поврежденную кость изъять и направить на медико-криминалистическое исследование для определения вида повреждающего предмета и возможной последующей идентификационной экспертизы.

КОЛОТО- РУБЛЕННОЕ РАНЕНИЕ

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и макушки головы и (или) подошвенной поверхности стоп;

направление: по циферблату часов;

форма: прямолинейная и т.п.;

размеры: длина при сведенных краях, степень зияния;

края: ровные, неровные;

концы: закругленные, П-образные, Т-образные, дополнительные надрывы (их длина и направление);

осаднение по краям и концам: ширина по обоим краям (зависит от угла воздействия); состояние окружающей кожи;

стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает – в зависимости от угла воздействия), кровоизлияния;

раневой канал описание аналогично предыдущим (колотое, колото-резаное ранения);

повреждение подлежащей кости (алгоритм описания аналогичен описанию рубленого повреждения);

кожный лоскут с повреждением (и поврежденную кость) изъять и направить на медико-криминалистическое исследование для определения особенностей повреждающего предмета и возможной идентификационной экспертизы.

При воздействии тупого «лезвия» в области концов раны возможно образование тканевых перемычек.

ПИЛЕНАЯ РАНА

размеры: длина при сведенных краях, степень зияния;

края: неровные, ровные, зубчатые (длину зубцов и расстояние между ними), лоскутообразные, осаднение по краям, дополнительные царапины по краям;

стенки: отвесные, неотвесные (одна пологая, другая нависает – угол воздействия), лоскуты тканей на стенках ступенчатость);

при повреждении подлежащей кости: локализация, форма, размеры, края ровные, неровные, фестончатые, дополнительные насечки по краям, признаки запила в приграничных зонах (поверхностные повреждения);

поверхность распила: относительно ровная, наличие параллельных борозд и выступов (ручные пилы, бензопила), их направление; борозды и выступы дугообразные (циркулярная пила), крупные или мелкие, наличие костных опилок вокруг поврежденной кости; наличие отщипа в конце распила;

кожный лоскут с повреждением и поврежденную кость изъять и направить на медико-криминалистическое исследование для определения особенностей повреждающего предмета и возможной идентификационной экспертизы.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-12

ОПИСАНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Огнестрельное пулевое ранение

Входная рана:

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (или конечности) и (или) макушки головы, и (или) подошвенной поверхности стоп;

форма: круглая, овальная, звездчатая (количество лучей), щелевидная;

размеры: длина и ширина (или диаметр), длина лучей (направление – по циферблату);

края: ровные, неровные, мелкозубчатые, ввернутые или вывернутые;

при сведении краев определить признак «минус-ткань»;

поясок осаднения: ширина в 4х направлениях (угол воздействия пули);

поясок обтирания: цвет, ширина в 4х направлениях (угол воздействия пули);

«штанцмарка»: ссадина кольцевидной или полулунной (угол контакта дульного среза) формы, размеры (диаметр);

наложения вокруг раны: *копоть* форма закапчивания (в виде кольца, овала), ширина в 4х направлениях (угол выстрела), интенсивность в центре и к периферии, общая длина и ширина участка закапчивания, наличие и количество лучей закапчивания; *зерна пороха* общая длина и ширина участка отложения зерен пороха, их расположение на коже (поверхностное, внедрение на глубину); зерна пороха собрать на чистый лист бумаги и передать следователю;

признаки *термического действия газов* выстрела (опаление, ожоги);

стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает – угол воздействия пули), наложения копоти, кровоизлияния; признаки химического действия газов выстрела (ткани ярко-красного цвета за счет образования карбоксигемоглобина);

указать, что выстоит в кожную рану: подкожная клетчатка и т.д.;

лоскут кожи с повреждением изъять и направить на медико-криминалистическое исследование.

Выходная рана:

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (или конечности) и (или) ближайшего костного образования, от подошвенной поверхности стопы;

форма: щелевидная, круглая, овальная, звездчатая (количество лучей);

размеры: длина и ширина, диаметр, длина лучей;

края: ровные, неровные, мелкозубчатые, вывернуты наружу;

при сведении краев определить признак «минус-ткань»;

поясок подсыхания (ложный поясок осаднения): есть, нет, степень выраженности, ширина;

стенки: отвесные, одна пологая, другая нависает (угол воздействия), кровоизлияния;

при необходимости (выраженное подсыхание краев ран, гниlostные изменения и др., когда визуально невозможно дифференцировать входную и выходную раны) лоскут кожи с повреждением изъять и направить на медико-криминалистическое исследование.

Раневой канал:

отметить наличие (или отсутствие) в начальной части раневого канала наложений копоти, частичек одежды и других инородных тел, цвет мягких тканей (признаки химического действия газов выстрела);

при осмотре подкожной клетчатки в области входной раны обратить внимание на распространение копоти в стороны от раневого канала формирование временной газовой полости в момент выстрела;

по ходу раневого канала описать поврежденные органы, входные и выходные раны на их поверхностях, наличие и выраженность кровоизлияний, отметить его ширину;

в случаях слепого огнестрельного пулевого ранения указать локализацию окончания раневого канала (расстояния от срединной линии тела и подошвенной поверхности стопы), пулю изъять, описать, измерить и передать следователю;

определить общее направление раневого канала по отношению к вертикальному положению тела с учетом расположения входной и выходной ран (или расположения снаряда) относительно поверхностей тела, срединной линии тела и расстояний от подошвенной поверхности стоп.

Пример описания входной огнестрельной пулевой раны (выстрел в упор). На внутренней поверхности верхней трети правого бедра, на высоте 80 см от уровня подошвы стопы округлая рана, 0,9 см в диаметре, с ровными краями, с дефектом мягких тканей, с пояском осаднения по краям, шириной 0,1 см. Дно раны мягкие ткани. В окружности раны густой кольцевидный налет копоти, больше выраженный по верхнему краю, на площади 3x2 см.

Пример описания выходного огнестрельного пулевого отверстия. На задней поверхности верхней трети левого бедра, на высоте 78 см от уровня подошвы стопы, щелевидная вертикальная рана, с вывернутыми наружу неровными краями, длиной при сопоставленных краях 1,3 см., без дефекта мягких тканей.

Пулевое повреждение плоских костей свода черепа

входное повреждение:

локализация: указать кость или границу костей, расстояние от срединной линии, от ближайшего костного образования или межкостного шва;

на наружной компактной пластинке:

форма: округлая, овальная;

размеры: длина и ширина (или диаметр);

края: ровные, неровные, мелкозубчатые;

дополнительное повреждение компактной пластинки: ширина в 4х направлениях (угол воздействия пули);

наложения копоти: наличие, интенсивность, форма закапчивания, ширина в 4х направлениях;

на внутренней компактной пластинке:

форма: округлая, овальная, многоугольная;

размеры: длина и ширина;

конусообразное расширение в сторону внутренней пластинки равномерное, более выражено в какую-то сторону (угол воздействия пули);

радиальные трещины, отходящие от входного повреждения: только на внутренней пластинке, только на наружной пластинке, сквозные, их направление (ориентация по циферблату часов и обозначение по номерам), характеристика краев трещин на наружной и на внутренней пластинках, распространенность трещин (ограничены одной костью, переходят на другую кость, распространяются на основание черепа);

концентрические трещины: локализация (между какими радиальными трещинами, на каком расстоянии от входного повреждения), характеристика краев трещин на наружной и внутренней пластинках;

выходное повреждение:

описание такое же, как и входного, только начинать с повреждения на внутренней компактной пластинке.

Пулевое повреждение диафиза трубчатой кости:

локализация *входного* повреждения (поверхность кости, ее треть, расстояние от концевой части в случаях исследования скелетированного трупа), форма, размеры, края

(дополнительное поверхностное повреждение компакты, его ширина, равномерность по окружности), отходящие радиальные трещины, концентрические между ними;

локализация *выходного* повреждения (поверхность кости, ее треть, расстояние от концевой части в случаях исследования скелетированного трупа). Форма, размеры, края, отходящие продольные трещины;

общее конусообразное расширение костного дефекта: равномерное, неравномерное (угол воздействия);

направление раневого канала в кости;

Одежду и кожные лоскуты с предполагаемыми входной и выходной ранами, поврежденные кости изъять и направить на медико-криминалистическое исследование для определения вида повреждения (входная или выходная раны), наложения металла вокруг раны и дистанции выстрела.

Огнестрельное дробовое ранение

Входная рана:

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (или конечности) и (или) ближайшего костного образования, от подошвенной поверхности стопы;

форма: округлая, овальная, звездчатая (количество лучей, их длина направление по циферблату);

размеры: длина и ширина (или диаметр);

края: относительно ровные, фестончатые, зубчатые, ввернутые или вывернутые;

наличие признака «минус-ткань» при сведении краев;

поясок осаднения: ширина в 4-х направлениях (угол воздействия);

поясок обтирания: цвет, ширина в 4-х направлениях (угол воздействия);

«штанцмарка» ссадина кольцевидной или полулунной (угол контакта дульного среза) формы, размеры (диаметр); при выстрелах из двуствольного оружия возможно образование «штанцмарки» и от второго ствола;

дополнительные повреждения от отдельных дробинок: расстояние от края центральной раны, общая площадь поражения, количество, форма, размеры, пояски осаднения и обтирания;

дополнительные повреждения от пыжей: ссадины или кровоподтеки (возможно поверхностные раны), их форма и размеры, расстояние от края центральной раны;

при поражении осypью дроби: общая площадь поражения, количество повреждений (если возможно), их форма, размеры, пояски осаднения и обтирания, ориентация площади осypи;

наложения вокруг раны: копать — форма и площадь закапчивания, ширина в 4х направлениях (угол воздействия), степень интенсивности в центральной части и к периферии, наличие лучеобразности (количество лучей); зерна пороха размеры участка отложения зерен пороха, их расположение (поверхностное или внедрение на глубину);

цвет мягких тканей в области входной раны: обычный, или ярко-красный (химическое действие газов выстрела);

опаление волос, ожоги (термическое действие газов выстрела); «пеньки» волос вокруг раны (на волосистой части головы механическое действие газов выстрела);

стенки раны: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает), отслоение кожи вокруг раны равномерное, одностороннее (можно определить угол воздействия);

что выстоит в кожную рану подкожная клетчатка и т.п.

Выходная рана:

дробовое ранение, как правило, слепое. Если сквозное, то крайне редко в виде одной раны, иногда изолированные повреждения от отдельных дробинок;

локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (или конечности) и (или) ближайшего костного образования, от подошвенной поверхности стопы до раны (ран);

форма: округлая, овальная, щелевидная;

размеры: длина и ширина;

края: ровные, неровные, зубчатые, вывернутые;

наличие (отсутствие) признака «минус-ткань» при сведении краев;

наличие пояска подсыхания, ширина, выраженность;

стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает – указывает на угол воздействия), кровоизлияния;

Раневой канал:

наличие (или отсутствие) в раневом канале наложений копоти, частичек одежды, пыжей, заряда (дробь, картечь, «сечка»), других инородных тел;

окраска тканей в начальной части: обычная, или ярко-красная (химическое действие газов выстрела);

при осмотре подкожной клетчатки обратить внимание на распространение копоти в стороны от раневого канала – равномерное, одностороннее, ширина в 4х направлениях;

по ходу раневого канала описать поврежденные органы, входные и выходные раны на их поверхностях, наличие и выраженность кровоизлияний (их ширину);

при слепых ранениях измерить расстояние от срединной линии тела и подошвенной поверхности стопы до места расположения основного дробового снаряда;

обнаруженные снаряд (дробь) и пыжи изъять, описать, измерить и передать следственным органам;

одежду и кожные лоскуты из области входных и выходных ран изъять и направить на медико-криминалистическое исследование для определения вида повреждений (входные или выходные раны), наложения металлов вокруг ран и дистанции выстрела.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-13

Описание повреждений при странгуляционной асфиксии

Повешение, удушение петлей

При наличии на шее трупа петли скользящего вида ее распустить и снять с шеи. Если петля фиксированная, на противоположной от узла стороне прошить каждый виток петли дважды с расстоянием между прошивками 1-2 см, оставив длинную промежуточную часть нитки. Петлю (или ее витки) перерезать между местами прошива, петлю снять, соответствующие нитки стянуть и связать, что сохраняет взаимное расположение витков. Петлю положить в конверт, опечатать и передать следователю.

При наружном исследовании и описании странгуляционной борозды обратить внимание на:

расположение: верхняя, средняя, нижняя трети шеи;

замкнутость, незамкнутость, поверхность шеи, расстояние между окончаниями ветвей, куда открыт угол, образованный векторами ветвей;

измерить расстояние от верхнего пограничного валика до подбородка, углов нижней челюсти, сосцевидных отростков, большого затылочного бугра;

указать общее направление странгуляционной борозды;

измерить глубину борозды на разных поверхностях шеи;

измерить ширину борозды на разных поверхностях шеи;

описать дно борозды: цвет, плотность на ощупь, наличие промежуточных валиков и кровоизлияний по их вершинам, наличие негативного отпечатка материала петли;

указать выраженность верхнего и нижнего пограничных валиков, наличие кровоизлияний;

вдавление или повреждения от действия узла;
дополнительные повреждения кожных покровов в области борозды, направление смещения чешуек слущенного эпидермиса;
из наиболее измененной части борозды вырезать кусочек кожи и провести пробу Бокариуса на ее прижизненность.

При внутреннем исследовании (внутреннее исследование начать со вскрытия черепа, что вызовет обескровливание мягких тканей шеи, будет препятствовать возникновению натеков крови и даст возможность обнаружить кровоизлияния в проекции странгуляционной борозды) тканей и органов шеи обратить внимание на:

наличие кровоизлияний в подкожной клетчатке по ходу странгуляционной борозды;
провести продольные разрезы нижних концов кивательных мышц для обнаружения кровоизлияний;

по передней поверхности вскрыть общие сонные артерии и начало их главных ветвей и в области бифуркации попытаться обнаружить поперечные надрывы интимы;

после удаления органов шеи осмотреть переднюю продольную связку позвоночника, где могут быть кровоизлияния;

выделить и осмотреть подъязычную кость и щитовидный хрящ, при обнаружении переломов описать их морфологические особенности и локализацию кровоизлияний;

вскрыть верхние стенки глазниц и осмотреть ретробульбарную клетчатку кровоизлияния;

на гистологическое исследование направить кусочек из области странгуляционной борозды, бифуркации сонных артерий, лимфатические узлы подбородочной, подчелюстной и надключичной областей с соответствующей их маркировкой.

Удавление руками

В случаях удавления руками на шее, как правило, образуются сгруппированные овальные или округлые кровоподтеки, дугообразные (полулунные), короткие, полосовидные ссадины. Расположение кровоподтеков и ссадин, направление их выпуклости зависит от соотношения длины пальцев рук и окружности шеи, положения нападающего относительно потерпевшего (спереди или сзади). Количество повреждений обусловлено кратностью сдавления, одной или двумя руками сдавливалась шея.

При наружном исследовании:

локализация кровоподтеков и ссадин на шее относительно края и углов нижней челюсти, сосцевидных отростков, затылочного бугра, срединной линии шеи спереди или сзади;

количество ссадин, их сгруппированность на какомто участке, размеры, направление большего размера, направление выпуклости дугообразных, непрерывность или прерывистость ссадин, расстояние между ссадинами, их цвет, плотность, глубина, наличие и характеристика корочек, направление смещения чешуек слущенного эпидермиса;

при наличии кровоподтеков они описываются по обычной схеме.

При внутреннем исследовании:

наличие кровоизлияний в подкожной клетчатке, в мышцах в проекции кожных повреждений или вне их;

переломы подъязычной кости, щитовидного или перстневидного хрящей, колец трахеи (сломаннные объекты выделить и детально описать морфологические особенности для определения механизмов образования), кровоизлияния в области этих повреждений;

вскрыть верхние стенки глазниц и осмотреть ретробульбарную клетчатку, наличие кровоизлияния.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-14

ОПИСАНИЕ ОДЕЖДЫ, ПОВРЕЖДЕНИЙ И ДРУГИХ СЛЕДОВ НА НЕЙ

Исследование одежды в судебно-медицинской практике осуществляется последовательными этапами:

1. Описание состояния одежды на месте происшествия.
2. Изучение повреждений и следов на одежде при судебно-медицинской экспертизе трупа или свидетельствуемого.

I. ОПИСАНИЕ ОДЕЖДЫ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ

1. При осмотре трупа на месте его обнаружения, первоочередной задачей является изучение и документирование всего того, что окажется невозможным утраченным после изменения первоначальной обстановки, перемещения предметов и транспортировки трупа в морг.

Применительно к одежде необходимо зафиксировать:

положение каждого из предметов одежды, как находящихся на трупе, так и оказавшихся на территории места происшествия в связи с изучаемым событием;

следы на одежде, особенно влажные и осыпающиеся;

свободно лежащие предметы на одежде и между ее слоями.

2. Описать состояние одежды и обуви трупа:

В целом - наименование предмета одежды, состояние одежды (например: мокрая, обильно окровавленная, загрязненная, смещена и пр.), повреждения; состояние поверхности подошвы обуви – загрязнения, следы скольжения и пр.

Примечание: снимать одежду с трупа не рекомендуется, при необходимости можно расстегнуть одежду, приподнять и т.п.

3. При описании избегать тонкие цветовые оттенки, а при отсутствии хорошего освещения вообще не называть цвета, ограничиваясь терминами «светлый» и «темный».

4. Верх, низ, правое и левое, переднее и заднее направления на исследуемой одежде, независимо от ее фактического положения, всегда обозначают единообразно, подразумевая ее надетой на тело человека, стоящего во весь рост с опущенными руками, и применительно к сторонам тела этого человека.

5. Очередность описания отдельных предметов одежды на трупе обычно определяется правилом: «сверху – вниз и послойно», к примеру – сначала описывается головной убор, потом пальто, шарф, пиджак и брюки, далее сорочка и кальсоны, затем майка и трусы. Обувь следует описывать последней, а чулки, и носки, если они видны из-под обуви, описываются перед ней.

6. Описание каждого предмета одежды начинается его наименованием, при этом желательно пользоваться терминами, принятыми в товароведении одежды и обуви. Описание каждого отдельного предмета одежды обозначать порядковым номером и подчеркивать его наименование. Далее называют цвет и структуру материала: из ткани, из трикотажа, из кожи, пленки, ворсистой, гладкий, тонкий, плотный и т.д.

7. Описание положения предмета одежды на теле:

застежки - застегнуты или расстегнуты, детальный перечень состояния каждой из них, на разорванных застежках «молния» следует описать положение замка, обернуть его бумагой, и зафиксировать от смещения булавкой или стежком нитки; отметить отсутствующие пуговицы, кнопки, пряжки и т.п.; описать отклонения положения одежды от естественного состояния - поднятые полы, вывернутые карманы, опущенные брюки, трусы, юбки с указанием их точного нынешнего уровня и того, что под ними видно;

перечислить содержимое каждого из карманов и наличие пятен на их внутренних поверхностях; предметы, подвергшиеся повреждениям внутри карманов, перед полным

извлечением последних необходимо описать каким своим краем эти предметы обращены вверх и какой поверхностью к телу; нельзя выворачивать карманы полностью и, тем более оставлять их вывернутыми, чтобы не утратить мелких объектов и загрязнений; изъятые из карманов предметы бережно упаковываются для последующего тщательного изучения;

при переходе от описания одного предмета одежды к другому перечисляют объекты, лежащие между ними. В случаях наличия огнестрельных повреждений или подозрения на таковые, необходимо целеустремленно искать в одежде пули, дробины, их осколки, пыжи и т.п. Здесь же описывают ожерелья, браслеты, часы, кольца и другие предметы, расположенные непосредственно на теле;

если обувь на ногах отсутствует, то описать состояние нижних поверхностей чулок, носков или кожи стоп для установления или исключения предшествовавшего хождения без обуви; при подозрении на перемещение трупа наложения на подошвах обуви, на чулках, носках и стопах подлежат сбережению для последующего лабораторного исследования – с этой целью их обертывают бумагой, обвязываемой вокруг голени.

8. Повреждения, следы крови, отпечатки частей транспортных средств и другие подобные следы надлежит описывать не попредметно, а комплексно, соблюдая цельность и преемственность изложения, - приступать к этому нужно после перечисления всех предметов одежды по вышеописанной схеме.

9. Местонахождение повреждений и следов указывают топографически, без особой детализации: - спереди, сзади, справа, слева, верхнем, нижнем или среднем отделах тех предметов, где они обнаружены. Поверхности одежды в необходимых случаях именуют лицевой и изнаночной.

Обозначение размеров предваряют словом «примерно», допустимо глазомерное определение размеров «от ... до» можно употреблять термины «обширный», «распространенный», «небольшой», «несколько», - все это будет уточнено на втором этапе.

10. Специалист в области судебной медицины, разобравшись в свойствах действовавшего орудия, может устно высказать следователю свое мнение об этом, но детальное описание характерных признаков его воздействия в протоколе осмотра места происшествия приводить не обязательно.

11. В следах крови и других жидкостей прежде всего определяют их вид применительно к условиям возникновения: *пропитывание, затеки, потеки, следы капель, следы брызг, мазки и отпечатки*. В случаях невозможности определения вида употребляют термин «пятно».

При обнаружении на одежде участков *пропитывания* кровью нужно обязательно отразить в протоколе: контактирует ли такой участок с кровоточащим повреждением на теле или с лужей крови на подлежащей поверхности. Отсутствие таких контактов является признаком перемещения тела.

Затеком именуется капиллярное распространение жидкости в щелях между невпитывающими поверхностями, например, между слоями непромокаемых тканей и пленок, а также между одеждой из таких материалов и полом, стеной, кожаной либо синтетической мебельной обивкой и т.д. На обеих поверхностях затеки имеют одинаковую форму и устойчиво сохраняют ее после высыхания, что весьма важно для установления последующих перемещений ранее соприкасавшихся объектов.

При обнаружении *потеков* необходимо до перемещения трупа описать их направление, наличие пересекающихся потеков или отклоняющихся от первоначального направления – обе эти разновидности потеков помогают определить динамику изменений позы в период их формирования.

В следах *капель и брызг* описывают локализацию отдельных групп. Остальные детали этих следов подлежат изучению на втором и третьем этапах.

Все вышеуказанные действия, как правило, выполняются без раздевания трупа. Снятие (либо смещение) с трупа некоторых или всех предметов одежды осуществляют на месте происшествия только тогда, когда это необходимо для предотвращения утраты или

разрушения каких-либо неустойчивых объектов, либо для неотложного получения информации, могущей способствовать успеху оперативных действий по задержанию преступника.

12. Отдельные предметы одежды, находящиеся на территории места происшествия, описываются по тем же общим правилам. Те из них, которые не имеют конструктивных признаков верха и низа, правой и левой стороны (шарфы, шали и т.д.) предварительно маркируются прикалыванием к их верхней поверхности булавок или простегиванием цветной нитью, чтобы потом можно было точно воспроизвести их положение.

II. ИЗУЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ И СЛЕДОВ НА ОДЕЖДЕ при судебно-медицинской экспертизе трупа или свидетельствуемого

13. Цель - получение всей возможной в данных условиях информации, которая необходима для целостного восприятия экспертом всего комплекса явлений, протекавших в момент нанесения травмы, когда одежда и тело повреждались в тесной взаимосвязи.

14. Рационально начать с изучения данных протокола осмотра места происшествия, затем с осмотра одежды на трупе и сопоставить расположение повреждений в разных слоях одежды и на теле. Затем детально исследовать повреждения тела и вернуться к тщательному изучению снятой и высушенной одежды.

15. Обратит особое внимание на повреждения одежды, которые или не достигли кожи или оставили на ней едва заметные следы, а также малозаметные изменения на различных слоях одежды в зоне отчетливых повреждений тела.

16. Измерения проводятся лентой и жесткой линейкой с миллиметровыми делениями, и штангенциркулем.

17. Одежду нельзя исследовать, удерживая ее на весу, - обе руки эксперта должны быть свободны для расправления складок, сопоставления краев, производства измерений и т.д. Удобно помещать одежду на портняжный манекен (из жесткой проволоки, согнутой по контурам торса и укрепленной на штативе). При отсутствии манекена одежду исследуют на столе, размеры которого должны позволять расправить все складки. Кроме того, обязательно нужно рассматривать каждый предмет на просвет.

18. Описание одежды:

описывать цвет одежды с различением оттенков и лаконичным описанием узоров;

дается общая характеристика покроя, отмечается наличие подкладки и утепляющего слоя, перечисляются ярлыки, указываются признаки и степень изношенности, наличие загрязненности, не связанной с происшествием;

при исследовании трупов неизвестных лиц все эти сведения должны приводиться более подробно, необходимо выявить и описать индивидуальные признаки предметов одежды: значки, эмблемы, метки, следы давних повреждений и ремонта и т.д.;

осмотреть все карманы и уделить внимание поиску тайников, где иногда хранятся ценности, документы, наркотики и миниатюрное оружие; пыль и мелкие частицы со дна карманов могут быть направлены в криминалистическое учреждение для выявления компонентов, указывающих на индивидуальные и профессиональные особенности владельца;

размеры каждого предмета одежды подлежат обязательному описанию при исследовании неопознанных трупов, в других случаях они приводятся по усмотрению эксперта, когда это может иметь значение для обоснования ответов на разрешаемые вопросы. Длина пальто, пиджаков, сорочек, блузок и платьев измеряется от шва воротника сзади до нижнего свободного края. Ширина их – между швами втачки рукавов на спинках. Длина брюк и юбок измеряется от верхнего края пояса до низа изделий, указывается также окружность пояса. В головных уборах определяется окружность околыша изнутри. В обуви указывается длина подошвы, ее наибольшая ширина и толщина, высота каблука и полная высота обуви;

описание повреждений и пятен, связанных с данным происшествием, начинают с указания тех деталей одежды, на которых они находятся. При этом предпочтительно пользоваться наименованиями, принятыми в технологической номенклатуре швейного и обувного производства;

определить координаты повреждений и следов, координаты отсчитывать от таких ориентиров, которые при правильном ношении одежды располагаются поверх вполне определенных топографо-анатомических областей тела. Горизонтальные координаты отсчитывать вправо и влево от передней срединной и задней срединной линий. Если эти линии не обозначены конструкцией одежды (пуговицами, швами и т.п.); то их определяют измерением ширины переда и спинки и проведением перпендикуляров через их середины. Вертикальные координаты на пальто, пиджаках, сорочках, платьях, и т.п. отсчитывают вниз от уровня середины плечевых швов; на сарафанах, комбинациях, майках, бюстгальтерах и им подобных изделиях отсчет вертикальных координат ведут вниз от верхних полюсов (сгибов) их бретелек, - все эти точки отсчета лежат над серединами задних краев надключичных ямок. На брюках, юбках, трусах, колготках и т.п. вертикальные координаты измеряют вниз от их поясов, что соответствует анатомическому уровню межгребешковой линии таза;

после определения локализации повреждений и пятен указывают их форму, размеры и описывают положение длинников относительно вертикальной оси изделий, свойства краев повреждений, их концы, что находится в просвете, и окружающую зону;

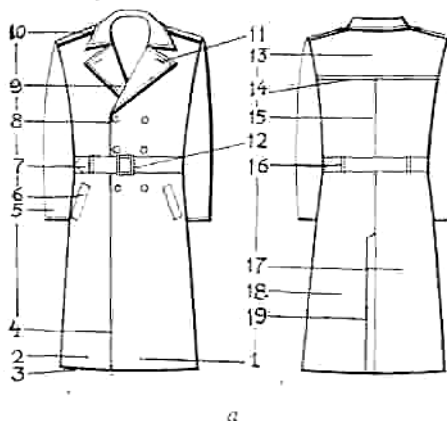
недопустимо вводить в просветы повреждений пальцы или инструменты;

описание пятен должно включать обозначение цвета, степень равномерности, наличие или отсутствие пропитывания и признаки направления движения – положение утолщенных концов потеков и заостренных концов брызг.

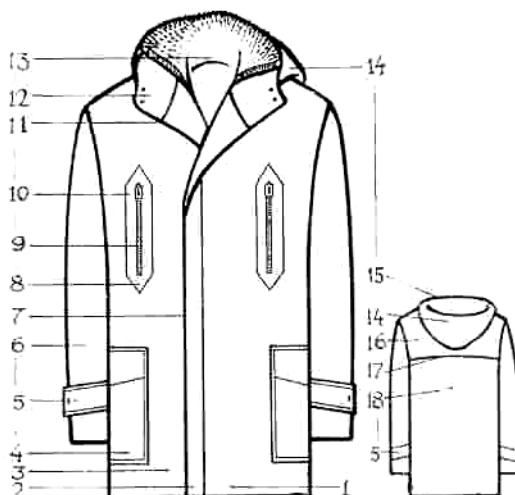
Приложение: схемы предметов одежды и обуви на 6 листах

Приложение:

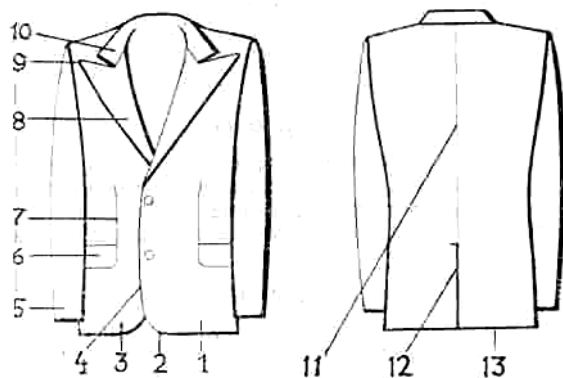
СХЕМЫ ПРЕДМЕТОВ ОДЕЖДЫ С НАИМЕНОВАНИЯМИ ИХ ЧАСТЕЙ И
ОПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ЛИНИЙ.



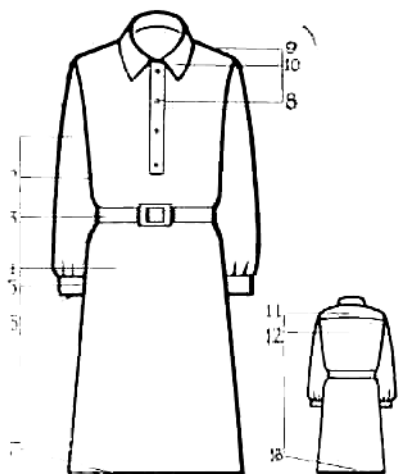
Мужское демисезонное пальто: 1 - левая полочка; 2 - низ полочки; 3 - правая полочка; 4 - срез борта; 5 - рукав втачной; 6 - прорезной карман с листочкой; 7 - пояс; 8 - пуговица; 9 - отложной с лацканом воротник; 10 - погон; 11 - петля лацкана; 12 – пряжка пояса; 13 – кокетка; 14 – шов кокетки; 15 – шов спинки; 16 – шлевки; 17 – правая сторона спинки; 18 – левая сторона спинки; 19 - шлица



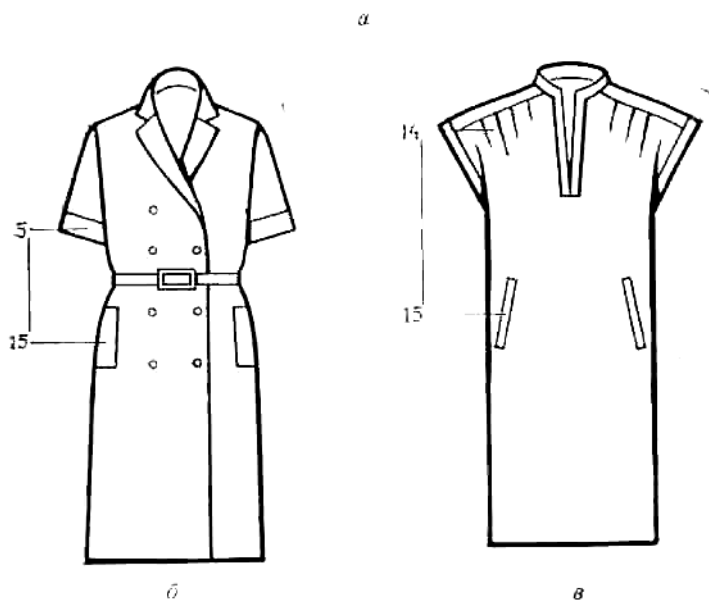
Куртка зимняя мужская: 1 – левая полочка; 2 – планки; 3 – правая полочка; 4 – накладной карман; 5 – пата с пуговицей; 6 – рукав; 7 – срез борта; 8 – прорезной карман; 9 – застежка-молния; 10 – рамка кармана; 11 – шов капюшона; 12 – кнопки; 13 – меховая отделка; 14 – капюшон; 15 – срез капюшона; 16 – кокетка; 17 – шов кокетки; 18 - спинка

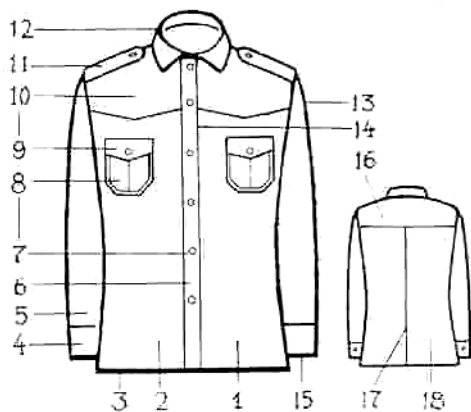


Пиджак мужской: 1 - левая полочка; 2 - низ полочки; 3 - правая полочка; 4 - срез борта; 5 - рукав; 6 - карман; 7 - переднебоковая вытачка; 8 - лацкан; 9 - уступ лацкана; 10 - воротник; 11 - шов спинки; 12 - шлица; 13 - низ спинки

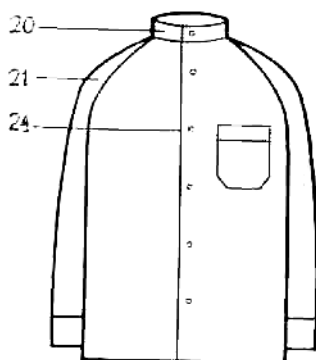
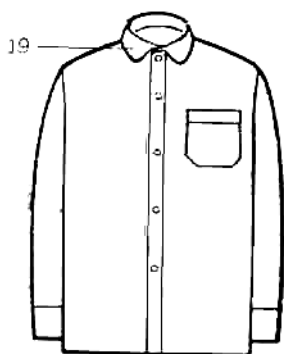


Платья: а-прямой силуэт: втачной, прямой, длинный на манжете рукав; разрезной перед; спинка с прямоугольной высокой кокеткой; воротник отложной; с глубокой застежкой, прямоугольный; средней ширины пояс на пряжке; б-прямой силуэт: втачной, короткий, прямой на манжете рукав; перед с разрезом до низа; смещенная бортовая застежка; отложной с лацканами воротник; боковые накладные прямоугольные карманы; пояс на пряжке; в-прямой силуэт, без рукавов, со спущенной проймой, отделанной бейкой; перед с высокой кокеткой на сборке; щелевидный вырез горловины, отделанный бейкой; прорезные, наклоненные, с листочкой боковые карманы; 1-рукав; 2- боковой шов; 3- пояс; 4- перед; 5- манжета; 6- низ рукава; 7- низ переда; 8- планка; 9- плечевой шов; 10 – воротник; 11 – кокетка; 12 – спинка; 13 – низ спинки; 14 – сборка; 15 – карманы;

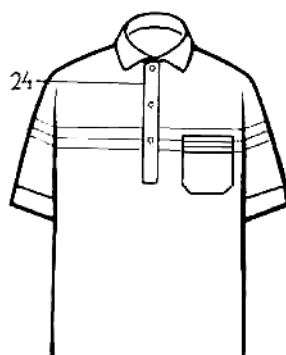
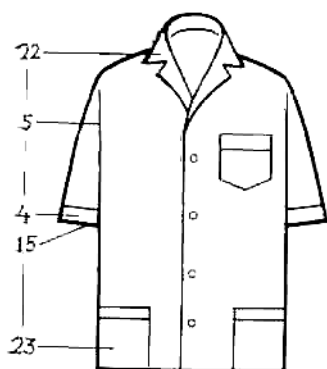




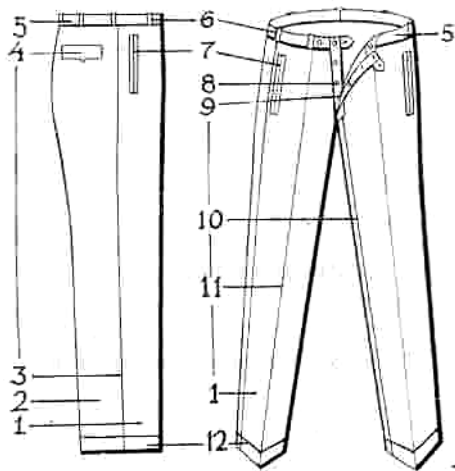
Сорочки мужские: а - прилегающий силуэт (спортивный тип); в брюки; втачной, длинный, на манжете рукав; трехшовная, на прямой кокетке спинка; с мысообразной кокеткой полочка; до низа разрез; застежка на пуговицы; срез борта отделан планкой; воротник прямоугольный, отложной, рубашечного типа; два накладных фигурных с клапанами на пуговице кармана; погончики, вшитые в головку рукава и пристегнутые у воротника на пуговицу;



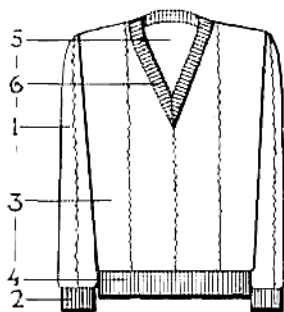
б – прямой силуэт, в брюки, втачной, длинный на манжете рукав; до низа разрез; застежка на пуговицы; срез борта отделан планкой; воротник закругленный отложной рубашечного типа; один накладной фигурный карман; в – прямой силуэт в брюки; рукав реглан, длинный, с манжетой; до низа разрез; застежка на пуговицы; воротник-стойка; один накладной фигурный карман; г – прямой силуэт; навывпуск; втачной, короткий, на манжете рукав; воротник отложной пиджачного типа; застежка до низа; два накладных прямоугольных кармана, вшитых вниз и один накладной, фигурный на левой полочке; д – прямой силуэт, в брюки, втачной, короткий на манжете рукав; воротник



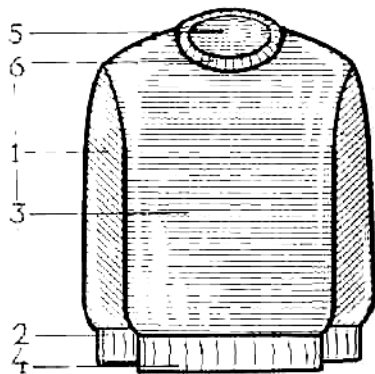
отложной рубашечного типа; разрез, не доходящий до низа; застежка на пуговицы; разрез отделан планкой; накладной, фигурный карман на левой полочке; 1- левая полочка, 2- правая полочка, 3 – низ полочки, 4 – манжета рукава, 5 – рукав, 5 – планка, 7 - пуговица, 8 – карман, 9 – клапан, 10 – кокетка полочки, 11 – погон, 12 – воротник отложной, 13 - окат рукава, 14 – срез борта, 15 – низ рукава, 16 - кокетка спинки, 17 – шов спинки, 18 – спинка, 19- отложной, закругленный воротник, 20 – воротник-стойка, 21 – рукав реглан, 22 - воротник отложной пиджачного типа, 23 – накладной карман, 24 - разрез



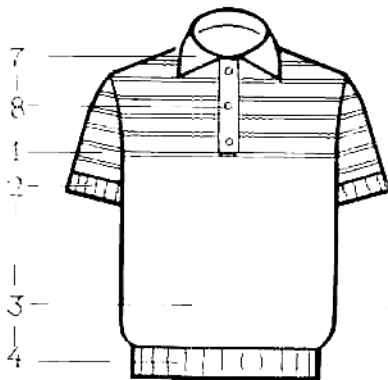
Детали и части мужских брюк: 1- передняя половинка; 2 – задняя половинка; 3 – боковой шов; 4 – задний карман с клапаном; 5 – пояс; 6 – шлевки; 7 – боковой прорезной, в рамку карман; 8 – откос с пуговицами; 9 – гульфик; 10 – шаговый (внутренний) шов; 11 – вертикальная складка-стрелка; 12 – манжета



а



б



в

Рис. 127 Джемперы мужские:

а – прилегающий силуэт; втачной, на манжете-резинке, оттопыренный вырез горловины; пояс-резинка; б – прямой силуэт; втачной, на манжете-резинке, длинный рукав; круглый вырез горловины; пояс-резинка; в – прямой силуэт; втачной, короткий рукав; воротник рубашечного типа; застежка на три пуговицы; пояс-резинка; 1 – рукав; 2 – манжета; 3 – перед; 4 – пояс-резинка; 5 – горловина; 6 – отделка горловины; 7 – воротник; 8 – застежка

Джемперы мужские: а – прилегающий силуэт; втачной, на манжете-резинке, длинный рукав, мысообразный вырез горловины; пояс-резинка; б – прямой силуэт; втачной, на манжете-резинке

длинный рукав; круглый вырез горловины; пояс—резинка; в – прямой силуэт; втачной короткий рукав; воротник рубашечного типа; застежка на три пуговицы; пояс-резинка; 1 – рукав; 2 – манжета; 3 – перед; 4 – пояс-резинка; 5 – горловина; 6 – отделка горловины; 7 – воротник; 8 – застежка

Рис. 188. Мужской полусапожек:
1 — носочная часть; 2 — подъемная часть; 3 — голенище; 4 — застежки; 5 — верхняя часть голенища; 6 — каблук; 7 — верхняя часть каблука; 8 — нижняя часть каблука; 9 — подошва

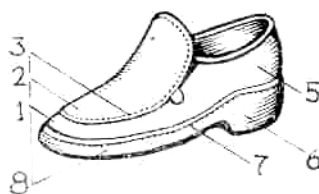


Мужской полусапожек: 1- носочная часть; 2- подъемная часть; 3- голенище; 4 — застежки; 5 — верхняя часть голенища; 6 — каблук; 7 — верхняя часть каблука; 8 — нижняя часть каблука; 9 — подошва.

Рис. 189. Мужской ботинок:
1 — носочная часть; 2 — заклепка; 3 — язычок; 4 — берец; 5 — пяточная часть; 6 — каблук; 7 — подошва; 8 — рант



Мужской ботинок: 1 — носочная часть; 2 — заклепка; 3 — язычок; 4 — берец; 5 — пяточная часть; 6 — каблук; 7 — подошва; 8 — рант.

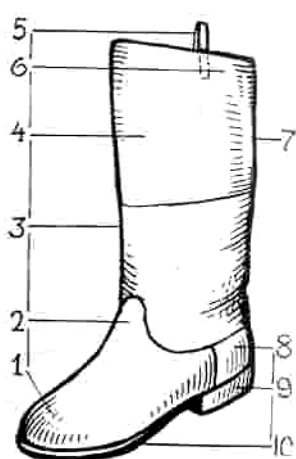


а

б

Мужские полуботинки: а — полуботинки со шнурками и вставкой на союзке; б-полуботинок бесшнурочный со вставкой на союзке; 1 — носочная часть; 2 — союзка; 3 — шов союзки; 4 — блокоч; 5 — берец; 6 — каблук; 7 — рант; 8 — подошва; 9 — язычок

1 — носочная часть; 2 — союзка; 3 — шов союзки; 4 — блокоч; 5 — берец; 6 — каблук; 7 — рант; 8 — подошва; 9 — язычок



Сапог мужской: 1 — носочная часть; 2 — подъемная часть; 3 — передний шов; 4 — голенище; 5 — ушко; 6 — верхняя часть голенища; 7 — задний шов с прошвой; 8 — пяточная часть; 9 — каблук; 10 — подметка

каблук; 10 - подметка

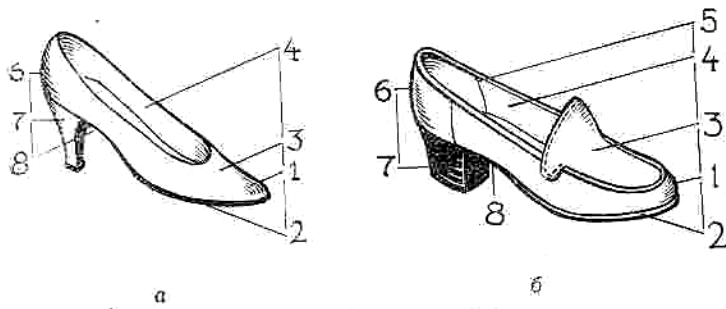


Рис. 194. Женские туфли:

а — закрытая туфля со вставкой на союзке, округлым носком, толстым, наборным, средней высоты каблуком; **б** — туфля с вырезом «лодочка», острым носком, тонким, высоким каблуком; 1 — носочная часть; 2 — подошва; 3 — союзка; 4 — берец; 5 — шов берца и задника; 6 — пяточная часть; 7 — каблук; 8 — средняя (челеночная) часть подошвы

Женские туфли:

а — туфля с вырезом «лодочка», острым носком, тонким высоким каблуком; 1 — носочная часть; 2 — подошва; 3 — союзка; 4 — берец; 5 — шов берца и задника; 6 — пяточная часть; 7 — каблук; 8 — средняя (челеночная) часть подошвы.

б — закрытая туфля со вставкой на союзке, округлым носком, толстым, наборным средней высоты каблуком;

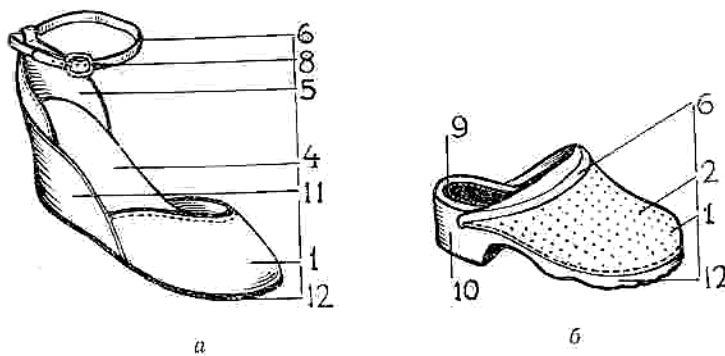


Рис. 195. Женские летние туфли:

а — туфля с закрытыми носочной и пяточной частями; открытой голеночной, на монолитной подошве, с чрезподъемным ремнем; **б** — туфля (сабо) с закрытой носочной частью и открытой пяточной, прямым, толстым каблуком, с накладным чрезподъемным ремнем; **в** — туфля открытая-босоножка ремешковая с надпяточной и чрезподъемными ремнями, каблук тонкий, высокий; 1 — носочная часть; 2 — союзка; 3 — ремни союзки; 4 — челеночная часть; 5 — пяточная часть; 6 — накладной чрезподъемный ремень; 7 — подпяточный и чрезподъемный ремни; 8 — застежка; 9 — открытая пяточная часть; 10 — каблук; 11 — танкетка; 12 — подошва

Женские летние

туфли: **а** — туфля с закрытыми носочной и пяточной частями; открытой голеночной, на монолитной подошве, с чрезподъемным ремнем;

б — туфля (сабо) с закрытой носочной частью и открытой пяточной, прямым толстым каблуком, с накладным чрезподъемным ремнем;

в — туфля — открытая босоножка ремешковая с надпяточным и чрезподъемным ремнями, каблук тонкий, высокий; 1 — носочная часть, 2 — союзка; 3 — ремни союзки; 4 — челеночная часть; 5 — пяточная часть; 6 — накладной чрезподъемный ремень; 7 — подпяточный чрезподъемный ремень; 8 — застежка; 9 — открытая пяточная часть; 10 — каблук; 11 — танкетка; 12 — подошва

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-15

Особенности судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупов плодов и новорожденных

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).

3. Фотографирование трупа – общая и детальная съемка (в одежде и после ее снятия, до и после мытья трупа).

4. Рентгенография трупа при необходимости (определение возраста, обнаружение переломов ребер и пр.).

5. Фотографирование и рентгенографию выполнить до вскрытия трупа.

7. При необходимости изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, образцов волос и т.п. для последующего лабораторного исследования.

8. Одежда и все другие предметы, доставленные с трупом, подлежат исследованию и описанию в соответствии с требованиями соответствующего клинического протокола.

6. Обязательное взвешивание трупа.

7. Измеряют следующие параметры трупа (мягкой сантиметровой лентой, краниоциркулем):

длина тела - от наиболее выступающей части темени до подошвенной поверхности стоп;

размеры головы: длина окружности головы на уровне надбровных дуг и наружного затылочного бугра; большой косой размер – от подбородка до затылочного бугра; малый косой размер головы – от центра большого родничка до подзатылочной ямки; прямой размер головы – от переносицы до затылочного бугра; большой поперечный размер – между теменными буграми; малый поперечный 0 между самыми отдаленными концами венечного шва;

размеры туловища - ширина плечиков; окружность живота на уровне пупка; расстояние между большими вертелами бедренных костей, от мечевидного отростка и от лобка до основания пуповины (пупочного кольца).

9. Порядок исследования трупа определен соответствующим клиническим протоколом.

При **наружном исследовании** трупа также следует обратить внимание на:

- в каком виде обнаружен труп, во что упакован, наличие на нем одежды, ее вид, материал, размеры, имеющиеся повреждения, ярлыки, метки;

- наличие и состояние пуповины (отрезана, оборвана, влажная, сухая, тусклая, блестящая, перевязана или нет), ее длина, положение (не обвивает ли шею младенца), имеются ли у основания пуповины признаки демаркационной линии;

- наличие или отсутствие сыровидной смазки в естественных складках кожи и на поверхности тела;

- наличие и степень выраженности пушковых волос;

- наличие и локализация родовой опухоли;

- наличие первородного кала (мекония) в области заднего прохода;

- состояние естественных отверстий (для выявления в них инородных тел);

- наличие плаценты (детского места), ее целостность;

- посмертные изменения.

Также при наружном исследовании трупа обратить внимание на:

- наличие мигательной перепонки в глазной щели;

- состояние формы, эластичности и степени развития хрящей ушных раковин;

- правильность развития наружных половых органов, у мальчиков - опущение яичек в мошонку;

- состояние ногтей;
- для определения гестационного срока плода рекомендуется исследование ядер окостенения: в дистальном эпифизе бедра (38 недель), в большом рожке подъязычной кости (28 - 32 недели), пяточной и таранной кости (25 недель), грудине (21 - 24 недели), верхнем эпифизе плеча (41 - 42 недели); а также измерение длины бедренной кости;
 - на возможность внутриутробной мацерации (следствие асептического аутолиза трупа под влиянием околоплодных вод - отсутствие гнилостного запаха, равномерное распределение изменений кожного покрова, эпидермис слущивается пластами, обнажая собственно кожу равномерно буро-вишневого цвета, влажная, размягченная без типичной для гниения зеленоватой окраски);
 - на наличие признаков, связанных с развитием ребенка (правильного или неправильного, врожденные аномалии), ухода за ребенком, в частности, обезвоживания, состояния питания и т.п.

10. Изучение последа (плаценты, пуповины, оболочек) – проводить по следующей схеме: обратить внимание на форму *плаценты*, измерить ее диаметр (максимальный и минимальный), вес, толщину, отметить - цвет, состояние материнской поверхности (свертки крови при отслойке, грубая дольчатость при гемолитической болезни новорожденных), целостность всех долек или отсутствие некоторых из них, состояние плодной поверхности (помутнение, изменение окраски, кровоизлияния, абсцессы, гранулемы и др.), вид плаценты на разрезах (консистенция, кровенаполнение, инфаркты); длина *пуповины*, степень ее извитости, истинные узлы, кровоизлияния, надрывы, разрывы, отек, помутнение, характер прикрепления к плаценте (центральное, краевое, оболочечное); наличие и особенности *плодных оболочек* по краям детского места (утолщения, помутнения амниона, изменения его окраски и т.д.). Для гистологического исследования взять 4-6 кусочков плаценты шириной 1см, захватывающих всю ее толщину; несколько кусочков пуповины из плацентарного и плодного концов, из плодных оболочек вырезать полоску длиной 8 см, шириной не более 1 см с краем плаценты и спиралевидно свертывают ее амнионом кнаружи, плацентой внутрь.

10. Повреждения, посмертные и другие изменения исследовать и описать согласно требованиям соответствующего клинического протокола. Обратить особое внимание на наличие повреждений в области носа, рта, на слизистой оболочке полости рта, в областях «наказания» - уши, ягодицы, спина.

11. При возможности - повторный осмотр тела трупа на следующий день после вскрытия трупа (ценно для обнаружения ушибов мягких тканей).

12. Внутреннее исследование:

а) всегда начинать с вскрытия грудной и брюшной полостей для проведения плавательных проб (легочной, желудочно-кишечной), и во избежание искусственных кровоизлияний из переполненных кровью сосудов головного мозга и его оболочек, легко травмируемых посмертно;

б) фотографирование внутренней поверхности кожно-мышечных лоскутов;

в) разрезы с широким доступом на задней поверхности тела – на шее, спине, ягодицах и конечностях;

г) вскрытие грудной клетки удобнее проводить ножницами по костным частям ребер для более широкого открытия плевральных полостей;

д) исследовать пупочное кольцо со стороны брюшины – пупочная вена разрезается продольно, а пупочные артерии рассекаются поперечно; в случае обнаружения гнойного содержимого – изъять для бактериологического и бактериоскопического исследований;

ж) тщательное описание любых изменений органов и тканей;

з) осторожное удаление грудины во избежание повреждения тимуса, исследовать тимус на месте;

е) после удаления тимуса - вскрыть перикард, осмотреть легочные артерии и вены, полые вены, дугу аорты (для исключения аномалии их развития); в случае подозрения на наличие или обнаружения пороков развития – установить их характер;

ё) осмотреть кишечник и другие органы брюшной полости для установления врожденных пороков развития, обратить внимание состояние куполов диафрагмы;

и) внутренние органы должны быть взвешены.

к) при исследовании головы внимательно осмотреть и отметить состояние: кожных покровов и мягких тканей волосистой части головы и лица ребенка с полной их отсепаровкой и фиксацией характера, локализации, формы, размеров повреждений, в т.ч. «родовой опухоли»; состояние надкостницы и

л) костей черепа с указанием локализации области периостального застоя (ОПЗ), поднадкостничной гематомы (кефалогематомы); осмотреть правильность строения или наличие деформаций костей черепа, определить характер смещения костей черепа по швам относительно друг друга; размеры родничков по диагонали; целостность серповидного отростка и впадающих в продольный синус мозговых вен; извлекать головной мозг осторожно во избежание дополнительного его повреждения; извлеченный мозг целесообразно поместить в 10% раствор формалина для фиксации, взвешивают и исследуют головной мозг по обычным правилам; проводить обязательное гистологическое исследование головного мозга во всех случаях смерти детей;

м) после извлечения головного мозга вскрыть полости среднего уха, основной пазухи черепа, при наличии гноя в полости среднего уха – взять образцы для бактериоскопического и бактериологического исследований;

н) обязательное вскрытие позвоночного канала и исследование спинного мозга;

о) изъять кусочки от органов для гистологического исследования как минимум: головной мозг (кора, центральные извилины, подкорковая область – зрительный бугор со стенкой бокового желудочка, продолговатый мозг, варолиев мост); легкое - кусочки верхней и нижней доли, прикорневых и периферических отделов; сердце – не менее 2 кусочков (стенка левого и правого желудочков); тонкая кишка – подвздошная и тощая кишка; толстая кишка – прямая и сигмовидная; поджелудочная железа - головка, тело, хвост; слюнные железы – околоушные, подчелюстные; селезенка; почки; надпочечники; образцы грудинно-реберного сочленения на уровне 5-6 ребер, мышц – поясничной, четырехглавой мышцы (m.psoas, и m.quadriceps), диафрагмы; в случаях жестокого обращения с детьми (либо при подозрении) и наличии множественных повреждений взять образец каждого повреждения на гистологическое исследование.

13. При необходимости изъятие образцов для других лабораторных исследований (согласно требованиям соответствующих клинических протоколов), в том числе для микробиологического и бактериологического исследований. А также при необходимости изъять образцы органов и тканей от трупа новорожденного для проведения токсикологических исследований органов и тканей в случае подозрения на отравление или прием наркотических средств матерью.

14. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".

15. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

16. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.

17. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся причины смерти, механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-16

Особенности проведения экспертизы трупа в случае огнестрельных ранений

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).
2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.
3. Рентгенография трупа в одежде и без одежды, в зоне травмы, особенно в области входных и выходных повреждений, для поиска снаряда, определения его локализации.
4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.
5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов (порошинок, снарядов и их фрагментов, осколков, копоты и др.), мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.
6. Описание одежды согласно требованиям соответствующего клинического протокола. При этом обратить особое внимание на: характер повреждений, на локализацию и взаиморасположение повреждений на разных слоях одежды (плоскостное и пространственное распределение повреждений особенно важно при минно-взрывной травме); одежду измерить, ее фрагменты сопоставить. Также сопоставить повреждения на одежде и теле по локализации, количеству, характеру повреждений. После соответствующей обработки одежда передать органу (лицу), назначившему экспертизу.
7. Осмотр одежды следует начинать с ее общего обзора. До раздевания трупа нужно сравнить расположение пулевых отверстий в одежде с местом повреждений на теле. Если трупное окоченение незначительное, эксперт, изменяя положение трупа и добиваясь совпадения отверстий, может приблизительно установить позу пострадавшего в момент ранения. До раздевания следует отметить ввернутость или вывернутость волокон одежды по краю пулевых отверстий, т. к. при раздевании первоначальное их положение, позволяющее судить о направлении пулевого канала, может быть нарушено. Затем приступить к раздеванию трупа с изучением и описанием всех частей одежды в отдельности.
8. Место расположения каждого пулевого повреждения на одежде должно быть зафиксировано измерением расстояния от отверстия до определенных частей одежды (края, швы и т. д.), не менее двух опознавательных точек для каждого отверстия.
9. При осмотре пулевого отверстия на одежде должны быть отмечены следующие особенности: форма и размеры отверстия, ввернутость или вывернутость волокон (см. выше) и наличие дефекта ткани. Для установления последнего надо, расправив одежду, совместить края отверстия. При этом достаточно совместить концы волокон, торчащих из краев. Если такое совмещение не удастся (ткань в окружности собирается в складки), налицо дефект ткани, признак входного огнестрельного отверстия.
10. При наличии дополнительных разрывов одежды, отходящих от отверстия, каждый из них надлежит измерить. Особое внимание следует обратить на следы близкого выстрела в окружности пулевого отверстия (копоть, порошинки, действие газов).
11. Исследование повреждений на трупе: тщательно исследовать каждое повреждение и прилежащую область тела согласно требованиям клинического протокола А-10.
12. Определить входную и выходную раны, при исследовании обратить особое внимание на складки кожи, и области тела, покрытые густыми волосами.
13. Изобразить схематически и описать локализацию входной и выходной раны, включая следующие измерения от *центра огнестрельной раны*: расстояние до макушки головы (или от подошвы пятки) и до средней линии тела, третье расстояние - до соседнего анатомического образования (например, пупок, соски, вершина плеча, подвздошный

гребень и т.п.); при расположении повреждений на груди следует указать – сторону, уровень межреберья, ребер, анатомические линии.

14. Описать раневой канал (каналы) согласно требованиям соответствующего клинического протокола.

15. При множественных ранениях раны маркировать (использовать буквы, номера, при этом следует отметить, что «раны пронумерованы/маркированы в целях описания/или идентификации независимо от *хронологической их последовательности*»), проводить детальное фотографирование – следов копоти, пояска обтирания, штанц-марки, порошинки на поверхности и в глубине раны и др.

16. При описании множественных повреждений использовать один и тот же формат (порядок) изложения. Если множественные повреждения расположены близко друг от друга на каком-то участке, измерения производить из центра зоны их расположения.

17. Если несколько входных пулевых ран расположено близко друг от друга и невозможно различить направление раневых каналов в отдельности, следует отметить, что раны и раневые каналы сливаются, и невозможно точно оценить направление пулевого канала в теле.

18. В случае оказания медицинской помощи, проведения медицинских вмешательств и наличия признаков заживления травмы, подробно описать эти изменения.

19. Если поврежден позвоночный столб, исследовать и описать спинной мозг, описать наличие или отсутствие сегментарных ушибов спинного мозга.

20. Изъять кусочки органов и тканей с повреждениями для медико-криминалистического и при необходимости судебно-гистологического исследования.

21. Обнаруженные снаряды (пули или фрагменты пули, дробь, пыжи и т.п.) изъять вручную или при помощи неметаллического инструмента, сфотографировать, описать, измерить, упаковать соответствующим образом и передать следственным органам.

22. В случае подозрения на самоубийство обязательно измерить длину обеих рук от указательного пальца до подмышечной ямки. Исследовать ладонную поверхность кистей на металлизацию (методом цветных отпечатков).

23. Забор материала для последующих лабораторных исследований согласно требованиям соответствующих клинических протоколов.

24. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

25. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".

26. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.

27. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-17

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Особенности проведения экспертизы трупа в случае утопления

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).

2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.

3. Рентгенография трупа в одежде и без одежды (обратить внимание на шейный отдел позвоночника).

4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.

5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.

6. Описание одежды: в соответствии с требованиями соответствующего. При этом отметить степень ее влажности, характер загрязнения (нефтью, мазутом и т.д.), наличие в карманах тяжелых предметов (камни, песок, кирпичи и др.).

7. Вскрытие трупа проводить согласно требованиям соответствующего клинического протокола. При вскрытии не пользоваться водопроводной водой для обмывания органов.

8. При наружном исследовании трупа обратить внимание: на наличие внешних признаков утопления, признаков пребывания трупа в воде, в случаях обрастания водорослями – описать степень их распространения по поверхности тела (какие части тела покрыты водорослями) и общий вид водорослей (длина, толщина, цвет, консистенция, прочность связи с кожей), целесообразно изъять образец водорослей для проведения ботанического исследования.

9. Исследование повреждений: тщательно исследовать каждое повреждение согласно требованиям соответствующего клинического протокола.

10. При внутреннем исследовании трупа: обязательно вскрыть пазуху основной кости, полости среднего уха и барабанную перегородку для выявления признаков поступления среды утопления (воды и др.); тщательное исследование просвета трахеи и бронхов, пищевода, желудка, верхнего отдела кишечника, полости сердца – для установления наличия среды утопления.

11. Обязательное исследование мышц шеи (грудино-ключично-сосковых), груди и спины с целью выявления в них кровоизлияний.

12. Обязательное исследование грудного лимфатического протока с целью выявления лимфогемии.

13. Обязательное исследование шейного отдела позвоночника (особенно при подозрении на компрессионный перелом, вывихи целесообразно по методу В.А.Свешникова¹).

14. При необходимости проведение пробы на воздушную эмболию сердца (при асфиктическом типе утопления). Проба применима только на «свежем» трупе.

15. Забор материала для последующих лабораторных исследований в соответствии с требованиями клинических протоколов А-4 – А-8.

16. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".

17. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

18. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.

19. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся причины смерти, механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

¹ После кругового распила черепа, извлечения головного мозга, затылочная кость выпиливается так, чтобы остались неповрежденными 1 и 2 шейные позвонки и атланта-окципитальное сочленение. Для этого справа и слева, кнаружи от линии затылочно-височных швов, делают распилы, соединяющиеся между собой на скате Блюменбаха. Затем справа и слева от позвоночника распиливают 1 и 2 ребра, отступая на 1-2 см от их сочленений. После этого позвоночник со спинным мозгом пересекают по хрящу между 2 и 3 грудным позвонком и извлекают верхний отдел позвоночника. Выделенную часть позвоночника желательно, если есть возможность, предварительно рентгенологически исследовать в двух проекциях. Далее производят распил дуг и тел позвонков по выбору эксперта.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-18

Особенности проведения экспертизы трупа при поражении электричеством (молнией, техническим электричеством)

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).
2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.
3. Рентгенография трупа в одежде и без одежды.
4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.
5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.
6. Описание одежды: согласно требованиям соответствующего клинического протокола. При этом обратить внимание на наличие повреждений – разрывы, обгорание, оплавление металлических частей одежды и предметов в карманах; влажность одежды и обуви, характерные изменения на подошве обуви и др. При необходимости изъятие одежды для медико-криминалистического исследования.
7. Вскрытие трупа проводить по общепринятому клиническому протоколу.
8. При наружном исследовании трупа обратить внимание:
 - на наличие повреждений – «фигуры молнии», ожоги, опаление волос, электрометки на коже в местах контакта с проводником и предполагаемого выхода тока (обычно на стопах), на протяжении петли тока (сгибательных поверхностях крупных суставов рук и ног);
 - обязательное взятие кусочков кожи из всех подозрительных участков для гистологического исследования и исследования на наличие металлизации.
9. Тщательно исследовать каждое повреждение и прилегающую область тела согласно требованиям соответствующего клинического протокола.
10. При внутреннем исследовании трупа: обязательные дополнительные секционные разрезы для исследования скелетных мышц и костей по ходу тока; взятие кусочков внутренних органов для гистологического исследования.
11. Забор материала для последующих лабораторных исследований согласно требованиям соответствующих клинических протоколов.
12. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.
13. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".
14. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.
15. Сформулировать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся причины смерти, механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-19

Особенности проведения экспертизы трупа в случае смерти от воздействия низкой температуры

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).
2. Фотографирование трупа в одежде и без одежды: общая и детальная съёмка.

3. Рентгенография трупа (обязательная рентгенография головы замерзшего трупа в двух проекциях).
4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.
5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.
6. Описание одежды: в соответствии с требованиями клинического протокола А-11. Обратить внимание на степень ее влажности, соответствие времени года, тесная обувь, лыжные и иные крепления на ногах, участки примерзания одежды и др.
7. Вскрытие трупа проводить согласно требованиям соответствующего клинического протокола.
8. При наружном исследовании трупа обратить внимание: на позу трупа, на наличие сосулек льда у отверстий носа и рта, инея на ресницах (ценно при осмотре трупа на месте обнаружения трупа); на цвет кожи и трупных пятен; состояние мошонки и яичек; наличие участков отморожения на открытых и плохо защищенных участках тела; обязательно изъять кусочки кожи в местах ознобления и отморожения для гистологического исследования; пораженные участки отобразить на схеме. Описать повреждения согласно требованиям соответствующего клинического протокола.
9. При внутреннем исследовании трупа обратить внимание на: наличие мелких кровоизлияний на вершинах складок слизистой оболочки желудка (пятна Вишневого), степень кровенаполнения (переполнение кровью при переохладении) сердца, аорты, других крупных артериальных стволов и артерий внутренних органов, разницу цвета крови из левой и правой половины сердца, светло-красный цвет легких; взятие кусочков внутренних органов для гистологического исследования; кусочков печени и миокарда для определения гликогена; изъять поврежденные кости черепа для медико-криминалистического исследования (для отличия переломов черепа в результате замерзания головы от прижизненной травмы); взятие крови и мочи для определения этанола.
10. Забор материала для лабораторных исследований производить согласно требованиям соответствующих клинических протоколов.
11. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.
12. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".
13. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.
14. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся причины смерти, механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

К Л И Н И Ч Е С К И Й П Р О Т О К О Л А-20

Особенности проведения экспертизы трупа в случае смерти от воздействия высокой температуры

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).
2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.
3. Рентгенография трупа в одежде и без одежды (в целях идентификации личности в случае обугливания трупа и др.).
4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.

5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.

6. Описание одежды: в соответствии с требованиями клинического протокола А-11. сохранившиеся на трупе части одежды передать следователю, на ней могут оказаться остатки нефтепродуктов и др.

7. При наружном исследовании трупа с ожогами необходимо: тщательно исследовать каждое повреждение и прилежащую область тела согласно требованиям клинического протокола А-10. При этом обязательно отметить: расположение ожогов и их направление при ожогах жидкостями, пламенем, так как это может разъяснить обстоятельства их возникновения; нанести ожоги на схемы передней и задней поверхности тела с обозначениями отдельных степеней ожога; измерить площадь ожогов (можно пользоваться правилом "девяток": голова и шея - 9%; верхняя конечность - 9%; передняя поверхность туловища - 9% \times 2; задняя - 9% \times 2; бедро - 9%; голень со стопой - 9%; (можно измерять ладонью, равной 1,1% площади тела).

8. При внутреннем исследовании трупа: особое внимание следует обращать на характерное нередкое сочетание ожогов кожи и слизистой оболочки дыхательных путей (неглубокие очаги некроза на слизистой оболочке губ, языка, надгортанника, гортани); наличие копоти в дыхательных путях, пищеводе, желудке; провести гистологическое исследование органов, в том числе, легкие на жировую эмболию; кожу, печень и легкие на копоть; исследовать выжатую из легких жидкость на присутствие копоти; при ожогах пламенем исследовать кровь отдельно от левого сердца, бедренных сосудов для количественного определения окиси углерода; при быстрой смерти - смерти на месте, исследовать кровь и мочу на количественное содержание алкоголя; при подозрении на отравление направить внутренние органы на общий анализ; при инфекционных осложнениях провести бактериологическое исследование отделяемого ран, экссудатов, крови.

9. При обугливания трупа для определения групповых свойств изымать кусочки влажных неповрежденных глубоких мышц вблизи костей, например бедренных.

10. Забор материала для последующих лабораторных исследований согласно требованиям соответствующих клинических протоколов.

11. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

12. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".

13. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия (особенно в случае общего перегревания), клиническими данными в случае переживаемости ожогов.

14. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся причины смерти, механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-21

Особенности проведения экспертизы трупа в случаях странгуляционной асфиксии и других видов асфиксии

I. ПОВЕШЕНИЕ, УДАВЛЕНИЕ ПЕТЛЕЙ

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).

2. Фотографирование трупа – общая и детальная съемка (в одежде и после ее снятия, до и после мытья трупа и пр.).

3. Рентгенография трупа при необходимости (определение возраста, обнаружение переломов ребер и пр.).

4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены до вскрытия трупа.

5. Общий порядок вскрытия трупа определен требованиями соответствующего клинического протокола. В случае повешения обязательно измерить - длину трупа с вытянутой вверх рукой, окружность головы, шеи, расстояние от подошвы стоп до странгуляционной борозды.

6. При наличии на шее трупа петли скользящего вида ее распустить и снять с шеи. Если петля фиксированная, на противоположной от узла стороне прошить каждый виток петли дважды с расстоянием между прошивками 1-2 см, оставив длинную промежуточную часть нитки. Петлю (или ее витки) перерезать между местами прошивки, петлю снять, соответствующие нитки стянуть и связать, что сохраняет взаимное расположение витков. Петлю положить в конверт, опечатать и передать следователю.

7. При наружном исследовании трупа при описании странгуляционной борозды обратить внимание на:

- расположение: верхняя, средняя, нижняя трети шеи;
- замкнутость, незамкнутость - поверхность шеи, расстояние между окончаниями ветвей, куда открыт угол, образованный векторами ветвей;
- измерить расстояние от верхнего пограничного валика до подбородка, углов нижней челюсти, сосцевидных отростков, затылочного бугра;
- указать общее направление странгуляционной борозды;
- измерить глубину борозды на разных поверхностях шеи;
- измерить ширину борозды на разных поверхностях шеи;
- описать дно борозды: цвет, плотность на ощупь, наличие промежуточных валиков и кровоизлияний по их вершинам, наличие негативного отпечатка материала петли;
- указать выраженность верхнего и нижнего пограничных валиков, наличие кровоизлияний;
- вдавление или повреждения от действия узла;
- дополнительные повреждения кожных покровов в области борозды, направление смещения чешуек слущенного эпидермиса;
- из наиболее измененной части борозды вырезать кусочек кожи и провести пробу Бокариуса на ее прижизненность.

8. При внутреннем исследовании трупа (внутреннее исследование начать со вскрытия черепа, что вызовет обескровливание мягких тканей шеи, будет препятствовать возникновению натеков крови и даст возможность обнаружить кровоизлияния в проекции странгуляционной борозды) тканей и органов шеи, обратить внимание на:

- наличие кровоизлияний в подкожной клетчатке по ходу странгуляционной борозды;
- провести продольные разрезы нижних концов кивательных мышц для обнаружения кровоизлияний;
- по передней поверхности вскрыть общие сонные артерии, начало их главных ветвей, осмотреть их интиму и адвентицию;
- после удаления органов шеи осмотреть переднюю продольную связку позвоночника, где могут быть кровоизлияния;
- выделить и осмотреть подъязычную кость и щитовидный хрящ, при обнаружении переломов описать их морфологические особенности и локализацию кровоизлияний;
- вскрыть верхние стенки глазниц и осмотреть ретробульбарную клетчатку - кровоизлияния;

- на гистологическое исследование направить кусочки: из области странгуляционной борозды, бифуркации сонных артерий, лимфатические узлы подбородочной, подчелюстной и надключичной областей с соответствующей их маркировкой.

9. Забор материала для других лабораторных исследований произвести согласно требованиям соответствующих клинических протоколов.

10. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

11. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".

12. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.

13. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся причины смерти, механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

II. УДАВЛЕНИЕ РУКАМИ, ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

14. При наружном исследовании трупа описать:

- локализацию кровоподтеков и ссадин на шее относительно края и углов нижней челюсти, сосцевидных отростков, затылочного бугра, срединной линии шеи спереди или сзади;

- количество ссадин, их сгруппированность на каком-то участке, размеры, направление большего размера, направление выпуклости дугообразных, непрерывность или прерывистость ссадин, расстояние между ссадинами, их цвет, плотность, глубина, наличие и характеристика корочек, направление смещения чешуек слущенного эпидермиса;

- при наличии кровоподтеков они описываются по обычной схеме.

15. При внутреннем исследовании трупа обратить внимание и описать:

- наличие кровоизлияний в подкожной клетчатке, в мышцах в проекции кожных повреждений или вне их;

- переломы подъязычной кости, щитовидного или перстневидного хрящей, колец трахеи (сломанные объекты выделить и детально описать морфологические особенности для определения механизмов образования), кровоизлияния в области этих повреждений;

16. Обязательно вскрыть верхние стенки глазниц и осмотреть ретробульбарную клетчатку на наличие кровоизлияния.

III. ДРУГИЕ ВИДЫ АСФИКСИИ

17. При сдавлении груди, груди и живота обратить внимание на: сведения из протокола осмотра места происшествия (осмотр и описание сдавливающих труп предметов – части машин, конструкции и т.д., положение трупа по отношению к ним; на расположение трупных пятен, их соответствие положению трупа).

18. При наружном исследовании трупа обратить внимание на:

- расположение трупных пятен (их локализация в вышележащих отделах трупа от места сдавления свидетельствует о несоответствии времени наступления смерти к моменту придавливания тела, что может иметь место в случаях убийств с целью симуляции несчастных случаев - искусственно вызванные обрушения, завалы);

- наличие или отсутствие одутловатости, синюшности лица, кровоизлияний в кожу лица и в оболочку глаз (экхимотическая маска), верхней трети груди, указать степень их выраженности, отметить наличие отпечатков швов одежды и отдельных элементов (пуговиц, кнопок и т.д.), а также особенности тканей, которые фотографируются или зарисовываются;

- внимательно осмотреть глаза, отверстия ушей, носа, рта на предмет наличия инородных тел (песок, земля).

19. При внутреннем исследовании трупа обратить внимание на: переполнение полостей сердца темной кровью, мелкоочечные кровоизлияния в органах, увеличение в объеме и ярко-красный цвет легких с поверхности и на разрезе.

20. При закрытии рта и носа обратить внимание на: наличие кровоподтеков и поверхностных ссадин на коже лица, мелких инородных тел во рту. Тщательно осмотреть слизистую оболочку полости рта на предмет обнаружения повреждений (кровоподтеков, ссадин, ушибленных ран), образующихся вследствие придавливания губ к поверхности зубов, а также их прикусов.

21. При закрытии просвета дыхательных путей в результате аспирации сыпучих веществ: песка, цемента, муки и др., а также жидких сред как кровь, желудочное содержимое, на вскрытии обратить внимание на острое вздутие легких, нахождение желудочного содержимого в дыхательных путях. Обязательно гистологическое подтверждение диагноза.

22. В случае смерти от закрытия дыхательных путей инородными предметами (в результате застревания в голосовой щели, в полости гортани, в трахеи, в бронхах компактных инородных предметов) – при обнаружении в ротовой полости инородных тел отмечается их характер (кляпы: указать какой, рвотные массы, куски пищи), плотность и степень выпадения из ротовой полости (находится на уровне зубов, выступает за их линию, вытекают). При этом инородное тело не надо вытягивать из органов дыхания, следует вскрыть просвет дыхательных путей.

23. В случае смерти от асфиксии, обусловленной положением тела, препятствующим нормальному дыханию (позиционная асфиксия), помимо данных вскрытия трупа необходимо учитывать обстоятельства наступления смерти, положение тела, и т.п. факторы.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-22

Особенности проведения экспертизы трупа в случае транспортной травмы

I. Общая часть

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).

2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.

3. Рентгенография трупа в одежде и без одежды (в целях идентификации личности и др.).

4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.

5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.

6. Описание одежды проводить согласно требованиям соответствующего клинического протокола. При этом осмотр одежды следует начинать с ее общего обзора до раздевания трупа. После соответствующей обработки одежду передать органу (лицу), назначившему экспертизу.

7. Общий порядок вскрытия трупа определен соответствующим клиническим протоколом. При наружном исследовании трупа следует обратить внимание на: уровень расположения повреждений (от подошвенной поверхности стоп), наличие загрязнений, в

т.ч. горюче-смазочных веществ и др., являются ли повреждения, специфическими для конкретного вида транспортной травмы и т.д.

8. При внутреннем исследовании трупа: обязательным является исследование всего костного скелета для изучения особенностей повреждений (при необходимости исследовать повреждения на препаратах костей), зарисовать схематически расположение и направление линий и плоскостей перелома; обратить внимание на признаки общего сотрясения тела, при необходимости изъять кости скелета с переломами для исследования в лабораторных условиях. Исследование позвоночника и спинного мозга проводить по показаниям.

9. Забор материала для лабораторных исследований согласно требованиям соответствующих клинических протоколов.

10. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

11. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".

12. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.

13. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся причины смерти, механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

II. Специальная часть

14. В случае **автомобильной травмы** следует обратить внимание:

А) При исследовании одежды - на характер повреждений, на уровень расположения повреждений, особенно на наружном слое одежды, наличие и характер различных следов, загрязнений; наличие специфических следов действия автомобиля в виде отпечатков протектора, радиатора, ткани одежды и др. Одежду измерить, ее фрагменты сопоставить; тщательно осмотреть обувь, особенно подошвенную поверхность, при необходимости измерить высоту подошвы и каблуков. До раздевания трупа сопоставить повреждения на одежде и теле по локализации, количеству, характеру повреждений. Затем приступить к раздеванию трупа с изучением и описанием всех частей одежды в отдельности.

Б) При исследовании трупа: во всех случаях исследовать заднюю поверхность шеи, туловища, ягодиц и ног продольными глубокими разрезами, для выявления признаков ушиба в подлежащих тканях особенно при отсутствии наружных повреждений; обратить внимание на наличие специфических контактных повреждений (отпечатков протектора, радиатора, ткани одежды и др.); наличие характерных для автотравмы повреждений – бампер-переломы, повреждения в шейном отделе позвоночника по механизму «хлыста», множественных переломов ребер по нескольким анатомическим линиям (при переезде колесом), у водителя - наличие переломов грудины и ребер, повреждения в дистальных отделах нижних конечностей, и др. При обнаружении повреждений описать их месторасположение, указав расстояние от уровня подошв до нижнего края повреждения и от средней линии тела до внутреннего края повреждения, и соответствие повреждениям на одежде, описать характер повреждений (рана, ссадина, кровоподтек, перелом и т. п.), размеры и форму их, наличие или отсутствие признаков прижизненности повреждения; при наличии следов волочения или ссадин необходимо обратить внимание на расположение и направление обрывков эпидермиса на поверхности ссадин.

15. В случае **мотоциклетной травмы** обратить внимание на локализацию повреждений:

от удара частями движущегося мототранспорта у пешеходов - в области нижних конечностей, поясницы, таза, а у детей, в зависимости от роста ребенка, в области грудной клетки и головы;

у водителей и пассажиров мототранспорта - на внутренних, передних и наружных поверхностях нижних конечностей;

при столкновении мотоцикла со встречным транспортом – повреждения могут локализоваться в любой области тела, характеризуются обширностью и тяжестью, вплоть до грубых разрушений костей черепа, головного мозга и др.;

повреждения от удара рулевым управлением у взрослого человека локализуются в области поясницы и живота;

повреждения от удара выступающими частями коляски располагаются в области таза, от удара подножкой мотоцикла и коляски - в нижней трети голени и в области голеностопных суставов.

16. В случае **железнодорожной травмы** следует обратить внимание:

А) при наружном исследовании – на наличие и степень интенсивности загрязнения смазочными веществами (мазутом, углем, шлаком и другими материалами балластного слоя пути, антисептиками, которыми пропитаны шпалы) одежды, тела трупа, области повреждений;

Б) на специфические следы и повреждения одежды (грязе-пылевые, маслянистые отпечатки) и на механические повреждения ткани одежды (разрывы, вдавления), в которых могут быть отображены контуры и структура частей, их причинивших (нижний край и нижняя подножка сбрасывателя, бордюрный пояс, фара, буферный стержень, гайки, замыкающая часть сцепного механизма и др.); на характер повреждений - рельефные ссадины, кровоизлияния, ушибленные раны; на костях свода черепа - дырчатые и вдавленные переломы, полностью повторяющие контуры и размеры воздействующих поверхностей; наличие по краям и в глубине повреждений следов маслянистых веществ, мазута, краски, которые необходимо брать и направлять на исследование в соответствующие лаборатории;

В) дифференцировать по механизму образования следы и повреждения на одежде и теле, возникшие от удара по телу частями движущегося железнодорожного состава; от удара и трения тела о железнодорожные пути при падении на них в результате отбрасывания.

Г) при переезде колесами железнодорожного транспорта – тщательно исследовать и описать специфические и характерные повреждения тела и одежды (которые образуются в результате сдавления и размозжения тканей в сочетании с ножницеобразным разделяющим действием колесного гребня (реборды) с одной стороны и рельса с другой, а также трения о полотно железнодорожного пути при волочении тела) для установления - факта переезда колесом железнодорожного транспорта, положение жертвы на рельсах, место первичного соприкосновения колеса с телом, направление переезда;

Д) описать специфические повреждения:

Т-образная ссадина в месте начала полосы давления, возникшую от первичного "щипка" колеса; размятие мягких тканей, разрушение костей и внутренних органов в области полосы давления;

полосы давления и участки обтирания на одежде в виде следов наложения смазочных веществ;

участки обтирания по краям полосы давления в виде осадненной поверхности с множеством дугообразных ссадин, надрывов и разрывов кожи, возникающие от воздействия боковых поверхностей колесного диска;

полное и неполное разделение туловища, отделение головы от туловища, отделение конечностей, разделение тела на множество частей с размятием и разрушением мягких тканей, внутренних органов, раздроблением костей соответственно уровню разделения тела;

угловидные лоскуты по краям кожи в месте разделения, вершины которых обращены в сторону направления движения колеса;

клиновидные дефекты вследствие разрушения и выброса мягких тканей и костей в зоне переезда, расположенные на поверхности конечности, обращенной к вращающемуся колесу;

спиралевидные и продольные лампасовидные разрывы кожи конечностей большой протяженности с раздроблением длинных трубчатых костей на значительной площади; разрывы изнутри апоневрозов, фасций, мышц, кожи, подкожно жировой клетчатки соответственно полосам давления;

разрывы диафрагмы, кожи шеи, промежности и других областей и выдавливание через них поврежденных внутренних органов;

следы волочения с многочисленными повреждениями (спиливание мягких тканей до костей, полным отрывом конечности и отдельных частей тела, срыванием одежды и превращением ее в лоскуты) и загрязнениями элементами балластного слоя пути, смазочными веществами.

Е) при расчленении трупа на несколько частей - после установления принадлежности доставленных частей одному лицу приступить к поиску специфических, характерных и нехарактерных следов и повреждений для железнодорожной травмы на всех представленных частях; принять меры по реставрации трупа;

Ё) лабораторные исследования - для определения прижизненности и давности повреждений на каждой части тела трупа, взять образцы тканей для гистологического исследования; образцы тканей для определения групповой принадлежности; образцы тканей для судебно-химического исследования – на наличие алкоголя и др.

Ж). Исследование трупов лиц, погибших от травмы при падении с движущегося железнодорожного состава, получивших травмы при сдавливании между вагонами, а также внутри вагонов при железнодорожных катастрофах, и других видах травмы, проводится по общим правилам.

К Л И Н И Ч Е С К И Й П Р О Т О К О Л А-23

Особенности проведения экспертизы трупа в случае авиационной травмы

1. Ознакомление с обстоятельствами летного происшествия и поставленными перед экспертом вопросами; данными осмотра места происшествия (катастрофы) и др. сопроводительными документами.

2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.

3. Рентгенография трупа (частей трупа) в одежде и без одежды, дистальных отделов конечностей (кисти, стопы) пилотов - в двух взаимно перпендикулярных проекциях.

4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.

5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.

6. Тщательное исследование и описание одежды, обуви и снаряжения проводить согласно требованиям соответствующего клинического протокола. Обратить внимание на наличие первичных следов, образовавшихся в воздухе или в момент удара самолета о землю. Их необходимо выявлять и изучать на фоне вторичных повреждений, возникающих при взрыве или пожаре. На первичность следов могут указывать следующие признаки:

а) наличие механических и термических повреждений, проникающих через все слои одного и того же участка одежды снаряжения;

б) совпадение локализации повреждений одежды и снаряжения с травмами тела;

- в) односторонняя локализация повреждений;
 - г) совпадение формы и размеров следообразующих поверхностей (педалей, рычагов)
- с повреждениями на обрывках и фрагментах одежды, обуви и снаряжения;
- д) наличие на одежде признаков инерционного воздействия привязных ремней.

7. Судебно-медицинское исследование трупов (останков): общий порядок вскрытия трупа определен соответствующим клиническим протоколом. При этом следует учесть повреждающие факторы и соответствующий характер повреждений:

- а) динамические и ударные перегрузки;
- б) встречный поток воздуха (встречный поток воздуха при больших скоростях полета -1000 км/час и более, обладает свойствами твердого тела);
- в) взрывная декомпрессия;
- г) термический фактор;
- д) токсические продукты горения и пиролиза;
- е) атмосферное электричество (молния);
- ё) тупые предметы, расположенные внутри кабины;
- ж) взрывная волна;
- з) наружные части самолета;
- и) работающие двигатели;

8. При исследовании трупа обратить внимание на признаки, позволяющие решить вопросы:

- а) установление характера, механизма, последовательности, а также прижизненности возникновения телесных повреждений;
- б) установление положения тела и позы, в которой находились летчик и другие члены экипажа в момент травмы, определение основного направления травмирующего воздействия;
- в) определение признаков прижизненного или посмертного воздействия на экипаж пламени и продуктов горения;
- г) выяснение возможного воздействия на летчика и членов экипажа каких-либо неблагоприятных факторов во время выполнения полета (перегрузок, резких перепадов барометрического давления, кислородного голодания и др.);
- д) установление признаков, указывающих на попытку летчика и других членов экипажа покинуть самолет;
- е) оценка состояния здоровья летчика и других членов экипажа перед полетом и во время полетов, выявление заболеваний и возможности внезапного их проявления в полете, установление наличия этилового алкоголя в тканях и органах трупа или останках;
- ё) определение причины и времени наступления смерти;
- ж) идентификация трупов, установление принадлежности останков конкретному лицу.

9. При наружном исследовании трупа особое внимание уделить выявлению первичных повреждений кожных покровов. Это могут быть:

- а) ссадины в виде отпечатков рельефа или складок белья;
- б) ссадины, кровоподтеки и ушибленные раны на кистях и стопах от ударов о рычаги и педали управления и рядом расположенные детали кабины;
- в) кожные раны других частей тела с осадненными кровоподтечными краями;
- г) полосовидные ссадины и кровоподтеки в местах воздействия привязных ремней.

10. Обратить внимание также на запах, исходящий от трупа или останков, явления мацерации кожи нефтепродуктами, имеющие некоторое внешнее сходство с ожогами, но не носящие прижизненного характера.

11. При внутреннем исследовании трупа определить: локализацию, характер и распространенность повреждений мягких тканей, внутренних органов и скелета, признаки прижизненного или посмертного происхождения повреждений, продолжительности жизни после травмы и т.д.

12. При исследовании трупов (останков) членов экипажа, особенно пилотов, тщательно исследовать внутренние органы с целью установления морфологических признаков скрыто протекавших заболеваний; обратить внимание на наличие у пилотов - специфических повреждений дистальных отделов верхних и нижних конечностей, в основном кистей и стоп, находящихся на органах управления самолетом, а также характер переломов длинных трубчатых костей, связанный с передачей энергии вдоль выпрямленных нижних конечностей.

13. Провести детальное исследование костных повреждений. При необходимости проводить исследование на препаратах костей

14. Особое внимание уделить изучению повреждений на оторванных отделах конечностей (кистях, стопах), на которых могут сохраниться повреждения, характерные для воздействия на них функциональных деталей внутреннего устройства кабины летчика (педалей, рычагов, штурвала и др.).

15. Как следствие резкого перепада давления у летчика и членов экипажа (пассажиров, десанта) может возникнуть баротравма легких и слухового аппарата, а также газовая эмболия. Обеспечить выполнение соответствующих проб.

16. При расчленении трупа на несколько частей - после установления принадлежности доставленных частей одному лицу приступить к поиску специфических, характерных и нехарактерных следов и повреждений для авиационной травмы на всех представленных частях; принять меры по реставрации трупа. Если для исследования доставлены останки трупа в виде лоскутов кожи, костных отломков, обрывков мышц и сухожилий, фрагментов внутренних органов, их необходимо рассортировать на отдельные однородные группы, по возможности определить принадлежность к определенным областям тела.

17. Забор материала для последующих лабораторных исследований в соответствии с требованиями клинических протоколов А-4 – А-7.

18. Сформулировать судебно-медицинский диагноз. При формулировании диагноза следует отражать очередность возникновения повреждений в последовательности воздействия повреждающих факторов. Это означает, что вначале необходимо указывать все первичные (прижизненные) повреждения, а затем вторичные (посмертные). Следует при этом учитывать, что нередко вторичные повреждения (например, при взрыве самолета) могут по своей тяжести значительно превышать объем повреждений, возникающих при первичной травме (столкновении самолетов в воздухе, падении самолета на землю).

19. Составить протокольную часть "Заклучения эксперта".

20. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований, изучение документации на погибших членов экипажа и др. материалов. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия. При необходимости использовать: ознакомление с авиационной техникой, консультацию у соответствующих специалистов о положении, позе и действиях членов летного экипажа, летный эксперимент на земле и в полете.

21. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений, причины смерти и др.), оформить "Заклучение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-24

Особенности проведения экспертизы трупа в случае смерти от отравления

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.), медицинской документацией и следственными материалами об обстоятельствах происшествия.

2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.
3. Рентгенография трупа в одежде и без одежды (в целях идентификации личности и др.).
4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.
5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.
6. Описание одежды проводить согласно требованиям соответствующего клинического протокола. При этом осмотр одежды следует начинать с ее общего обзора. Обратить особое внимание на следы и наложения на одежде. После соответствующей обработки одежду передать лицу (органу), назначившему экспертизу.
7. При наружном исследовании трупа следует обратить внимание на: следы действия прижигающих веществ, своеобразный цвет трупных пятен, степень выраженности трупного окоченения, на размеры зрачков; необходимо тщательно осмотреть кожные покровы трупа для обнаружения следов от укусов, свидетельствующих о возможном подкожном, внутримышечном или внутривенном введении яда (наркотики).
8. При внутреннем исследовании трупа следует обратить внимание на: цвет крови (на светлом фоне, на фоне вещества головного мозга), исходящий от органов запах, степень кровенаполнения, выраженность рисунка строения органов и др.; на характерные изменения органов в зависимости от путей введения и выведения ядов.
9. Забор материала для последующих лабораторных исследований согласно требованиям соответствующих клинических протоколов. При этом на основе всестороннего изучения всех имеющихся данных об отравлении и ядовитом веществе, которым оно могло быть вызвано (сведения об обстоятельствах происшествия, клиническая и секционная картина) четко сформулировать задание судебному химику. Оно может быть в следующих вариантах:
 - а) произвести исследование на определенное вещество (например, на метиловый спирт, на дихлорэтан, на ртуть и т.д.);
 - б) произвести исследование на ядовитые вещества одной какой-то группы (например, на "летучие" органические соединения, на пестициды и т.д.);
 - в) произвести полный (общий) судебно-химический анализ.
10. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.
11. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".
12. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.
13. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся механизма, условий и обстоятельств происхождения отравлений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-25

Особенности проведения экспертизы трупа в случае падения с высоты

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).
2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.
3. Рентгенография трупа в одежде и без одежды (в целях идентификации личности и др.).
4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.

5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.
6. Описание одежды: согласно требованиям соответствующего клинического протокола.
7. При наружном исследовании трупа необходимо тщательно исследовать каждое повреждение и прилежащую область тела согласно требованиям соответствующего клинического протокола. При этом обратить внимание на: наличие *местных* (в месте соударения - непосредственного действия ударного травматического воздействия) и *отдаленных* повреждений (общее сотрясение тела, его сгибание, разгибание, вращение или сжатие, являющиеся прямым следствием удара о поверхность приземления).
8. При внутреннем исследовании трупа следует обратить внимание: на преобладание количества и тяжести внутренних повреждений над наружными, на характер повреждений, их локализацию, взаиморасположение, на вид деформации в костных повреждениях (особенно костей черепа) и др.
9. Забор материала для последующих лабораторных исследований в согласно требованиям соответствующих клинических протоколов.
10. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.
11. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".
12. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.
13. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся причины смерти, механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-26

Особенности проведения экспертизы трупа в случае смерти от воздействия различных видов лучистой энергии

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).
2. При исследовании трупов лиц, погибших от воздействия лучистой энергии медицинский персонал обязан соблюдать специальные меры безопасности. Обязателен дозиметрический контроль, являющийся не только мерой предосторожности, но и важным диагностическим приемом обнаружения инкорпорированных радиоактивных веществ.
3. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.
4. Рентгенография трупа в одежде и без одежды (в целях идентификации личности и др.).
5. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.
6. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.
7. Описание одежды проводить в соответствии с требованиями соответствующего клинического протокола.
8. Общий порядок вскрытия трупа определен соответствующим клиническим протоколом.
9. При наружном исследовании трупа следует обратить внимание на: резкое общее истощение и наличие пролежней; множественные кровоизлияния в коже и

слизистых оболочках, атрофию и слущивание эпидермиса, атрофию волосяных фолликулов и сальных желез; в полости рта - выраженное разрыхление десен, некроз и пропитывание кровью слизистой оболочки; серо-грязный цвет и фибриновый налет на небных миндалинах); на местные лучевые поражения (термин "местное повреждение" следует считать условным, так как при воздействии радиации даже на ограниченные участки тела или органа реагирует весь организм) – эритема, сухой или мокнувший эпидермит, лучевые «ожоги» (вид в зависимости от стадии: период гиперемии и начала отека, период образования пузырей, некроза и период заживления, формирование длительно не заживающих язв).

10. При внутреннем исследовании трупа следует обратить внимание на: признаки *нарушений деятельности так называемых критических органов* вследствие их особой радиочувствительности или преимущественного накопления в них радиоизотопа - *щитовидная железа* (радиоактивный йод), *костный мозг*, степень выраженности нарушения кровообращения, дистрофических изменений в органах, множественные очаги некроза в органах с воспалительными процессами, состояние органов кроветворения, лимфатических узлов; наличие осложнений - сепсиса, признаков профузных кровотечений, перфорации полостных органов, малигнизации поврежденных облучением тканей (лучевой рак, саркома).

11. Забор материала для последующих лабораторных исследований в соответствии с требованиями клинических протоколов А-3 – А-7.

12. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.

13. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".

14. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия.

15. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся физической характеристики излучения; какова доза энергии, поглощенной всем телом или отдельными его частями; когда произошло облучение; механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений и др.), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ А-27

Особенности проведения экспертизы трупа в случае смерти от колебаний (повышения/понижения) атмосферного давления

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановление, протокол осмотра места обнаружения, медицинские документы и пр.).

2. Фотографирование трупа в одежде: общая и детальная съёмка.

3. Рентгенография трупа в одежде и без одежды (в целях идентификации личности и др.).

4. Убедиться, что фотографирование и рентгенография произведены.

5. Изъятие образцов наложений с одежды и других объектов, по показаниям - мазков и выделений, образцов волос, подногтевого содержимого и т.п. для последующего лабораторного исследования.

6. Описание одежды проводить согласно требованиям соответствующего клинического протокола. После соответствующей обработки одежду передать органу (лицу), назначившему экспертизу.

7. После проведения рентгенографии грудной клетки, сердца обязательно провести пробу на газовую эмболию.

8. Общий порядок вскрытия трупа определен соответствующим клиническим протоколом. Вскрытие трупа проводить как можно раньше.
9. Забор материала для последующих лабораторных исследований согласно требованиям соответствующих клинических протоколов. Проведение гистологического исследования обязательно.
10. Сформулировать судебно-медицинский диагноз.
11. Составить протокольную часть "Заключения эксперта".
12. Анализ полученных результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований. При этом обязательно сопоставить полученные результаты вскрытия с обстоятельствами происшествия (смерть от колебаний атмосферного давления в практике встречается редко, ее нужно учитывать при водолазных работах (кессонная болезнь), занятиях подводным спортом, при катастрофах с самолетами, летевшими на большой высоте, при подъемах в горы (горная болезнь), занятиях, тренировках, лечебных процедурах в барокамерах, при взрывных работах, местное действие высокого давления встречается и при работах со сжатым воздухом).
13. Сформулировать и обосновать "Выводы" (ответить на вопросы, касающиеся механизма, условий и обстоятельств происхождения повреждений), оформить "Заключение эксперта" (таблицы, схемы, фотографии).

1.2. Национальные клинические протоколы производства экспертизы живого лица

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ В-1

Методика и порядок проведения судебно-медицинской экспертизы (исследования) живого лица

Методика проведения судебно-медицинской экспертизы (исследования) живых лиц во многом определяется целью и задачами экспертизы.

Последовательность работы эксперта при каждой экспертизе (исследовании) живого лица является следующей:

1. Ознакомление с направлятельными документами (определением, постановлением о назначении экспертизы), изучение обстоятельств дела (травмы и др.).

2. Удостоверение личности потерпевших.

3. Исследование медицинских документов.

4. Опрос подэкспертного лица (сбор анамнеза);

5. Получение объективных данных – осмотр свидетельствуемого лица.

6. При необходимости направление на дополнительные исследования (к врачам-специалистам, лабораторные, инструментальные исследования и др.).

7. Получение необходимой дополнительной документации.

8. Составление и оформление экспертного документа (в том числе таблицы, схемы, фотографии).

9. При судебно-медицинской экспертизе (исследовании) живых лиц по поводу причинения телесных повреждений в “Заключении” (Акте...) судебно-медицинский эксперт в заключении обязан отразить:

а) характер повреждения;

б) чем причинено данное повреждение;

в) каков механизм его образования;

д) давность причиненного повреждения;

г) степень тяжести повреждения.

10. При производстве экспертизы по поводу половых состояний и половых преступлений руководствоваться пунктами соответствующих разделов Правил СМЭ живых лиц.

11. «Заключение эксперта» состоит из трех частей – введения, исследовательской части и выводов.

Во введении указывается наименование учреждения и его адрес, где и когда произведена экспертиза (исследование), на основании каких документов она (оно) проводится и кем (фамилия, имя, отчество эксперта, образование, специальность, ученое звание, занимаемая должность, стаж работы);

фамилия, имя отчество, возраст, профессия, место жительства свидетельствуемого лица, а также данные из документов, удостоверяющих личность. В этой же части документа указываются и лица, в присутствии которых проведена экспертиза (исследование), а затем вопросы, поставленные на ее разрешение. Кроме того, во введении приводятся следственные данные и сведения об обстоятельствах травмы (происшествия) со слов свидетельствуемого или сопровождающих его лиц.

В исследовательскую часть вносят данные объективного исследования с указанием локализации повреждений, их характера и других индивидуальных особенностей. Выявленные повреждения описывают и при необходимости фотографируют.

В выводах эксперт обязан ответить на все вопросы, поставленные на разрешение, и дать научно обоснованные, мотивированные суждения.

12. Заключение заверяется подписью эксперта и печатью судебно-медицинского экспертного учреждения, в котором проводилась экспертиза.

Оформленное заключение выдается или высылается только лицу (органу), назначившему экспертизу.

1.3. Национальные клинические протоколы производства повторных, комиссионных и комплексных экспертиз

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ С-1

Порядок проведения повторной судебно-медицинской экспертизы

1. Ознакомление с сопроводительными документами и представленными на исследование материалами.

2. Регистрация повторной экспертизы.

3. Подготовительный этап: руководителем учреждения или подразделения формируется экспертная комиссия и назначается эксперт (докладчик по делу).

Эксперт – докладчик по делу:

- знакомит каждого члена комиссии с постановлением (определением) о назначении экспертизы и объектами, поступившими для исследования;

- определяет последовательность исследования объектов, представленных на экспертизу с применением соответствующих экспертных методов;

- осуществляет связь с руководителями учреждений (подразделений), сотрудники которых являются членами экспертной комиссии и специалистами, не являющихся сотрудниками экспертного учреждения;

- контролирует срок производства экспертизы и координирует выполнение программы исследований;

- организует ознакомление членов комиссии с ходом и промежуточными результатами исследований;

- осуществляет координацию итогового совещания комиссии экспертов при оценке результатов всех исследований, их обобщении и формулировании общего вывода (выводов);

- сообщает руководителю экспертного учреждения о действиях члена комиссии, не согласующихся с общей программой исследований или нарушающих их последовательность;

- составляет проект заключения или проект сообщения о невозможности дать заключение.

4. На исследовательском этапе:

проводятся самостоятельные и (или) совместные исследования, ход исследования отражается в соответствующих разделах исследовательской части заключения с указанием фамилий экспертов (какие исследования, в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел).

При этом излагаются фактические данные в логической последовательности:

- основание для возбуждения уголовного дела, свидетельские показания и пр. материалы дела, отражающие обстоятельства случая;

- данные из медицинских документов из первоисточников;

- данные предыдущих судебных экспертиз с подробными реквизитами (на каком основании, в каком судебно-экспертном учреждении, кем исполнена экспертиза, перечень решаемых вопросов, исследованных документов, результаты проведенных экспертных исследований, выводы);

- результаты исследований, проведенных экспертной комиссией (обследование свидетелеваемого лица, вещественных доказательств, исследование эксгумированного трупа и пр.).

5. Обобщение и оценка результатов исследований на итоговом совещании комиссии. Результаты отражаются в конце исследовательской части заключения.

6. Сформулировать и обосновать общие выводы.

В случае возникновения разногласий между экспертами комиссия экспертов составляет и представляет лицу (органу) назначившему экспертизу, одно заключение. Приводятся выводы, к которым пришел каждый из членов комиссии экспертов, излагаются причины расхождения экспертов в оценке полученных результатов.

Если в ходе исследований не было получено данных, достаточных для решения вопроса (вопросов), поставленного на разрешение экспертизы, формулируется общий вывод о невозможности решения вопроса с обоснованием причин.

В выводах должны быть отражены оценочные суждения относительно предыдущих экспертиз: о правильности избранной методики, целесообразности ее применения в конкретном случае; полноте исследований, о возможных причинах недостатков в экспертной работе.

7. Оформить "Заключение экспертов", приложения к нему (в виде иллюстрационных материалов - таблицы, схемы, фотографии, подписанные составившими их экспертами, заверенные печатью того учреждения, где они были подготовлены).

8. Заключение экспертизы направить лицу (органу), назначившему экспертизу.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ С-2

Порядок проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы

1. Ознакомление с сопроводительными документами и представленными на исследование материалами.

2. Регистрация комиссионной экспертизы.

3. Подготовительный этап: руководителем учреждения или подразделения формируется экспертная комиссия и назначается эксперт - докладчик по делу.

Эксперт – докладчик по делу:

знакомит каждого члена комиссии с постановлением (определением) о назначении экспертизы и объектами, поступившими для исследования;

определяет последовательность исследования объектов, представленных на экспертизу с применением соответствующих экспертных методов;

осуществляет связь с руководителями учреждений (подразделений), сотрудники которых являются членами экспертной комиссии и специалистами, не являющимися сотрудниками экспертного учреждения;

контролирует срок производства экспертизы и координирует выполнение программы исследований;

организует ознакомление членов комиссии с ходом и промежуточными результатами исследований;

осуществляет координацию итогового совещания комиссии экспертов при оценке результатов всех исследований, их обобщении и формулировании общего вывода (выводов);

- сообщает руководителю экспертного учреждения о действиях члена комиссии, не согласующихся с общей программой исследований или нарушающих их последовательность;

- составляет проект заключения или проект сообщения о невозможности дать заключение.

4. На исследовательском этапе:

проводятся самостоятельные и (или) совместные исследования,

ход исследования отражается в соответствующих разделах исследовательской части заключения с указанием фамилий экспертов (какие исследования, в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел).

При этом излагаются фактические данные в логической последовательности:

основание для возбуждения уголовного дела, свидетельские показания и пр. материалы дела, отражающие обстоятельства случая;

данные из медицинских документов из первоисточников;

данные предыдущих судебных экспертиз с подробными реквизитами (на каком основании, в каком судебно-экспертном учреждении, кем исполнена экспертиза, перечень решаемых вопросов, исследованных документов, результаты проведенных экспертных исследований, выводы);

результаты исследований, проведенных экспертной комиссией (обследование свидетелеваемого лица, вещественных доказательств и пр.).

5. Обобщение и оценка результатов исследований на итоговом совещании комиссии. Результаты отражаются в синтезирующем разделе исследовательской части заключения.

6. Сформулировать и обосновать общие выводы.

В случае возникновения разногласий между экспертами, комиссия экспертов составляет и представляет лицу (органу), назначившему экспертизу, одно заключение. Приводятся выводы, к которым пришел каждый из членов комиссии экспертов, излагаются причины расхождения экспертов в оценке полученных результатов.

Если в ходе исследований не было получено данных, достаточных для решения вопроса (вопросов), поставленного на разрешение экспертизы, формулируется общий вывод о невозможности решения вопроса с обоснованием причин.

В выводах должны быть отражены, в частности:

При экспертизе определении степени утраты трудоспособности:

характер телесных повреждений, полученных в связи с конкретным случаем;

как протекал травматический процесс с учетом фоновых заболеваний, последствий предыдущих травм, и как они повлияли на течение и исход травмы;

какие конкретно наступили последствия телесных повреждений, по поводу которых проводится судебно-медицинская экспертиза;

обосновать вывод о степени утраты трудоспособности, делая ссылки на соответствующие статьи действующих нормативно-правовых документов;

указать сроки переосвидетельствования (при необходимости).

При экспертизе определения состояния здоровья:

верифицированный диагноз с указанием конкретной нозологической формы болезни (травмы), установленный экспертной комиссией;

нуждается ли испытуемое лицо на момент производства экспертизы в лечении, если да, то конкретно – каком (стационарном либо амбулаторном), какова его продолжительность (ориентировочная), рекомендовать сроки повторного освидетельствования по окончании лечения.

При экспертизе в случае профессиональных правонарушений медицинских работников:

а) суждение о характере фактически имевшей место у пациента патологии; о характере медицинской помощи, в которой нуждаются пациенты с подобной патологией; о типичном исходе подобной патологии при своевременном и правильном (надлежащем) оказании медицинской помощи;

б) вывод о наличии или отсутствии нарушений в действиях (или бездействии) медицинских работников при оказании медицинской помощи.

При этом в соответствующем выводе обязательно отразить: характер совершенного неправильного действия, факт несоответствия его установленным правилам оказания медицинской помощи (в обоснование следует указать конкретные правовые нормы - клинических протоколов оказания медицинской помощи, правил, инструкций, должностных обязанностей и т.п.), лицо (конкретный медицинский работник или работники), совершившее это действие (бездействие).

Если медицинская помощь была оказана надлежащим образом, действия медицинского работника были правильными и в полной мере соответствовали установленным правилам оказания медицинской помощи, это должно быть отражено в соответствующем выводе со ссылкой на конкретный нормативно-правовой акт (акты), регламентирующий оказание медицинской помощи при подобной патологии, и/или функциональные обязанности (должностные инструкции), нарушения норм которых в действиях медицинских работников не установлено.

в) Разрешение вопросов *о характере и сущности неблагоприятного исхода (вредных последствий)* медицинской помощи, а именно: о причине смерти; о характере и степени вреда, причиненного здоровью пациента, о причинно-следственных связях между нарушениями, допущенными при оказании медицинской помощи, и наступившими вредными последствиями.

г) Разрешение вопроса о наличии у медицинского работника *реальной возможности* оказать больному необходимую медицинскую помощь либо отсутствию таковой *возможности оказать больному медицинскую помощь*.

д) Разрешение вопроса о возможности либо невозможности *предвидения медицинским работником наступления вредных последствий* в результате своих неправильных действий (бездействия).

е) В случае выявления дефектов оказания медицинской помощи направляется информация в соответствующие органы здравоохранения.

7. Оформить "Заключение экспертов", приложения к нему (в виде иллюстрационных материалов - таблицы, схемы, фотографии, подписанные составившими их экспертами, заверенные печатью того учреждения, где они были подготовлены).

8. Заключение экспертизы направить лицу (органу), назначившему экспертизу.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ С-3

Порядок проведения комплексной экспертизы

1. Ознакомление с сопроводительными документами и представленными на исследование материалами.

2. Экспертное заключение или сообщение о невозможности дать заключение оформляет ведущее судебно-экспертное учреждение

3. Регистрация комплексной экспертизы в каждом судебно-экспертном учреждении.

4. Подготовительный этап: руководителем ведущего подразделения формируется экспертная комиссия и назначается эксперт - докладчик по делу.

5. Определяется общая программа исследований, что отражается в вводной части заключения.

6. Эксперт – докладчик по делу:

знакомит каждого члена комиссии с постановлением (определением) о назначении экспертизы и объектами, поступившими для исследования;

определяет последовательность исследования объектов, представленных на экспертизу с целью получения наиболее полной информации и с учетом возможного

повреждения объектов исследования в результате применения соответствующих экспертных методов;

осуществляет связь с руководителями судебно-экспертных учреждений (подразделений), сотрудники которых являются членами экспертной комиссии, но не являются сотрудниками экспертного учреждения;

руководит совещанием комиссии экспертов при разработке общей программы исследований;

контролирует срок производства экспертизы и координирует выполнение программы исследований;

организует ознакомление членов комиссии с ходом и промежуточными результатами исследований;

осуществляет координацию итогового совещания комиссии экспертов при оценке результатов всех исследований, их обобщении и формулировании общего вывода (выводов);

сообщает руководителю экспертного учреждения о действиях члена комиссии, не согласующихся с общей программой исследований или нарушающих их последовательность;

составляет проект заключения или проект сообщения о невозможности дать заключение.

7. На исследовательском этапе: проводятся самостоятельные и (или) совместные исследования, ход исследования отражается в соответствующих разделах исследовательской части заключения с указанием фамилий экспертов (какие исследования, в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел).

8. Обобщение и оценка результатов исследований на итоговом совещании комиссии. Результаты отражаются в конце исследовательской части заключения. Здесь же указывается обоснование общего вывода (выводов) по результатам исследований, проведенных экспертами различных специальностей.

9. Сформулировать и обосновать общие выводы.

10. В случае возникновения разногласий между экспертами, комиссия экспертов составляет и представляет лицу (органу), назначившему комплексную экспертизу, одно заключение. Приводятся выводы, к которым пришел каждый из членов комиссии экспертов, излагаются причины расхождения экспертов в оценке полученных результатов.

11. Если в ходе исследований не было получено данных, достаточных для решения вопроса (вопросов), поставленного на разрешение комплексной экспертизы, формулируется общий вывод о невозможности решения вопроса с обоснованием причин.

12. Оформить "Заключение экспертов", приложения к нему (в виде иллюстрационных материалов - таблицы, схемы, фотографии, подписанные составившими их экспертами, заверенные печатью того учреждения, где они были подготовлены).

13. Заключение экспертизы изготовить в необходимом количестве, заверить печатью ведущего учреждения, и направить заключение лицу (органу), назначившему экспертизу, и каждому судебно-экспертному учреждению, принимавшему участие в производстве экспертизы.

Раздел II
НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПРОИЗВОДСТВА
ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ В ЛАБОРАТОРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ

2.1. Национальные клинические протоколы производства судебно-биологических экспертиз и исследований

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Д-1.

**Порядок проведения судебно-биологической экспертизы
(исследования) крови**

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Приём вещественных доказательств.
3. Описание упаковки, вещественных доказательств и следов на них.
4. Выявление следов, похожих на кровь, производят при ярком солнечном или искусственном освещении.

На предметах темного цвета или когда цвет предмета-носителя близок к цвету пятен крови, следы, похожие на кровь, выявляют осторожным поскобливанием острым предметом поверхности следа.

При отсутствии видимых пятен осмотр производится в ультрафиолетовых лучах.

5. Установление наличия крови доказательными реакциями:
 - а) хроматографией на бумаге;
 - б) хроматографией на силуфоловых пластинках.
 - в) иммунохроматографическими методами (с применением тестовых систем АВАcard, Seratec и т.д.).

Предварительные пробы на наличие крови не применяются.

6. Установление наличия крови проводится исследованием пятен и контрольных участков к ним с обязательным введением в реакции образца заведомой крови.

7. Для вывода о присутствии крови достаточно положительного результата любого из примененных доказательных методов. Отрицательный результат реакций еще не является достаточным основанием для достоверного вывода об отсутствии крови, поэтому в подобной ситуации эксперт лишь констатирует факт ее не обнаружения.

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

9. При положительном результате реакции на наличие крови с контрольным участком, видовая принадлежность крови на вещественном доказательстве не устанавливается.

10. Вид крови определяют иммунологическими методами:
 - а) реакцией преципитации в жидкой среде;
 - б) на агаре (агарозе) по Оухтерлони (в вытяжках с неустранимой мутностью);
 - в) встречным иммуноэлектрофорезом на ацетат-целлюлозной пленке (при малом количестве материала, в вытяжках с неустранимой мутностью).

11. При поступлении в отдел преципитирующих сывороток их проверяют для определения титра и специфичности. Пригодными для исследования являются строго специфичные сыворотки с титром 1:10000.

Примечание:

а) при применении преципитирующих сывороток с титром 1:5000 об этом обязательно указывается в заключении эксперта (положительный результат при использовании сыворотки с титром 1:5000 учитывается, отрицательный результат реакции

не достоверен, так как сыворотка с низким титром может не образовать осадка с соответствующим белком);

б) сыворотки с титром ниже, чем 1:5000 для исследования не пригодны.

12. В реакцию по установлению видовой принадлежности обязательно вводят сыворотку, преципитирующую белок человека, и не менее двух иных видовых сывороток, выбор которых диктуется обстоятельствами конкретного дела. Если видовой принадлежность введенными сыворотками не установлена, необходимо ввести в исследование все виды преципитирующих сывороток, имеющихся в лаборатории.

Примечание: при получении данных о происхождении крови в пятне от животного, необходимо провести повторное исследование крови, с введением в реакцию другой серии преципитирующей сыворотки.

13. В следах человека, смешанных с кровью животных групповая принадлежность по системе АВО не устанавливается.

14. Если кровь на предметах происходит от человека, то следующим этапом является определение групповой принадлежности крови по системе АВО.

15. Прежде всего, устанавливается групповая принадлежность в образцах крови проходящих по делу лиц. Образцы, по возможности, исследуют в жидком виде, а затем их вводят во все реакции в виде высушенных на марле пятен с обязательным введением контрольной марли.

16. Определение группы жидкой крови по системе АВО проводится двойным перекрестным методом по Шиффу.

17. Оценка результатов судебно-биологического исследования.

18. Оформление заключения эксперта (акта судебно-биологического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ D-2.

Порядок проведения судебно-биологической экспертизы (исследования) спермы

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Приём вещественных доказательств.
3. Описание упаковки, вещественных доказательств и следов на них.
4. Исследование вещественных доказательств начинают с поиска следов, напоминающих пятна спермы, при ярком естественном или искусственном освещении. При необходимости осмотр проводится в ультрафиолетовых лучах.

5. В следах, подозрительных на присутствие спермы, ее наличие устанавливают доказательными методами:

а) морфологическими методами;

б) методом хроматографии на бумаге.

в) иммунохроматографическими методами (с применением тестовых систем АВАcard, Seratec и т.д.).

Любой избранный экспертом метод при положительном его результате дает право на вывод о присутствии спермы, в то время как для дачи ответа о не обнаружении спермы следует использовать весь возможный перечень методик.

6. При обнаружении и не обнаружении спермы, пятна обязательно исследуются на наличие крови (см. Клинический протокол D-1).

7. В случае необходимости видовой принадлежность спермы устанавливается иммунологическими реакциями.

8. Определение групповой принадлежности спермы проводится по системе АВО.

9. Перед установлением групповой принадлежности спермы исследуют образцы крови и слюны (в отдельных случаях - спермы) лиц, проходящих по делу. При этом

устанавливают их групповую характеристику, при необходимости - и степень выделительства.

10. При установлении групповой принадлежности спермы на вещественных доказательствах используют те же реагенты, что и при исследовании образцов слюны или спермы проходящих по делу лиц.

11. Групповую принадлежность по системе АВО в смешанных пятнах устанавливают реакциями абсорбции в количественной модификации и абсорбции-элюции.

12. Оценка результатов судебно-биологического исследования.

13. Оформление заключения эксперта (акта судебно-биологического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Д-3.

Порядок проведения судебно-биологической экспертизы (исследования)

СЛЮНЫ

1. Ознакомление с сопроводительными документами.

2. Приём вещественных доказательств.

3. Описание упаковки, вещественных доказательств и следов на них.

4. Исследование начинают с поиска следов, напоминающих пятна слюны. Это достигается осмотром предметов при ярком естественном или искусственном освещении. При необходимости осмотр проводится в ультрафиолетовых лучах.

5. Наличие слюны в следах, выявленных при осмотре вещественных доказательств, устанавливают реакцией, основанной на выявлении амилазы.

6. Обычно на окурках наличие слюны не устанавливают.

7. Определение групповой принадлежности слюны проводится по системе АВО.

8. Перед установлением групповой принадлежности слюны проводят исследование по установлению степени выделительства проходящих по делу лиц.

9. Групповую принадлежность по системе АВО в смешанных пятнах устанавливают реакциями абсорбции в количественной модификации и абсорбции-элюции.

10. Оценка результатов судебно-биологического исследования.

11. Оформление заключения эксперта (акта судебно-биологического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Д-4.

Порядок проведения судебно-биологической экспертизы (исследования) ПОТА

1. Ознакомление с сопроводительными документами.

2. Приём вещественных доказательств.

3. Описание упаковки, вещественных доказательств и следов на них.

4. Наличие пота устанавливается реакциями хроматографии на бумаге или силиколовых пластинках.

5. Установление наличия пота в отдельных случаях производится для определения природы влияния предмета-носителя на сыворотки.

6. Исследование пота на спичках, окурках, подкладке головных уборов, стельках обуви, носках, чулках и пр. проводить не рекомендуется из-за большой вероятности получения неспецифических результатов.

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

8. Определение групповой принадлежности пота проводится по системе АВО.

9. Групповую принадлежность по системе АВО в смешанных пятнах устанавливают реакциями абсорбции в количественной модификации и абсорбции-элюции.

10. Оценка результатов судебно-биологического исследования.

11. Оформление заключения эксперта (акта судебно-биологического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Д-5.

Порядок проведения судебно-биологической экспертизы (исследования) мочи

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Приём вещественных доказательств.
3. Описание упаковки, вещественных доказательств и следов на них.
4. Наличие мочи в подозрительных следах определяют по присутствию мочевины или креатинина.
5. Практически вид мочи не устанавливают из-за отсутствия в ней достаточного количества белка, но в исключительных случаях он может быть установлен реакцией встречного иммуноэлектрофореза на ацетат-целлюлозной пленке.
6. Определение групповой принадлежности мочи проводится по системе АВО.
7. Групповую принадлежность по системе АВО в смешанных пятнах устанавливают реакциями абсорбции в количественной модификации и абсорбции-элюции.
8. Оценка результатов судебно-биологического исследования.
9. Оформление заключения эксперта (акта судебно-биологического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Д-6.

Порядок проведения судебно-биологической экспертизы волос

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Приём вещественных доказательств.
3. Описание упаковки и объектов.
4. Определение наличия и вида волос производят макро и микроскопическим исследованием. Исследуют все объекты, изъятые в качестве вещественных доказательств. Объекты, представленные в виде прядей, допустимо исследовать частично (5-15 штук).
5. Определение регионального происхождения волос проводится макро- и микроскопическими методами.
6. После установления видовой принадлежности волос, изъятых с места происшествия, производится их сравнительное исследование между собой.
7. Производится сравнительное исследование образцов волос с одной головы между собой. Волосы исследуют в количестве не менее 25 штук (по 5 с каждой области).
8. Производится сравнительное исследование волос с места происшествия с образцами волос проходящих по делу лиц.
9. Если эксперт пришел к выводу о морфологическом несхождении волос с места происшествия и волос-образцов, групповую принадлежность их устанавливать нецелесообразно.
10. Установление групповой принадлежности волос проводится по системе АВО.
11. Если эксперт пришел к выводу, что волосы принадлежат животному, решение вопроса о видовой принадлежности животного не входит в компетенцию эксперта.
12. Оценка результатов судебно-биологического исследования.
13. Оформление заключения эксперта.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ D-7.
Порядок проведения судебно-биологической экспертизы
(исследования) мышц, костей, ногтевых срезов, кусочков
органов, кала, мекония

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Приём вещественных доказательств.
3. Описание упаковки, вещественных доказательств.
4. Установление видовой принадлежности мышц, костей, кусочков органов и тканей проводят методами преципитации на агаре по Оухтерлони или иммуноэлектрофорезом на ацетат-целлюлозной плёнке.
5. Для установления групповой принадлежности частей расчлененного трупа или при исследовании эксгумированного трупа исследуют мышцы, кости (в отдельных случаях - волосы, ногти, зубы).
6. Групповую принадлежность по системе АВО в мышцах, костных фрагментах, ногтевых пластинках, зубах, кусочках органов и тканей устанавливают различными модификациями реакции абсорбции-элюции и количественной реакцией абсорбции.
7. В лаборатории судебно-биологического отдела у живых лиц могут быть срезаны свободные края ногтевых пластин. Ногтевые пластины срезаются ножницами, не повреждая мягких тканей. Ногти с правой и левой рук помещаются в отдельные свертки, опечатываются и маркируются с обязательным указанием следующих данных:
 - фамилия, имя, отчество, год рождения живого лица;
 - дата взятия ногтевых срезов.
- В подногтевом содержимом устанавливается наличие, видовая и групповую принадлежность крови и пота (см. клинические протоколы D-1, D-4).
- Примечание: ввиду незначительного количества биологического материала и его безвозвратной утраты в ходе исследования, ногтевые срезы целесообразно сразу направлять на молекулярно-генетическое исследование.
8. Наличие кала и мекония определяют по морфологической картине приготовленных мазков. Групповая принадлежность кала и мекония не устанавливается.
9. Оценка результатов судебно-биологического исследования.
10. Оформление заключения эксперта (акта судебно-биологического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ D-8

Порядок изъятия образцов (крови, спермы, слюны и волос) у живых лиц.

1. Порядок изъятия образцов у живых лиц производится согласно требованиям статей 188-197 УПК РУз.
2. Ознакомление с постановлением (определением) о получении образцов, отображающих свойства живого человека.
2. В судебно-биологическом отделе судебно-медицинского экспертного учреждения от живого человека могут быть получены кровь, слюна, сперма, волосы.
- Взятие образца крови:**
 1. Кровь у живого человека берется из:
 - а) локтевой вены одноразовым шприцом;
 - б) из пальца одноразовым скарификатором.
 2. Для судебно-биологических исследований кровь берется в количестве около 2-5 мл.
 3. При взятии крови соблюдаются все правила асептики и антисептики.
 4. Исследование образцов крови проводится в соответствии с пунктами 15, 16 клинического протокола D-1.

5. Высушивание образцов жидкой крови проводится на лоскутах марли, сложенных в несколько слоев, на чашках Петри при комнатной температуре, вдали от нагревательных приборов и прямых солнечных лучей.

6. Высушенная кровь вместе с чистым лоскутом марли для контрольного исследования помещаются в бумажные свертки, которые опечатываются и маркируются с обязательным указанием следующих данных:

- фамилия, имя, отчество, год рождения живого лица;
- дата взятия образца крови.

Взятие образца спермы:

1. Образцы спермы от живых людей в лаборатории судебно-биологического отдела судебно-медицинского экспертного учреждения могут быть получены путем самостоятельной мастурбации на чашку Петри.

2. Получение образцов спермы путем массажа предстательной железы и семенных пузырьков через задний проход должно осуществляться соответствующим специалистом (урологом или проктологом) в условиях ЛПУ.

3. Исследование образцов спермы проводится в соответствии с пунктами 8, 9, 10 клинического протокола D-2.

4. Высушивание образцов жидкой спермы проводится на лоскутах марли, сложенных в несколько слоев, на чашках Петри при комнатной температуре, вдали от нагревательных приборов и прямых солнечных лучей.

5. Высушенная сперма вместе с чистым лоскутом марли для контрольного исследования помещаются в бумажные свертки, которые опечатываются и маркируются с обязательным указанием следующих данных:

- фамилия, имя, отчество, год рождения живого лица;
- дата взятия образца спермы.

Взятие образца слюны:

1. Образцы слюны у живых людей в лаборатории судебно-биологического отдела судебно-медицинского экспертного учреждения получают следующим способом: человек трижды прополаскивает рот проточной водой, помещает под язык лоскут марли, сложенный в несколько слоев. После полного пропитывания слюной, лоскут марли извлекается и помещается для высушивания на чашку Петри.

2. Исследование образцов слюны проводится в соответствии с пунктами 7, 8 клинического протокола D-3.

4. Высушивание образцов слюны проводится при комнатной температуре, вдали от нагревательных приборов и прямых солнечных лучей.

5. Высушенная слюна вместе с чистым лоскутом марли для контрольного исследования помещаются в бумажные свертки, которые опечатываются и маркируются с обязательным указанием следующих данных:

- фамилия, имя, отчество, год рождения живого лица;
- дата взятия образца слюны.

Взятие образцов волос:

1. У живых людей образцы волос для сравнительного исследования могут быть получены как с головы, так и с различных региональных областей. Это связано с тем, что сравнивать можно только волосы с одинаковых частей тела.

2. Волосы обрезаются пучком у корня ножницами в количестве не менее 15-20 штук.

3. Волосы у живого человека срезают с пяти областей головы: правой и левой височных, лобной, теменной и затылочной.

4. Волосы с каждой области головы помещают в отдельные свертки с обязательным указанием следующих данных:

- фамилия, имя, отчество, год рождения живого лица;

- область, откуда получен образец волос;
- дата взятия образца волос.

5. Пять свертков помещаются в общий конверт, заклеивают, опечатывают. На конверте указывают фамилию, имя, отчество, год рождения живого лица, наименования образца и дату его получения.

Образцы крови, слюны, выделений, волосы в архиве судебно-биологического отдела судебно-медицинского экспертного учреждения не сохраняются, после завершения исследования возвращаются лицу, назначившему экспертизу (исследование) в упакованном и опечатанном виде.

Охрана прав личности и пределы принуждения при получении образцов от живых лиц регламентированы Уголовно-процессуальным кодексом Республики Узбекистан в действующей редакции.

2.2. Национальные клинические протоколы производства судебно-гистологических экспертиз и исследований (Е)

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Е-1

Техника приготовления гистологических препаратов

1. Организация рабочего места лаборанта и обеспечение оборудованием, лабораторной посудой, инструментами, необходимыми реактивами и растворами. Правильная расстановка и размещение лабораторной посуды, инструментария, необходимых растворов и реактивов.

2. Кусочки внутренних органов после фиксации 10-15% раствором формалина промываются водопроводной водой в течении не менее 6, не более 24 часов (для освобождения от излишнего количества формалина).

3. Для лучшего обезвоживания и последующего пропитывания из кусочков тканей и органов аккуратно вырезаются острым скальпелем (ножом, бритвой) тонкие пластинки толщиной 5-7 мм и площадью в пределах размеров покровного стекла (10x15; 15x20; 20x20 мм.).

Примечание: взятие кусочков органов необходимо производить так, чтобы наилучшим образом показать их анатомическое строение (например, в кусочке почки должны быть представлены корковое и мозговое вещество; надпочечника – кора и мозговое вещество; опухоли – ткань опухоли и участок здоровой ткани; абсцесса – капсула и прилегающая непораженная ткань; очага пневмонии – центральный и периферический участки; при механических и иных повреждениях (ожоги, кровоподтеки, электрометки, ссадины, раны, язвы и пр.) надо брать место повреждения (или поражения) с прилежащими здоровыми тканями; из странгуляционной борозды кусочки вырезают так, чтобы в них попали: вся борозда (дно, нижний и верхний краевые валики) и обязательно неповрежденная ткань по краям борозды, если борозда широкая, можно взять два кусочка, так, чтобы в один вошел верхний краевой валик и дно, в другой – нижний краевой валик и дно.

4. Вырезанные кусочки органов помещаются в марлевый мешочек (не более 10 штук в одном мешочке) и подвергаются дальнейшему уплотнению путем обезвоживания в спиртах увеличивающейся концентрации. Длительное пребывание кусочков в спиртах низкой концентрации приводят к мацерации тканей, а передержка в спиртах высокой концентрации чрезмерно уплотняет их. Негодным считается спирт, в котором образуется на дне банки облака мути вокруг кусочков.

5. Для удаления спирта и подготовки к пропитыванию парафином кусочки обрабатываются растворителем парафина, обладающим способностью вытеснять спирт, для этого обычно используется хлороформ (также можно использовать бензол, толуол, ксилол, сероуглерод и др.).

6. Обезвоженные и уплотненные кусочки перекладываются в смесь, состоящую из равных частей парафина и хлороформа 1:1 («кашу») находящуюся в термостате при 37⁰С. Излишнее пребывание кусочков в растопленном хлороформ-парафине ухудшает качество резания. Затем кусочки перекладываются в горячий расплавленный парафин с добавленным воском, находящийся в 56⁰С термостате, для пропитывания кусочков.

7. После окончательного пропитывания кусочков, они равномерно расставляются в специально приготовленные бумажные коробочки и заливаются хранящимся в термостате 56⁰С расплавленным парафином. После затвердения парафина вырезаются кубики с кусочками внутри.

8. При помощи микротомы готовят тонкие гистологические срезы (6-10мкм) и приклеиваются к подготовленным, маркированным предметным стеклам.

Правильно приготовленные блоки легко нарезаются на микротоме, не крошатся, срезы ровные, тонкие, равномерно расправляются.

9. Полученные гистологические срезы подвергаются депарафинизации при помощи ксилола (толуола), спирта перед окрашиванием.

10. После депарафинизации производится покраска срезов гематоксилин-эозином (эритрозином). Во всех случаях применяется окраска гематоксилин-эозином. В необходимых случаях, в зависимости от цели и задачи исследования, применяются другие методы окраски.

11. Одним из основных условий, определяющих пригодность гистологических препаратов к микроскопическому исследованию, является их прозрачность. Кроме того, препараты должны быть защищены от высыхания и загрязнения. Все это обеспечивается просветлением, при котором используются ксилол, толуол.

12. Окрашенные срезы заключаются в жидком полистироле, бальзаме (канадский, пихтовый и сибирский кедровый), покрываются покровным стеклом или плёнкой.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Е - 2

Микроскопическое исследование внутренних органов и тканей

1. Ознакомление с предоставленной документацией (постановление, направление, протокол вскрытия трупа, медицинские документы и др.).

2. Общий обзор препарата под малым увеличением микроскопа:
Различить орган или ткань, определить сохранение или нарушение их структуры.
Описать состояние:

капсулы органа, паренхимы, стромы;

состояние сосудов органов (артерий, вен, капилляров, их стенки, просвет, наполнение кровью, миграция форменных элементов крови, их краевое стояние);

состояние периваскулярной ткани, наличие в ней отека, воспалительной реакции и т.д.

3. Для исследования под большим увеличением выбрать наиболее измененные участки органа или ткани. Описание их производить в том же порядке, что и описание под малым увеличением:

наличие или отсутствие измененной капсулы, состояние сосудов в ней;

детально описать изменения клеток паренхимы: состояние оболочки и цитоплазмы клеток, их ядер, отношение к красителям, наличие включений в клетках, их взаимосвязь, правильность образования клетками паренхимы в тех или иных структурах;

при описании стромы обратить внимание на характер волокнистых структур, клеточный состав соединительной ткани, наличие или отсутствие отека, кровоизлияний, воспаления, включений (в том числе и инородных).

при описании сосудов (раздельно артерии, вены, капилляры), отметить состояние всей стенки и отдельных ее слоев, наличие нарушений реологических свойств крови;

при описании полого органа или кожи как под малым, так и под большим увеличением, дать послойную характеристику органа;

описание железистых структур начать с характеристики клеточных элементов, входящих в состав железы, описать просвет железистых структур. Раздельно описать выводные протоки, как мелкие, так и крупные, содержимое их просветов.

4. По результатам описательной части подвести итог в виде заключения. Построить заключение по патогенетическому принципу. При недостатке информации в систематизированной последовательности привести обнаруженные в органах и тканях изменения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Е-3

Приготовление минерализата для исследования на наличие диатомового планктона

1. Исследования проводить в специальном помещении с вытяжным шкафом и другим необходимым оборудованием, инструментами, лабораторной посудой и реактивами.
2. Все предметы, используемые при взятии и разрушении биологического материала тщательно промыть дистиллированной водой, в процессе дальнейшей работы также использовать дистиллированную воду (использовать водопроводную воду запрещено, так как с ней могут вноситься диатомовый планктон).
3. Биообъекты (представленные внутренние органы) по отдельности промыть дистиллированной водой, отвешать по 100 грамм, измельчить, поместить в маркированные термостойкие плоскодонные конические колбы вместимостью 0,5 или 1 литр (не использовать колбы Кьелдаля).
4. Очищенную от мягких тканей трубчатую кость (бедренную или плечевую) промыть дистиллированной водой, циркулярно распилить в середине диафиза и извлечь костный мозг для разрушения. При гнилом расплавлении костного мозга промыть костный канал серной или азотной кислотой (10 мл) с добавлением дистиллированной воды (100 мл).
5. Биообъекты залить смесью концентрированной серной, азотной кислот и дистиллированной воды в соотношении 1:1:1. Объекты хранить при комнатной температуре в течении 18-20 часов для частичной деструкции органических веществ.
6. Разрушение производить в тех же колбах на электрической плитке с периодическим введением в реакцию смеси концентрированной азотной кислоты и дистиллированной воды в соотношении один к одному до получения жёлтой прозрачной жидкости (иногда со слоем жира на поверхности и осадком слабо чёрного цвета).
7. После разрушения жидкость охладить, в колбу залить дистиллированную воду до края горла, закрыть ватой и оставить на сутки для осаждения панцирей диатомей.
8. После указанного срока слой жира аккуратно удалить стеклянной палочкой, шприцом Жане осторожно отсосать надосадочную жидкость, недопуская её помутнения (осадок может быть визуальнo неразличимым).
9. Оставшиеся 100-150 мл минерализата после тщательного взбалтывания перенести в маркированные центрифужные пробирки и центрифугировать при 3000 обороте/мин. «методом обогащения (накопления)».
10. Жидкость из пазухи основной кости разлить в маркированную центрифужную пробирку, залить дистиллированной водой и центрифугировать при 3000 об/мин.
11. Образец воды из водоёма, поступивший на исследование после тщательного взбалтывания разлить в маркированные центрифужные пробирки и центрифугировать при 3000 об/мин. «методом обогащения (накопления)».

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Е – 4

Микроскопическое исследование на наличие диатомового планктона

1. Ознакомиться с предоставленной документацией (постановление, направление, протокол вскрытия трупа и др.).
2. Разрушить биоматериал (внутренние органы, костный мозг), приготовить минерализаты, также приготовить осадок жидкости из пазухи основной кости и образцов воды из водоёма по соответствующим клиническим протоколам.
3. Из полученного осадка каждого объекта (внутренних органов, костного мозга, жидкости из пазухи основной кости, образца воды из водоёма) на маркированном предметном стекле «методом насыщения» приготовить стеклопрепараты.
4. Микроскопическое исследование осадка производить с помощью микроскопа в тёмном поле при закрытой диафрагме конденсора или с фазоконтрастным устройством. Обзорную микроскопию проводить при малом увеличении (x 56, 100). Подсчёт диатомового планктона производить при большом увеличении (x 280, 400)
5. В процессе проведения диатомоскопии по таблицам определить вид, сосчитать количество экземпляров диатомового планктона и систематизировать.
6. Произвести идентификацию диатомового планктона в среде водоёма, в легких и в диагностических органах, заполнить таблицу.
7. При правильном взятии и обработке биоматериала, обнаружение 5-10 панцирей диатомового планктона в почке, печени или костном мозге является доказательным признаком смерти от утопления, при этом в легких (контрольном органе) должно быть более 20 экземпляров в одном поле зрения.
8. Сфотографировать обнаруженные диатомеи или зарисовать, прилагать в «Заключении эксперта» или в «Акте исследования на наличие диатомового планктона».
9. Если после разрушения внутренних органов в результате исследования минерализата не удалось получить убедительных результатов, необходимо повторить химическое разрушение оставшейся части тех же органов.
10. Оформление «Заключения эксперта» или «Акта исследования на наличие диатомового планктона» (таблица, фото или зарисовки).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ Е – 5. (А)

Приготовление замороженных срезов с помощью суховоздушного столика ЗС-1.

1. Подготовить место для замораживающего столика ЗС-1 и микротомы санного типа, правильно их установить, перед работой каждый раз проверять.
2. Подключить блок питания к замораживающему столику.
3. Подключить кабель питания к сети электропитания 220 В, убедиться, что индикатор сетевого питания светится.
4. Установить с помощью рукоятки нужную интенсивность заморозки (при необходимости регулировку можно осуществлять в процессе работы).
5. Зафиксированный в 10-15% формалине объект органа предварительно промыть под проточной водой.
6. Из промытого органа вырезать объект (кусочек) толщиной, в среднем, 5-8 мм и положить в чашку Петри с дистиллированной водой.
7. Установить увлажненный объект на рабочую поверхность замораживающего столика, накрыть объект колпачком, сетевой выключатель установить в положение «I».

Примечание: Работа ЗС-1 с микротомом санным МС-1. Для установки столика замораживающего на микротом МС-1 необходимо: повернуть соответствующую рукоятку на МС-1 против часовой стрелки и снять устройство ориентации объекта, на его место установить столик замораживающий ЗС-1 и повернуть рукоятку по часовой стрелке до его надёжной фиксации.

8. Контролировать процесс замораживания объекта, периодически снимая колпачок.

Примечание: о заморозке объекта свидетельствует его побеление и затвердение.

9. Установить микрометрическую шкалу на получение срезов толщиной 10 мкм.

10. Поднять столик с объектом (кусочком ткани) до уровня ножа при помощи подающего механизма, движением ножа за рукоятку на себя начать резку с объекта.

11. Кисточкой или пальцем снять срез с ножа и поместить в чашки Петри с дистиллированной водой.

12. Окраска замороженных срезов (Судан III, IV и Суданом черным).

13. Окрашенные срезы перенести на предметное стекло, накрыть сверху покровным стеклом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ E – 5. (Б)

Приготовление замороженных срезов при помощи охладителя микротомы термоэлектрического «ОМТ – 2802Е»

1. Подготовить место для охладителя микротомы термоэлектрического «ОМТ – 2802Е» и микротомы санного типа, правильно их установить, перед работой каждый раз проверять.
2. Подать охлаждающую воду.
3. Закрывать рабочую площадку столика колпачком.
4. Поставить переключатель блока управления в положение, соответствующее температуре, оптимальной для резки данного биообъекта, а переключатель режима поставить в положение «Холод».
5. Включить питание тумблером «Сеть». Достижение установленной температуры показывается свечением индикатора «Норма» и коротким звуковым сигналом, на дисплее отображается достигнутая температура.
6. После вырезки исследуемого материала и его фиксации, окунуть нижнюю часть объекта в водно-белковую смесь (тщательно перемешанная смесь белка куриного яйца с дистиллированной водой в соотношении 1:1). Затем объект уложить на рабочую площадку столика в направлении, удобном для резки и закрыть колпачком.
7. После промораживания в течение 1-3 минут объект готов к резке.
8. Произвести резку материала.
9. После получения необходимого количества срезов включить режим «Оттаивание». За время не более 30 секунд рабочая площадка нагреется до температуры +40 С. После этого препарат может быть пере уложен для получения новых срезов или удалён со столика.
10. По окончании работы выключить питание блока управления, перекрыть воду, вытереть насухо столик и колпачок.
11. Кисточкой или пальцем снять срез с ножа и поместить в чашки Петри с дистиллированной водой.
12. Окраска замороженных срезов (Судан III, IV и Суданом черным).
13. Окрашенные срезы перенести на предметное стекло, накрыть сверху покровным стеклом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ – 6.

Подготовка, хранение и уничтожение гистологического архива.

1. Подготовка влажного (формалинового) архива:
 - а) Объекты органов и тканей, не подвергающиеся гистологическому исследованию (первичный архив), весь оставшийся материал после вырезки (включая обрезки) поместить в марлевый мешок с вложенной внутрь этикеткой из фотобумаги, на которой указаны регистрационный гистологический номер и год, завязать.
 - б) Марлевые мешочки поместить в посуду с плотно закрывающейся крышкой с 10-15% раствором формалина.
 - в) Хранить 2 года в отдельном специально выделенном хорошо проветриваемом помещении при комнатной температуре. Из-за испарения формалина следует периодически контролировать его количество.
2. Подготовка блочного архива:
 - а) Объекты органов в парафиновых блоках после взятия срезов вынуть из парафина.
 - б) Отделённые от парафина объекты поместить в марлевый мешочек с вложенной внутрь этикеткой из фотобумаги, на которой указаны регистрационный гистологический номер, количество объектов, завязать.
 - в) Хранить 3 года в полиэтиленовых пакетах при комнатной температуре.
3. Подготовка стеклянного архива:
 - а) Гистологические препараты после микроскопического исследования завернуть в бумагу, заклеить, указать регистрационный номер и год.
 - б) Хранить 3 года в картонных коробках.
4. По истечении указанного срока вышеуказанные гистологические архивные материалы (влажный (формалиновый) архив, объекты, отделенные от парафина, гистологические препараты) уничтожаются в установленном порядке.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ – 7.

Подготовка, хранение и уничтожение архивного материала после исследования диатомового планктона.

1. Подготовка стеклянного архива после исследования диатомового планктона.
2. Подготовка архива, оставшегося минерализата после исследования диатомового планктона.
3. Стеклянный архив и минерализаты в пенициллиновых флаконах упаковать в полиэтиленовые пакеты, завязать.
Примечание: Оставшиеся объекты органов после исследования сохранять не целесообразно.
4. Стеклянный архив и архив оставшегося минерализата хранить 3 года в картонных коробках в отдельном хорошо проветриваемом помещении при комнатной температуре.
5. По истечении указанного срока вышеуказанные архивные материалы диатомового планктона (стеклянные препараты, минерализаты) уничтожаются в установленном порядке.

2.3. Национальные клинические протоколы производства медико-криминалистических экспертиз и исследований

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ F-1

Изучение предоставленного к производству медико-криминалистических экспертиз и исследований материала.

1. Ознакомление с предоставляемыми документами (постановление, направление, материалы дела).
2. Определить количественное соответствие предоставляемых вещественных доказательств и документов их перечню в постановлении, определении или направлении.
3. Удостовериться в достаточности предоставляемого материала поставленным перед экспертизой вопросам.
4. Проверить правильность упаковки вещественных доказательств и наличие юридически оформленных документов по их изъятию.
5. Затребовать дополнительный материал в случае выявления недостатков.
6. Зафиксировать в хронологической справке дату и перечень предоставляемого материала или объекта.
7. В предусмотренных «Законом Республики Узбекистан о судебной экспертизе» случаях с соблюдением соответствующих требований составить мотивированный «Акт о невозможности дачи заключения».

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ F-2

Проведение диагностических экспертиз и исследований.

1. Ознакомление судебно-медицинского эксперта с направляющим документов и предоставляемыми материалами.
2. Осмотр и фиксация вещественного доказательства с указанием количества и характера упаковок, их целостности, размеров, имеющихся надписей, подписей и печатей, внутреннего содержимого (наименование, форма, маркировки, надписи и т.п.). При наличии фактов, затрудняющих и не позволяющих проведение исследований, составляется «Акт о невозможности дачи заключения».
3. Изучение материалов дела: в протокольной части приводятся данные предоставляемого материала по рассматриваемому делу (направление, постановление, «Акты судебно-медицинского исследования», «Заключения эксперта», медицинские документы, протоколы из материалов дела и др.) и фиксируются в регистрационной документации как *предметы-носители информации*;
4. Установление перечня методов исследования (согласуется в заведующим отделом) и последовательности их применения. Количество применённых *методов* исследования используется для вычисления *объектов*, необходимого для контроля норматива.

Приёмы		Методы	
I	Подготовительные	1	Подготовительный – изготовление макропрепаратов путём специальной обработки кожи, костей и их фрагментов, хрящей, внутренних органов, предметов одежды и других объектов с целью приведения их в состояние, пригодное для исследования.

Приёмы		Методы	
I	Подготовительные	2	Установление целого по части – определение соответствия фрагментов, костей и их фрагментов, хрящей, внутренних органов, предметов одежды и других объектов по характеру повреждения, структуре ткани.
		3	Восстановительный – реставрация объектов исследования скреплением препаратов, фрагментов одежды и т.д.
		4	Реконструкции – приготовление препаратов, шлифов, слепков, отпечатков для выявления и исследования наложений, включений, невидимых следов.
II	Наблюдения и фиксации.	5	Визуальный – исследование свойств объектов невооружённым глазом или с помощью лупы в видимом диапазоне спектра.
		6	Визуальное исследование в инфракрасной области спектра.
		7	Визуальное исследование в ультрафиолетовой области спектра.
		8	Измерительный – макро- и микроизмерения линейных размеров и угловых показателей объектов, измерение массы, определение объёма.
		9	Остеометрический – установление размеров костей, их анатомических деталей.
		10	Фрактографический – изучение поверхности разрушения (излома) для установления места начала разрушения, характера его дальнейшего протекания.
		11	Денситометрический – установление относительных оптических плотностей микро- и микрорентгенологических, фотографических изображений, фотохимических отпечатков, аутограмм путём сравнения с эталонными показателями. (Определение плотности материала путём проверки их сопротивляемости прохождению светового, ультразвукового, рентгеновского излучения. Виды: рентгеновская, ультразвуковая, компьютерная)
		12	Денсиметрический – определение удельной плотности костной ткани (отношение массы исследуемого предмета к объёму (используется двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, лучевой метод костей и суставов).
		13	Микротвердометрия – измерение локальной микротвёрдости костных образцов.
		14	Микроскопия в падающем свете.
		15	Микроскопия в проходящем свете.
		16	Микроскопическое исследование в поляризованном свете.
		17	Микроскопия фазоко-контрастная.
		18	Микроскопия интерференционная.
		19	Микроскопия флуоресцентная.
		20	Микроскопия в ультрафиолетовых лучах.
		21	Микроскопия в инфракрасных лучах.
		22	Стереомикроскопия – изучение трёхмерных макро- и микроскопических свойств объекта.
		23	Сравнительная микроскопия
		24	Фотографирование обзорное, узловое, детальное.
		25	Макрофотографирование.

	26	Микрофотографирование.
	27	Стереоскопическое фотографирование.
	28	Цветоделительное фотографирование.

Приёмы		Методы	
II	Наблюдения и фиксации.	29	Рентгеновский – обзорная, контактная, метрическая, макро-, микрорентгенография и другие.
		30	Компьютерная томография
		31	Ультразвуковое исследование
		32	Химические – контактно-диффузионный, электрографический, цветные химические реакции, хроматографический метод.
		33	Спектральное исследование
		34	Физический метод – определения состава вещества при спектральном анализе, основанном на изучении спектров испускания, поглощения, отражения и люминесценции.
		35	Термический – «физическая проба» выявления пороха при исследовании огнестрельных повреждений.
		36	Графической зарисовки.
		37	Графического копирования – получение копии контуров объекта.
		38	Графического моделирования – использование базовой модели с отображением особенностей строения условными обозначениями.
		39	Исследование следов крови.
		40	Исследование повреждённых волос.
		41	Исследование инородных включений
III	Моделирования.	42	Экспериментальный – проведение эксперимента слепообразующим объектом на предоставленном следовоспринимающем объекте.
		43	Аппроксимации – получение экспериментального следа на следовоспринимающем объекте, близком по характеру к исходному.
IV	Аналитические	44	Сравнительный-сопоставление – помещение сравниваемых объектов в одном поле зрения, либо составление сводных таблиц.
		45	Сравнительный-скольжение – сравниваемые объекты размещаются в одной плоскости и в этой же плоскости перемещаются.
		46	Сравнительный-наложение – сравниваемые объекты накладываются один на другой.
		47	Репераж – способ сравнения с помощью специальных графических построений и разметки идентификационных признаков на изображениях. Различают: простой, координатный, полигональный, алгоритмический.
		48	Математический – выполнение расчётов параметров объектов и процессов по ранее полученным исходным данным.
		49	Статистический – определение параметров объектов и процессов на основании математического обобщения необходимого множества одноимённых величин.

		50	Векторно-графический – установление количества, механизма и последовательности образования следов-повреждений, направления действия векторов силы.
Приёмы		Методы	
V	Частный для идентификации личности	51	Сравнительно-анатомический метод.
		52	Сравнительно-морфоскопический метод.
		53	Краниоскопический.
		54	Краниометрический
		55	Морфоскопический.
		56	Морфометрический.
		57	Сравнительной регистрации по системе «словесного портрета».
		58	Графическое сравнение расположения константных точек с использованием полигонального репеража: АГИ-1.
		59	Графическое сравнение расположения константных точек с использованием алгоритмического репеража: АГИ-4.
		60	Математическое сравнение расположения константных точек методом корреляционного анализа.
		61	Сравнение расположения константных точек методом математического анализа.
		62	Асимметрии – метод сравнения контуров прямого и зеркального изображения исследуемых объектов.
63	Фотосовмещение – сравнение одномасштабных объектов с использованием скольжения и наложения.		

5. Подготовительный этап заключается в приготовлении для всестороннего исследования предоставленного вещественного доказательства биологического и небιологического характера – *предмета-носителя следа*:

кожные лоскуты помещаются в спиртово-уксусно-водный раствор (Ратневского №1), длительность замачивания различна в зависимости от сезона и условий в помещении, и степень восстановления должно ежедневно контролироваться. После восстановления производится удаление подкожной жировой клетчатки, поскольку удаление её до замачивания в растворе приводит к скручиванию лоскута кожи. Для восстановления гнилостно изменённых и затемнённых кожных лоскутов можно использовать раствор Ратневского №2 (дополнительное введение пергидроля), но следует учесть возможность исчезновения вследствие обесцвечивания участков кровоизлияния, так же являющихся *предмет-следом*.

костные ткани, в зависимости от состояния, выдерживаются в проточной воде или замачиваются в воде с добавлением моющих средств. Удаление подлежащих мягких тканей и надкостницы производится поэтапно. Очищенные костные отломки высушиваются при комнатной температуре, путём сопоставления краёв определяется взаимоположение, затем производится реконструкция фрагмента кости. Вываривание костей производится в крайних случаях (при подготовке к экспертизе идентификации личности) при строгом контроле температурного режима до момента отхождения мягких тканей от костной в анатомических отверстиях;

хрящевые ткани так же восстанавливаются в растворе Ратневского, требуют аккуратного обращения вследствие слабой выраженности следов, используемых для трасологического исследования при идентификации острых орудий;

одежда должна предоставляться в высушенном виде. Если исследуемое повреждение деформировано при высушивании в скомканном виде либо покрыто высохшей кровью, то после фиксации данной особенности можно произвести размачивание водой или перекисью водорода, расправить ткань с повреждением на стекле и высушить.

6. Основной этап исследования:

в зависимости от выбранных методов следует полно, всесторонне и объективно описать исследуемый *предмет-след* с соблюдением последовательности. На коже:

- Точная локализация относительно краёв
- Наименование повреждения
- Форма повреждения
- Размеры и углы отклонений элементов повреждения, для колото-резаных повреждений многократное измерение основного разреза с вычислением среднеарифметической величины
- Направленность (ориентация относительно условного циферблата часов)
- Характерные особенности повреждения (края, концы, стенки, рёбра, дно, состояние окружающей ткани)
- Обязательное масштабное фотографирование, копирование, графическое моделирование.

На кости и хрящевой ткани:

- Точная локализация относительно константных точек
- Наименование повреждения
- Форма линий повреждения
- Протяжённость перелома и размеры отломков
- Направленность и форма поверхности перелома (ориентация относительно условного циферблата часов)
- Характерные особенности повреждения (края и степень расхождения, степени смещения, поверхности излома на отдельных поверхностях трубчатых костей, наружной и внутренней пластинах плоских костей, выявление признаков прямого (местного) воздействия и непрямого (отдалённого)
- Обязательное масштабное фотографирование, копирование, получение развёрнутого изображения линий перелома трубчатых костей.

На предметах одежды, обуви, галантереи:

- Точная локализация относительно деталей
- Наименование повреждения
- Форма повреждения
- Размеры
- Направленность
- Глубина
- Особенности ткани рядом с повреждением (при описании следов отмечать локализацию следа относительно повреждения, его цвет, форму, размеры, контуры, степень пропитывания, уплотнения, особенности)
- Обязательное масштабное фотографирование, создание графической модели повреждений нитей ткани.

7. Оценка результатов и приведение выявленных изменений, служащих аргументом для ответа на поставленные вопросы – резюмирующая часть.

8. Составление выводов заключается в указании разрешаемого вопроса и ответа на него без аргументов.

9. Оформление «Заключения эксперта» и «Акта судебно-медицинского исследования» производится в соответствии с ведением медицинской документации, утверждённой приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, иллюстрируются фототаблицами, схематическими изображениями, таблицами, зарисовками, указываются использованные в ходе исследования национальные клинические протоколы и рабочие инструкции. При производстве экспертиз обязательно приведение «Хронологической справки».

Диагностические экспертизы и исследования относятся к разряду **сложных**:

- 1) при наличии четырёх и более повреждений на предмет-носителе;
- 2) при исследовании кости (за исключением подъязычной кости);
- 3) при исследовании одежды;
- 4) при исследовании огнестрельных повреждений.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ F-3

Проведение экспертиз по идентификации орудия травмы.

1. Ознакомление судебно-медицинского эксперта с постановлением (определением).
2. Осмотр и фиксация вещественных доказательств. Проверка наличия необходимых для идентификации орудия травмы следообразующего предмета и следовоспринимающего предмета. При отсутствии одного из них экспертиза является диагностической.
3. Начальный этап исследования. Изучение материалов дела как *предмет-носителей информации*, планирование последовательности исследований с целью максимального и целесообразного использования методов. Назначение дополнительных исследований, проводимых в других структурных подразделениях государственного экспертного учреждения, либо передача вещественного доказательства для исследования члену комиссии экспертов.
4. Основной этап. Раздельное диагностическое исследование следообразующего и следовоспринимающего объектов как *предмет-носителей следа* с соблюдением порядка, изложенного выше;
выделение на *предмет-носителе следа* признаков, необходимых для идентификационного процесса, их фиксация фотографированием, копированием, графическим моделированием, составлением схем, статистической обработкой;
5. Экспериментальное исследование является неотъемлемой частью идентификации орудия травмы, так как сравнению подлежат след со следом. Выбор объекта для эксперимента зависит от повреждаемой ткани и вида идентификационного исследования: выявление групповых свойств орудия с вероятным ответом (повреждение могло быть причинено предоставленным орудием или ему подобным) или индивидуальных свойств с категоричным ответом (повреждение причинено предоставленным орудием).
 - Если следовоспринимающим объектом является кожный покров, то эксперимент можно производить на трупе соответствующего исследуемому по полу, возрасту. Затем кожный лоскут с экспериментальными повреждениями подвергается тем же подготовительным процессам, которые были применены в отношении искомого объекта. При этом факт экспериментального исследования должен быть зафиксирован и в «Заключении» экспертизы трупа и в «Заключении» медико-криминалистической экспертизы. В качестве подобной эпидермису кожи может быть использована полиэтиленовая плёнка (аппроксимация).
 - При искомым повреждениях на костной ткани логично проведение эксперимента на соответствующем трупе. Однако поступающие для судебно-медицинской экспертизы трупы большей частью имеют признаки насильственной смерти или незначительную информационную базу о причине наступления смерти. С другой стороны производство такого эксперимента может привести к уничтожению вещественного доказательства. Поэтому следует использовать небиологический материал, по характеру близкий исходному биологическому объекту (аппроксимация).
 - Хрящевая ткань для получения экспериментальных следов не используется, так как искомые повреждения большей частью образуются от непрямого воздействия и идентификационные признаки на ней не отображаются, и повреждения хряща обусловлено структурой хрящевой ткани. А для сравнения с трасами, оставленными

острым орудием, достаточно использование небиологических материалов как более отчётливо отображающие следы слеодообразующего объекта.

6. Сравнение искомого и экспериментального повреждений производится с использованием аналитических приёмов, используемых в медико-криминалистической практике. Результаты сравнения помимо вербальной фиксируются фотографированием, составлением схем и таблиц.
7. Оценка результатов раздельного диагностического исследования по выявлению механизма и предмета причинения повреждения, и идентификационного исследования приводится в резюмирующей части, где они выделены как аргументирующие факторы.
8. Формулирование выводов производится простым ответом на поставленные вопросы.
9. Оформление «Заключения эксперта» производится в соответствии с ведением медицинской документации, утверждённой приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, иллюстрируется фототаблицами, схематическими изображениями, таблицами, зарисовками, указываются использованные в ходе исследования национальные клинические протоколы и рабочие инструкции, приводится «Хронологической справки».

Экспертизы идентификации орудия травмы относятся к разряду **сложных**.

К Л И Н И Ч Е С К И Й П Р О Т О К О Л F-4

Проведение экспертиз и исследований по идентификации личности.

1. Ознакомление с постановлением (определением), фиксация даты и видов предоставленных материалов дела.
2. Осмотр и фиксация вещественного доказательства, установление наличие юридического документа по факту его изъятию. Содействие следственному работнику в изъятии участка костной ткани для назначения генно-молекулярного исследования.
3. Изучение документов по уже проведенному исследованию биологического материала.
4. Определение объёма выполняемых исследований и количества применяемых методик.
5. Раздельное исследование каждого идентифицирующего объекта по принципу от общего к частному:
 - Общая характеристика направленного объекта (диагностическое исследование);
 - Установление видовой принадлежности:
 1. Сравнительно-анатомический метод определения кости человека.
 2. Сравнительно-гистологический метод выявления различий между костями человека и животных (*Ю.М.Гладышев*).
 3. Выявление костной ткани в зольном материале (*Л.Л.Голубович*).
 4. Установление видовой принадлежности по поясничным позвонкам (*Д.Д.Джамалов*).
 - Одному или нескольким скелетам принадлежат костные останки, порядковое расположение множественных костей:
 1. Определение числа скелетов.
 2. Установление порядковой локализации рёбер (*В.Н.Звягин и др.*).
 3. Установление порядковой локализации костей кисти (*В.Н.Звягин и др.*).
 4. Установление порядковой локализации поясничных позвонков (*Д.Д.Джамалов*).
 - Определение половой принадлежности
 1. Определение пола в детском возрасте (*Е.М.Кельдюшов*).
 2. Диагностика пола человека по черепу (*В.Н.Звягин*).
 3. Краниометрическая диагностика пола человека (*T.D.Holland*).
 4. Диагностика половой принадлежности по нижней челюсти (*О.П.Кровянский, Й.-В.Й.Найнис, Б.А.Федосюткин*).

5. Половые различия в строении и размерах постоянных зубов (*Schranz, Bartha; А.А.Зубов; Anderson, Thompson; И.Б.Дмитриев; Ditch, Rose*).
 6. Определение пола по зубам (*А.А.Зубов*).
 7. Диагностика пола человека по остеометрическим признакам подъязычной кости (*В.Н.Звягин, Н.Л.Мальцев, Л.А.Алексина, О.И.Галицкая*).
 8. Установление половой принадлежности по поясничным позвонкам (*Д.Д.Джамалов*).
 9. Установление пола по рёбрам (*А.И.Туровцев*).
 10. Установление пола по рёбрам (*В.Н.Звягин, О.Г.Галицкая, Е.Ю.Пермякова*).
 11. Определение пола по грудице (*Durwald*).
 12. Половые особенности ключиц по данным остеометрии (*З.Л.Лантев*).
 13. Определение половой принадлежности по лопатке (*Л.А.Кошелев*).
 14. Определение пола по параметрам лопатки (*З.Л.Лантев*).
 15. Половая характеристика плечевой кости (*М. Чёрный*).
 16. Определение пола по мацерированной плечевой кости (*И.-В.И.Найнис*).
 17. Определение половой принадлежности костей кисти (*В.М.Колосова, В.Н.Звягин*).
 18. Определение пола по костям таза (*В.Н.Тонков*).
 19. Определение пола по качественным признакам таза (*А.К.Гармусом*).
 20. Половая характеристика бедренной кости (*М. Чёрный*).
 21. Определение пола по мацерированной бедренной кости (*И.-В.И.Найнис*).
 22. Определение пола по надколеннику (*В.Л.Колесников*).
 23. Определение пола по костям голени (*А.К.Гармус*).
 24. Определение пола по фрагментированным костным останкам (*В.Н.Звягин с соавторами*).
- Определение возраста:
 1. Сроки появления ядер окостенения и синостозов костей черепа (*В.П.Воробьёв, В.А.Дьяченко, Д.Н.Зернов, Г.Ф.Иванов, Н.К.Лысенков, В.И.Бушкович; М.Г.Привес, В.Н.Танков и другие*).
 2. Определение срока внутриутробного и внеутробного периода младенца.
 3. Определение срока внутриутробного развития и внеутробной жизни по зубам (*Н.В.Алтухов, Г.И.Вилги, В.П.Воробьёв, Б.А.Виленсон, П.П.Мячева; С.А.Вайндрух*).
 4. Сроки прорезывания молочных зубов (*Е.М.Гофунг, И.Г.Лукомский*).
 5. Сроки прорезывания постоянных зубов (*А.Ф.Тур*).
 6. Определение возраста по ядрам окостенения и синостозам (*В.Я.Белогорский, С.А.Буров, Б.Д.Резников, В.Н.Кардашенко, Ю.А.Неклюдов*).
 7. Определение возраста детей по размерам головы (*А.П.Бондырев*).
 8. Определение возраста у детей по толщине костей свода черепа (*В.Н.Звягин*).
 9. Толщина слоёв костей черепа как показатель возраста до 20 лет (*В.Н.Звягин*).
 10. Определение возраста по размерам черепа в интервале от 1 до 21 года (*В.В.Томилин, С.С.Абрамов, И.А.Гедыкушев, В.Н.Звягин, Г.Н.Назаров*).
 11. Методика возраста по степени облитерации швов (*В.Н.Звягин*).
 12. Судебно-медицинское определение возраста по степени стёртости зубов (*З.П.Чернявская*).
 13. Определение возраста по стёртости зубов (*Takei et al.*).
 14. Определение возраста по корональному индексу (*S.Ito*).
 15. Диагностика возраста по микроструктуре шлифов зубов (*G.Gustafson; K.Burns, A.Marles; G.Dalitz; Н.А.Станчев*).
 16. Возрастные особенности строения подъязычной кости человека (*Ю.М.Гладышев*).
 17. Установление возраста по поясничным позвонкам (*Д.Д.Джамалов*).
 18. Возрастные изменения грудины (*В.Я.Белогорский, С.А.Буров, Б.Д.Резников, В.Н.Кардашенко, Ю.А.Неклюдов; З.Л.Лантев*).
 19. Установление возрастных периодов по размерам ключиц (*П.П.Дьяконов; Н.С.Механик*).

20. Определение возраста по плечевой кости (*Hansen*).
21. Определение возраста по фалангам и пястным костям кисти (*Д.Г.Рохлин, Э.Е.Левенталь*).
22. Определение возраста по костям таза (*А.К.Гармус*).
23. Определение возраста по бедренной кости (*Hansen*).
24. Определение возраста по надколеннику (*В.Л.Колесников, С.Ю.Шведчиков*).
25. Определение возраста по степени заращения швов, изменениям в головках плечевой и бедренной костей и поверхности лонного сочленения (*Г.Ашади и Я.Немеш-кери*).
26. Финальное определение возраста по множеству возрастных периодов.
 - Установление расовой принадлежности
 1. Диагностика расы по краниометрическим признакам фрагментированного черепа (*В.Н.Звягин*).
 2. Диагностика расы по краниометрическим признакам неповреждённого черепа (*R.A.Fisher*).
 3. Диагностика расы по зубам (*А.А.Зубов, Н.Н.Халдеева*).
 - Определение длины тела
 1. Определение длины плода по размерам переднего родничка (*А.А.Зайченко*).
 2. Определение длины плода по протяжённости костной ткани тел длинных трубчатых костей. (*Smith; Palmieri V.; Э.Хрущелевски и Г.Шперль-Зейфридова*).
 3. Определение роста ребёнка по длине и процентному соотношению отдельных костей скелета. (*А.П.Бондырев*).
 4. Формулы и таблицы вычисления роста по костям (*В.А.Беца; Rollet; Мартину; Пирсона; Мануэри; Дюпертью и Хэддена; Лорке, Мюнцнера и Вольтера; Телькья; Троттера и Глезера; В.П.Алексеева; В.В.Бунака; Г.Ф.Дебеца; Й.-В.Й.Найниса; А.К.Гармуса, Фюлли*).
 5. Диагностика длины тела по подъязычной кости (*В.Н.Звягин, Н.Л.Мальцев, Л.А.Алексина, О.И.Галицкая*).
 6. Определение длины тела по лопатке (*З.Л.Лаптев*).
 7. Определение длины тела человека по фрагментированным костным останкам (*В.Н.Звягин, О.В.Самоходская, Н.В.Иванов, М.А.Григорьева*).
 - Установление сроков захоронения трупов:
 1. Сроки изменения зубов под влиянием процессов гниения (*Г.И.Вильги; П.Р.Сысоева*).
 2. Взаимосвязь давности захоронения трупа и условий содержания с изменениями останков (*Berg; Specht; Welches; Э.Гофман; Durwald; Э.Кноблох; Р.Кокель; Краттер; Э.Шауэништейн*).
 3. Факторы, влияющие на степень и характер разрушения биологического материала трупа (*М.И.Марченко; Н.А.Качинский; Н.А.Рамезов; К.С.Кириченко*).
4. Определение давности захоронения при исследовании ключиц и позвонка (*А.В.Конов, А.Ф.Рубежанский*).
5. Давность захоронения по костным останкам (*А.Ф.Рубежанский*).
6. Давность захоронения по костным останкам (*О.В.Пиголкин*) или по бедренной кости (*А.Ф.Рубежанский*).
- Отождествление личности.
 1. Определение ракурсного положения при краниофациальной идентификации личности (*В.Н.Звягин, Н.В.Иванов, Н.В. Нарина*).
 2. Регистрация признаков внешности.
 3. Метод сравнения снимков (АГИ-1) с использованием полигонального репеража (*Эльбур Р.Э.*).
 4. Метод сравнения снимков с использованием алгоритмического репеража (АГИ-4).
 5. Методика вычисления коэффициента корреляции

(М.М.Пяткевич).

6. Использование значения асимметрии лица и черепа (В.В.Петров).
 7. Сравнительное исследование методом полигонального репеража.
 8. Использование методов фотосовмещения (Ю.М.Кубицкий).
 9. Сравнительные исследования методом скольжения.
 - Восстановление, реконструкция и фиксация непостоянных признаков: выявление заболеваний и их последствий, перенесенных травм и операций, аномалий развития организма, татуировок, признаков профессиональной деятельности, особенностей телосложения (соматотипа) и структуры строения тканей тела (лицевого отдела головы, папиллярного рисунка пальцев и ладонной поверхности кистей и т.п.
 6. Оценка результатов и составление выводов.
 7. Оформление «Заключения эксперта» в соответствии с ведением медицинской документации, утверждённой приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, иллюстрируется фототаблицами, схематическими изображениями, таблицами, зарисовками, указываются использованные в ходе исследования НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ и рабочие инструкции, приводится «Хронологической справки».
- Экспертизы и исследования идентификации личности относятся к разряду **сложных**.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ F-5

Ситуационная экспертиза по установлению механизма образования следов крови.

1. Ознакомление с сопроводительными документами (постановлением, предоставляемым материалом). Медико-криминалистическому исследованию следов крови должно предшествовать установление наличия крови, её видовой и групповой принадлежности, регионального происхождения, поэтому в случае отсутствия данных о проведении судебно-биологических экспертиз и генно-молекулярного исследования решить вопрос о проведении экспертизы комиссией экспертов, составить план последовательности исследования вещественных доказательств.
2. Приём и регистрация сопроводительных документов каждым членом комиссии экспертов в своих отделах.
3. Изучение предоставленного материала дела, при недостатке затребовать дополнительные данные. Результаты изучения предметов-информации изложить в вводной части, оформить в виде схематических изображений, таблиц, копий. Так же во вводной части фиксируются данные результатов исследования, проведённых участниками комиссии экспертов.
4. Исследовательская часть начинается с осмотра и фиксации первичного состояния вещественного доказательства в присутствии членов комиссии экспертов, определения достаточности и пригодности, последовательности применения методов исследования, согласования передачи вещественных доказательств из одного отдела в другой.
5. Подготовительный этап: а) фиксация предмета исследования без изменения вещественного доказательства; б) изъятие и подготовка предмета исследования.
6. Основной этап медико-криминалистического исследования:
 - Применить максимальное число методов фиксации от вербального изложения до детального масштабного фотографирования и получения копий. При описании похожего на кровь пятна придерживаться последовательности его описания, предусмотренного в «Правилах производства судебно-биологических экспертиз и исследований»:
 1. Локализация;
 2. Форма;

3. Размеры;
 4. Цвет;
 5. Контуры;
 6. Степень пропитывания;
 7. Уплотнения;
 8. Особенности.
- Определить вид пятен каждого в отдельности, пользуясь классификацией элементарных и сложных следов крови по Л.В.Станиславскому.
 - По характеру и виду каждого пятна установить физические факторы и условия их образования.
 - При выявлении контактных следов крови произвести идентификационное исследование по определению предмета причинения.
7. В резюмирующей части производится обобщение результатов исследования и выделение признаков, аргументирующих ответы на поставленные перед экспертами вопросы.
8. Формулирование выводов.
9. Оформление заключения эксперта, прилагаемых к нему фотографий, таблиц, схем, копий. Подготовка и упаковка передаваемых судебно-следственному работнику материалов дела и вещественных доказательств. Передача в архив «Заключения эксперта», снятых фотографических кадров, оставшихся копий следов.
- Экспертизы и исследования следов крови и установления механизма их образования относятся к разряду **сложных**.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ F-6

Проведение экспертиз (исследований) по идентификации микрочастиц.

1. Ознакомление судебно-медицинского эксперта с направляемым документами и предоставляемыми материалами в соответствии с клиническим протоколом F-2.
2. Осмотр и фиксация вещественного доказательства с указанием количества и характера упаковок, их целостности, размеров, имеющихся надписей, подписей и печатей, внутреннего содержимого (наименование, форма, маркировки, надписи и т.п.).
3. Изучение материалов дела: в протокольной части приводятся данные предоставляемого материала по рассматриваемому делу (направление, постановление, «Акты судебно-медицинского исследования», «Заключения эксперта», медицинские документы, протоколы из материалов дела и др.) и фиксируются в регистрационной документации как *предметы-носители информации*;
4. Установление перечня методов исследования (согласуется в заведующим отделом) и последовательности их применения. Количество применённых *методов* исследования используется для вычисления *объектов*, необходимого для контроля норматива.
5. Подготовительный этап заключается в приготовлении для всестороннего исследования предоставленного вещественного доказательства биологического и небиологического характера – *предмета-носителя следа*;
6. Основной этап исследования, когда в предмет-носителе следа выявляются элементы инородного исследуемому предмету характера (микрочастицы), требующие назначения иных экспертиз или исследований:
 - Криминалистическая экспертиза частиц материалов, веществ и изделий;
 - Судебно-биологическая экспертиза (судебно-ботаническую, судебно-зоологическую экспертизу и т.д.), если обнаруженные частицы являются объектами животного и растительного мира.
 - Судебно-медицинская молекулярно-генетическая экспертиза вещественных доказательств, исследующая объекты биологического происхождения.

- Другие экспертизы.

В этом случае объект выдаётся следственному работнику для назначения соответствующей экспертизы. Либо в структуре судебно-медицинской службы исследование назначается в другой отдел по направлению судебно-медицинского эксперта – исследование комиссией экспертов. Возможно назначение комплексной экспертизы с вопросами судебно-медицинского направления:

- а) - имеются ли на объекте микроследы крови? (выделений, отделяемого) или микрочастицы (клеточные элементы) человеческого организма?
 - б) - имеются ли на теле человека или в области телесных повреждений (в раневых каналах и др.) посторонние микрочастицы?
 - в) - каков механизм образования микроследов крови (или других выделений) человека?
 - г) - какова половая принадлежность микроследов крови (других выделений) или микрочастиц, которые обнаружены при осмотре?
 - д) - каково региональное происхождение микроследов крови или органо-тканевое происхождение микрочастиц тела человека?
 - е) - одинакова ли групповая принадлежность обнаруженных микроследов крови (выделений, отделяемого) или микрочастиц тела человека и соответствующих образцов для сравнительного исследования?
 - ж) - не является ли плоская микрочастица с наслоением красного цвета частью ногтевой пластинки пальца руки потерпевшей (подозреваемой)?
 - з) - не находится ли определенный участок тела человека (трупа) в контактном взаимодействии с конкретным предметом (оружием, транспортным средством и др.)?
7. Оценка результатов резюмирующей части: приведение выявленных в ходе различных видов исследования изменений, служащих аргументом для ответа на поставленные вопросы.
8. Составление выводов заключается в указании разрешаемого вопроса и ответа на него без аргументов.
9. Оформление «Заключения эксперта» и «Акта судебно-медицинского исследования».
- Выявленные частицы, исследованные более чем четырьмя методами, относятся к разряду **сложных**:

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ F-7

Порядок проведения ситуационных комплексных экспертиз.

1. Ситуационная экспертиза с участием судебно-медицинского эксперта медико-криминалистического отдела проводится при комплексной экспертизе, где он является членом комиссии одного из судебно-экспертных учреждений.
2. Ведущим экспертом комиссии является руководитель ведущего судебно-экспертного учреждения – формирует экспертную комиссию, назначает докладчика по делу, затребует дополнительный материал, сообщает о невозможности дачи заключения, руководит деятельностью комиссии.
3. Эксперт-докладчик по делу – знакомит членов комиссии с предоставленными материалами, вещественными доказательствами;
 - определяет последовательность исследования объектов;
 - осуществляет связь с руководителями судебно-экспертных учреждений;
 - руководит совещанием комиссии экспертов при разработке общей программы исследований;
 - контролирует срок производства экспертизы и координирует выполнение программы исследований;

- организует ознакомление комиссии с ходом и промежуточными результатами исследований;
 - осуществляет координацию итогового совещания комиссии экспертов;
 - сообщает руководителю экспертного учреждения о действиях членов комиссии;
 - составляет проект «Заключения эксперта» /или «Акта о невозможности дачи заключения»/.
- 4.** Судебно-медицинский эксперт медико-криминалистического отдела проводит свои исследования самостоятельно в соответствии со клиническими протоколами проведения диагностических или идентификационных медико-криминалистических экспертиз и оформляет в виде «Заключения эксперта» (по копии постановления о назначении комплексной экспертизы) или «Акта судебно-медицинского исследования (по направлению докладчика по делу).
 - 5.** На итоговом совещании производится обобщение и оценка результатов всех проведённых исследований.
 - 6.** Формулирование и обоснование выводов.
 - 7.** В случае разногласий в выводах приводится «особое мнение» члена комиссии или группы членов.
 - 8.** Оформление «Заключения экспертов» с приложением иллюстрационного материала, подписанного всеми членами комиссии, заверенного печатью ведущего судебно-экспертного учреждения.
 - 9.** Количество «Заключения экспертов» изготавливается с учётом передачи экземпляра всем судебно-экспертным учреждениям, эксперты которых участвовали в производстве экспертизы.

2.4. Национальные клинические протоколы производства судебно-химических экспертиз и исследований

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-1

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологического материала на неизвестные яды

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов (морфологический состав, цвет, запах, консервирование, реакция на лакмус и другие индикаторы, наличие посторонних включений) и их взвешивание.
4. Предварительная проба на нитриты.
5. Составление плана судебно-химического исследования.
6. Отбор проб (навесок) для исследования следующих веществ, изолируемых:
 - а) дистилляцией с водяным паром - летучие яды;
 - б) полярными растворителями (подкисленным спиртом или подкисленной водой, настаиванием ацетоном) – алкалоиды, лекарственные вещества, производные сульфонилмочевины и др.;
 - в) органическими растворителями – пестициды;
 - г) гидролиз - производные 1,4-бензодиазепина;
 - д) разрушением органических веществ (деструкцией) - соединения ртути;
 - е) изолируемые минерализацией – металлические яды;
 - ё) с помощью диализа – кислоты, щелочи, соли.
7. Проведение каждого вида исследования по соответствующим клиническим протоколам.
8. Оценка результатов судебно-химического исследования.
9. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-2

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологического материала на определение летучих ядов перегонкой с водяным паром.

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение морфологического состава, веса, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение pH среды.
5. Предварительная проба на нитриты.
6. Подкисление объектов растворами щавелевой или винной кислотой.
7. Подготовка прибора для изолирования из биологического материала веществ, перегоняемых с водяным паром.
8. Изолирование соединений синильной кислоты.
9. Изолирование других веществ летучих при перегонке с водяным паром.
10. Проведение хромогенных и других реакций.
11. Газохроматографическое определение.
12. В случае положительного результата, проведение количественного анализа найденного вещества с помощью физико-химических методов: (газохроматографический, хроматомасс – спектрометрический).
13. Оценка результатов судебно-химического исследования.
14. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-3

Выделение алкалоидов и барбитуратов из внутренних органов, окраска, микрокристаллоскопические реакции и проведение судебно-химической экспертизы (исследования) методом тонкослойной хроматографии

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение морфологического состава, веса, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение pH среды.
5. Предварительная проба на нитриты.
6. Отбор пробы (навески) для анализа.
7. Подкисление объектов растворами щавелевой или винной кислотой до pH 2,5 и строгое соблюдение сохранения pH среды до конца извлечения.
8. Изолирование веществ кислого характера эфиром или хлороформом.
9. Проведение всех качественных реакций производить параллельно с меткилами - свидетелями. Проведение цветной реакции на барбитураты.
10. Проведение анализа методом тонкослойной хроматографии.
11. Проведение микрокристаллических реакций.
12. Экстракция веществ основного характера хлороформом из подщелоченной водной вытяжки раствором аммиака до pH 8-10 и строгое соблюдение сохранения pH среды до конца извлечения.
13. Проведение цветных реакций.
14. Проведение реакции общесадительными реактивами на азотсодержащих гетероциклических соединений.
15. Проведение анализа методом тонкослойной хроматографии.
16. Проведение микрокристаллических реакций.
17. В случае положительного результата, проведение количественного анализа с помощью физико-химических методов: УФ-спектрофотометрия; фотоэлектроколориметрия, хроматомасс-спектрометрия.
18. Оценка результатов судебно-химического исследования.
19. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-4

Выделение опиатов из биологических жидкостей, цветные реакции и судебно-химическая экспертиза (исследование) методом тонкослойной хроматографии

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Отбор пробы (навески) для анализа.
5. Предварительный анализ на нитриты.
6. Экстракция из крови путем подщелачивания, органическим раствором.
7. Экстракция путем подщелачивания после метода гитдролита мочи.
8. Анализ методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с контрольным веществом, недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов метаболизма.
9. Проведение цветных реакций.

10. Оценка результатов судебно-химического исследования.
11. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-5

Выделение барбитуратов из биологических жидкостей, микрористаллоскопические реакции и судебно-химическая экспертиза (исследование) методом тонкослойной хроматографии

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение цвета, запаха объекта исследования.
4. Отбор пробы (навески) для анализа.
5. Предварительная проба на нитриты.
6. Подкисление объекта 2н. соляной кислотой до pH 2.
7. 3^x кратная экстракция хлороформом.
8. Упаривание органического растворителя в токе теплого воздуха.
9. Проведение анализа методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с контрольным веществом, недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов метаболизма.
10. Проведение микрористаллических реакций.
11. Оценка результатов судебно-химического исследования.
12. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-6

Выделение из внутренних органов производных 1,4 – бензодиазепина, судебно-химическая экспертиза (исследование) методом тонкослойной хроматографии

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение морфологического состава, веса, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение pH среды.
5. Предварительная проба на нитриты.
6. Отбор пробы (навески) для анализа.
7. Гидролиз 6 нормальной соляной кислотой в кипящей водяной бане в течении одного часа.
8. Нейтрализация с помощью едкого натра и доведения до pH 10.
9. Экстрагирование гидролизата.
10. Хроматографирование в системе растворителей.
11. Проведение анализа методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с контрольным веществом, недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов метаболизма.
12. Просмотр флюоресценции в УФ - свете.
13. Проведение реакции Браттона - Маршалла.
14. Оценка результатов судебно-химического анализа.
15. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G - 7

Выделение из биологических жидкостей производных 1,4 – бензодиазепина, судебно-химическая экспертиза (исследование) методом тонкослойной хроматографии

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение pH среды.
5. Предварительная проба на нитриты.
6. Отбор пробы (навески) для анализа.
7. Гидролиз бн. соляной кислотой в кипящей водяной бане с обратным холодильником в течение одного часа.
8. Нейтрализация с помощью едкого натра и доведения до pH 10.
9. Экстрагирование гидролизата.
10. Проведение анализа методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с контрольным веществом, недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов метаболизма.
11. Просмотр флюоресценции в УФ - свете.
12. Проведение реакции Браттона – Маршалла, образование азокраски.
13. Оценка результатов судебно-химического анализа.
14. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G - 8

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологического материала на фосфорорганические яды

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение морфологического состава, веса, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение pH среды.
5. Предварительная проба на нитриты.
6. Отбор пробы (навески) для анализа.
7. Изолирование фосфорорганического вещества органическими растворителями в зависимости от физико-химического свойства яда.
8. Проведение холинэстеразной пробы.
9. Проведение анализа методом тонкослойной хроматографии.
10. Проведение отдельных микрокристаллических реакций.
11. В случае положительных результатов, количественный анализ с помощью физико-химических методов (фотоэлектроколориметрический, хроматомасс - спектрометрический).
12. Оценка результатов судебно-химического исследования.
13. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-9

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологического материала на РТУТЬ содержащие яды

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение морфологического состава, веса, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение pH среды.
5. Предварительная проба на нитриты.
6. Отбор пробы (навески) для анализа.
7. Разрушение биологического объекта деструктивным методом с помощью серной и азотной кислот.
8. Фильтрование горячего деструктата и промывание фильтра горячей водой, объединение промывных вод с фильтратом.
9. Разбавление фильтрата до объема 200 мл.
10. Проведение качественных реакций с помощью взвеси йодида одновалентной меди и раствором дитизона.
11. Количественное определение ртути производят фотоколориметрическим методом с помощью дитизона и методом Полежаева, основанного на нефелометрическом определении.
12. Оценка результатов судебно-химического исследования.
13. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G - 10

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологического материала на «металлические яды» методом А.Н. Крыловой

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение морфологического состава, веса, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение pH среды.
5. Предварительная проба на нитриты.
6. Отбор пробы (навески) для анализа.
7. Минерализация биологического объекта с помощью серной и азотной кислот.
8. Удаление окислителей (денитрация) и разбавление полученного минерализата водой.
9. Выявление осадка солей бария, свинца.
10. Фильтрование минерализата – отделение свинца от осадка и проведение реакции на катион свинца.
11. Определение бария в осадке с помощью микрокристаллических реакций.
12. Проведение реакции с фильтратом (разбавленным минерализатом) на ядовитые катионы.
13. В случае положительного результата, проведение количественного анализа найденного катиона с помощью физико-химических методов (фотоэлектроколориметрический; комплексонометрический; весовой; объёмный).
14. Оценка результатов судебно-химического исследования.
15. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G - 11

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологических жидкостей на «металлические яды» методом А.Н. Крыловой

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение рН среды.
5. Отбор пробы (навески) для анализа.
6. Минерализация биожидкостей с помощью серной и азотной кислот.
7. Удаление окислителей (денитрация) и разбавление полученного минерализата водой.
8. Выявление осадка солей бария и свинца.
9. Фильтрование минерализата – отделение осадка солей и проведение реакции на катион свинца.
10. Проведение реакции с осадком на барий с помощью микрокристаллических реакций.
11. Проведение реакции с фильтратом (разбавленным минерализатом) на ядовитые катионы.
12. В случае положительного результата, проведение количественного анализа найденного катиона с помощью физико-химических методов (фотоэлектро-колориметрический; комплексонометрический; весовой; объёмный).
13. Оценка результатов судебно-химического исследования.
14. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G - 12

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) в биологических объектах на определение каннабиноидов

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Отбор проб (навески) для анализа в зависимости от вида предоставленных биологических образцов (кровь, моча, слюна, мазок).
5. В зависимости от вида объекта проведение надлежащего извлечения органическим растворителем.
6. Проведение качественной реакции параллельно с метчиком – свидетелем. Результаты, полученные без сравнения с контрольным веществом, недействительны.
7. Проведение анализа методом тонкослойной хроматографии. Обратить внимание на обнаружение тетраканнабинола или его метаболитов. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов метаболизма. Обратить внимание на наличие в объекте тетрагидроканнабинола и его метаболита тетрагидроканнабинол карбоновой кислоты.
8. Опрыскивание пластинки 0,05% раствором прочного синего «Б» в 10% растворе карбоната натрия.
9. Оценка результатов судебно-химического исследования.
10. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-13

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологического материала для определения уксусной кислоты перегонкой с водяным паром

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение морфологического состава, веса, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Определение рН среды.
5. Отбор пробы (навески) для анализа.
6. Предварительная проба на нитриты.
7. В случае определения свободной уксусной кислоты перегонка объекта с водяным паром осуществляется без подкисления.
8. В случае определения связанной уксусной кислоты перегонка объекта с водяным паром после подкисления объекта 10% серной кислотой.
9. Проведение качественных реакций с целью определения уксусной кислоты.
10. Проведение количественного анализа.
11. Оценка результатов судебно-химического исследования.
12. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-14

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) крови на определение карбоксигемоглобина

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Проведение качественных реакций с помощью растворов различных реактивов и спектрофотометрия видимой области.
5. В случае положительного результата, проведение количественного анализа с помощью спектрофотометра.
6. Построение калибровочного графика при помощи насыщения крови окисью углерода.
7. Спектрофотометр подлежит метрологическому осмотру по плану.
8. Отбор пробы (навески) исследуемой крови и разбавление 0,1н раствором аммиака до 100мл.
9. Измерение оптической плотности.
10. Оценка результатов судебно-химического исследования.
11. Составление акта или заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-15

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) мышцы на определение карбосимиоглобина

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.

3. Описание объектов – определение морфологического состава, веса, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Качественный анализ мышцы.
5. Отбор 50г. навески скелетных мышц трупа.
6. Промывание отобранного материала водой от следов крови.
7. Освобождение навески от жира и соединительной ткани и измельчение на небольшие кусочки.
8. Измельчение навески при помощи гомогенизатора до однородной массы.
9. Добавление в гомогенизат такой же массы дистиллированной воды, охлажденной до 0°.
10. Перемешивание полученной массы в течение 10 мин. И процеживание через плотное льняное полотно с последующим отжатием.
11. Помещение процеженной жидкости в стакане на лёд и добавление 1н. раствора едкого натрия рН=7.
12. Прибавление по каплям насыщенного раствора ацетата свинца основного, объём которого должен быть равен приблизительно 1/6 объёма жидкости.
13. Центрифугирование жидкости в течение 10 мин. при 6 тыс. об/мин.
14. Перемешивание центрифугата с фосфатом натрия в пропорции: на 10 мл центрифугата 0,1г смеси фосфатов натрия.
15. Центрифугирование в течение 8 мин. и т.д. по методике.
16. Измерение оптической плотности в интервалах длин волн от 510 до 600 нм.
17. Расчет полученных результатов по уравнению. Из-за распада элементов крови в процессе глубокого распада получить четкий график не удастся и результат не оценивается.
18. Оценка результатов судебно-химического исследования.
19. Составление акта или заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-16

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологических жидкостей на определение этилового спирта газохроматографическим методом

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – установление морфологического состава объекта, определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Отбор пробы (навески) для качественного анализа.
5. Установление необходимых условий хроматографического анализа: проверка расхода газа носителя, температурного режима и т.д.
6. Качественный анализ спиртов с помощью хроматографических кривых алкилнитритов.
7. Определение этилового спирта в биологических жидкостях с использованием современного газового хроматографического прибора (Кристаллюкс-4000, Хромос):
 - а) Включаются газовый компрессор, генератор азота, генератор водорода;
 - б) Откроется программа «Netchrom». Параметры проверяются.
 - в) В той части окна компьютера, где расположены параметры, открывается библиотека (зеленая папка) и вводятся параметры анализируемых веществ (спиртов, газов, наркотических веществ, наркотических средств и наркотических средств).
 - г) Проверяется рабочее состояние устройства.
 - д) точность времени выхода спиртовой пробы свидетельствует о правильной работе всех параметров аппарата.
 - е) На следующем этапе включается регистрирующий стол прибора, тестируемый биологический раствор (кровь, моча) направляется из пробы пара в колонку-дозатор.

- ж) Если испытуемые пробы дают положительный результат, постоянные коэффициенты в части «Проба» программы хроматограммы (кровь-0,95; моча-1,05; мышца-1,0) умножаются на количество ppm.
- з) Все результаты и выводы полностью письменно фиксируются в папке паспорта, расположенной сверху хроматографического стола.
- и) Устройство переводится в процесс охлаждения.
- к) Компрессор воздухосборника, генератор водорода, хроматографический аппарат, генератор азота выключаются.
8. Проведение качественного анализа с исследуемым объектом.
9. В случае положительного результата на этиловый спирт, проведение количественного анализа.
10. Построение калибровочного графика.
11. Оценка результатов судебно-химического исследования.
12. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования)

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-17

Извлечение из биологических жидкостей и качественный анализ производных фенотиазинов при судебно-химической экспертизе (исследовании).

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Отбор пробы (навески) для анализа.
5. Проведение предварительного анализа на нитриты.
6. Проведение предварительного анализа реактивом ФПН в моче.
7. Выделение вещества надлежащими способами.
8. Экстрагирование органическим растворителем.
9. Проведение качественного анализа с использованием цветных реакций.
10. Выполнение реакции Витали-Морена.
11. Проведение анализа методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с компаратором, недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов обмена.
12. Оценка результатов судебно-химического исследования.
13. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-18

Извлечение из внутренних органов и качественный анализ производных фенотиазинов при судебно-химической экспертизе (исследовании)

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание предметов – для определения размеров, цвета, запаха, окружения обследуемого объекта.
4. Предварительный тест на нитриты.
5. Отбор проб для анализа.
6. Выделение фенотиазинов из биологического материала по методу Е.М. Саломатина.

14. Исследование методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с компаратором, недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов обмена.
7. Анализ качества с помощью цветных реакций.
8. Проведение реакции Витали-Морена.
9. Оценка результатов судебно-химической экспертизы.
10. Составление заключения эксперта (документа судебно-химической экспертизы).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-19

Качественный анализ биологического материала на сероводород при судебно-химической экспертизе (исследования)

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение и характеристика веса, цвета, запаха и морфологического состава исследуемого объекта.
4. В случае подозрения на отравление сероводородом судебно-химическое определение биологического объекта следует проводить с осторожностью в течение 24 часов! Крышку контейнера, в который помещен предоставленный биологический объект, не следует открывать до начала исследования.
5. Выделение сероводорода из внутренних органов.
6. Принимать во внимание тот факт, что, определение сероводорода в гнилом биологическом объекте (в состоянии распада), невозможно.
7. Реакция на сероводород с нитропруссидом натрия.
8. Оценка результатов судебно-химического исследования.
9. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G - 20

Выделение ядовитых веществ из гнилом биологических объектов методом Стасс-Отто.

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Измельчение биологического объекта (внутренних органов) и заливка 96⁰ этиловым спиртом до покрытия им твердых частиц исследуемого объекта.
5. Подкисление 10% - ным спиртовым раствором щавелевой кислоты до кислой среды рН=2,5-3,0.
6. На следующий день кислую спиртовую вытяжку сливают с биологического материала.
7. Настаивание биологического материала с новыми порциями этилового спирта, подкисленного 10% - ным спиртовым раствором щавелевой кислоты до рН=2,5-3,0, произвести еще 3-4 раза.
8. Соединение кислых спиртовых вытяжек из биологического материала, перенос на фильтр, промывание этиловым спиртом.
9. Упаривание объединенных спиртовых вытяжек до густоты сиропа на водяной бане, нагретой до 40⁰С. Для осаждения примесей при перемешивании по каплям добавляется 96⁰ этиловый спирт. Упаривание спиртовых фильтратов и осаждение примесей этиловым спиртом из сиропобразной жидкости проводят многократно!

10. Прибавление к сиропообразной жидкости 25-30мл теплой воды. Экстрагирование органическим растворителем.
11. Подщелачивание оставшейся на делительной воронке кислую жидкость 25%-м раствором аммиака до среды рН=9-10. Экстрагирование органическим растворителем.
12. При необходимости вытяжки заново очищают.
13. Хлороформные вытяжки соединяют и упаривают при комнатной температуре.
14. Полученные вытяжки используют для дальнейших исследований.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-21

Выделение и качественный анализ димедрола из биологических жидкостей и внутренних органов

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание предметов – для определения объема, цвета, запаха, РН среды исследуемого объекта.
4. Отбор проб для анализа.
5. Выделение димедрола из биологического материала в щелочной среде.
6. Качественный анализ димедрола с помощью цветной реакции.
7. Определение димедрола методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с контрольным веществом недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов метаболизма.
8. Оценка результатов судебно-химической экспертизы.
9. Составление экспертного заключения (документа судебно-химической экспертизы).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-22

Выделение и качественный анализ амитриптилина из биологических жидкостей и внутренних органов

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
 4. Отбор пробы (навески) для анализа.
5. Выделение амитриптилина из крови и мочи.
6. Выделение амитриптилина из внутренних органов.
7. Проведение анализа на амитриптилин методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с контрольным веществом недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов метаболизма. Амитриптилин Rf= 0,74-0,78, нортириптилин Rf= 0,38-0,46.
8. Проведение цветных реакций на качественный анализ амитриптилина.
9. Проведение реакции Рейнке.
10. Химико-токсические реакции проводятся в зависимости от наличия реагентов.
11. Оценка результатов судебно-химического исследования.
12. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-23

Проведение судебно-химической экспертизы (исследования) биологического материала на аммиак

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение и характеристика объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Выделение аммиака из биологического материала с помощью воды.
5. Проведение качественного анализа на аммиак.
6. Проведение реакций с красным лакмусом, сульфатом меди и ацетатом свинца.
7. Проведение реакции с реактивом Несслера.
8. Проведение анализа с помощью лакмусовой бумаги и бумаги, пропитанной фенолфталеином.
9. Химико-токсические реакции проводятся в зависимости от наличия реагентов.
10. Оценка результатов судебно-химического исследования.
11. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-24

Выделение и качественный анализ ядовитых веществ методом диализа из биологического материала

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Отбор пробы (навески) для анализа.
5. Подготовка кристаллизатора объемом 2-3 литра.
6. Наливание очищенной воды в кристаллизатор и опускание диализатора.
7. Настаивание 100гр биологического объекта перемешивая с очищенной водой на 2-4 часа.
8. Переливание через 4-6 часов воду в кристаллизаторе в другой стакан.
9. Процесс повторяется 2-3 раза. Примечание: при разделении токсичных веществ методом диализа закон осмоса в основном гласит, что исследуемое вещество проходит из диализатора до тех пор, пока концентрация водных твердых веществ в кристаллизаторе не станет равной.
10. Диализаты соединяются. Примечание: при проверке на наличие минеральных кислот они перегоняются, а затем проверяются. При проверке на наличие минеральных кислот сначала проверяется наличие сильнейшей сульфатной, затем нитратовой и соляной кислот.
11. Определение минеральных кислот при диализе
12. Проведение реакции на определение серной кислоты.
13. Проведение реакций с раствором хлорида бария, реакции с раствором ацетата свинца, реакцию родизоната натрия (в зависимости от наличия реагентов).
14. Проведение реакции для определения азотной кислоты.
15. Проведение реакции с бруцином, с дифениламином, реакция с помощью шерстяных и хлопчатобумажных материалов.
16. Обнаружение и удаление нитратов из исследуемого раствора.
17. Проведение реакции для определения соляной кислоты.
18. Проведение реакции с нитратом серебра, с хлоридом калия.

19. Определение щелочей в диализате. Проведение реакции для определения гидроксида натрия.
20. Проведение реакции с уранилацетатом цинка, реакция с гидрооксотибиатом калия (в зависимости от наличия реагентов).
21. Определение гидроксида калия . Проведение реакции с кобальтонитратом натрия и реакцию с гидротартратом натрия.
22. Определение аммиака - гидроксида аммония. Проведение реакции с сульфатом меди и фенолфталеином, реактивом Несслера.
23. Определение сероводорода .
24. Определение солей нитритной кислоты. Проводится его реакция с сульфониловой кислотой и реагентом β-нафтола. В его реакции с реакцией Грисса образуется красный цвет.
25. Учитывать неразрывную связь с наличием реагентов и масштабами химико-токсикологических реакций.
26. Оценка результатов судебно-химического исследования.
27. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G - 25

Проведение предварительного анализа при судебно-химической экспертизе (исследовании) мочи методом экспресс-теста

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание объектов – определение и характеристика объема, цвета, запаха исследуемого объекта.
4. Подготовка мочи к исследованию.
5. Доведение температуры экспресс-теста до комнатной.
6. Введение в углубление три полных капли мочи.
7. Интерпретация полученного результата после проведение 5 минут .
8. Проведенный после 10 минут анализ не комментируется.
9. При необходимости используется информация паспортных данных или инструкции производителя экспресс тестов (палочки, пластины, кассеты).
10. Оценка результатов судебно-химического исследования.
11. Составление заключения эксперта (акта судебно-химического исследования).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G - 26

Судебно-химическая экспертиза (исследование) вещественных доказательств (биологического материала) живых лиц, изъятие объектов

1. Судебно-химическая экспертиза (исследование) проводится в соответствии с возложенными на нее задачами. На основании этих задач экспертиза может проводиться в отношении конкретного вещества, группы веществ или неизвестного вещества по общему плану судебно-химического анализа.
2. В качестве биологических объектов для химико-токсикологических исследований наркотических средств и отравляющих веществ в качестве биологических объектов берут мочу, кровь (плазму, сыворотку), слюну, рвотные массы, смывы с ладоней и губ, волосы.
3. Если проведение экспертизы не связано с разведением лица, у которого взяты пробы, и не требует специальных профессиональных навыков, следователь, дознаватель или суд вправе взять пробы для проведения экспертизы в присутствии врача или еще одного специалиста и при необходимости эксперта. Если взятие проб для экспертизы требует

обнажения или специальных профессиональных навыков, забор проб для исследования производится врачом или другим медицинским работником по постановлению следователя, дознавателя или суда.

4. Лица, у которых могут быть взяты пробы. Пробы для экспертизы могут быть взяты у подозреваемого, обвиняемого, подсудимого, потерпевшего, а также лица, в отношении которого ведется дело для применения принудительных мер медицинского характера. У этих лиц могут быть взяты пробы для проведения экспертизы при наличии достаточных оснований того, что следы могли быть оставлены другими лицами на месте происшествия или на вещественных доказательствах. Его можно взять у лиц обратившихся за проведением исследований, проводимых на платной основе.

5. Порядок взятия проб врачом или другим специалистом. Следователь, дознаватель или суд направляет соответствующее лицо, а также решение или постановление о взятии у него образца врачу или другому специалисту. Вопрос об отказе от врача, иного специалиста или беспристрастного лица решает дознаватель, следователь или суд, вынесший решение или постановление. Врач или другой специалист выполняет необходимые действия и берет образцы для экспертизы. Для этого могут быть использованы научно-технические средства, не причиняющие боли и не опасные для жизни и здоровья человека. Образцы упаковывают, опечатывают и отправляют следователю или в суд.

6. Если постановлением следователя, дознавателя или решением суда о взятии проб у соответствующего лица предусмотрено взятие биологических проб при судебно-медицинской экспертизе, они производятся в специально оборудованном процедурном кабинете судебно-медицинской экспертизы.

7. Химиико-токсикологические исследования образца биологического объекта обязательны для следующих химических веществ, включая их производные, метаболиты и аналоги: опиаты, растительные и синтетические каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты, этанол и его суррогаты. Химиико-токсикологические исследования проводятся и по другим веществам, которые могут оказать негативное влияние на деятельность, связанную с источником повышенного риска. Преимущественно в крови можно обнаружить алкоголь, барбитураты, производные 1,4-бензодиазепина, метаквалон, мепробамат, в моче фенотиазин, трициклические антидепрессанты, опийные алкалоиды, амфетамины и другие соединения, в моче компоненты каннабиса.

8. При назначении судебно-химической экспертизы к постановлению (решению) должны быть приложены вещественные доказательства в упакованном, запечатанном виде, протокол о взятии проб с указанием времени, места и специалиста взявшим пробу.

9. В случае ненадлежащей упаковки пакета вещественных доказательств, его несоответствия сведениям, содержащимся в решении и акте отбора проб, об этом уведомляется учреждение или лицо, назначившему экспертизу (исследование), а при невозможности устранения недостатков, будут приняты меры по его возврату.

10. При взятии проб (биологического объекта) от живых лиц составляется акт в соответствии с правилами. В протоколе указываются имя проверяемого лица, медицинского работника, взявшего пробу, учреждения и должностного лица запросившего отбор проб; место отбора проб, тип и размер биологического объекта; указываются наименования и подписи сторон.

11. Указываются возраст, пол, употребление испытуемым других видов наркотиков, алкоголя, кофе, чая и табака. Эти факторы не только влияют на основные красящие соединения, но и считаются фактором, влияющим на метаболизм тестируемого вещества и, конечно же, на его концентрацию в биологическом объекте.

12. Принимаются меры по приему, проверке и хранению полученных вещественных доказательств в надлежащих условиях.

13. Исследуемая моча собирается в чистую стеклянную или пластиковую тару. Мочу собирают в количестве до 200 мл в мерную емкость с широким горлышком в объеме не менее 100 мл. Тесты на алкоголь берут 8-10мл. Флакон немедленно закрывают колпачком и заклеивают пластырем, упаковывают, опечатывают.

14. Если моча взята в судебно-химическом отделении, в первые 5 минут (при возможности) проводят следующий анализ:

- измеряют температуру (не более чем через 4 минуты после сбора мочи), ее измеряют стеклянным ртутным термометром (обычно температура в среднем 32,5-37,7°C);

- с помощью универсальной индикаторной бумаги измеряют уровень pH мочи (нормальный уровень pH мочи находится в пределах 4-8 единиц);

- измеряется относительная плотность (внутренняя нормальная относительная плотность 1,008-1,025);

- Уровень креатинина с помощью иммунохроматографии – иммунохроматографические тесты (нормальный уровень креатинина 4,4-17,7 ммоль/сут).

- Если при предварительном исследовании выявляются несоответствия, показатели, указанные в настоящем пункте, фиксируются в сводке и записях.

15. После предварительного исследования мочу разделяют на две части (1/3 и 2/3 общего объема) и помещают в две герметично закрывающиеся пластиковые бутылки или стаканчики емкостью 100 мл, укупоривают. В качестве первого контейнера (контрольная проба) оставляют 1/3 мочи. Вторая (анализируемая проба) используется для химико-токсикологических исследований.

16. При направлении мочи на определение алкоголя и его суррогатов из взятой на анализ пробы отбирают не менее 5 мл в чистую сухую стеклянную тару вместимостью 10 мл, закрываемую алюминиевой крышкой, закрепляемую и опечатываемую.

17. Проба мочи для проведения исследований на алкоголь и его суррогатов, наркотические средства, психотропные и другие токсические вещества, вызывающие интоксикацию (опьянение) и их метаболиты, доставляется в лабораторию не позднее двух суток с момента взятия;

18. До отправки в лабораторию мочу хранят в холодильнике при температуре 0-2°C.

19. Моча сдается с сопроводительными документами в герметичной таре, в сумке-холодильнике, в присутствии ответственного работника.

20. Пробы мочи во время исследования хранят при температуре 0-2°C (в случае быстросоздающихся веществ - замораживают). Добавление консервантов осуществляется согласно методическому пособию.

21. Для анализа следует использовать только прозрачные образцы мочи, при необходимости мочу следует профильтровать или центрифугировать. Примеси (отбеливатели или другие окислители), попавшие в образцы мочи во время отбора проб, могут дать ложные результаты анализа.

22. Химико-токсикологические исследования пробы биологического объекта (мочи) проводятся в два этапа: предварительные исследования (цветные реакции, иммунохимические методы); подтверждающие исследования с использованием технических средств (газовой или жидкостной хроматографии), обеспечивающих регистрацию и обработку результатов исследований методами тонкослойной хроматографии, спектрофотометрическими методами и сравнение полученного результата с данными электронных библиотек спектров.

23. Взятие крови у человека производится во время забора мочи. Пробу крови у обследуемого берут в оборудованном по требованиям помещении, в соответствии с правилами асептики, в одноразовых стерильных перчатках.

24. Кровь берут из поверхностной вены в сухую чистую пробирку. Перед взятием крови поверхность кожи протирают тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором, после обработки раневую поверхность дезинфицируют новым стерильным тампоном, смоченным тем же раствором.

25. На химико-токсикологические исследования берут 15 мл крови. Эти 15 мл крови берут в два флакона по 10 и 5 мл.

26. В целях профилактики переливания крови на каждые 10 мл крови добавляют 3-5 капель гепарина, причем эта информация обязательно указывается на этикетке (в случаях, когда гепарин не добавляется, информация не указывается). Никакие другие вещества не используются в качестве консервантов.

27. Содержимое флаконов немедленно перемешивают. Флакон закрывают стандартной крышкой и укупорируют лейкопластером (алюминиевым колпачком). На этикетке, прикрепленной к бутылке, указаны фамилия, имя, отчество, подлежащего тестированию, дата, время и место взятия объекта.

28. 5 мл крови оставляют в качестве контрольной пробы, 10 мл крови во втором флаконе (проба на анализ) используют для химико-токсикологических исследований.

29. Доставка крови в судебно-химические отделения должна быть обеспечена не позднее двух суток. До отправки в лабораторию образец крови необходимо хранить в холодильнике при температуре 0-2°C.

30. Пробу крови опечатывают сопроводительными документами и направляют в судебно-химическое отделение. Перевозка осуществляется в специальном контейнере – рефрижераторной сумке (контейнере) в сопровождении сотрудника, ответственного за доставку.

31. Химико-токсикологические исследования пробы биологического объекта (крови) проводятся в один прием подтверждающими методами исследования.

32. Спиртовые растворы не применяются в качестве антисептика при заборе крови на определение этилового спирта и его суррогатов. Место анализа обрабатывают насыщенным водным раствором этакридина или фурацилина.

33. Кровь во время экспертизы (исследования) держат замороженной для снижения активности ферментов.

34. Сбор ротовой жидкости (далее - слюна) осуществляется с помощью коллектора со стоматологическими (хирургическими) ватными тампонами.

35. Взятие слюны производят путем помещения ватного тампона под язык на 10 минут без стимуляции слюноотделения.

36. Тампоны, насыщенные слюной, помещают в коллектор, герметично закупоривают, закрывают пластиковой пробкой, коллектор пломбируют и отправляют в лабораторию с сопроводительной документацией. Транспортировка объекта осуществляется в рефрижераторной сумке (в специальном контейнере) в присутствии сотрудника, ответственного за доставку биологического объекта.

37. При необходимости в процессе исследования слюну центрифугируют и хранят в замороженном виде для снижения ферментативной активности.

38. При определении наличия каннабиноидов смывы для химико-токсикологических исследований производят с поверхности кожи ватными тампонами, смоченными 96⁰ спиртом.

39. Вес тампона 400-500 мг, этанола используется не более 1 мл. Поверхности ладоней и лица (преимущественно вокруг рта) тщательно протирают тампоном, после чего тампон высушивают на воздухе.

40. Высохшие тампоны собирают в отдельные полиэтиленовые контейнеры. Все полученные пакеты с предметами помещаются в один общий бумажный конверт, запечатываются.

41. Волосы стригутся отдельно со лба, затылка, висков, правой и левой стороны ножницами с закругленными концами. Если невозможно удалить волосы с кожи головы (облысение), волосы стригут с подмышек или других частей тела.

42. На химико-токсикологические исследования берут не менее 300 мг волос. Полученные образцы волос делят на две равные части, заворачивают в фольгу, каждую

часть (контрольную и анализирующую) помещают в отдельные конверты с соответствующими записями.

43. Конверты закрываются и хранятся в сухом месте. Перед отправкой в лабораторию и во время исследования его хранят при температуре 20-25°C.

44. Ногти подстригают вплотную к коже ножницами с закругленными кончиками.

45. Упаковка и хранение ногтей аналогичны упаковке и хранению волос.

46. Тестируемые вещества могут впитываться в стенки стеклянной тары и загрязняться резиновыми крышками.

Примечание: Процесс взятия проб при оказании платных услуг осуществляется в соответствии с настоящими клиническими протоколами.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-27.

Хранение и уничтожение вещественных доказательств (биологического материала) живых лиц после проведения судебно-химической экспертизы (исследования)

1. На биологические объекты, взятые на исследование, изготавливают две этикетки, одна из которых предназначена для контрольной пробы, а другая - для анализа. На этикетках указаны дата, время, фамилия, имя, отчество, наименование отдела (организации), номер квитанции. Этикетки заполняются лаборантом, ответственным за ведение учета.

2. Пломбирование биологических объектов осуществляется путем связывания и запечатывания скотчем таким образом, чтобы исключить возможность изменения их содержимого - в футляре, не позволяющем открыть без нарушения целостности этикетки.

3. Если по определенным причинам невозможно взять достаточное количество проб, но если пробы израсходованы в связи с необходимостью проведения исследования (экспертизы), в документах фиксируется отсутствие биологической пробы для контроля.

4. Если судебный эксперт убежден в невозможности решения вопросов на основании его специальных знаний либо в том, что представленные ему объекты или материалы осмотра непригодны к использованию, либо они недостаточны для дачи заключения и не могут быть заполнены, либо состояние науки и судебно-медицинской практики не дает возможности найти ответы на поставленные вопросы, если это возможно, он составляет обоснованный документ о невозможности дачи заключения и направляет его в орган (лицо), назначивший судебно-медицинскую экспертизу.

5. Поступившие в лабораторию контрольные пробы биологических объектов немедленно помещаются в опломбированный холодильник для отдельного архива. Хранят в морозильных шкафах при температуре не выше минус 20°C.

6. Принятые на анализ биологические объекты первые двое суток хранят при температуре 0-2 °С, а затем - (при наличии) запечатанными в холодильниках при температуре не выше минус 20 °С.

7. Срок хранения контрольной пробы – 1 год со дня поступления в лабораторию. Если в этот период не возникнет необходимости в повторных химико-токсикологических исследованиях, через 1 (один) год контрольная проба подлежит уничтожению в установленном порядке. Предметы, представленные на обнаружение этилового спирта и его суррогатов, уничтожаются в установленном порядке через 30 (тридцать) суток после окончания исследования (экспертизы).

8. Срок проведения подтверждающих химико-токсикологических исследований биологических объектов живых лиц не должен превышать 5 (пяти) рабочих дней со дня доставки образца биологического объекта в лабораторию.

9. Тестируемые вещества могут впитываться в стенки стеклянной тары и загрязняться через резиновые колпачки.

10. В случаях, когда направление на проверку основано на документе, в случае принятия решения - заключения эксперта, по итогам платных проверок оформляется заключение эксперта.

11. Если взятие проб для исследования считается частью проверки и осуществляется судебным экспертом с использованием объектов осмотра, представленных на судебную экспертизу, после завершения судебной экспертизы эти образцы направляются в орган (лицо), ее назначивший, или в государственном судебно-медицинском учреждении в установленном законом порядке, если судебная экспертиза проводилась в этом учреждении, она хранится.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ G-28.

Экстракция карбамазепина из биологических жидкостей и качественный анализ

1. Ознакомление с сопроводительными документами.
2. Прием вещественных доказательств.
3. Описание предметов – определение размера, цвета, запаха осматриваемого предмета.
4. Первичное тестирование на нитриты.
5. Отбор проб для анализа.
6. Выделение карбамазепина в кислой и щелочной среде. Экстракция непосредственно из крови, из мочи методом гидролиза.
7. Анализ карбамазепина методом тонкослойной хроматографии. Все качественные реакции необходимо проводить параллельно с «контрольными веществами». Результаты, полученные без сравнения с контрольным веществом, недействительны. В процессе сравнения необходимо учитывать разницу показателей Rf продуктов обмена. В крови обнаруживаются нативные вещества, а в моче — продукты метаболизма.
8. Реакция с реактивами Драгендорфа, приготовленными по Мунье, Марки, наблюдение флуоресценции при длине волны 365 нм (254 нм).
9. Химико-токсикологические реакции проводят в зависимости от наличия реактивов.
10. Оценка результатов судебно-химической экспертизы.
11. Составление заключения эксперта (документа судебно-химической экспертизы).