

Долгова О.Б., Соколова С.Л.

## Судебно-медицинская оценка случаев механической асфиксии

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г.Екатеринбург

Dolgova O.B., Sokolova S.L.

### Forensic medical expertise of the deaths mechanical asphyxia

#### Резюме

Авторами представлены статистические данные о смертельных случаях механической асфиксии, определена проблема качества судебно-медицинской экспертизы механической асфиксии и необходимость оптимизации совместной работы судебно-медицинской службы, следствия и суда

**Ключевые слова:** Механическая асфиксия, качество судебно-медицинских экспертиз, взаимодействие судебно-медицинской службы, следствия и судов

#### Summary

The authors presented statistical data of fatal cases of mechanical asphyxia, identified the problem of the quality of forensic medical examination of mechanical asphyxia and the necessity for improving of collaboration within the forensic service, investigation and trial

**Key words:** Mechanical asphyxia, quality of forensic medical expertise, interaction of the forensic medicine service, investigating authorities and courts

#### Введение

Актуальность социальной проблемы смертельных случаев механической асфиксии (МА) определяется стабильно высоким показателем в структуре насильственной смерти в РФ – третье место среди случаев смерти от воздействия факторов внешней среды [1,2,3]. Существенное значение для общества имеет большое количество завершённых суицидов, в том числе посредством сдавления шеи петлей, лиц трудоспособного возраста - до 71,5%, большинство из которых - мужчины [2]. Кроме того, в практике судебно-медицинских экспертов встречаются завершённые суициды детей школьного возраста, в том числе и младшего школьного возраста. Представляет интерес наличие в момент наступления смерти алкогольного опьянения, поскольку в состоянии алкогольного опьянения и отравления совершается более 80% суицидов [1]; в крови обнаруживается алкоголь в высокой концентрации и в большинстве случаев отравленной асфиксии у лиц трудоспособного возраста, что может расцениваться как условие развития асфиксии. Немаловажной является проблема насильственной смерти от механической асфиксии детей до года, поскольку в 15% таких случаев судебно-медицинскими экспертами в качестве причины устанавливается именно асфиксия [4]. Таким образом, представляется значимым изучение показателей смертности от механической асфиксии для

разработки профилактических мер медицинского и социального характера, направленных на снижение количества смертельных случаев механической асфиксии.

Кроме того, несмотря на высокую частоту встречаемости в практической работе судебно-медицинской службы случаев завершённой асфиксии, изучения вопросов диагностики асфиксии на протяжении всего периода развития судебной медицины, врачи судебно-медицинские эксперты не всегда в достаточном объеме используют современные возможности диагностики острых гипоксических состояний. Вышесказанное существенно затрудняет формулировку экспертных выводов, становится поводом для назначения повторных экспертиз, требует повышения качества проводимых судебно-медицинских экспертиз [5], контроля качества экспертиз трупов с разработкой алгоритмов исследований и внедрения технологий информационно-аналитической системы обеспечения контроля качества экспертиз [6].

*Целью* исследования стал анализ случаев насильственной смерти от механической асфиксии на территории г. Екатеринбурга.

#### Материалы и методы

Исследование выполнено в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ

Таблица 1. Распределение соотношения исследований трупов в ГБУЗ СО «БСМЭ» за 2004-2015 гг.

Год	Общее количество трупов, исследованных в ОСМЭТ ГБУЗ СО «БСМЭ»	Количество наблюдений с установленной в качестве причины смерти МА	% исследований случаев смертельной МА относительно общего количества исследованных трупов
2004	7348	450	6,1
2005	7034	416	5,9
2006	7100	409	5,7
2007	6735	382	5,6
2008	6618	364	5,5
2009	6875	380	5,5
2010	7278	346	4,7
2011	7918	297	3,7
2012	7667	329	4,2
2013	7469	372	4,9
2014	7942	340	4,2
2015	8451	361	4,2

СО «БСМЭ»). Материалом послужили журналы регистрации исследований отдела судебно-медицинской экспертизы трупов (ОСМЭТ), регистрационные карты исследования трупов, статистическая база данных регистратора в программном обеспечении версии 1.22 Alpha системы Windows регистратора II, 1999, разработанная информационным центром Главного управления внутренних дел Свердловской области для ГБУЗ СО «БСМЭ», акты судебно-медицинского исследования трупов. Единицей наблюдения явились случаи смерти в результате механической асфиксии. Исследуемый период составил 12 лет (2004 – 2015 гг.). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием PC Intel Core i7 в среде Windows с пакетом прикладных программ Microsoft Excel версии 2010 [7,8].

### Результаты и обсуждение

За период с 2004 по 2015 гг. выполнено исследование 4446 трупов с установленной в качестве причины смерти механической асфиксией. Доля исследований в указанной группе составляла 5,02% от общего количества исследований в ОСМЭТ. Наибольший процент указанных

случаев от общего объема работы установлен в 2004 году (6,1%), наименьший - в 2011 году (3,7%) (Таб. 1).

В г. Екатеринбурге определилась тенденция снижения абсолютного количества случаев и количества убийств с установленной смертельной МА при относительно стабильном общем количестве исследуемых трупов в год (Рис. 1).

Количество убийств с установлением в качестве причины смерти механической асфиксии ежегодно снижается - от 7,5% в 2004 г. до 0,6% в 2015 г., доля несчастных случаев остается относительно стабильной - в пределах 20-32% от общего числа случаев МА, в среднем за 10 лет составляет 25%.

Динамика показателей судебно-медицинской диагностики механической асфиксии коррелируют с данными об изменении численности населения в регионе: до 2011 года в Свердловской области наблюдался отрицательный прирост населения [9] и снижение количества случаев смерти от МА, с 2012 года вместе с положительным приростом населения [9] отмечено как увеличение абсолютного количества случаев МА, так и увеличение доли от общего количества исследований трупов.

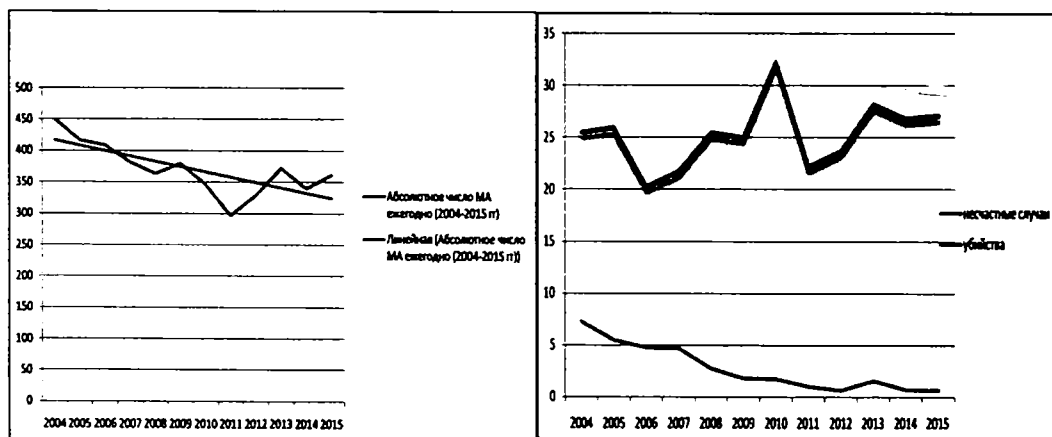


Рис. 1. Динамика абсолютного числа смертельных случаев механической асфиксии, числа несчастных случаев и убийств в г. Екатеринбурге.

Таблица 2. Доля случаев в зависимости от причины смерти при МА

Причина смерти	% от общего числа случаев МА
Сдавление шеи петлей	68,2
Аспирационная асфиксия	10,7
Закрытие дыхательных путей жидкостью при утоплении	9,5
Асфиксия от закрытия дыхательных путей инородным телом	5,5
Наличие признаков сдавления шеи петлей при неустановленной причине смерти (гнилостные изменения трупа)	2,8
Сдавление шеи тупым предметом	2
Закрытие тупым мягким предметом отверстий рта и носа	0,7
Удавление руками	0,2
Сдавление груди и живота	0,2
Прочие	0,2

В целом доля исследований случаев МА в объеме работы отдела остается большой, что определяет актуальность проблемы судебно-медицинской диагностики смертельной асфиксии.

Погибшие лица мужского пола составили 81,3%, женского пола – 18,7%.

Анализ обстоятельств наступления смерти, изложенных в направлениях и постановлениях следователей, позволил сделать вывод, что в случаях самоубийств механическая асфиксия чаще становится причиной смерти мужчин – в 76% случаев; ежегодно этот показатель колеблется в пределах 2-3%. Среди условий, способствующих большому количеству самоубийств среди мужчин можно отметить употребление алкоголя, наркотиче-ских и психотропных средств, которые обнаруживаются в тканях трупа при судебно-химическом исследовании у подавляющего большинства скончавшихся, кажущийся однозначно действенным способ лишения себя жизни.

Анализ данных о наличии алкоголя в крови трупов погибших позволил сделать вывод о том, что у несовершеннолетних алкоголь на момент наступления смерти обнаружен в 4,4% случаев. Следует отметить, что в практике встречаются случаи наличия ал-коголя у грудных детей, что, по данным следствия, связано либо с приемом алкоголя кормящей матерью, либо добавлени-

ем алкоголя родителями в молочные смеси. Достаточно часто этиловый спирт обнаруживается в крови трупов пожилых людей в возрасте от 61 до 100 лет: в ¼ случаев смерти мужчин и в 1/6 случаев смерти женщин. У погибших в работоспособном возрасте молодых людей алкоголь обнаружен в 13,6% случаев, в более старшем возрасте скончавшиеся работоспособные лица женского пола находились в состоянии алкогольного опьянения в 1/3 случаев, мужчины – более чем в 1/3 случаев. Наиболее часто диагностировалась концентрация алкоголя, соответствующая средней степени алкогольного опьянения – в 45,5% случаев смерти женщин и в 48,2% случаев смерти мужчин. В 1/5 случаев пострадавшие находились в состоянии алкогольного опьянения легкой степени. 1/3 скончавшихся находилась в состоянии опьянения сильной степени и отравления тяжелой степени с концентрацией этилового спирта в крови более 5%.

На протяжении всего изученного периода причиной развития МА в большинстве случаев становились сдавление шеи петлей в случаях самоубийств, на втором месте среди причин – аспирационная асфиксия (Таб. 2)

Анализ возраста пострадавших выполнялся с учетом возрастных периодов, нами было выделено 5 возрастных групп:

- несовершеннолетние: 0-18 лет;

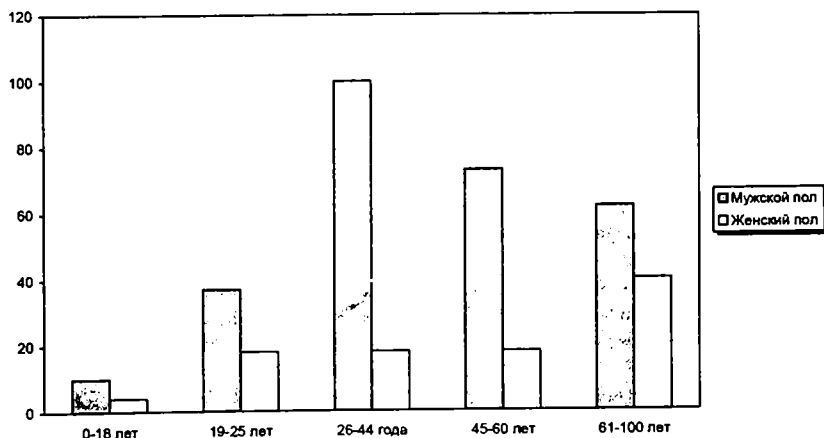


Рис. 2. Среднее количество погибших в год.

- лица трудоспособного возраста: 19-25, 26-44, 45-60 лет;

- лица пожилого возраста: 61-100 лет.

Среди скончавшихся в трудоспособном возрасте преобладают мужчины, исследование трупов женщин выполнялось в 5 раз реже (Рис.2).

Максимальное количество скончавшихся женщин пришлось на возрастной период от 61 до 100 лет; наряду с самоубийствами посредством сдавливания шеи петлей в указанной возрастной группе диагностирована асфиксия от закрытия дыхательных путей пищевым комком при отсутствии у скончавшихся зубов.

Ежегодно встречаются случаи детской смерти в группе несовершеннолетних - самоубийства детей 12-14 лет, часть пострадавших находилась в состоянии алкогольного опьянения легкой степени. Проблема самоубийств детей является отражением ситуации в социуме, в первую очередь в семье и коллективе, в котором находится ребенок. По нашим данным, в большинстве случаев самоубийства детей происходили тогда, когда мать ребенка состояла во втором браке, ребенок жил в семье с отчимом. Профилактика неблагоприятных исходов здесь напрямую зависит от внимания к ребенку со стороны взрослых - родителей, старших диагностирована асфиксия от закрытия дыхательных путей пищевым комком при отсутствии у скончавшихся зубов.

Ежегодно встречаются случаи детской смерти в группе несовершеннолетних - самоубийства детей 12-14 лет, часть пострадавших находилась в состоянии алкогольного опьянения легкой степени. Проблема самоубийств детей является отражением ситуации в социуме, в первую очередь в семье и коллективе, в котором находится ребенок. По нашим данным, в большинстве случаев самоубийства детей происходили тогда, когда мать ребенка состояла во втором браке, ребенок жил в семье с отчимом. Профилактика неблагоприятных исходов здесь напрямую зависит от внимания к ребенку со стороны взрослых - родителей, старших педагогов образовательных учреждений, в том числе специалистов - психологов.

Анализ обстоятельств наступления смерти показал незначительное преобладание случаев диагностики асфиксии в весенне-летний период над осенью и зимой. Также соотношению определяется в г. Екатеринбурге купальным сезоном, когда количество случаев асфиксии выше на 8% в связи с увеличением числа утоплений - с 46% в осенне-зимний период до 54% весной и летом.

В 76% местом обнаружения трупов являлись жилые помещения - квартиры, частные дома, подвалы и чердаки жилых домов, пансионаты, детские дома и т.д.

9% осмотров места происшествия приходится на технические помещения (рабочие места, места отбывания наказаний, очистные сооружения, гаражи и прочие помещения, непредназначенные для жилья) и улицы (сады, огороды, кладбища, парки, лесные массивы, обочины дорог), и лишь 6% на открытые водоемы.

Были отмечены единичные обнаружения тел погибших в необычных местах: летнее кафе, хоккейный корт, тренажерный зал, школа, вокзал.

Важность полноты осмотра места происшествия, достаточность и правильность исследования трупа являются, в большинстве случаев, основой объективных и обоснованных экспертных выводов, которые, в свою очередь, становятся основополагающими для решения следователей и судов. Таким образом, существует необходимость анализа экспертных ошибок, позволяющих в последующем предотвратить подобные недочеты в работе врачей судебно-медицинских экспертов.

Наблюдение 1.

По признакам преступления, предусмотренного ч.1 ст.105 УК РФ, по факту убийства У. возбуждено уголовное дело. Согласно заключению врача судебно-медицинского

эксперта, смерть У. наступила от механической асфиксии вследствие сдавливания петлей. Однако, по результатам медико-криминалистического исследования, на поверхности представленного препарата кожи с передне-боковой поверхности шеи трупа У. анатомо-морфологических признаков, характерных для странгуляционной борозды, не обнаружено. Согласно протоколу осмотра места происшествия, труп У. на момент его осмотра находится в положении сидя на стуле перед столом, «шея прижата к ободу тазика синего цвета, сильно вдавлена в обод». В связи с возникшими противоречиями между данными исследования трупа и результатами медико-криминалистического исследования следственным комитетом было высказано недоверие к результатам экспертизы трупа, вынесено постановление и назначена повторная комиссия экспертов.

Судя по описанию, экспертом при исследовании трупа была обнаружена «странгуляционная борозда» («на передне-боковой поверхности шеи справа - участок кожи буровато-коричневого цвета, полосообразной формы, шириной 5,5см; на левой передне-боковой поверхности шеи бледно-серого цвета; на задней поверхности шеи справа бледно-серого цвета шириной 3,5см; на левой задне-боковой поверхности шеи участок кожи багрового цвета шириной 4,5см, с четко выраженными краями», «вдавленные, уплотненные участки кожного покрова на шее» расценены как «одинарная, полужесткая горизонтальная, замкнутая, равномерно выраженная странгуляционная борозда; борозда расположена преимущественно на одном уровне с кожей; в подчелюстной области справа вдавление кожи с мягкими тканями на участке 5,5 x 1,5см, расположенное в горизонтальной плоскости»... Кроме того, экспертом при исследовании трупа описано наличие «в области грудино-ключично-сосковой мышцы слева кровоизлияния темно-красного цвета на участке 2,5x3 см, в области грудино-ключично-сосковой мышцы справа - кровоизлияния темно-красного цвета на участке 2x1,5 см...».

Изучая материалы дела, экспертная комиссия пришла к выводу о том, что «данные в представленных материалах дела о повреждениях в области шеи трупа У. крайне противоречивы, и не позволили сделать однозначный вывод о характере этих повреждений, а именно:

- комиссия экспертов отметила несоответствие описания повреждений в области шеи фотоизображению в приложении к протоколу осмотра трупа У.: на фотографиях «одинарной, полужесткой горизонтальной, замкнутой, равномерно выраженной странгуляционной борозды» не прослеживается;

- в описании кровоизлияний в «грудино-ключично-сосковые» мышцы шеи с обеих сторон не указано, на каком уровне располагаются кровоизлияния: у мест прикрепления мышц к груди, в проекции «странгуляционной борозды», выше уровня «странгуляционной борозды»;

- при судебно-гистологическом исследовании кусочка кожи шеи трупа со «странгуляционной бороздой» (кусочек кожи шеи не маркирован, в заключении экспер-

та не указана, с какой области шеи он взят) обнаружены признаки сдавления кожи без кровоизлияний и видимых реактивных изменений, являющихся признаками прижизненного происхождения повреждений;

- при медико-криминалистической экспертизе кожного лоскута с шеи трупа У. странгуляционной борозды не обнаружено.

Вышеизложенное не позволило экспертной комиссии достоверно высказаться о характере, механизме образования повреждений в области шеи. Экспертная комиссия сделала вывод о не подтвержденном (судебно-гистологическим исследованием, медико-криминалистическим исследованием) наличии на шее трупа У. прижизненной «одинарной, полужесткой горизонтальной, замкнутой, равномерно выраженной странгуляционной борозды», и воздержалась от судебно-медицинской оценки описанных в исследованной части заключения эксперта изменений на коже шеи трупа У.

Кровоизлияния в грудино-ключично-сосцевые мышцы шеи с обеих сторон, по мнению экспертной комиссии, могли явиться как следствием механического воздействия на шею с обеих сторон, так следствием расстройства кровообращения, либо следствием судорожных сокращений этих мышц. Повреждений кожи и подкожно-жировой клетчатки шеи в проекции данных кровоизлияний (ссадин, кровоподтеков, ран, кровоизлияний) не описано, поэтому комиссия экспертов посчитала наиболее вероятным происхождение этих кровоизлияний вследствие расстройства кровообращения или судорожных сокращений.

Экспертная комиссия пришла к выводу, что отсутствие объективного подтверждения наличия прижизненной странгуляционной борозды на шее трупа У., скудность и противоречивость описания изменений в области шеи на трупе У., не позволило однозначно высказаться о происхождении этих изменений.

Обнаруженные при судебно-гистологическом исследовании кожи шеи от трупа У. признаки ее сдавления не имели признаков прижизненного происхождения (кровоизлияний, реактивных изменений тканей), поэтому комиссия допустила возможность образования участка сдавления кожи шеи при посмертном воздействии (давлении) на область шеи тупого твердого предмета с ограниченной травмирующей поверхностью, в том числе при давлении краем таза, воротом одежды.

Достоверных признаков сдавления шеи петлей, изготовленной из ремня (сдавленной странгуляционной борозды с выраженными краями, кровоизлияний в дне борозды и по краям, кровоизлияний в подкожно-жировой клетчатке шеи, мышцах, слизистой оболочке гортани, пищевода) в исследованной части заключения эксперта экспертная комиссия не усмотрела. Проведенными лабораторными исследованиями (судебно-гистологическим и медико-криминалистическим) наличие странгуляционной борозды подтверждено не было. Высказаться о происхождении на коже шеи «участков кожи буровато-коричневого, бледно-серого, багрового цвета» без полного описания и судебно-гистологической верификации оказалось не возможно.

По причинам, указанным выше (неполнота описания, неполнота исследования, отсутствие лабораторного подтверждения прижизненного сдавления шеи) комиссия экспертов отказалась рассматривать в качестве причины смерти У. механическую асфиксию от сдавления шеи петлей.

Отсутствие в заключении эксперта, в том числе и в акте судебно-гистологического исследования, морфологических признаков заболеваний, воздействия низкой или высокой температуры, механических повреждений и пр., которые сами по себе могли привести к наступлению смерти У., отсутствие достоверных признаков прижизненного сдавления шеи, в том числе сдавления шеи полужесткой петлей (из ремня), наличие комплекса морфологических признаков, таких как: темные, разлитые трупные пятна, одутловатость и синюшность лица, отчетливость век, кровоизлияния под эпикардом, переполнение полостей сердца кровью, острая эмфизема и внутриальвеолярный отек легких (признаки быстрого наступления смерти), переполнение мочевого пузыря (600 мл), а также наличие в крови У. этилового спирта в концентрации 4,7%, позволили предположить в качестве наиболее вероятной причины смерти У. – острое отравление этиловым спиртом.

Таким образом, неполное описание трупа, недостаточно полное использование возможностей лабораторной службы судебно-медицинской экспертизы, неверная (необъективная) интерпретация полученных данных стала причиной представления неверных экспертных выводов. По результатам повторной комиссионной особо сложной экспертизы следствием было принято решение прекратить расследование в отношении обвиняемого З. по признакам состава преступления, предусмотренного ч.1 ст.105 УК РФ, по факту убийства У.

Оптимальная реализация главной задачи судебно-медицинской службы – помощь следствию и суду при расследовании и рассмотрении уголовных (гражданских) дел - может выполняться только посредством правильной организации работы специалистов, четкого взаимодействия, правильного понимания и выполнения поставленных в ходе расследования задач. Немаловажным в данном случае является доверие и взаимопонимание судебно-медицинского эксперта с одной стороны, следователя – с другой. Однако в практической совместной работе следственные органы не всегда дают объективную оценку качеству работы врачей судебно-медицинских экспертов несмотря на безупречное выполнение экспертизы, принимают во внимание мнение сомнительных свидетелей, представляющихся специалистами от области судебной медицины, тем самым не только необоснованно увеличивая затраты рабочего времени экспертной работы ГБУЗ СО «БСМЭ», но и дискредитируя экспертное заключение опытных высококвалифицированных специалистов; разрешают представлять информацию, порочащую судебно-медицинскую службу, в средствах массовой информации. Таким образом, актуальным является вопрос защиты в подобных ситуациях чести и достоинства врача судебно-медицинского эксперта.

## Наблюдение 2.

«В камере учреждения ГУФСИН России по Свердловской области обнаружен труп Б».

При осмотре места происшествия установлено, что «на передней и боковых поверхностях шеи трупа в верхней трети располагается неравномерно выраженный прерывистый участок вдавления полосоидной формы белесовато-желтого цвета с гиперемическими краями, участками осаднения. На передней поверхности шеи ширина указанного участка составляет около двух см, на боковых около одного-1,5 см. Анальное отверстие сомкнуто, кожа вокруг без наложений... Кожный покров головы и верхней трети шеи розовато-синюшный, мягкие ткани одутловатые... Рядом с трупом обнаружены три-четыре кожаных ремня, левая штанина которого в верхней трети завязана простым узлом с формированием замкнутой петли. Петля в средней трети рассечена, края относительно ровные, с участками разволокнения. Периметр петли без нагрузки около 45 см».

В ходе исследования трупа врачом судебно-медицинским экспертом, в соответствии с нормативными документами, регламентирующими работу судебно-медицинской службы РФ, в полном объеме выполнено исследование трупа, в том числе послойно исследованы ткани шеи и головы, связочный аппарат, позвонки и кости черепа, обнаружены и описаны имеющиеся на трупе морфологические изменения, характеризовавшие конкретный случай наступления смерти пострадавшего, в том числе представлено подробное описание странгуляционной борозды:

«... В верхней трети шеи одиночная, не замкнутая, косо-восходящая спереди назад неравномерно выраженная странгуляционная борозда. На передней поверхности шеи борозда располагается на уровне верхнего края щитовидного хряща, по боковым поверхностям шеи - справа в 9 см, слева в 8 см от наружных отверстий слуховых проходов, на задней поверхности шеи ветви борозды не определяются, теряются на уровне проекции верхушек сосцевидных отростков височных костей. На волосистой части головы в затылочной области борозда не прослеживается. Расстояние от подошвенной поверхности стопы до среднего уровня борозды (по передней поверхности шеи) - 153 см. Странгуляционная борозда представлена в виде одной неравномерно выраженной полосы вдавления. На передней поверхности шеи горизонтальная часть борозды наиболее выражена на участке длиной 7 см, шириной справа 1 см, слева 1,5 см, на этом участке борозда желобо-видная, глубиной до 0,2 см, валики выражены незначительно, верхний больше, выступает над уровнем дна борозды, нижний валик выражен слабо, пологий. Дно борозды на передней поверхности шеи желтовато-серое, мягкое. В дне борозды в 0,5 см левее передней срединной линии ссадины неправильной четырехугольной формы размерами 1x0,5 см, дно ссадины желтого цвета, плотное, подсохшее. На уровне описанной ссадины на нижнем валике борозды внутрикожное кровоизлияние синюшно-красного цвета, неправильной округлой формы диаметром 0,2 см. В дне борозды в 2 см левее срединной

линии ссадина полосоидной формы размерами 0,8x0,2 см, длинник ссадины расположен косо горизонтально, по условному циферблату часов с 2 на 8, дно ссадины темно-красного цвета, плотноватое, подсохшее, располагается ниже уровня окружающей кожи, в дне ссадины видны тонкие чешуйки эпидермиса сероватого цвета, смещенные вверх и влево. На правой боковой поверхности шеи в 4 см вправо от передней срединной линии борозда принимает косо вертикальное направление, на этом участке размерами 7x2 см борозда желобо-видной формы глубиной до 0,1 см, валики борозды выражены слабо, верхний высотой до 0,1 см, нижний не выражен. Дно борозды коричневатого-желтого цвета, плотное, подсохшее, в дне видны смещенные вверх тонкие сероватые чешуйки эпидермиса и имеются две поперечные борозды складки кожи на расстоянии в 0,5 см друг от друга, складки кожи тонкие, высотой по 0,1 см, гребни складок острые, отклонены вверх и не-сколько назад. У верхнего конца правой ветви борозды поперечная борозда валикообразная складка кожи высотой до 0,1 см, здесь же на участке неправильной треугольной формы размерами 1x1,5 см множественные сливающиеся пылевидные ярко-красные внутри-кожные кровоизлияния. По нижнему валику борозды на правой боковой поверхности шеи рассеянные пылевидные ярко-красные внутрикожные кровоизлияния. Слева борозда прерывается на участке длиной 2,5 см, далее на левой боковой поверхности шеи борозда принимает косо вертикальное направление, выражена на участке размерами 5x1,2 см. Дно борозды располагается несколько ниже уровня окружающей кожи, валики борозды не выражены. Дно борозды серовато-желтого цвета, неравномерно плотное, подсохшее, по нижнему краю борозды на левой боковой поверхности шеи рассеянные одиночные пылевидные ярко-красные внутри-кожные кровоизлияния. В дне борозды на левой боковой поверхности шеи у верхнего ее края ссадина вытянутой овальной формы размерами 1,5x0,7 см, дно ее желтого цвета, плотное, подсохшее, располагается ниже уровня окружающей кожи, в дне ссадины видны тонкие чешуйки эпидермиса сероватого цвета, смещенные вверх. У верхнего края странгуляционной борозды на левой боковой поверхности шеи на одной линии с описанной ссадиной и под острым углом к длиннику борозды ссадина полосоидной формы размерами 2,5x0,5 см, дно ссадины темно-красного цвета, плотное, подсохшее, располагается ниже уровня окружающей кожи, в дне видны сероватые тонкие чешуйки эпидермиса, смещенные вверх. Кожа вокруг странгуляционной борозды без припухлости и гиперемии. В проекции верхушки левого сосцевидного отростка ссадина овальной формы, размерами 0,5x0,2 см, дно темно-красное, мягкое, слегка подсохшее, располагается ниже уровня окружающей кожи...».

В заключении врачом судебно-медицинским экспертом был сделан аргументированный и обоснованный вывод о том, что причиной смерти Б. явилась механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей, о чем свидетельствуют следующие признаки: одиночная, незамкнутая, типичная, прижизненная, неравномерно вы-

раженная косо восходящая спереди назад странгуляционная борозда на шее, ссадины шеи на фоне борозды и в области левого сосцевидного отростка, кровоизлияния в грудино-щитовидных мышцах шеи ниже странгуляционной борозды, в обеих грудино-ключично-сосцевидных мышцах у мест прикрепления к груди, неоднородный цвет мышц гортани, а также признаки смерти по асфиктическому типу (признаки короткого агонального периода) - переполнение кровью правых отделов сердца, темный оттенок крови, жидкое состояние крови, острое венозное полнокровие внутренних органов, мелкоочаговые кровоизлияния под висцеральной плеврой (пятна Тардье), острая эмфизема и интеральвеолярный отек легких, мелкоочаговые интраальвеолярные кровоизлияния в легких, мелкоочаговые кровоизлияния в печени, селезенке, надпочечнике; отек стромы миокарда, фрагментация кардиомиоцитов; отек головного мозга; разлитой характер трупных пятен, синюшность лица и шеи выше странгуляционной борозды».

Ответ на вопрос о механизме воздействия и давности образования повреждений был представлен однозначный и полный:

«Морфологические особенности странгуляционной борозды (одиночный характер, косо восходящее спереди назад направление, смещение чешуек эпидермиса на всех поверхностях шеи снизу вверх, наличие верхнего валика и пологий характер нижнего валика борозды, незначительное уплотнение и подсыхание дна борозды), наличие признаков растяжения мышц шеи (кровоизлияния в грудино-щитовидные мышцы и в грудино-ключично-сосцевидные мышцы у места прикрепления их к груди) свидетельствуют о сдавлении шеи петлей, изготовленной из мягкого предмета, путем затягивания (натягивания) ее под действием тяжести тела. Особенности рельефа материала петли, производившей сдавление шеи, в дне странгуляционной борозды не отобразились, поэтому достоверно высказаться об индивидуальных признаках материала петли не представляется возможным. Ссадины шеи, располагающиеся на фоне странгуляционной борозды и выше нее, ссадина в области левого сосцевидного отростка могли образоваться одновременно со странгуляционной бороздой при сдавлении шеи петлей, о чем косвенно может свидетельствовать смещение эпидермиса на поверхности ссадин в направлении снизу вверх. Давность образования странгуляционной борозды, ссадин на коже шеи и в области левого сосцевидного отростка (при условии их одновременного образования со странгуляционной бороздой), кровоизлияний в грудинощитовидные мышцы, в грудноключичнососцевидные мышцы с учетом результатов судебно-гистологического исследования (отсутствие реактивных изменений в коже шеи со странгуляционной бороздой и начальные минимальные реактивные изменения в мышцах шеи) может составлять временной интервал от нескольких минут до десятков минут от момента начала сдавления шеи до момента наступления смерти. Вышеизложенное не противоречит механизму наступления смерти при сдавлении органов шеи петлей, когда от момента начала сдавления шеи и

нарушения дыхания до момента наступления смерти может пройти от нескольких (2-5) минут до десятков (10-15) минут («Судебно-медицинская экспертиза механической асфиксии» под ред. А.А. Матышева, В.И. Витера. Санкт-Петербург, 1993, с. 12; «Курс лекций по судебной медицине» В.Л. Попов, Р.В. Бабаханян, Г.И. Заславский. Санкт-Петербург, 1999, с. 153)».

Несмотря на высокое качество выполненной экспертизы, полноту, обоснованность, аргументированность и однозначность экспертных выводов, следственный комитет принял решение об эксгумации трупа и проведении повторной комиссионной экспертизы. Решение было принято под влиянием потерпевшей стороны, утверждавшей, что исследование трупа было не выполнено на основании мнения врача из г. Москвы, назвавшегося специалистом от области судебной медицины. «Коллега» на трупе перед погребением не рассмотрел секционных разрезов и, тем самым, пострадавшая сторона заявила ходатайство о возбуждении уголовного дела в отношении врача судебно-медицинского эксперта по ст. 307 УК РФ, настаивая на даче экспертом ложного заключения. В ходе сложной комиссионной экспертизы эксгумированного трупа экспертная комиссия обнаружила все описанные секционные разрезы и полностью подтвердила заключение первичной судебно-медицинской экспертизы.

Таким образом, в ходе расследования следователь не смог оценить качество первичной экспертизы и исследования трупа, необоснованность и абсурдность ходатайства о привлечении эксперта к уголовной ответственности. Дальнейшие следственные действия с назначением экспертизы эксгумированного трупа повлекли за собой большие затраты рабочего времени каждого из членов экспертной комиссии и расход государственных бюджетных средств. Кроме того, по нашему мнению, в подобных ситуациях требуется защита профессиональной чести и достоинства врача эксперта, несмотря на отсутствие такой судебной практики в Российской Федерации. Немаловажным является на сегодняшний день появление огромного количества «специалистов» от областей медицинской науки, которые за вознаграждение готовы представлять следствию и суду ложные данные, порочащие государственных судебно-медицинских экспертов. Такая практика требует использования имеющихся в УК РФ положений и привлечения к уголовной ответственности «специалистов»- свидетелей за дачу заведомо ложных показаний.

## Выводы

1. Смерть от механической асфиксии в большинстве случаев - 68,2% - наступала в результате сдавления шеи петлей; увеличение количества случаев МА в весенне-летний период связано со смертельными случаями утоплений в водоемах города.

2. Пострадавшие - преимущественно мужчины трудоспособного возраста, количество погибших женщин трудоспособного возраста в 5 раз меньше количества мужчин; подавляющее большинство перед наступ-

плением смерти находилось в состоянии алко-гольного, наркотического опьянения.

3. Среди случаев самоубийств диагностированы случаи смерти несовершеннолетних, что определяет необходимость особого контроля за детьми со стороны родителей, педагогов общеобразовательных учреждений и органов опеки.

4. Объективная судебно-медицинская диагностика механической асфиксии требует использования полного, достаточного объема диагностических критериев.

5. В настоящее время существует потребность повышения качества судебно-медицинских экспертиз групп в случаях наступления смерти от механической асфиксии, контроля качества экспертиз с разработкой алгоритмов исследований и внедрений техно-логий информационно-аналитической системы обеспечения контроля качества экспертиз и исследований трупов.

6. Оптимизация совместной работы врачей судебно-медицинских экспертов и судебно-следственных органов позволит рационально использовать рабочее вре-

мя врачей судебно-медицинских экспертов и экономить бюджетные средства, выделенные для производства экспертиз. Профессиональная честь и достоинство государственных судебно-медицинских экспертов во многих случаях требуют защиты Следственным комитетом и судом. ■

*Долгова Оксана Борисовна, доцент кафедры судебной медицины Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кандидат медицинских наук., Соколова Светлана Леонидовна, доцент кафедры судебной медицины Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кандидат медицинских наук. Автор, ответственный за переписку - Долгова Оксана Борисовна, 620102, г. Екатеринбург, ул. С. Дерябиной, 41, Эл. адрес: obdolgova@gmail.com*

## Литература:

1. Семенов Г.Г. *Диагностическое значение признаков нарушения гемодинамики при некоторых видах механической асфиксии: Автореф. дисс... канд. мед. наук. М. 2009.*
2. Попов А.В. *Смертность от внешних причин среди сельского населения Удмуртской республики. Социальные аспекты здоровья населения. Электронный журнал 2012: ЭлНФС77-28654; <http://vestnik.mednet.ru>: 1-10.*
3. Акопов В.И. *Особенности изменения структуры смертности на современном этапе по данным судебно-медицинской службы. Вестник судебной медицины. 2013; 3; 2: 9-11.*
4. Долгова О.Б., Соколова С.Л., Шуйская К.А. *Проблема смертельного детского трав-матизма в мегаполисе. Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. М. 2014; 129-133.*
5. Потемкин А.М., Солохин Е.В., Горностаев Д.В. *Судебно-медицинская оценка случаев утопления в ванне. Судебно-медицинская экспертиза. 2013; 1: 31-34.*
6. Мальцев А.Е., Мельников О.В. *Система контроля и мониторинга качества проведения судебно-медицинских экспертиз трупов. Актуальные вопросы судебно-медицинской науки и практики. Материалы вопросы судебно-медицинской науки и практики. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с между-народным участием. Киров 2015; 32-36.*
7. Гланц С. *Медико-биологическая статистика. М: Практика. 1998; 459.*
8. Петри А., Сэбин К. *Наглядная медицинская статистика. 2-е изд., перераб. и доп. М: ГЕОТАР- Медиа 2010; 168.*
9. *Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области // sverdl.gks.ru*
10. Пермякова Н.В., О.Б.Долгова, С.Л. Соколова. *Статистический анализ смертельных повреждений, причиненных острыми орудиями (по г.Екатерин-бургу). Актуальные вопросы и перспективы развития медицины. Омск. 2014; 134-136.*