

В.Л. ПОПОВ

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ
КАЗУИСТИКА**

ЛЕНИНГРАД «МЕДИЦИНА»
Ленинградское отделение 1991

ББК 58
П58 УДК 340.6

Рецензент: А.А. Матышев, проф., зав. кафедрой судебной медицины ЛСГМИ.

For summary see page 301.

Попов В.Л.

П 58 Судебно-медицинская казуистика.— Л.: Медицина, 1991, 304 с: ил.

ISBN 5—225—01398—8.

В книге приведена методика изучения наиболее сложных вопросов судебно-медицинской травматологии, токсикологии и идентификации личности. Изложение ведется на оригинальных примерах из 25-летней судебно-медицинской практической деятельности автора. Для судебно-медицинских экспертов.

ISBN 5—225—01398—8
ББК 58

(с) В.Л. Попов, 1991

ПРЕДИСЛОВИЕ

Когда говорят о казуистике, почти всегда имеют в виду что-то необычное, атипичное, редкое. Казуистика в судебно-медицинской экспертизе не является исключением. Эксквизитные случаи постоянно встречаются в работе судебно-медицинского эксперта. Они являются предметом особого внимания специалистов, требуют неординарных подходов к поиску ответов на поставленные следствием вопросы. Далеко не все эти наблюдения становятся достоянием широкой аудитории. Но и будучи опубликованы, они не всегда удовлетворяют взыскательного читателя. Причин здесь несколько: и запоздалая публикация, и небольшой объем сообщения, и неверно расставленные акценты, и нечетко изложенная суть интриги, и недостаточно подробное описание. И уж почти никогда не раскрывается творческая лаборатория специалиста, его сомнения, рассуждения и, наконец, процесс рождения экспертного факта. А именно размышления эксперта представляются, пожалуй, наиболее интересными.

Как удастся эксперту решить задачу, которая прежде не встречалась не только в его практике, но и в практике отечественной и зарубежной судебно-медицинской экспертизы? Что лежит в основе такого «прозрения»? Случайное стечение обстоятельств или строгое следование общей методологии экспертного познания?

Попыткой ответить на этот и некоторые другие вопросы является книга, которую раскрыл читатель. В ней собраны некоторые необычные наблюдения, встретившиеся в практике автора в течение более чем четвертьвекового периода его экспертной деятельности.

Основания для публикации редких случаев неоднозначно понимаются разными судебными медиками, поэтому книга начинается главой о понятии и истоках судебно-медицинской казуистики, о сопряженных с ней проблемах. Затем в полутора десятках глав излагаются практические наблюдения. Они отличаются фабулой, предметом и результатами экспертизы. Но их объединяет попытка показать процесс экспертного поиска. Насколько удалась эта попытка — судить читателю.

Глава 1. ЧТО ТАКОЕ «КАЗУИСТИКА?» (понятие, истоки, сопряженные проблемы)

Подчеркивая особую связь судебной медицины и юриспруденции, нередко говорят об их неразделимости, обосновывая эту позицию тремя положениями: 1) определение предмета судебно-медицинских исследований потребностями правовой практики; 2) выполнение экспертиз в строгих процессуальных рамках; 3) историческая обусловленность возникновения судебной медицины на определенном этапе развития правовых институтов общества. Не удивительно, что понятие «казуистика» попало в судебно-медицинский лексикон из юриспруденции, где оно имеет два основных толкования: 1) в средневековой юриспруденции под «казуистикой» имели в виду применение общих норм права к отдельным частным случаям (казусам); 2) в современной юриспруденции — это рассмотрение отдельных судебных дел с точки зрения того, как они должны решаться согласно нормам действующего права¹.

В контексте этих положений должна рассматриваться и судебно-медицинская казуистика, т. е. экспертная деятельность в отдельно взятом случае, когда решение частной задачи при исследовании конкретного объекта, несмотря на всю его неповторимость, должно базироваться на общих методических и методологических принципах судебной медицины как специальной научной дисциплины. Исходя из этого, можно вполне считать казуистикой всю судебно-медицинскую практику.

Но судебно-медицинская практика неоднозначна. Определенная ее часть носит простой, ординарный характер. Подведение таких случаев под обычную методическую базу не вызывает затруднений. Правда, как это ни прозвучит парадоксально, они не затрудняют лишь начинающих специалистов. Опытный эксперт в каждом «простом» случае находит индивидуальные черты, связанные необычностью то ли фабулы, то ли предмета исследования, то ли исходов повреждения, то ли особенностей обоснования выводов.

В сущности, истинная привлекательность экспертной работы и заключается в том, чтобы, во-первых, в единичном наблюдении разглядеть общие черты, не упуская неповторимые частности, а во-вторых, найти и сформулировать убедительные доказательства установленных фактов. Вместе с тем в экспертной практике приходится сталкиваться с казусами, не имеющими предшествовавших аналогов. И само собой разумеется, что достижение обеих упомянутых целей (поиск фактов и обоснование их объективного существования) является весьма трудной задачей, требующей затраты значительной творческой энергии, причем (нередко) многих высококвалифицированных специалистов. Именно такие случаи специалисты относят к категории судебно-медицинской казуистики, судебно-медицинских раритетов и т.п.

Надо заметить, что в отнесении того или иного случая к разряду казуистических много субъективизма. Анализ отечественной и зарубежной литературы демонстрирует весьма разные побудительные мотивы для публикации редких наблюдений. Это положение может быть проиллюстрировано целым рядом примеров из экспертной практики.

Труп молодой женщины найден у стены дома, под раскрытым окном ее квартиры на 7-м этаже. При исследовании, трупа обнаружены повреждения от падения с высоты. Падению предшествовал бурный скандал с мужем. Помимо повреждений от падения с высоты, на правой переднебоковой поверхности шеи женщины обнаружено горизонтальное повреждение в виде ссадин и внутрикожных кровоизлияний с общим рельефом, четко повторявшим поверхность витой веревки. Повреждение расценено экспертом как незамкнутая странгуляционная борозда от удушения петлей, изготовленной из веревки. При обыске в квартире погибшей найден моток веревки, сходный по диаметру и рельефу с веревкой петли. Мужу погибшей предъявлено обвинение в убийстве путем удушения петлей из веревки с последующим выбрасыванием мертвого тела с целью сокрытия истинной причины смерти. В ходе дальнейшего расследования установлено, что на траектории падения тела молодой женщины на веревках сушилось белье. После падения тела веревки оказались разорванными. От удара об одну из

¹ Термин «казуистика» имеет и другие толкования. Например, он рассматривается как прием средневековой схоластики и богословия, как изворотливость в доказательстве или защите ложных, сомнительных положений и др.

веревки на правой передне-боковой поверхности шеи "образовалось повреждение, ошибочно принятое экспертом за strangуляционную борозду. Погибшая при жизни страдала психическим заболеванием. Неоднократно лечилась в психиатрических стационарах. В состоянии резкого психического перевозбуждения сама выбросилась из окна. Обвинения с мужа были сняты.

В котельной предприятия найден труп женщины с множественными колото-резаными ранениями на груди и голове. При вскрытии полости черепа в чешуе лобной кости найден обломок концевой части клинка ножа, ущемившийся в краях щелевидно-дырчатого перелома. При проверке у одного из знакомых погибшей изъят складной нож со сломанным клинком. При сопоставлении клинка этого ножа и извлеченного из черепа отломка оказалось, что они ранее составляли единое целое. Владелец ножа осужден.

В левой височной области погибшего подростка обнаружено входное отверстие со следами копоти на поверхности окружающей кожи. Из полости черепа извлечена 7,62-мм пуля к отечественному патрону образца 1943 г. Судебный медик пришел к выводу о выстреле с близкой дистанции из боевого оружия типа 7,62-мм АК (АКМ, АКМС) или 7,62-мм СКС. В последующем оказалось, что выстрел произведен из самодельного оружия со стальным стволом, выточенным кустарно под 7,62-мм патрон. Ошибка эксперта заключалась в том, что при выстреле с близкого расстояния из такого мощного оружия, как АК (АКМ, АКМС) или СКС, обязательно должно было возникнуть сквозное ранение.

В ходе хирургической операции у беременной женщины удален плод. Полагая, что плод мертв, его отправили в судебно-медицинский морг. Спустя сутки санитар морга услышал детский плач. Ребенок оказался живым.

Пьяный молодой человек подошел к раскрытому окну своей комнаты на 6-м этаже жилого дома и взобрался на подоконник. Несмотря на увещания жены, с подоконника не спускался. Неожиданно потерял равновесие и упал в проем окна. Жена оцепенела от неожиданной трагедии. Через минуту в квартире раздался звонок. Жена открыла дверь — ее ждало новое потрясение: на пороге стоял протрезвевший муж. На его теле не имелось сколько-нибудь значительных повреждений. И тем не менее он был стационарирован и провел в больнице 1,5 нед. Из мягких тканей его обеих ягодиц было извлечено множество мелких удлиненных кусочков древесины с последующим лечением местного воспалительного процесса. К стене дома были вертикально прислонены 6-метровые неоструганные доски. По ним и проскользил, выпав из окна, «родившийся в рубашке счастливчик».

Безусловный интерес представляют случайные находки при исследовании трупа: обнаружение иглы или, что еще более удивительно, свинцовой пули в сердце при рентгенологическом исследовании или аутопсии, проведенными спустя 10 и 15 лет, соответственно после ранения иглой и огнестрельного пулевого ранения сердца. В обоих случаях речь идет о самопроизвольном выздоровлении после ранения.

Подобные примеры можно продолжать, так как недостатка в них не имеется. Все они могут рассматриваться как атипичные случаи. Несмотря на кажущееся разнообразие, атипичные наблюдения могут быть сведены в ограниченное число групп в соответствии: 1) с необычными условиями возникновения повреждения или заболевания; 2) с необычными свойствами повреждающего агента или иного этиологического фактора; 3) с необычным механизмом возникновения повреждения; 4) с необычным патогенезом нозологической формы; 5) с необычным вариантом клинического развития, повреждения или заболевания; 6) с необычным исходом повреждения.

В связи с недостаточной изученностью к судебно-медицинской казуистике можно отнести практически каждый случай комбинированной травмы.

Осенью ночью нетрезвый преступник угнал легковую автомашину, не справился с управлением, машина упала с моста в мелкую речку. Выбрался из машины. В мокрой одежде при температуре +2°C прошел более 1,5 км. Забрел в подвал заброшенного дома. Пытался развести огонь. Загорелась, хотя и мокрая, но пропитанная бензином одежда. Утром найден в бессознательном состоянии в подвале работниками милиции. Госпитализирован. При поступлении в клинику: в крови 40% карбоксигемоглобина и 1,8% этилового спирта, температура в прямой кишке +29°C. Умер через 8 ч. На вскрытии: выраженные признаки отравления угарным газом, ожоги II-III степени 18% поверхности тела, поражение дыхательных путей продуктами горения, общее переохлаждение организма, перелом тела VI шейного позвонка с его передним вывихом и тотальным кровоизлиянием под паутинную оболочку спинного мозга. Трудности оценки этого случая связаны с недостатком объективных критериев, которые позволили бы среди перечисленных выделить приоритетную нозологическую форму.

Не менее затруднительным бывает положение эксперта, сталкивающегося с необходимостью дифференцирования патогенетической роли травмы и патологии, например при базальных субарахноидальных кровоизлияниях с незначительной по объему травмой, полученной непосредственно перед смертью, при наличии дефекта сосудистой системы мозга в виде разорвавшейся артериальной или артериовенозной аневризмы, сосудистой опухоли, мальформации сосудов мягких мозговых оболочек и т. п.

Как видно из этого ряда примеров, основания для отнесения того или иного случая к редким или атипичным весьма разнообразны: необычные условия возникновения повреждения, необычные свойства повреждающего предмета, необычный механизм травматического воздействия, необычный вариант клинического развития заболевания, необычный исход травмы и т. п.

И все-таки при всем разнообразии наблюдений и необычности единичного случая можно выделить несколько обобщающих положений, подчеркивающих значение судебно-медицинской казуистики; 1) опубликование редкого факта при всей его уникальности является состоявшимся прецедентом, с которым в последующем могут сопоставляться и сравниваться сходные явления, процессы и ситуации; 2) проведение любой нестандартной экспертизы требует, серьезной активизации творческих потенциалов специалиста, неизбежно ведет к обогащению научной мысли, а в ряде случаев приводит к появлению новой научной информации; 3) решение экстраординарной задачи становится возможным лишь при следовании общей методологии познания применительно к судебно-медицинской теории и практике.

Эти общие положения подчеркивают важное значение личности эксперта, его знаний, навыков, способностей, отношения к своей специальности, осознания своего гражданского долга — всего того, что составляет достаточно емкое понятие квалификации судебного эксперта. Специалист не рождается с этими качествами, они формируются и совершенствуются в течение всей своей активной экспертной деятельности.

Подавляющее большинство повторных судебно-медицинских экспертиз требуют скрупулезной оценки предшествовавших экспертных исследований, привлечения опытных специалистов, применения разнообразных лабораторных методов, проведения экспериментов, натурного или математического моделирования. Все это делает повторные экспертизы непохожими друг на друга прежде всего по комплексу примененных методов и вариантам судебно-медицинской оценки, результатам выполненных исследований. Это и позволяет отнести их к разряду судебно-медицинской казуистики.

Однако редкий и сложный характер повторных экспертиз может иметь оттенок искусственно созданной казуистики. Дело в том, что трудности, с которыми сталкиваются специалисты при проведении повторных экспертиз, нередко связаны с экспертными ошибками и упущениями на этапе проведения первичных исследований. В связи с этим уместно привести хотя бы краткий анализ экспертных ошибок как причин искусственно созданной казуистики.

Поскольку единственной формой, в которой эксперт доводит результаты своих исследований до суда и следствия, является «Заключение эксперта», можно рассмотреть характерные экспертные ошибки, исходя из структуры и содержания этого процессуального документа.

Сопоставление констатирующей части постановлений о назначении экспертизы и обстоятельств дела во вводной части «Заключения эксперта» показывает, что они нередко не соответствуют друг другу. Сокращая, «уточняя», редактируя стилистику изложения констатирующей части постановления, эксперт в некоторых случаях искажает смысл установленных следствием обстоятельств расследуемого события. Само по себе это не может прямо повлиять на ход расследования. Но искаженное изложение обстоятельств прежде всего свидетельствует об искаженном их восприятии, что лишает эксперта возможности правильно уяснить сущность поставленных задач и, как следствие, составить адекватный план проведения экспертизы. В таких случаях степень полноты и последовательность исследований во многом приобретают стихийный характер, не соответствующий с особенностями конкретного случая.

Недостатки при составлении общего плана экспертизы приводят к ошибкам при про-

ведении частных исследований, предпринимаемых для решения вопросов, поставленных судебно-следственными органами. Прежде всего, это группа упущений, связанных с недостаточной полнотой исследования. Неполнота исследований может относиться как к общему комплексу обязательных методов, необходимых для решения поставленных задач, так и к полноценности выполнения отдельно взятой методики.

Определение полноты всего комплекса примененных методов не должно носить формального характера и ограничиваться только теми исследованиями, которые обеспечивают решение вопросов, поставленных следователем или судом. Осмыслив обстоятельства дела, изложенные в постановлении, оценив характер представленных объектов, эксперт в соответствии с представленной ему законом инициативой может провести исследования для решения ряда важных дополнительных вопросов. Игнорирование экспертной инициативы должно расцениваться как недостаток экспертизы, ее существенная неполноценность. Судебно-медицинская практика имеет немало примеров того, когда несвоевременное использование экспертной инициативы при проведении первичного исследования приводило к невозможной утрате самой возможности получения важной для следствия информации при выполнении дополнительных и повторных экспертиз (труп кремирован, процессы заживления изменили первичную морфологию повреждения, биологические ткани разложились из-за гнилостных процессов, объект полностью уничтожен в результате проведения лабораторной методики, например, спектрографии и др.).

Неполноценность при проведении, подготовке и выполнении какой-либо отдельной методики может проявиться в разнообразных формах: использование неполного набора исследуемых объектов (не исследованы орудия травмы, одежда пострадавшего, медицинские документы и др.), неполное исследование каждого объекта, невыполнение обязательных технических приемов, нарушение последовательности проведения лабораторных методов, невыполнение сравнительных контрольных исследований, недостаточное число опытов для подтверждения устойчивости наблюдаемых признаков, явлений или процессов, установление факта только субъективными методами при возможности воспользоваться объективными критериями, установление факта качественными пробами без использования методов количественного анализа и т. д.

К неполноте исследования можно отнести несоответствие примененных методов задачам, поставленным судом или следствием.

Другая группа недочетов, имеющих отношение к процессу экспертного исследования, связана с нарушениями самой методики исследования: неточная постановка задач или неправильный выбор объекта для лабораторного исследования, в результате чего либо не выявляют существенные признаки, либо получают ложные результаты; неправильные условия изъятия, транспортировки и хранения объекта лабораторного исследования, приводящие к искажению результата, утрате исходной фактической информации или появлению артефактных результатов; выбор неадекватного метода, дающего неспецифические результаты, не обладающего необходимой точностью и чувствительностью; нарушение техники, методики и оценки полученных результатов.

Нет необходимости детально анализировать отрицательно влияющие на решение поставленных вопросов элементы недобросовестности эксперта (иногда его невежества) при проведении исследований и описания их результатов: неполное исследование объекта (в необходимых случаях не исследованы мягкие ткани спины и конечностей, позвоночник, спинной мозг и другие органы, не вскрыта полость черепа, не обследованы органы зрения и слуха, не вскрыта пазуха основной кости и т. д.), не описаны условия проведения экспертизы (место, время, температура окружающей среды и др.), неполно описаны повреждения (локализация, форма, размеры и т. п.) или посмертные процессы (трупные явления, фауна трупа и т. д.), общие и частные признаки личности, противоречия в описании одних и тех же находок в разных разделах заключения (несоответствие стороны и поверхности расположения повреждений, их рельефов и др.), неопределенность описания и мн. др.

В определенной степени гарантией от экспертных ошибок является точное следование действующим официальным методическим рекомендациям Главного судебно-медицинского эксперта Минздрава СССР. Но, к сожалению, число таких методических документов явно

недостаточно и не охватывает всего круга частных задач, возникающих в судебно-медицинской практике. Обобщающие «Правила» проведения экспертиз либо не переиздаются многими десятилетиями и по этой причине не содержат важных результатов новых научных исследований (например, действующие «Правила судебно-медицинского исследования трупа», 1928), либо имеют существенные недостатки и внутренние противоречия (например, действующие «Правила по судебно-медицинскому определению степени тяжести телесных повреждений», 1978). Такое положение привело к давно начавшейся, но так и незавершенной дискуссии в среде ученых и практических экспертов о пределах использования в практике судебно-медицинской экспертизы результатов завершенных и опубликованных научно-исследовательских работ, прежде всего диссертационных. Из самой постановки темы дискуссии ясно, что на этот счет имеются полярные точки зрения: 1) экспертная практика может базировать свои исследования только на официальных методических документах; 2) экспертная практика может опираться при проведении исследований и оценке результатов и на содержание опубликованных научных работ. Категорическим противникам второй точки зрения (в основном это руководящие ведомственные работники) можно предложить ответить на следующие вопросы: как поступить эксперту в том случае, если по вопросу, поставленному перед ним следствием, официальных методических документов нет, но имеется защищенная и утвержденная ВАК СССР диссертационная работа, позволяющая решить поставленную задачу: 1) отказаться от экспертизы, 2) воспользоваться данными диссертационной работы (одним из обязательных требований к диссертациям является их практическая значимость), 3) рекомендовать следователю обратиться к специалисту — автору диссертации? Воспользуются или не воспользуются следователь и суд возможностью провести экспертизу, поручив ее в соответствии со ст. 78 и 189 УПК РСФСР специалисту в данном узком вопросе (автору диссертации) в том случае, если официальных методических документов нет? Думается, правильные ответы на все эти вопросы дает действующее уголовно-процессуальное законодательство, согласно которому «в качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения» (ст. 78 УПК РСФСР).

Следование приведенному положению закона носит отнюдь не формальный характер. Оно в первую очередь определяет необходимость перманентного самосовершенствования специалиста, постоянного изучения им научной литературы по специальности, тематического обобщения ретроспективной и текущей экспертной практики, постоянного глубокого проникновения в общую методологию экспертной деятельности. Характеристика этих сторон квалификации специалиста особенно ярко проявляется при оценке резюмирующей части экспертного заключения: диагноза и выводов.

Как это ни покажется странным широкой врачебной аудитории, на страницах судебно-медицинских изданий сегодня дебатировались вопросы о необходимости и месте диагноза в «Заключении судебно-медицинского эксперта», о названии, структуре, содержании, терминологии диагноза. Не удивительно, что при отсутствии консенсуса теоретиков практика составления диагноза судебными медиками представляет собой более чем пестрый вид. Вот почему мы вынуждены детальнее обратиться к этой проблеме и выразить к ней свое отношение.

Для того, чтобы иметь единую исходную базу для дискуссии о диагнозе, следует оттолкнуться от общепринятого определения этого понятия. Но оказывается, что уже здесь мы получаем возможность споткнуться о первую ступеньку.

Казалось бы, в энциклопедических изданиях мы найдем одинаковое (или принципиально сходное) определение этого базового в клинической медицине понятия. Увы, это ожидание оказывается обманчивым: в медицинских энциклопедиях разных изданий, в фундаментальных работах по теории диагноза и диагностики мы находим разные определения понятия.

Мы нередко абсолютизируем суть основных положений, изложенных в энциклопедиях. Безусловно, статьи в эти солидные издания пишут многоопытные ученые. Но и они ведь люди, а *errare humanum est*.

Не ставя перед собой задачу анализа эволюции понятия «диагноз», оценим его опре-

деление по последнему энциклопедическому изданию — «Энциклопедическому словарю медицинских терминов» (ЭСМТ) (1982, т. I, с. 345): «диагноз — медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, и выраженное в терминах, обозначающих название болезней (травм), их формы, варианты течения и т. п.». Это определение не может в полной мере удовлетворить ни клиницистов, ни морфологов по следующим обстоятельствам: 1) отсутствует указание на основной принцип построения диагноза — патогенетический; 2) остается неясным, включает ли упоминаемое «состояние здоровья» такое понятие, как «здоров», и некоторые физиологические состояния человека (например, беременность); 3) если «состояние здоровья» подразумевает оба основных варианта (здоров и болен), то отпадает необходимость в последующем указании только на заболевание или травму; 4) нет необходимости упоминать и «причину смерти», так как ею могут быть уже указанные в формулировке заболевания или травма; 5) отсутствует указание на необходимость краткости «медицинского заключения».

Можно констатировать, что обязательными составными элементами определения понятия «диагноз» должны быть состояние здоровья, нозологический и патогенетический принципы построения, краткость изложения.

Отсюда и можно предложить следующее определение: диагноз — это краткое медицинское заключение о состоянии здоровья, составленное по патогенетическому принципу и изложенное языком нозологических терминов.

В действующих и весьма устаревших «Правилах судебно-медицинского исследования трупа» (1928) отсутствуют требования к составлению диагноза. Но в любом судебно-медицинском заключении, составленном по результатам обследования живого человека или мертвого тела, должен быть медицинский итог, медицинское резюме, медицинское обобщение находок, свидетельствующих о состоянии здоровья обследуемого, о той «исходной базе», которая затем подвергается всестороннему судебно-медицинскому анализу. Должно ли здесь быть простое перечисление повреждений и заболеваний? Пожалуй, это было бы весьма упрощенное, примитивное, механистическое понимание задачи. Ведь в соответствии с УПК экспертиза обязательно проводится для установления «причины смерти» и «степени тяжести повреждения». Можно ли, не выстроив в патогенетической последовательности все повреждения (заболевания), их осложнения и сопутствующую патологию, решить эти обязательные вопросы? Иначе говоря, можно ли их решить, не поставив диагноза? Отрицательный ответ на этот вопрос подтверждает необходимость диагноза в судебно-медицинских документах. Остальная аргументация в пользу диагноза, с которой следует согласиться, носит важный, хотя и вторичный, характер: формирование врачебного мышления, клинико-анатомическое сопоставление, статистический учет и т. д.

Теперь о названии диагноза. Условность почти каждого термина придает спору о названии диагноза в «Заключении судебно-медицинского эксперта» во многом формальный характер. Уместно заметить, что ЭСМТ (1982) приводит 25 (!) вариантов названий диагноза и 14 (!) вариантов названий диагностики. Полемизируя о названии диагноза, одни авторы стараются доказать принципиальное отличие патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов, другие — отсутствие таких различий, хотя обе стороны разделяют общее определение понятия «диагноз». Однако, следуя элементарной логике, они должны включать в определения частных вариантов диагноза те принципы, которые лежат в основе общего понятия. Эти принципы едины не только для патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов, но и для клинического.

Что общего между методами диагностики в этих трех случаях? Это — современная клиническая и морфологическая диагностика, которая носит комплексный характер и базируется на: 1) совокупности результатов клинических, секционных, лабораторных и инструментальных исследований; 2) принципах патогенетического и нозологического анализа; 3) единой диагностической методологии — от признака (симптома) к синдрому и нозологической форме; 4) единой терминологии. В чем же различие? Оно заключается в разных основных объектах исследования при клинической и морфологической диагностике (живой человек и мертвое тело) и связанных с ними разных основных методах (при общем комплексном подходе к медицинской диагностике вообще) — методе клинического анализа и методе мор-

фологического анализа. Здесь следует подчеркнуть, что весьма нередко клинический анализ существенно дополняется результатами, полученными морфологическими методами (биопсией, исследованием препаратов оперативно иссеченных органов и др.), а морфологический анализ малоэффективен без осмысления динамики прижизненных клинических проявлений страдания, зафиксированных в истории болезни, амбулаторной карте, заключениях ВТЭК и других медицинских документах. Сходство патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов еще более очевидно: помимо совпадения основных принципов их построения (это невозможно оспаривать, если признавать определение общего понятия «диагноз»), совпадают и основной объект, и основной метод исследования.

Примечательно, что авторы, находящиеся на противоположных позициях, приводят в их защиту сходные аргументы. Не потому ли это происходит, что в главном (в содержании, структуре, целях и принципах построения) судебно-медицинский и патологоанатомический диагнозы не различаются и не могут различаться, так как они являются частными вариантами медицинского диагноза? Так, например, трудно представить какое-либо отличие патологоанатомического диагноза от диагноза, составленного судебно-медицинским экспертом по случаю скоропостижной смерти от заболевания. Единственное отличие сводится к тому, что патологоанатомический диагноз приводится патологоанатомами в «Протоколе патологоанатомического вскрытия», а судебно-медицинский — в «Заключении судебно-медицинского эксперта» (кстати, при экспертизе живого человека судебно-медицинский диагноз, если бы он применялся в практике, не отличался бы от клинического). Сохранение этого непринципиального различия, по-видимому, не может повредить ни судебно-медицинской, ни патологоанатомической практике.

Попутно необходимо обратить внимание на неидентичность понятий «патологоанатомический» и «морфологический» диагноз. «Патологоанатомический диагноз» — более широкое понятие, он базируется на клинико-морфологическом анализе, морфологический компонент может быть лишь составным элементом клинического диагноза.

Имея целью подчеркнуть близость судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов; заметим, что при идентичных повреждениях в одних случаях составляется судебно-медицинский, а в других — патологоанатомический диагноз: первый составляют судебные медики при травме мирного времени, второй — патологоанатомы по результатам исследования погибших в боевых условиях (см. «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.»). Таким образом, спор о названии диагноза становится чисто терминологическим, абстрактным, отвлеченным, схоластическим спором о форме.

Возможно, одной из причин сформировавшихся разных точек зрения на название диагноза в «Заключении судебно-медицинского эксперта» является некоторая неопределенность понятия «судебно-медицинский диагноз» в ЭСМТ (т. I, с. 346): «Диагноз судебно-медицинский — диагноз, формулируемый в результате судебно-медицинской экспертизы для решения специальных вопросов, возникающих в судебно-медицинской практике». Это определение сводит цель судебно-медицинского диагноза к решению «специальных вопросов, возникающих в судебно-следственной практике». Такое указание не отличается конкретностью, так как в судебно-медицинской практике возникает множество специальных вопросов, для решения которых далеко не всегда требуется диагноз. Одними из немногих специальных вопросов в «Заключении судебно-медицинского эксперта», которые невозможно решить без патогенетически правильно сформулированного диагноза, являются вопросы о причине смерти, о роли обнаруженной травмы и патологии в генезе смерти. Во-вторых, судебный медик не всегда выполняет свою специальную работу в интересах суда и следствия (например, в случаях судебно-медицинского исследования трупов скоропостижно умерших людей); следовательно, приведенное в ЭСМТ определение понятия «диагноз» охватывает лишь часть специальной судебно-медицинской деятельности.

Теория и структура судебно-медицинского диагноза вытекают из общей теории и практики медицинского диагноза вообще. И актуальными должны стать не попытки обосновать некий особый характер судебно-медицинского диагноза, а глубокое и всестороннее изучение судебными медиками основ медицинской диагностики и составления Диагноза. Поэтому без всякого ущерба для сути дела вполне можно ограничиться термином «диагноз»

для обозначения той рубрики в «Заключении судебно-медицинского эксперта», в которой дается краткое, патогенетически и нозологически выдержанное заключение о состоянии здоровья.

Считаем необходимым остановиться на структуре и содержании диагноза. Если придерживаться патогенетического принципа, то структура диагноза не может быть многозначной: 1) основное повреждение (заболевание); 2) его осложнения; 3) сопутствующие заболевания (повреждения). Однако при следовании общей структуре единства в построении отдельных частей диагноза не обнаруживается. В большей степени это относится к рубрике «Основное заболевание». Нет оснований возражать против обобщающего термина «сочетанная травма» при наличии у пострадавшего повреждений различных частей тела. Этот термин отражает качественно отличающееся состояние, связанное с синдромом взаимного отягощения, и позволяет оценить причиненный вред здоровью по отношению к организму в целом, а не разобщено, применительно к его отдельным частям. Однако было бы неверно ограничиваться только этим термином. Поэтому, например, после обобщающего понятия «сочетанная травма грудной клетки и живота» следует привести имеющиеся в конкретном случае морфологические проявления и травмы грудной клетки, и травмы живота.

При формулировке 1-й рубрики диагноза в случае множественной сочетанной травмы также необходимо следовать патогенетическому принципу, сочетая его с региональным. Однако группировка повреждений по частям тела с их перечислением «сверху вниз» (сначала повреждения головы, затем грудной клетки, живота и т. д.) не всегда соответствует патогенетической роли травмы отдельной части тела. Поэтому, раскрывая в диагнозе сущность сочетанной травмы, надо стремиться выявить и на первое место поставить травму той части тела, в которой обнаружены наиболее тяжелые из всех обнаруженных у пострадавшего повреждений.

Несколько осложнений основного заболевания (травмы) приводят в последовательности, отражающей их роль в наступлении летального исхода. Такой порядок изложения может совпасть с хронологической последовательностью возникновения осложнений, но он не должен подменять собой патогенетическую последовательность, которой всегда должно отдаваться предпочтение.

Если пациент в период от момента получения травмы до смерти получал оперативную помощь, то в диагноз включаются все хирургические вмешательства. На этот счет прозекторская практика дает 2 основных варианта: 1) Хирургические вмешательства перечисляются в самом конце диагноза после рубрики «Сопутствующие заболевания»; 2) хирургические операции указываются непосредственно после тех заболеваний, повреждений или их осложнений, по поводу которых они выполнялись. В отличие от первого второй вариант в большей степени соответствует патогенетическому принципу построения диагноза, он является общепринятым в широкой патологоанатомической практике и приводится в методической литературе. Первый вариант и некоторые промежуточные рекомендации (хирургические операции перечислены в диагнозе после осложнений перед сопутствующими заболеваниями) носят искусственный характер.

Излишне включать в диагноз изменения и повреждения посмертного происхождения, поскольку диагноз — это заключение о состоянии здоровья, а не о процессах, происшедших с мертвым телом. Эти явления должны быть отмечены и проанализированы в одном из пунктов выводов.

Остановимся на терминологии в диагнозе. Исходя из сущности понятия «диагноз» и принципов его построения, при формулировании диагноза необходимо пользоваться терминами, обозначающими название болезней (травм), их форм и вариантов течения. Во всех случаях следует стремиться установить конкретную нозологическую форму (ее стадию, степень, вариант клинического течения, ведущий синдром, симптомокомплекс и т. п.) и выразить ее в терминах действующей Международной классификации болезней (МКБ). Сделать это не всегда просто, поскольку нозология травмы еще недостаточно разработана в МКБ 9-го пересмотра. В тех случаях, когда нозологическая форма не могла быть установлена проведенными исследованиями, при построении диагноза может быть использован синдромный подход. Однако диагноз, построенный по синдромному принципу, неполноценно отражает

состояние здоровья больного или пострадавшего, так как не вскрывает причину страдания.

Нет основания проводить параллель между понятиями «тупая» и «автомобильная» травма. Первое понятие однозначно указывает на сущность травмирующего воздействия и имеет специфичные морфологические эквиваленты и, следовательно, имеет право быть включенным в диагноз (столь же уместно включать в диагноз термины «колото-резаная рана», «огнестрельная рана», как имеющие достаточно специфичную морфологическую сущность). Второе понятие отражает совокупность повреждений, возникающих у определенных контингентов населения в определенных условиях, при которых возможно образование повреждений и от механического (травма тупыми и острыми предметами), и от термического (высокая температура), и от комбинированного воздействия. Именно эти последствия отражают сущность причиненного вреда здоровью. Сам же термин «автомобильная травма» показывает в первую очередь условия возникновения травмы, а не состояние здоровья, и поэтому в диагнозе вполне может быть опущен (эта посылка, безусловно, не исключает необходимости отразить и обосновать в выводах сам факт и механизм образования всех обнаруженных повреждений в условиях автомобильного или иного транспортного происшествия).

Уместно ли вводить в диагноз термины, отражающие, согласно МКБ, «обстоятельства случая или акта насилия»? Строго говоря, сведения об обстоятельствах происшествия прозектор получает у родственников и сослуживцев погибшего, у очевидцев или следственных органов. Значит, для получения этих сведений не требуются ни специальные медицинские знания, ни специальные медицинские исследования. Первичные сведения об обстоятельствах могут быть умышленно или случайно искажены, и диагноз в части обстоятельств может оказаться неверным, причем по не зависящим от врача причинам. Недаром Большая медицинская энциклопедия (т. 17, с. 64) обращает внимание на то, что именно эта часть МКБ в наибольшей степени подвергается адаптации в соответствии с региональными особенностями здравоохранения страны. Попутно напомним, что ВОЗ, вводя МКБ, имела основной целью направить ее использование на обеспечение преемственности при «составлении и публикации статистических данных», относящихся к болезням и травмам. Ни в одной из 11 статей «Положения» о номенклатуре и классификации болезней ВОЗ не выдвигает никаких методических императивов относительно использования номенклатуры при составлении диагноза.

Принимая во внимание необходимость составления краткого заключения, о состоянии здоровья, в диагноз, по-видимому, не следует включать элементы описания повреждений (например, локализацию переломов ребер относительно анатомических линий, форму и иную частную характеристику ран и т. п.).

Необходимо поддержать тех, кто протестует против включения в диагноз немедицинских терминов («бампер-перелом», «следы скольжения на подошве обуви», «отпечатки прозектора» и др.). Эти термины ни в какой мере не способны отразить «состояние здоровья» (!), т. е. кардинальную сущность диагноза. Именно по этим же причинам нельзя согласиться с предложением ограничить в диагнозе применение медицинских терминов и сделать его понятным следователю. Специальные медицинские термины следует разъяснять (уместнее всего это надо делать в «Выводах»), а не подменять их обывательскими понятиями.

Место диагноза в «Заключении судебно-медицинского эксперта». Предлагаются 3 варианта расположения диагноза: 1) после описания данных секционного исследования; 2) после изложения результатов всех лабораторных исследований и 3) в 1-м пункте выводов. Чтобы составить определенное представление по данному вопросу, необходимо четко отграничить понятие «диагноз» и понятие «этапы диагностики», отражающие диагностический процесс. По окончании секционного исследования диагноз, безусловно, необходим и, прежде всего, для заполнения «Врачебного свидетельства о смерти». Этот диагноз и есть первичный этап диагностики, базирующийся на результатах только секционного исследования. Этот диагноз фиксируется документально в «Свидетельстве о смерти». Видимо, непринципиально то, где еще дополнительно этот диагноз будет зафиксирован: в черновике, рабочем журнале эксперта и т. п. Если никаких дополнительных исследований не проводится, то диагностический процесс на этом завершается и установленный диагноз является окончательным.

Этот этап диагностики может оказаться промежуточным, если для определения сущ-

ности основного страдания, объема травмы, характера осложнений и сопутствующих заболеваний требуются дополнительные исследования, результаты которых учитывают при формулировании окончательного диагноза (диагностический процесс носит непрерывный характер, прекращение его зависит от совокупности объективных и субъективных причин — степени информативности результатов секционного исследования, возможностей материальной базы конкретного экспертного учреждения, квалификации эксперта и др.).

Необходим ли предварительный (промежуточный) диагноз в «Заключении судебно-медицинского эксперта»? Если поставить цель продемонстрировать в этом заключении эволюцию диагностического процесса в конкретном экспертном случае, то такой диагноз, так же как и резюме по всем последующим этапам диагностики, необходим. Однако такая цель не вытекает ни из медицинской, ни из процессуальной сущности «Заключения судебно-медицинского эксперта». Цель экспертных действий сводится к проведению всего комплекса исследований, необходимых для полноценных и обоснованных ответов на вопросы следствия (например, обо всех повреждениях и заболеваниях, их роли в наступлении смертельного исхода). Основание для такого суждения может дать лишь окончательный диагноз.

И хотя этапы диагностического процесса важны и необходимы, хотя они отражают внутреннюю логику диагностического мышления эксперта, они не являются самоцелью, так как следственные органы интересуют не столько процесс установления истины, сколько итог проведенного анализа, выраженный в форме обоснованного вывода.

По нашему мнению, не выдерживает критики аргумент о необходимости приводить в «Заключении судебно-медицинского эксперта» все диагнозы для последующего анализа эволюции врачебного мышления. Заключение — это в первую очередь процессуальный документ, содержание которого регламентируется УПК, и лишь во вторую очередь — источник информации для научных поисков и обобщений. Кстати, характер диагностического процесса в конкретном случае вполне определенно отражает весь комплекс и последовательность применения использованных методов исследования, а также умение эксперта дать полноценную аргументацию выводов.

Не выходит за рамки суждений о внешней форме и полемика по поводу предпочтительности таких формулировок, как «предварительный патологоанатомический диагноз», «после получения результатов дополнительных исследований патологоанатомический диагноз изменен (уточнен, дополнен)».

Небесспорен тезис о том, что результаты лабораторных исследований не влияют на диагноз. Если эти методы (гистологические, судебно-химические и др.) используются для уточнения сущности травмы или заболевания, то их результаты необходимы для построения диагноза. Если же они проводятся с иной целью (например, для установления свойств травмирующего предмета и механизма его воздействия), их результаты не будут иметь отношения к диагнозу.

Где же место окончательного диагноза в «Заключении судебно-медицинского эксперта»? Прежде всего, он должен располагаться после описания результатов тех исследований, на которых базируется. Это можно сделать непосредственно перед выводами или в самих выводах, например в их 1-м пункте.

Поскольку диагноз — медицинское резюме, вывод о состоянии здоровья, его можно рассматривать как один из выводов экспертного заключения. Однако тогда закономерен вопрос: не будет ли противоречить диагноз, составленный из медицинских терминов, одному из требований к выводам — необходимости излагать их языком, понятным следователю? Это препятствие становится несущественным, если эксперт в своих выводах анализирует, оценивает и разъясняет сущность выявленных им фактов (в данном случае, повреждений или заболеваний). Также нельзя считать совершенно нелогичным и размещение диагноза перед выводами, хотя при этом неизбежны некоторые повторения, так как в 1-м пункте выводов традиционно приводится перечень всех установленных повреждений и заболеваний.

Все изложенное показывает, что проблема судебно-медицинской диагностики и диагноза в судебно-медицинском заключении при всем ее, на первый взгляд, теоретическом оттенке имеет сугубо прикладную направленность и важное целевое значение для практики судебно-медицинской экспертизы.

Но продолжим обсуждение экспертных ошибок. Как уже говорилось, диагноз — первое звено резюмирующей части заключения, за которым следуют выводы. Приходится констатировать, что именно в этой части заключения эксперты допускают наиболее серьезные и разнообразные огрехи, нередко являющиеся поводом для назначения повторных судебно-медицинских экспертиз, переводящие «рядовую» экспертизу в разряд судебно-медицинской казуистики. Вот наиболее частые и существенные недочеты: отсутствие аргументации выводов, недостаточное обоснование выводов, неопределенная мотивировка (например, ссылка на «характер», «особенности» повреждения без указания, какой конкретно имеется в виду «характер» и какие «особенности»), обоснование выводов носит неопределенный характер (несколько положений выводов «подтверждаются» единым перечнем признаков; в таком случае абсолютно неясно, в обоснование какого из нескольких положений приводится тот или иной признак; лишь при детальном рассмотрении выводов, причем специалистами, оказывается, что достаточная мотивировка приведена по отношению к одному-двум положениям, а остальные выводы аргументированы недостаточно или вовсе не обоснованы), неполнота выводов (нет ответа на все поставленные следователем или судом вопросы, не использована реально возможная и необходимая экспертная инициатива), вывод базируется на обстоятельствах дела, а не на результатах специальных экспертных исследований (в таких случаях, в сущности, экспертиза теряет свой специальный характер, входит в противоречие с процессуальными положениями о компетенции эксперта и сводится к проведению действий, не требующих специальных познаний, например к подтверждению или опровержению обстоятельств, изложенных в протоколах допросов свидетелей, потерпевших, обвиняемых и других лиц, что является исключительной прерогативой суда и следствия¹) недоказанная категоричность, необоснованная вероятность, при аргументации — подмена специфичного характерным; в выводах дается оценка не всем установленным экспертом фактам; дается оценка фактов, не устанавливавшихся в процессе экспертного исследования.

Одной из грубых ошибок является выход эксперта за пределы своих специальных знаний, т. е. за пределы своей компетенции. Сейчас реже стали встречаться случаи выхода в область других наук и, прежде всего, юриспруденции. Эксперты в своих выводах, например, не пишут о том, что обнаруженные повреждения характерны для убийства, самоубийства или несчастного случая, хотя нередко считают возможным высказываться о признаках борьбы и самообороны», «изнасиловании» и т. п. В последнее время чаще стала фиксироваться другая форма некомпетентности — выход в сферу «общежитейского» опыта, не требующего вообще никаких специальных знаний.

Конечно же, нельзя сводить причины экспертных ошибок только к неопытности или недобросовестности эксперта. Причиной неверно построенного исследования или неверной интерпретации результатов могут быть недостаточная научная разработка частной проблемы, отсутствие рекомендаций для использования установленных данных в практике судебно-медицинской экспертизы, несовершенство материальной и лабораторной базы экспертного учреждения, недостатки в организации (прежде всего, координации) работы экспертов и лаборантского персонала, пробелы в организации и проведении последипломной подготовки и переподготовки судебных медиков и др.

Многие недостатки выводов обусловлены нарушением основных законов логики как на протяжении всех выводов, так и при формулировке отдельно взятого вывода. Об этом более 15 лет назад убедительно писал И.Г. Вермель (1974). С тех пор дело мало продвинулось вперед. И главная здесь причина в том, что формирование экспертного мышления в процессе последипломной подготовки и переподготовки судебных медиков не имеет характера единой продуманной системы. Это приводит к тому, что на различных курсах повышения квалификации судебно-медицинские эксперты, принимая очередную порцию фактических данных, не получают (или в лучшем случае, не совершенствуют) основной инструмент, необходимый

¹ Ярким примером является ситуационная (ситуалогическая) экспертиза, когда перед экспертами ставится задача оценить возможность или невозможность возникновения и существования того или иного факта в конкретно предлагаемых условиях.

для анализа и оценки этих данных, а именно экспертное мышление. Поэтому не удивительно, что, «повысив» в плановом порядке свою квалификацию, возвращаясь к практической работе, специалист продолжает совершать прежние ошибки. Это дает основание руководителям экспертных учреждений предъявлять претензии к качеству учебы, а преподавателям — упрекать соответствующих начальников в незаслуженных демаршах. Как ни парадоксально, в этом и виноваты, и не виноваты и те, и другие. Это — общая беда. Беда, также приводящая к повторным экспертизам, эксгумациям, т. е. ко всему тому, что искусственно формирует судебно-медицинскую казуистику. Вот почему уместно остановиться на вопросе формирования экспертного мышления¹.

Судебно-медицинское экспертное мышление — одна из форм клинического врачебного мышления, которое, в свою очередь, рассматривается как «своеобразная мыслительная деятельность врача, предполагающая особые формы анализа, связанные с необходимостью соотнести общую картину болезни с выявленным симптомокомплексом заболевания, а также быстрое и своевременное принятие решения о природе заболевания, исходя из единства осознаваемых и неосознаваемых, логических и интуитивных компонентов опыта» (БМЭ, т. 16, с. 149).

Судебно-медицинскому мышлению присущи общепрофессиональные черты врачебного мышления, связанные главным образом с диагностическим процессом и отчасти с лечебной Деятельностью (например, при оценке правильности, полноты и своевременности лечебной помощи в случаях проведения судебно-медицинской экспертизы по уголовным делам о профессиональных правонарушениях медработников). В то же время диагностический процесс как процесс познания в судебной медицине имеет свои особенности, связанные со специальным предметом исследования: не только диагностика травмы (или заболевания), но и установление свойств травмирующего предмета, условий и механизма его воздействия, идентификация личности человека, определение давности смерти, условий посмертного периода, манипуляций с трупом и др. Для решения этих задач в отличие от клинического экспертный мыслительный процесс требует четкого разделения сознаваемых и неосознанных, логических и интуитивных компонентов опыта. Если клиническое мышление допускает для познания истины пробное лечение (*ex juvantibus*), логический анализ при судебной экспертизе может базироваться только на объективно установленных фактах. Интуитивный опыт в экспертной деятельности не исключается, но он в основном должен учитываться лишь при постановке альтернативных задач и выборе путей их решения. На этом положении очень важно акцентировать внимание потому, что на практике эксперты с большим стажем работы позволяют себе «аргументировать» выводы ссылкой на многолетний опыт экспертной работы. Такая ссылка носит субъективный (в данном случае — интуитивный) характер и не является экспертным доказательством. Опыт и интуиция эксперта могут будировать его на углубление и расширение круга подлежащих изучению объектов и методов их исследования, но с неперменной целью реализовать свои гипотезы, предчувствия, предположения в объективные доказательства. Поэтому следует еще раз подчеркнуть, что интуитивная убежденность эксперта в реальном существовании того или иного факта не может подменять собой объективных доказательств его существования.

Экспертное мышление (как и любое специальное мышление) немислимо без необходимого объема теоретических знаний. Овладение этими знаниями зависит от многих компонентов: качества лекционной работы, научного содержания учебников, руководств и другой специальной и научно-методической литературы; эффективности практических лабораторных и семинарских занятий; регулируемой самостоятельной работы; современной учебно-материальной базы; согласованной и четкой организации учебного процесса на основе научно обоснованных учебных программ и тематических планов. Поясним некоторые из пере-

¹ Проблема экспертного судебно-медицинского мышления не разработана. Нет ясности по таким вопросам, как понятие и его составные элементы, предметность и мотивационные основы как предпосылки формирования экспертного мышления и др. Несомненно, эта актуальная проблема заслуживает глубокого самостоятельного исследования. Поэтому, предлагая читателю свое отношение к этой проблеме, вполне допускаю полемический характер высказываемых положений.

численных здесь положений.

Одной из оптимальных форм выработки специального мышления является проблемный характер лекций. Но сущность проблемной лекции понимается неоднозначно профессорами и преподавателями кафедр судебной медицины, кстати, и других медицинских и немедицинских дисциплин).

Один подход определяет необходимость всесторонне и глубоко изложить в лекции избранную проблему, показать ее современное состояние, основные научные направления ее изучения и перспективы развития. Нет сомнения, что такие лекции нужны. Но они должны иметь слушателя, способного полноценно воспринять излагаемый материал. Такие лекции, возможно, приемлемы для узловых тем общего и тематического усовершенствования. Однако они несут в основном обзорную или справочно-информационную нагрузку и в наименьшей степени способны решать задачу целенаправленного формирования врачебно-экспертного мышления.

Другой подход заключается в том, что проблемный характер лекции определяется ведущим методическим приемом — постановкой перед аудиторией учебных вопросов, научно-практических проблем, ситуационных задач, обоснованием рациональных путей их решения, демонстрацией вариантов мотивированной оценки результатов исследования. В методическом отношении такой подход представляется более обоснованной канвой для целенаправленного формирования экспертного мышления. Но изложенный подход будет выглядеть примитивно и не достигнет поставленных целей, если преподаватель недостаточно глубоко, широко и свободно владеет материалом лекции, если «партитура» лекции заранее не отработана в деталях, если в манере изложения нет убежденности и экспрессии.

Обращение к такого рода проблемному учебному занятию далеко не ново: еще Сократ широко использовал этот прием во время устных лекций-бесед со своими учениками — он ставил перед ними противоречивую проблему и путем системы наводящих вопросов вместе с ними искал пути ее решения. При таком «сократовском» понимании проблемной лекции она может быть успешно проведена лишь в форме диалогического изложения с активным подключением аудитории. Но активность аудитории должна быть заранее подготовлена. Одним из надежных в этом отношении приемов является заблаговременное изучение обучающимися специальной литературы, рекомендованной к очередной лекции. Обязательным залогом успешной обоюдной (лектор—обучаемый) работы является предварительное знание слушателями необходимого объема фактических знаний по теме. Seriously активизирует аудиторию четкая мотивационная основа занятия. Попытки активизировать аудиторию примитивными противоречивыми ситуациями могут превратить лекции в нехитрую и унылую игру. Поэтому проблема должна быть поставлена так, чтобы слушатель осознавал всю ответственность за правильность и обоснованность решения предлагаемой ситуации. Эксперт должен видеть место своего исследования в общей системе раскрытия преступления понимать последствия неполноценного и, тем более ошибочного заключения.

Формирование экспертного мышления продолжается на практических и лабораторных занятиях. Здесь эта задача соединена с необходимостью предварительного получения полной и объективной информации об объекте исследования и лишь затем — с оценкой выявленных фактов. Практически отрабатывая на лабораторном и секционном занятии целенаправленный подход к обязательному сбору полной информации об объекте и научному обоснованию установленных фактов, экспертное мышление формируется в конкретно-прикладном отношении.

Каждое практическое занятие должно завершаться групповым разбором качества выполненных учебных заданий. Классическим примером может служить секционный разбор, в ходе которого на кафедрах судебной медицины должны отрабатываться не только вопросы формулировки диагноза, причины и генеза смерти, но и широкий круг вопросов, направленных на реконструкцию обстановки возникновения повреждения.

Судебно-медицинское мышление формируется и на семинарских занятиях, где наряду с другими специальными вопросами отрабатывается способность специалиста: 1) понятно излагать результаты исследований и 2) мотивировать установленные фактические данные. Помимо контроля степени усвоения материала, это важно для подготовки эксперта к уча-

стию в судебных заседаниях. Двустороннее (преподаватель — обучаемый) обсуждение конкретных аспектов изучаемой проблемы, с одной стороны, моделирует обстановку во время судебного следствия, а, с другой — позволяет дифференцированно судить о степени понимания отдельными обучаемыми как частных вопросов, так и проблемы в целом. Семинарское занятие представляется наилучшим способом выявлять изъяны экспертного мышления и находить пути устранения пробелов. Оно готовит эксперта к состязательной форме его участия в работе судов.

Совершенствование экспертного мышления должно осуществляться во время самостоятельной работы обучаемых. Самостоятельная работа во внеучебное время должна быть строго регулируемым и четко планируемым процессом, включающим не только чтение специальной литературы, но и отработку учебных заданий, которые призваны и углублять теоретические знания, и закреплять практические навыки, и, в определенной степени, формировать экспертное мышление. Необходимо обратить внимание на то, что неконтролируемая самостоятельная работа во внеучебное время не достигает ожидаемых результатов. Для самостоятельной работы во внеучебное время должны быть разработаны конкретные формы контроля: обязательные контрольные вопросы к очередному занятию, оформление отчетных документов по выполненным частным учебным заданиям, зачетным экспертизам.

Несомненно, что многое из изложенного окажется невозможным осуществить без хорошо организованной учебно-материальной базы, включающей тематические классы, учебные лаборатории, специализированные учебные комплексы, современную аппаратуру, инструментальное и лабораторное оснащение, учебные стенды и пособия, адаптированные к целям и задачам подготовки конкретных контингентов обучаемых, и т. д.

Но было бы совершенно ошибочным сводить формирование экспертного мышления только к функции институтов усовершенствования. Здесь хотелось бы подчеркнуть важнейшее положение о непрерывности, единстве и преемственности формирования экспертного мышления, которое, закладываясь в высшей школе, должно совершенствоваться в ходе практической экспертной деятельности. Необходимо отметить важную роль и не менее значительную ответственность руководителей экспертных учреждений. Именно здесь имеется наиболее широкий спектр возможностей для совершенствования экспертного мышления: алгоритмизация исследований и оценок, наставничество, плановое аттестование, привлечение начинающих экспертов к участию в сложных комиссионных экспертизах и др.

Только в тесном контакте руководителей-практиков и педагогов может реализоваться тезис о комплексном методическом подходе к получению исходной экспертной информации в сочетании с едиными общими принципиальными подходами к анализу и синтезу собранных фактов.

В конечном итоге экспертное мышление надо рассматривать как инструмент познания. Умение владеть этим инструментом является надежным фундаментом для методически выдержанного самообразования специалиста.

Говоря о редких и необычных случаях, следует подчеркнуть их относительность: одни из них никогда не встречались в мировой практике, другие — в отечественной, третьи — в практике отдельного экспертного учреждения, четвертые — впервые встретились в практике конкретного эксперта.

Относительность казуистики должна рассматриваться и во времени. Если «феномен Виноградова» в 50-е годы рассматривался как экстраординарное явление, то в настоящее время — это лишь одно из хорошо известных последствий одного из частных вариантов взаимодействия пули с преградой.

Нельзя и переоценивать значение казуистики. Если какое-то необычное повреждение возникло в определенных условиях, это не значит, что повреждение со сходной морфологией не может возникнуть в других условиях. С другой стороны, при повторяющихся условиях далеко не всегда возникают одинаковые явления, одинаковые последствия. Не следует ограничиваться простым запоминанием казуистики — важно исследовать и находить закономерности возникновения как отдельных редких явлений, так и их совокупности.

Но пора, по-видимому, переходить к изложению того, чего ждет, и, возможно, уже с нетерпением, читатель. Мы не преследовали цель дать в этой книге систематическое изло-

жение судебно-медицинской казуистики. Это и невозможно сделать на полутора десятках наблюдений. Автор получил бы полное удовлетворение, если читатель, заняв позицию эксперта в каждом конкретном случае, прошел с ним от исходных вопросов по всему пути исследования, сомнений и размышлений над результатами к решению экспертных задач.

Глава 2. БЫВАЮТ ЛИ НА СВЕТЕ ЧУДЕСА?

Владимир Иванович Пальцев последнее время стал часто жаловаться на неприятные ощущения в области сердца: то ноет, то колет, то болит, то щемит, то давит. «Не рановато ли, Иваныч, ведь только сорок разменял?» — то ли спрашивали, то ли сочувствовали сослуживцы. В пятницу даже попросил начальника цеха отпустить пораньше домой. Тот разрешил со словами: — «Ладно, отдыхай, набирайся сил. Завтра утром заеду, отправимся на дачу, пора клубникой заниматься».

Их участки в садоводческом товариществе находились рядом. Общие интересы, общие заботы, здесь не было начальников и подчиненных, только — единомышленники.

Как и договорились, к 7 ч утра машина была во дворе. В дороге говорили обо всем. Владимир Иванович чувствовал себя неплохо, но дал слово, что в понедельник обязательно обратится к заводским врачам. Было 8 ч 30 мин. Начинался один из чудесных дней конца мая. Время первых плодов и больших надежд на будущий урожай. Переговариваясь с соседом, Владимир Иванович рыхлил грядку. Сосед о чем-то спросил, Пальцев не ответил. Тот снова задал вопрос — молчание. «Иваныч, ты где?» Владимир Иванович лежал, уткнувшись лицом в грядку. Сосед кинулся к нему, перевернул на спину, лицо было необычно бледно. Пальцев не дышал. Кто-то из садоводов оказался врачом. Пытались делать закрытый массаж сердца, искусственное дыхание, применить валидол, нитроглицерин... Все было бесполезно. «Скорая» помощь явилась через 2,5 ч. Констатировала и без того очевидный всем факт смерти Пальцева¹. Опросив окружающих, врач скорой помощи записал: «Острая сердечная недостаточность. Инфаркт миокарда».

Внезапная смерть человека средних лет. Как поступают в таких случаях? Если у умершего при жизни врачами было объективно диагностировано заболевание сердечно-сосудистой системы (атеросклероз венечных артерий, стенокардия и т. п.), которое могло привести к быстрой смерти, то врач поликлиники на основании записей в амбулаторной карте больного может выписать свидетельство о смерти, что позволяет произвести захоронение без вскрытия трупа. Если умерший не наблюдался врачами и смерть наступила скоропостижно, неожиданно для окружающих, то причину смерти следует устанавливать обязательно по результатам вскрытия, причем судебно-медицинского. При неожиданной смерти ее причина может оказаться столь же неожиданной. Вот здесь мы и подошли к первому обстоятельству, делающему этот случай необычным.

Судебно-медицинское исследование трупа Пальцева было проведено на 3-й сутки. Вскрытие трупа проводил опытный эксперт Анатолий Харитонович Кукулев. Сама предыстория представлялась довольно типичной, в целом она могла быть охарактеризована двумя словами «сердечный анамнез». Беседа с родственниками лишней раз убедила эксперта в том, что речь, по всей видимости, пойдет о скоропостижной смерти, наступившей вследствие сердечно-сосудистого заболевания.

Он начал наружное исследование, размеренно диктуя секретарю протокол: «На трупе надеты синие хлопчатобумажные спортивные брюки, пестрые сатиновые трусы, серые носки из синтетической ткани. На передней поверхности брюк сухая сероватая грязь. Порядок в

¹ Когда в относительно непродолжительное путешествие отправляются несколько, как правило, крепких молодых людей, в состав экспедиции обязательно включают врача. В многотысячном же садоводстве, где отдых сочетают с нелегкой крестьянской работой преимущественно пожилые и нередко больные люди, предусматриваются председатели, бухгалтеры, сторожа, но никак не обеспечивается медицинская помощь и оперативная телефонная связь с «внешним миром».

одежде не нарушен. Каких-либо повреждений и следов биологического происхождения на одежде нет. Труп мужчины, 40 лет, правильного телосложения, средней упитанности. Длина тела - 174 см. На голове густые темно-русые волосы длиной до 9 см. Кости свода черепа и лица на ощупь целы. Носовые ходы и слуховые проходы чистые. Рот закрыт, язык за линией зубов. Все зубы целы. На шее повреждений нет. В области левого надплечья, в проекции акромиона, ссадина неправильной круглой формы, диаметром 0,8 см, покрытая плотной чернокрасной корочкой...».

Диктуя, Анатолий Харитонович размышлял: «Опять небольшие повреждения на теле скоропостижно умершего. Хорошо, что не на голове». Ему не нравились эти «типичные» случаи скоропостижной смерти в сочетании с незначительными наружными повреждениями, когда родственники умершего донимают вопросами: может быть, кто-то ударил по лицу и от этого возникло кровоизлияние в мозг? Как на самом деле уверенно различить: то ли человек споткнулся, упал, ударился головой и у него возникли небольшая ссадина на лице и массивное внутримозговое кровоизлияние, или у больного человека сначала возник инсульт, он потерял сознание и при падении получил такую же ссадину. Надо сказать, что ссадины, нанесенные непосредственно перед смертью, в агональном периоде и в ближайшее время после смерти практически не различаются. Ведь даже при остановке сердца и дыхания, прекращении функции головного мозга, т. е. при наступлении биологической смерти, ткани определенное время сохраняют свои физиологические свойства, остаются условно живыми. Так до сих пор никто и не взялся за разработку объективных критериев судебно-медицинской оценки повреждений на трупах внезапно умерших людей: «Наверняка» была бы хорошая диссертация», — подумал Кукулев.

Но, слава богу, этот случай кажется не из их числа. «Во-первых,— размышлял эксперт,— корочка над ссадиной возвышается — значит, повреждение возникло не в самое ближайшее время. Во-вторых, ссадина располагается на плече, а здесь нет никаких жизненно важных органов; значит, это повреждение не повлияло на наступление смертельного исхода». «Тем не менее будем последовательны, — решил Анатолий Харитонович, — рассечем кожу, увидим кровоизлияния, сделаем вывод о прижизненности ссадины и продолжим вскрытие». В таких случаях кожу рассекают непосредственно через ссадину. Но Анатолий Харитонович давно взял себе за правило до поры до времени не нарушать первичное состояние повреждения. Он сделал дугообразный окаймляющий разрез в 1,5 см от ссадины и слегка отпрепарировал кожу. Кровоизлияние неожиданно оказалось обширным, имело темно-красный цвет и окружало ссадину на площади диаметром 4—5 см. Это становилось непонятным: ссадина — с ноготь мизинца, а кровоизлияние — с пол-ладони. Он аккуратно стал ощупывать акромион и вдруг почувствовал хруст мелких осколков - это было начало раневого канала. «Вот так «типичный» случай! Здесь, пожалуй, пахнет криминалом.

Явился недовольный фотолаборант — «напускает туману мэтр», ссадину сфотографировал и собрался удалиться. «Погоди,— сказал Анатолий Харитонович, приложил к ссадине влажное полотенце, — здесь, кажется, что-то необычное». Убрал полотенце, на нем остались корочки запекшейся крови, и ссадина... превратилась в небольшую рану вытянутой овальной формы, размерами 1,5x0,6 см, окаймленную сплошным осаднением шириной 0,5-0,2 см. В средних отделах раны выделялся дефект кожи размерами 0,5x0,4 см. Это было... входное пулевое отверстие. Вокруг него не оказалось ни следов копоти, ни следов действия порошинок, иначе говоря, не было следов близкого выстрела. При наличии на пострадавшем одежды этот факт имеет относительное значение, поскольку копоть и порошинки могут быть задержаны первыми слоями одежды. Но Пальцев был одет только до пояса. Значит, выстрел был произведен с не близкой дистанции.

При пулевых ранениях, независимо от того, успел ли следователь поставить интересные его вопросы, эксперт должен быть готов установить локализацию входной и выходной огнестрельных ран, направление раневого канала, расстояние выстрела, вид ранящего снаряда и использованного образца оружия, возможность причинения выстрела самим пострадавшим и др. Анатолий Харитонович сообщил о находке в прокуратуру и продолжил исследование.

У Пальцева входная пулевая рана располагалась в 154 см от подошвенной поверхно-

сти и в 18 см от передней срединной линии. Длина верхних конечностей от кончиков пальцев до акромиона — 73 см. Тщательный поиск выходной раны оказался безрезультатным. Ее не было. Значит, ранение слепое. Поиски огнестрельного снаряда при* слепых ранениях — непростое дело. Поэтому сначала была выполнена обзорная рентгенография грудной клетки и живота. Иностранное тело металлической плотности, по форме и размерам похожее на пулю, было обнаружено в правом подреберье. Итак, это ранение оказалось слепым пулевым. Локализация иностранного тела уточнена на двух рентгенограммах, выполненных в задней прямой и правой боковой проекциях.

Лишь после этого было продолжено вскрытие. Важно проследить раневой канал на всем его протяжении. При этом следовало решать две задачи: определить направление раневого канала, включая различные отклонения раневой траектории, установить, какие по плотности ткани повреждены по ходу раневого канала.

Раневой канал был исследован до извлечения органокомплекса последовательно, начиная от входного отверстия. Первое, что обнаружил эксперт, был огнестрельный перелом, акромиона. Раневой канал в кости начинался на задневерхней поверхности акромиона в 2 см от его конца и проходил в направлении слева направо, сверху вниз и несколько спереди назад, т.е. косо продольно по отношению к длиннику отростка, который оказался полностью отделенным от ости лопатки. Продолжая это направление, раневой канал проходил через полость левого плечевого сустава и головку левой плечевой кости. Раневой канал удавалось сохранять на одной прямой линии только при положении левой руки, отведенной вперед и влево примерно на 40-50°. По отношению к основанию эпифиза раневой канал проходил косо поперечно, причем головка была полностью отделена от анатомической шейки, на передней поверхности которой выделялся дополнительный плоский отломок кости размерами 2x1,5 см.

Во втором межреберье по средней подмышечной линии на площади 2,5x2 см обнаружено локальное повреждение межреберных мышц, верхнего края III левого ребра и пристеночной плевры. Герметичность левой плевральной полости была нарушена. Представляло интерес краевое повреждение III ребра — оно имело четкую полукруглую форму (такие повреждения имеют особо важное значение при сквозных ранениях, поскольку позволяют установить калибр ранящего снаряда).

Левое легкое оказалось спавшимся. Раневой канал в нем начинался на задневерхней поверхности верхней доли щелевидным отверстием длиной 1,5 см и проходил слева направо и сверху вниз, пересекая всю верхнюю долю, междолевую щель и медиальные отделы нижней доли, заканчиваясь на ее внутренней поверхности щелевидным отверстием. По ходу раневого канала в легких выявлены обширные кровоизлияния, муфтообразно окружавшие весь раневой канал в радиусе 2,5-3 см.

Соответственно левой переднебоковой поверхности VIII грудного позвонка горизонтально располагалось продолговатое повреждение пристеночной плевры с мелколокустными краями (локустки треугольной формы, их острые концы направлены влево). Общие размеры повреждения — 5x1,5 см. При сведении краев повреждения в его средних отделах определялся горизонтально расположенный дефект плевры длиной 1,5 см. Левый конец дефекта достигал 0,2 см, ширина дефекта уменьшалась «на нет» к правому его концу.

После отсепаровки пристеночной плевры было выявлено краевое повреждение нижней половины передней стенки VIII грудного позвонка. Повреждение располагалось почти горизонтально, имело желобовидную форму и размеры 1,8x0,8x0,2 см.

Все повреждения от входной раны до левого края повреждения тела VIII грудного позвонка (исключая раневой канал в спавшемся легком) находились на одной прямой линии, при упомянутом положении левой руки. Начиная от краевого повреждения тела VIII позвонка раневой канал отклонялся несколько кпереди и становился менее отвесным.

Напротив повреждения тела VIII грудного позвонка обнаружен сквозной разрыв задней стенки грудной аорты, проникающий в просвет сосуда. Разрыв располагался вертикально, имел щелевидную форму и длину 1,8 см. Края разрыва были мелко неровными.

Раневой канал пересекал заднее средостение и проникал в правую плевральную полость через ее медиальную стенку. Он продолжался от медиальной поверхности нижней до-

ли правого легкого к ее диафрагмальной поверхности в виде щелевидного прямолинейного повреждения, окруженного муфтообразным кровоизлиянием. Далее раневой канал проходил через правый купол диафрагмы и правую долю печени, оканчиваясь на ее нижней поверхности, где и была обнаружена остроконечная 7,62-мм пуля. На боковых поверхностях пули имелись следы от полей нарезов, а головной конец был несколько изогнут.

Общая протяженность раневого канала составила 48 см. Его первый прямолинейный участок был равен 27 см, а второй — 21 см.

К концу вскрытия подошел следователь. Для него находки эксперта были абсолютной неожиданностью. Анатолий Харитонович подвел итоги проведенного исследования: ранение огнестрельное, пулевое; ранящий снаряд — пуля к патрону образца 1943 г., могла быть выстрелена из автомата Калашникова или самозарядного карабина Симонова; входное пулевое отверстие на верхней поверхности левого надплечья; раневой канал в виде изломанной линии, его первоначальный прямолинейный отрезок имел направление сверху вниз, слева направо и несколько спереди назад; в момент выстрела левая рука была отведена вперед и влево приблизительно на 40-50°; огнестрельный снаряд сохранил большую кинетическую энергию, хотя вошел в тело своим полубоковым профилем; выстрел произведен с неблизкой дистанции.

Не имея никаких других, кроме известных нам, сведений об условиях гибели Пальцева, следователь вполне удовлетворился этой исходной информацией. Он лишь попросил уточнить направление выстрела. «Мы не можем устанавливать направление выстрела», — отвечал эксперт. — «Можно лишь сказать, что оно совпадало (если пуля по пути не встретила какую-то преграду и не рикошетиrowала от нее) с начальным прямолинейным участком раневого канала. Для того, чтобы установить направление выстрела, надо знать позу Пальцева в этот момент. Таких данных нет. Поэтому» откуда произведен выстрел, судебно-медицинская экспертиза ответить не может. Конечно, нельзя исключить, что в Пальцева выстрелили с крыши одного из близко расположенных домов или с дерева. Но все может быть и гораздо банальнее: человек, наклонившись, вскапывал или рыхлил грядку, был обращен головой в сторону стрелявшего, при этом и мог образоваться раневой канал с таким направлением, как у Пальцева».

«Каково же расстояние выстрела?» — с робкой надеждой в голосе спросил следователь. «Неблизкая дистанция», — развел руками эксперт. — «К сожалению, мы можем более или менее точно устанавливать расстояние выстрела только на близкой дистанции, когда видим следы действия копоти, порошинок, металлических частиц, пороховых газов. Но это расстояние очень короткое — 1-1,5, редко — 2 м. Дальше порошинки и металлические частицы не летят. Научные разработки по поводу определения расстояния выстрела на неблизкой дистанции мне не известны. Но я изымаю кожу с входной раной, все поврежденные кости, кусочки обоих легких, фрагменты печени и аорты из области раневого канала. Все это отправляю на лабораторное исследование, а пулю передаю вам для баллистической экспертизы».

Есть специальные лабораторные методы, которые могут дать весьма ценную дополнительную информацию. Но эффективность этих исследований во многом зависит от задачи, которую ставит перед специалистами лаборатории эксперт, проводивший вскрытие. К сожалению, руководители отдельных экспертных учреждений в погоне за дополнительными врачебными и лабораторными ставками стремятся искусственно увеличить экспертную нагрузку, добиваясь в приказном порядке «100% охвата вскрытий гистологическими и физикотехническими исследованиями». Еще один образчик административно-командного подхода к управлению, на этот раз экспертной службой.

Как бы то ни было, были назначены оба исследования. О степени их полезности можно судить по результатам.

Опустим исследовательскую часть и приведем только выводы из заключения физикотехнической экспертизы: «Повреждения на теле Пальцева вполне могли быть причинены пулей, выпущенной из нарезного оружия. Выстрел был произведен с расстояния вне сферы действия дополнительных факторов выстрела, т. е. с дальнего расстояния». Без труда можно заметить, что это дополнительное исследование, проведенное «специалистом физико-

техником» кажется куда менее квалифицированным, чем заключение эксперта, проводившего вскрытие. Во-первых, физико-техник считает, что ранение «вполне могло быть причинено пулей», т. е. он допускает лишь возможность (!?) пулевого ранения. А каким же еще, кроме пулевого, может быть слепое ранение глубиной 48 см с типичным входным пулевым отверстием и наличием пули в конце раневого канала? Во-вторых, физико-техник полагает, что выстрел мог быть причинен пулей, «выпущенной из нарезного оружия». Хотя существует вообще небольшое число объективных судебно-медицинских параметров, позволяющих установить нарезной характер оружия, из которого выстрелена пуля, в данном случае эти признаки отсутствовали. На что же опирался эксперт, делая свой вывод? Только на следы нарезов на пуле, найденной в теле Пальцева. Но... это — выход за пределы компетенции судебно-го медика, поскольку оценка следов на пулях, возникших в момент выстрела от ее взаимодействия со стволом оружия, является прерогативой эксперта-криминалиста. В-третьих, физико-техник, ничего не прибавив к выводам предыдущего эксперта о расстоянии выстрела, допустил терминологическую неточность, применив вместо общепринятого понятия «неблизкая дистанция» — «дальнее расстояние».

Сопоставив этих два экспертных документа, следователь без труда усмотрел противоречия. Их удалось устранить в процессе допроса обоих экспертов, что вполне естественно привело лишь к трате дополнительного служебного времени 3 человек.

Исключительно интересные (весьма редко встречающиеся) данные были получены при гистологическом исследовании. В препаратах левого легкого, стенки аорты и печени были обнаружены инородные, угловатые, бесцветные, желто-коричневые частицы, а также крупные и мелкие комплексы растительных клеток. К сожалению, гистологи не придали должного значения этим находкам и никак не оценили факт обнаружения инородных тел, ограничившись указанием лишь на прижизненный характер огнестрельного повреждения (факт, который не вызывал никаких сомнений на аутопсии). «Прошел мимо» инородных частиц и эксперт, проводивший вскрытие. А они в будущем еще сыграют свою роль.

Тем временем была назначена и проведена криминалистическая экспертиза пули, извлеченной из тела Пальцева. Вот ее результаты: «Представленная на экспертизу пуля является частью 7,62-мм отечественного промежуточного унифицированного патрона, выстрелена из штатного боевого оружия — 7,62-мм автомата Калашникова (типы АК, АКМ, АКМС); ствол автомата малоизношенный; пуля пригодна для идентификации экземпляра оружия; следов взаимодействия пули с преградой, более твердой, чем ее оболочка, не обнаружено».

Здесь почти все верно, за исключением последней фразы. Вспомним искривленный головной конец пули. Конечно же, он деформировался не самопроизвольно. Следовательно, есть все основания утверждать, что пуля взаимодействовала с преградой. Но что это была за преграда? То ли плотные костные Ткани по ходу раневого канала, то ли плотные препятствия на ее траектории до попадания в тело. Криминалисты должны были выразить свое отношение к данному факту, но этого не произошло. И в своей дальнейшей работе следователь, к сожалению, опирался только на эти сведения.

Поскольку расстояние выстрела не было установлено, оставалось рассчитывать только на определение направления выстрела. Место падения Пальцева было точно зафиксировано. Следов действия пули на ближних и дальних деревьях и строениях не было. Это позволяло сузить секторы обстрела, если предположить, что выстрел произведен горизонтально или почти горизонтально. Был составлен масштабный план местности.

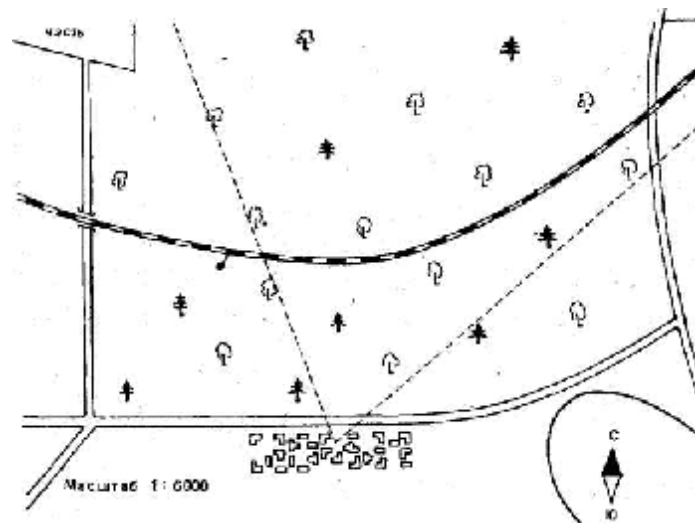


Рис. 4. Масштабный план местности вокруг садоводства, где был обнаружен труп Пальцева. Пунктиром обозначены границы сектора, в пределах которого мог быть произведен горизонтальный выстрел в Пальцева.

Проведя визирование возможных направлений горизонтального выстрела, следователь пришел к выводу, что выстрел не мог быть произведен с южного, западного и восточного направления, поскольку на траектории выстрела находились различные строения. К северу располагался лесной массив, за которым в 1,5 км на северо-запад находилась войсковая часть, а в 2 км на северо-восток — стрельбище. Других объектов в секторе не было. Это обстоятельство в сопоставлении с выводами заключения криминалистов о том, что выстрел произведен из боевого оружия, привело следователя к убеждению, что в тот злополучный день стрельба велась либо со стороны воинской части, либо со стрельбища. Однако дополнительное тщательное визирование исключило территорию войсковой части, так как на пути возможной траектории выстрела находился один из садоводческих домиков. При его осмотре следов действия пули не найдено. Оставалось стрельбище. Но днем происшествия была суббота. В эти дни стрельбы, по официальному сообщению командования, не планировались и не проводились. Тем не менее других точек для выстрела не имелось; следовательно, версия выстрела со стрельбища не исключалась, ее требовалось проверить и, по возможности, экспертным путем.

Помня о том, что конкретное расстояние выстрела в пределах неблизкой дистанции определить невозможно, следователь все-таки сделал такую попытку, поставив следующий вопрос: с какого расстояния произведен выстрел в Пальцева, в частности, мог ли он быть произведен с расстояния 2000 м и исключается ли возможность получения повреждений Пальцевым при выстреле с этого расстояния?

Но кто возьмется за решение этой задачи? «Это сделать невозможно», — отвечал опытный Кукулев, к которому в первую очередь обратился следователь. — «Нет методики и нет критериев для решения этой задачи». — «Впрочем, — Анатолий Харитонович задумался, — можно обратиться на кафедру судебной медицины Военно-медицинской академии. Там каждый преподаватель имеет подготовку по двум специальностям — судебной медицине и криминалистике. Эта кафедра считается Всесоюзным научно-методическим центром по изучению проблем судебно-медицинской экспертизы огнестрельной травмы. И вообще они, как правило, берутся за безнадежные, как кажется всем, экспертизы. И, что самое удивительное, обычно справляются с нерешаемыми, на первый взгляд, экспертными проблемами. Ну, а если по каким-то причинам не могут справиться с той или иной задачей, то честно, а главное — обоснованно об этом скажут в официальном документе — «Заключении эксперта».

Следователь обратился по указанному адресу. Постановление о назначении экспертизы было принято. Конечно, к моменту получения постановления специалисты упомянутой кафедры никакими объективными критериями для установления расстояния выстрела в пределах неблизкой дистанции не располагали. Следовательно, не было и никаких методических

подходов к решению этой экспертной задачи. Но ведь что-то, наверно, все-таки было, раз они взялись за дело?

Конечно, было. Экспертиза была начата не на пустом месте. Это был более чем вековой опыт изучения огнестрельных повреждений в академии, начиная с Н.И. Пирогова, который впервые в мире в 1848 г. описал дифференциально-диагностические признаки входной и выходной огнестрельных ран. Это были его последователи П.И. Морозов, В.А. Тиле, И.П. Ильин, Е.В. Павлов, внесшие еще в конце прошлого столетия существенный вклад в представления о механизме формирования огнестрельной раны. Это были и наши современники, среди которых наиболее заметными фигурами были судебные медики профессора М.И. Райский, И.Ф. Огарков, В.И. Молчанов и др. Наконец, было интересное научное исследование, проведенное в конце 70-х годов по определению поражающих свойств свободно падающих осколков. В ходе этого исследования была установлена зависимость объема и характера осколочного повреждения от энергии поражающего осколка. Последнее и стало основной концепцией, послужившей научным фундаментом для решения поставленных следователем задач.

Основная идея: 1) любые биологические ткани (кожа, мышцы, кости, внутренние органы и т. д.) имеют вполне определенные прочностные характеристики; 2) для нарушения целостности разных по плотности структур должна расходоваться разная энергия поражающего снаряда; 3) между объемом пулевого повреждения и энергией поражающего снаряда (пули) должна существовать вполне определенная зависимость; 4) если установить такую зависимость, то по объему огнестрельного повреждения можно установить энергию огнестрельного снаряда и по простым формулам вычислить его скорость в момент контакта с биологическим объектом, а следовательно, и расстояние выстрела, поскольку скорость пули известна на любом участке внешней баллистической траектории.

К реализации этой идеи приступили в рамках экспертного эксперимента. Его суть заключалась в том, чтобы на биологических объектах (биоманекенах), меняя последовательно скорость огнестрельного снаряда, получить такое повреждение, которое было обнаружено у Пальцева. Задача была непростой; ввиду сложности раневого канала в теле Пальцева: он проходил через множество разных плотных и мягких тканей, менял свое направление, был достаточно протяженным.

Сначала попытались ответить на вопрос о возможности возникновения ранения при выстрелах только с расстояния 2000 м. Эксперимент вынуждены были проводить в лабораторных условиях. Натурный эксперимент в полевых условиях (полигон, стрельбище) исключался, поскольку не мог быть реализован технически: в заданную точку объекта со столь дальней дистанции не под силу попасть даже высококвалифицированному стрелку-спортсмену.

Оставалось воспроизвести возможность выстрела с этого расстояния в условиях тира. Такая методика известна: уменьшая навеску пороха в патроне, мы уменьшаем начальную скорость пули. Соотношение между массой порохового заряда и начальной скоростью пули известно. Так, для получения начальной скорости пули 130 м/с (такой скоростью обладает выстреленная из автомата Калашникова 7,62-мм пуля штатного патрона на расстоянии 2000 м от точки выстрела) требуется всего 0,35 г пороха. Приготовив патроны с такой навеской, приступили к опытам.

На 4 биоманекенах удалось получить слепые ранения, сходные с повреждениями у Пальцева по локализации входной раны и направлению раневого канала. Однако на этом сходство заканчивалось. Раневые каналы, близкие по протяженности (около 50 см), возникали только в тех случаях, когда пуля не причиняла существенных костных повреждений. Вспомним, что у Пальцева пуля на своем пути разрушила акромион, головку плечевой кости и частично ребро и тело позвонка. Если же в экспериментах пуля попадала в плотные костные ткани, она быстро теряла остатки своей и без того малой энергии и оказывалась способной продвинуться в теле лишь на 20—30 см.

Но, пожалуй, самую интересную информацию давали входные раны. Даже начинающий судебный медик хорошо знает, что в зависимости от величины кинетической энергии пуля способна оказать пробивное, клиновидное или ушибающее действие. Пробивным дей-

ствием обладают пули с большой кинетической энергией. Выражением пробивного действия пули является дефект кожи в области входной раны. Клиновидное действие оказывают пули, имеющие небольшую кинетическую энергию. О клиновидном действии говорят в тех случаях, когда входная рана не имеет дефекта кожи. Так вот: все раны, полученные в эксперименте, не имели дефекта кожи; они имели продолговатую форму и были окружены широким осаднением, напоминавшим по форме и размерам боковой силуэт пули. Иначе говоря, на расстоянии 2000 м пуля способна оказать только клиновидное действие, ее энергии недостаточно для образования дефекта кожи. Надо сказать, для судебных медиков эти результаты оказались неожиданными. И прежде всего потому, что по данным следствия на местности не было никакой другой точки, откуда мог быть произведен выстрел. Поэтому были выполнены несколько дополнительных серий опытов. Результаты были обработаны методами вариационной статистики. Факт клиновидного действия пули, на расстоянии 2000 м от места выстрела был подтвержден математически. Оставалось «обрадовать» следователя.

Надо откровенно сказать, что он был готов и к тому, что эксперты подтвердят его версию, и к тому, что у них не будет достаточно данных для ее исключения, и к тому, что эксперты, сохраняя «достоинство», заявят о невозможности решить эту задачу ввиду отсутствия соответствующих разработок, по этому поводу в судебно-медицинской науке. Но то, что эксперты категорически исключают возможность выстрела в Пальцева с расстояния 2000 м, т. е. из района стрельбища..., это была катастрофа.

Ничто не сходилось. Следователь вновь и вновь вглядывался в схему места происшествия и масштабный план местности: вот место падения Пальцева, вот строения на воображаемой траектории пули, вот «свободный» от препятствий сектор, в нем ни живой души на расстоянии 12 км, кроме стрельбища, только стрельбища... Нет, либо ошибаются эксперты, либо на свете есть чудеса.

Мало-помалу успокоившись, он пришел к простому решению: если эксперты смогли исключить дистанцию 2000 м, пусть тогда (при условии, что их действия правильны и научно обоснованны) исключают последовательно и остальные расстояния (1500, 1000, 500 м и т.д.), ведь какое-то из них останется.

Но профессоров и преподавателей кафедры не пришлось уговаривать. После получения первых экспериментальных данных становилось понятно, что эти сведения носят принципиально новый характер. Становилось ясно, что исследования в этом ключе могут составить большое и долговременное научное направление: как отражается энергия огнестрельного снаряда (или осколка взрывного устройства) в морфологических свойствах повреждений кожи, плоских и трубчатых костей, внутренних органов и т. д.? Как повлияет на характер и объем повреждения не только скорость, но и конструктивные особенности снаряда, его калибр, форма, наличие оболочки, расположение центра тяжести, устойчивость в полете и многое другое? Все это предстояло исследовать в рамках плановых научных исследований. Но следователь не мог ждать несколько лет. Расследование имеет ограниченные законом временные рамки. Пришлось продолжить эксперименты в интересах следствия.

Выстрелы со скоростью 335 м/с, соответствующей 500 м, устойчиво приводили к образованию сквозных торакоабдоминальных ранений. Все входные отверстия имели круглую форму диаметром 0,8-0,9 см или неправильную квадратную форму размерами 0,8х0,8 см, тонкое (около 1 мм) осаднение по краям и большой круглый или квадратный дефект диаметром 0,6-0,7 см. Соотношение круглого диаметра осаднения с диаметром дефекта кожи составило примерно 1,3: 1. Эти раны существенно отличались от той, которая была обнаружена у Пальцева. Входное отверстие у него было овальной формы, осаднение — широким, дефект — небольших размеров. Соотношение соответствующих наружных размеров осаднения и дефекта составляло 3:1. Значит, выстрел был произведен с расстояния более 500 м.

Было выполнено несколько серий опытов со скоростями 230 и 180 м/с, соответствующими 1000 и 1500 м. Полученные результаты не были устойчивыми. Дальнейшее расширение опытов требовало не только усилий экспертов, но и значительного числа биообъектов. Поэтому было решено дать заключение на основании проведенных исследований. Основной вывод сводился к исключению возможности выстрела с расстояния 2000 м и более, а также с расстояния 500 м и менее. Теперь засели за один стол эксперты и следователь. Перед ними

лежали заключения, экспертные фотографии повреждений, масштабный план местности, план-схема места происшествия, в руках — циркули, измерители. Но и без всяких измерений было ясно, что какие-то объекты в возможном секторе обстрела в промежутке от 500 до 2000 м отсутствовали.

«Так что же, — с некоторой иронией в голосе спросил следователь, — может быть, стреляли с самолета, вертолета или... летающей тарелки?» «Нет!» — последовал спокойный ответ. — «Стреляли из леса. Прежде, чем попасть в тело, пуля взаимодействовала с какими-то растениями, возможно, с листвой деревьев, поскольку у Пальцева в раневом канале обнаружено много инородных тел в виде комплексов растительных клеток».

Следователь сообщил о последних результатах расследования: оружие в войсковых частях не пропадало, охота в этих местах не практикуется, да и нет зверей, на которых ходят с автоматами. Он тактично продолжал настаивать на том, что выстрел не мог произойти из этого сектора, ограниченного 500 и 2000 м. «Ну, что же, наука — дело серьезное, а чудес на свете не бывает. Поэтому..., если в злополучном секторе нет других объектов, остается предположить, что стреляли из проходящего поезда», — и молчавший до этого времени профессор ткнул карандашом в обозначенную на плане местности железнодорожную ветку.

«Профессорские фантазии», — мысленно отметил следователь. — «Впрочем, и этот невероятный вариант придется теперь проверить».

Ответ из управления железной дороги пришел быстро: в день гибели Пальцева в 8 ч 35 мин на перегоне в районе стрельбища проследовал эшелон сохраняемым грузом. Что за эшелон? Что за груз? Действительно ли была охрана? Чем была вооружена? Кто охранял? Каким оружием был вооружен? Где находится это оружие?

На все эти вопросы следователь получил исчерпывающие ответы. Отделение взвода охраны, сопровождавшее этот груз, действительно имело автоматы Калашникова, всего 8 единиц оружия. Следователь вынес постановление об изъятии оружия, назначил криминалистическую экспертизу. Имея пулю, найденную в теле Пальцева, криминалисты установили тот конкретный автомат, из которого был произведен выстрел в Пальцева.

Не составило особых хлопот установить, за кем был закреплен автомат. Но солдата — хозяина автомата — в части не было. К этому времени с момента происшествия минуло 1,5 года, солдат был уволен и проживал в другом конце страны. Каково было его изумление, когда спустя столь продолжительное время следователь стал допрашивать его о событии, которое произошло с ним в эшелоне, мчавшемся через долгий безлюдный лес.

Эшелон находился в пути около суток. Заканчивалась смена его 4-часового дежурства, которое вызывало неодолимую скуку. Чтобы не заснуть (близилась демобилизация и любое ЧП могло ее отодвинуть на неопределенный срок), решил почистить оружие. Все казалось привычным. Он протер еще раз затвор, вставил его, передернул, повернул дуло автомата в сторону леса и произвел контрольный спуск... и, раздался выстрел. Тот самый роковой выстрел....

Так бывают ли на свете чудеса?

Глава 3. ЧТО БЫЛО БЫ, ЕСЛИ...?

Михаил Григорьевич Ласкин, ответственный за отправку химических реактивов, уже полчаса челноком сновал между своей конторкой и бытовкой грузчиков: Монкевич, Копелев и Терехов были пьяны, готовую продукцию грузить отказались, дескать, «рабочий день кончился», хотя на часах было всего 17 ч 30 мин. Ни уговоры, ни угрозы не действовали, а отправлять надо было во что бы то ни стало: 31 июля, конец месяца, конец квартала, план, неустойка, премия — все это вихрем носилось в голове снабженца. А тут, как на грех, еще и санитарная инспекция крутится — нашли время инспектировать («Ну, ничего, только бы отправить, а с медициной разберемся, не впервой»).

Он вновь влетел в бытовку... Монкевич и Копелев уже валялись на полу, а Терехов сидел, привалившись к стене. «Отключились, стервецы!» — он обернулся к выходу. У стены стояло прикрытое крышкой ведро. На нем белело «Лизол». В сердцах ударил ногой, ведро

перевернулось, коричневая жидкость быстро растеклась, наполнив помещение едким запахом. На мгновение Ласкин остановился, затем стремительно вышел, плотно закрыл дверь и подпер ее снаружи валявшейся доской. Мысленно позлорадствовал: «Ну, теперь отдыхайте, милые!».

Дальше все было, как в калейдоскопе: посуды, шабашники, ругань, погрузка, заартачившиеся шоферы, снова посуды.

Когда все было кончено, вспомнил о враче. Здесь все было проще. Санитарный врач Миделев Борис Семенович уже давно считал, что главное — своевременность и плановость проверок, отражаемых в документах. А в документах у него был полный ажур. Да и сегодня он зашел, как любил говаривать, по «лично-служебным делам» — в его родной районной санэпидемстанции затеяли ремонт и нужен был растворитель. За ним и зашел. Растворитель был продуктом предприятия. Здесь никаких проблем. Ласкин выдал «продукт», бросил на стол акт «плановой» проверки (доктор приходил не зря, по службе) и пошел провожать инспектора. По пути поведал о нерадивых грузчиках и своем «наказании». Проходя мимо бытовки, остановились. Ласкин выбил ногой доску и раскрыл дверь: навстречу туго дохнул резкий запах карболки. Монкевич и Копелев лежали в тех же позах, Терехов переместился к двери и по-прежнему что-то бормотал. У Миделева заслезились глаза. Ласкин захлопнул дверь и подпер ее доской, шутя спросил: «Ну, как санаторий?» — шутя спросил Ласкин. «Санитарное состояние на высоте» — в тон ему ответил Миделев. Было 18 ч 30 мин.

Около 21 ч стрелок вневедомственной охраны М.И. Петрова услышала какой-то стон, доносившийся из-за двери бытовки. Убрав подпорку, открыла дверь... «Скорой помощью все трое были доставлены в 21 ч 30 мин в больницу. В 0 ч 30 мин Монкевич и Копелев скончались, Терехов остался жив. У него диагностировано острое отравление лизолом. Через неделю был выписан в удовлетворительном состоянии.

По факту гибели двух рабочих было возбуждено уголовное дело.

Поначалу перед экспертами поставили традиционные в таких случаях вопросы: 1) какова причина смерти Монкевича и Копелева? 2) не страдали ли погибшие какими-то заболеваниями? 3) употребляли ли они алкоголь и не наступила ли смерть от отравления этиловым спиртом?

Следственным путем было установлено, что Монкевич, Копелев и Терехов выпили в период с 14 ч 30 мин до 17 ч 30 мин в общей сложности 4 пол-литровых бутылки портвейна.

Допрос Ласкина, Петровой, врачей «скорой помощи» позволил следователю прийти к выводу, что оба погибших лежали на полу бытовки на спине в луже лизола, практически не меняя своего положения. Терехов перемещался в бытовке, и в момент, когда Петрова открыла дверь, он сидел, привалившись к ней. Было также установлено, что оба погибших были в закрытых хлопчатобумажных комбинезонах. Осмотр комбинезонов показал, что их спинка и задняя половина брюк насквозь пропитаны коричневой жидкостью с резким запахом карболовой кислоты (последующим судебно-химическим исследованием доказано, что в состав этой жидкости входит фенол).

Из карты стационарного больного Монкевича следовало, что он доставлен в больницу в 21 ч 30 мин в крайне тяжелом состоянии без сознания. Зрачки сужены. Дыхание шумное, в легких выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс частый, аритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление не определяется. В 22 ч 55 мин — резкая бледность. Кожные покровы холодные. Температура тела снижена до 34,3°C. Сердечные тоны не выслушиваются. Пульс и артериальное давление не определяются. Дыхание прерывистое, хриплое, дыхательные движения судорожные. Судорожные подергивания скелетных мышц конечностей и лица. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Выведенная через катетер моча темно-бурого цвета, с зеленоватым оттенком. Анализ мочи: мутная, относительная плотность 1015, белок 0,33 г/л, свежие эритроциты 30-35 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения. При поступлении в больницу пострадавшему немедленно начали оказывать активную реанимационную помощь: внутривенные инъекции глюкозы, натрия хлорида, кальция хлорида, мезатона, внутрисердечные инъекции адреналина; интубация и искусственное дыхание, удаление слизи из дыхательных путей электроотсосом; непрямой массаж сердца. Реанимационная помощь оказалась безуспешной, и в 0 ч 30 мин, т. е. спустя 3 ч

после поступления в больницу, наступила смерть. Клинический диагноз: «Смертельное отравление алкоголем. Отравление неизвестным ядом?».

Из карты стационарного больного Копелева следовало, что он доставлен в приемное отделение больницы в 21 ч 30 мин в крайне тяжелом, предагональном состоянии, без сознания. Кожа на ощупь холодная. Пульс и артериальное давление не определяются. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются с трудом. Дыхание прерывистое, хриплое. Рот открыт. Зрачки равномерно расширены, на свет реагируют незначительно. Повышение тонуса и судорожное подергивание всех мышц. Катетером выведено 400 мл темно-бурой, с зеленоватым оттенком мочи. Анализ мочи: мутная, относительная плотность 1012, белок 0,66 г/л, свежие эритроциты 15-20 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2-4-6 в поле зрения. Пострадавшему проведены аналогичные реанимационные мероприятия, которые к успеху не привели. В 0 ч 25 мин констатирована смерть. Клинический диагноз: «Острое смертельное отравление этиловым спиртом. Отравление неизвестным ядом?».

Клиническая картина в обоих случаях оказалась сходной: тяжелое коматозное состояние, резкое угнетение функций центральной нервной и сердечно-сосудистой системы, судорожное подергивание скелетной мускулатуры, близкое время гибели обоих пострадавших.

Судебно-медицинское исследование обоих трупов проведено спустя 14 ч после смерти. При наружном исследовании на коже погибших обнаружены химические ожоги. У Копелева они занимали заднегрудную поверхность обеих верхних конечностей, заднюю поверхность нижних конечностей, заднюю поверхность шеи, спину, поясницу и ягодицы. У Монкевича они находились на поверхности тех же участков с переходом на левые боковые отделы туловища. От ожоговых поверхностей исходил резкий запах карболовой кислоты. Общая площадь ожогов у Монкевича — около 30%, у Копелева — 25%.

Ожоги в обоих случаях отличались одинаковой морфологической характеристикой: имели коричневую поверхность, четко отграниченную розовой каймой от внешне интактной кожи. В целом поверхность ожога была тусклой, но представлялась «омыленной». При попытке сместить кожу, эпидермис легко отслаивался в виде тонких полупрозрачных серовато-коричневых пленок.

При внутреннем исследовании в плевральных полостях трупа Монкевича обнаружено небольшое количество мутноватой розовой жидкости; легкие полностью заполняют плевральные полости; пристеночная и органная плевро тускловатая, гладкая, розовая; в трахее и бронхах — кровянисто-слизистое содержимое; слизистая оболочка гиперемирована, тусклая, сероватая, гладкая, местами отторгается; под легочной плеврой множественные мелкие темно-красные кровоизлияния, наибольшей частью сосредоточенные в междолевых щелях, где они местами сливаются друг с другом; масса легких — 1600 г и 1450 г, консистенция неравномерно тестоватая, с поверхности разрезов обильно самостоятельно стекает кровянистая пенная жидкость, цвет легочной ткани на разрезах красновато-синюшный с буроватым оттенком, при сдавливании легких из кровеносных сосудов на поверхность разрезов выдавливаются темно-красные «пробки» густой крови, поверхность языка имеет сероватый оттенок, пищевод пуст, его слизистая оболочка тусклая, резко синюшная, в верхней трети местами приподнята и отслоена, на остальном протяжении — с сохраненной продольной складчатостью; желудок пуст, слизистая оболочка желудка серо-синюшная, складчатая, блестящая; в кишечнике обычное содержимое, слизистая оболочка не изменена; печень массой 1600 г, размерами 26x18x13x7 см, на разрезах ткань ее коричнево-красная, полнокровная; поджелудочная железа дряблая, на разрезах дольчатая, желтовато-бурого цвета; почки массой по 140 г, в правой околопочечной жировой капсуле очаговое темно-красное кровоизлияние размерами 4x2x1 см; фиброзная капсула почек снимается, легко, обнажая гладкую поверхность органа, на разрезах ткань почек темно-красная, с выраженным синюшным оттенком, корковый слой несколько утолщен; слизистая оболочка почечных лоханок сероватая, тусклая; в мочевом пузыре 3-4 мл буроватой мочи, слизистая оболочка бледно-розовая, матовая; полнокровие синусов твердой мозговой оболочки, ткань головного мозга отекает; в полости перикарда около 20 мл прозрачной желтоватой жидкости; сердце массой 270 г, размерами 11x10,5x4 см, под эпикардом рассеянные, точечные, темно-красные кровоизлияния, толщина мышцы левого желудочка — 0,9 см, правого — 0,5 см, миокард на плоскостных разрезах

пестрый из-за чередующихся участков неравномерного кровенаполнения, в полостях сердца темно-красные свертки крови; кровь в кровеносных сосудах сгущена.

При внутреннем исследовании трупа Копелева обнаружена в целом сходная морфологическая картина, хотя местные изменения слизистой оболочки трахеи и бронхов были выражены в меньшей степени, ее отторжения не отмечено; кроме того, в плевральных полостях имелось незначительное количество мутноватой кровянистой жидкости; множественные мелкоочаговые субсерозные кровоизлияния, полнокровие кровеносных сосудов и сгущение находящейся в них крови; кровоизлияние в брыжейку сигмовидной кишки; в мочевом пузыре 30 мл буроватой мочи, которая после помещения ее в открытый флакон приобрела зеленоватый оттенок.

Уже эти предварительные данные давали все основания считать, что у Монкевича и Копелева тяжелое отравление каким-то агрессивным фенолсодержащим веществом. Об этом свидетельствовали: и клиническая картина (быстрая потеря сознания, бледность и синюшность кожных покровов, падение артериального давления, тахикардия, аритмия пульса, нарушение внешнего дыхания), и пропитывание одежды жидкостью со специфическим запахом карболовой кислоты, и данные наружного исследования (своеобразные обширные химические ожоги с коричневатой «омыленной» поверхностью, с легко отторгаемым эпидермисом), и, наконец, результаты внутреннего исследования (поверхностные химические ожоги слизистой оболочки дыхательных путей и начального отдела пищевода, сгущение крови, полнокровие кровеносных сосудов, умеренный геморрагический синдром, зеленоватый оттенок мочи).

Гистологическая картина в обоих случаях была сходной. Кожа (зона ожога) — роговой слой разрыхлен, местами расслоен, между ними и блестящим слоем продольные, достаточно протяженные щели; микроструктура слоя шиповатых клеток, зернистого и базального слоев эпидермиса нарушена, границы клеток не определяются, цитоплазма глыбчато-зернистая, наряду с безъядерными встречаются клетки как с бледными, так и с пикнотичными ядрами; сходные структурные изменения распространяются на сосочковый и сетчатый слой дермы, венозные сосуды этих слоев паретически расширены и нафаршированы эритроцитами (сладж-синдром), вокруг части сосудов круглоклеточные инфильтраты, волокнистые элементы стромы резко отечные, клетки с бледными ядрами; подкожная клетчатка в состоянии резкого отека. Трахея — реснитчатый эпителий слизистой оболочки местами отсутствует, в проекции дефектов — очаговые кровоизлияния в подслизистом слое, занимающие до 2/3 поля зрения при малом увеличении микроскопа; сохранившийся эпителий разрыхлен, отечен, клеточная структура его смазана, в толще сохранившегося реснитчатого эпителия диффузные кровоизлияния с единичными небольшими группами лейкоцитов; в подслизистом слое резко выраженный отек, повышенное содержание лимфоидных и гистиоцитарных элементов, кровеносные сосуды собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистого слоя резко расширены и заполнены эритроцитами. Легкие — большинство альвеол заполнено однородным розоватым содержимым, в просвете части альвеол, вблизи их стенок, наблюдаются слушанные крупные клетки альвеолярного эпителия и единичные эритроциты, в одних участках препаратов альвеолы растянуты, межальвеолярные перегородки истончены и местами разорваны; вместе с тем встречаются единичные небольшие участки ателектаза, эпителий отдельных мелких бронхов утолщен, местами отслоен в просвет бронхов, на поверхности его видны нитевидные розоватые наслоения, слизистый слой отечен, в подслизистом слое — единичные лимфоидные скопления; межмышечные прослойки расширены; капиллярная сеть расширена и переполнена эритроцитами с нечеткими границами, что создает впечатление единого эритроцитарного конгломерата. Пищевод — на большом протяжении многослойный эпителий отсутствует, на остальных участках равномерно утолщен, местами разорван и отслоен, границы клеток смазаны, ядра бледные; собственная пластинка слизистой оболочки и подслизистая основа резко отечны, их волокнистые структуры представляются грубыми и волнистыми, лимфоидные клетки представлены количественно неравномерными группами, кровеносные сосуды расширены и переполнены эритроцитами, в периваскулярном пространстве отдельных сосудов — небольшие скопления эритроцитов, очаговые кровоизлияния в мышечной оболочке. Желудок — строение стенки органа сохранено, резкое пере-

полнение кровью венозных сосудов. Почки — сосудистая сеть клубочков резко полнокровна, отмечается набухание сосудистого эндотелия, капсула клубочков утолщена, эпителий извитых канальцев набухший, большинство клеток эпителия лишено ядер, просветы заполнены розовой жидкостью и эритроцитами, в просвете извитых канальцев — гиалиновые цилиндры; кровеносные сосуды переполнены эритроцитами, наблюдаются стазы. Печень — частичная дискомплексация печеночных долек, центральные вены и капилляры полнокровны, гепатоциты набухшие, протоплазма их мутная, зернистая; междольковые пространства расширены, отечны. Сердце — набухание кардиомиоцитов, их ядра набухшие, некоторые — гиперхромные; отдельные группы мышечных волокон фрагментированы, поперечная исчерченность выражена очень слабо; межмышечные прослойки представлены тонковолокнистой соединительной тканью; капилляры расширены, полнокровны, местами отмечаются мелкие диапедезные кровоизлияния. Головной мозг — резко выраженное набухание клеток, протоплазма клеток зернистая, ядра эктопированы, выраженный отек периваскулярных и перипеллюлярных пространств, полнокровие сосудов, вокруг некоторых сосудов диапедезные кровоизлияния. Спинной мозг — перипеллюлярный, периваскулярный отек и набухание нервных клеток, полнокровие сосудов. Надпочечники, щитовидная железа, поджелудочная железа, селезенка — нормальное строение, паретическое расширение венозной сети, резко выраженное полнокровие.

Приведенная гистологическая картина свидетельствовала о наличии поверхностного некроза кожи, пищевода и верхних дыхательных путей, катарального бронхита и катаральной пневмонии, начальных дистрофических изменений в почках, печени и сердце, резко выраженного переполнения кровеносных сосудов с образованием сладжей и периваскулярными кровоизлияниями, отека и набухания головного и спинного мозга, явлений отека стромы печени, почек и сердца. Следовательно, выявленная гистологическая картина также укладывалась в предположение об остром отравлении фенолсодержащим ядом.

Основным путем поступления яда в организм был чрескожный, о чем свидетельствовали химические ожоги, занимавшие значительную поверхность тела погибших. Определенная часть яда, по-видимому, поступала аэрогенно, на что указывали умеренно выраженные явления некроза слизистой оболочки трахеи и бронхов с явлениями катарального бронхита и катаральной пневмонии. Несмотря на выявленные некротические изменения в верхних отделах пищевода, незначительная степень их выраженности и поверхностный характер при отсутствии местных изменений слизистой оболочки желудка исключали возможность поступления яда непосредственно в желудочно-кишечный тракт.

Для окончательного подтверждения предварительного диагноза отравления фенолсодержащим ядом, а также для суждения о количестве принятого яда было выполнено судебно-химическое исследование внутренних органов (количественное исследование проведено весовым методом с использованием реакции образования трибромфенола).

Во внутренних органах Монкевича обнаружен фенол. Он распределился следующим образом (из расчета на 100 г каждого органа): головной мозг — 6,86 мг; почка — 7,02 мг; печень — 8,58 мг; желудок — 8,58 мг; кишечник — 11,4 мг.

Во внутренних органах Копелева также обнаружен фенол. Он распределился следующим образом (также на 100 г каждого органа): головной мозг — 2,7 мг; почка — 4,27 мг; печень — 4,9 мг; желудок — 3,25 мг; кишечник — 6,08 мг.

Кроме того, в крови и моче Монкевича был обнаружен этиловый алкоголь в концентрации соответственно 1 и 1,12‰, в крови и моче Копелева — 1,1 и 1,25‰.

Смертельная доза фенола — 1-3 г [Бережной Р.В., 1977]. Приведенные результаты судебно-химического анализа, в пересчете на массу тела взрослого человека и с учетом короткого времени между смертью и поступлением яда в организм, показали, что Монкевич и Копелев получили смертельную либо даже превышающую ее дозу фенола.

В данном случае вполне допускается отравление лизолом, являющимся одним из препаратов фенола [Муратов В.И., Проказова Н.В., 1985]. Этот вывод подтверждается и морфологическими особенностями химического ожога у обоих пострадавших (коричневая скользкая «омыленная» поверхность) в отличие от химических ожогов, возникающих от действия карболовой кислоты и отличающихся сухим беловатым струпом.

Небольшая концентрация алкоголя, выявленная в крови и моче обоих погибших, указывала на факт приема ими алкоголя за несколько часов до момента наступления смерти. Хотя алкоголь, как и фенол, угнетает функцию дыхательного центра и, возможно, усугубляя действие фенола, однако это влияние в данном случае, по-видимому, было весьма незначительным.

Все изложенное не представляет собой чего-то из ряда вон выходящего. Это типичный случай с достаточно полными и объективными, но вполне типичными доказательствами. И если этим закончилось изложение обоих случаев, то у читателя возник бы вполне обоснованный вопрос, — а в чем же заключалась казуистика?

Дело в том, что без предшествующего изложения мы не смогли подойти к решению именно того необычного вопроса, который был поставлен перед экспертами в суде спустя несколько месяцев после случившегося: наступила бы смерть Монкевича и Копелева в случае, если они были бы извлечены из бытовки спустя 1 ч после того, как на пол помещения был вылит дезинфицирующий раствор?

Почему возник этот вопрос? Ради простого ли любопытства он задан? Оказалось, что в суде адвокат, защищавшая Ласкина, решила снять часть ответственности со своего подзащитного и переложить ее на Миделева. Она рассуждала так: врач увидел пострадавших спустя 1 ч после пребывания в закрытой бытовке и, вероятно, мог и должен был оценить не только их состояние, но и, прежде всего, как санитарный врач получить четкое представление об обстановке в помещении: люди лежат в луже коричневого вещества; рядом опрокинутое ведро с маркировкой «Лизол»; в воздухе помещения резкий запах карболовой кислоты; лужа занимает обширную площадь; помещение замкнутое, с небольшой кубатурой. Будучи санитарным врачом, он обязан был знать и крайнюю опасность пребывания людей в атмосфере с высокой концентрацией паров фенола. Однако вспомним, что врач ограничился шутливым: «Санитарное состояние на высоте». Поскольку Ласкин не является профессиональным медработником, он не мог (по заявлению адвоката) до конца оценить опасность сложившейся ситуации и не может быть единственным лицом, которое должно отвечать за трагические последствия. Отсюда и вопрос: погибли бы люди в том случае, если бы Миделев сразу принял меры к их эвакуации из помещения с лизолом, т. е. спустя 1 ч пребывания в бытовке?

Суд посчитал важными эти заявления. Для решения поставленного адвокатом вопроса были необходимы специальные знания, а следовательно, и проведение судебно-медицинской экспертизы. В зависимости от экспертного заключения обвинение могло быть предъявлено не только Ласкину, но и Мидёлеву. Вот почему суд возвратил дело на дополнительное расследование. В связи с вновь открывшимися обстоятельствами была назначена дополнительная экспертиза. Перед экспертами и был поставлен тот единственный вопрос.

С самого начала стало ясно, что ответ на этот, хотя и гипотетический звучащий, вопрос («что было бы, если...») непосредственно связан с установлением факта и тяжести тех необратимых изменений, которые должны были развиваться через 1 ч после начала поступления яда в организм Монкевича и Копелева.

Решение этого вопроса было невозможно без уже установленных к этому моменту объективных данных о клинической картине отравления, секционных и гистологических находок и результатов судебно-химического анализа. Но этого было недостаточно. Требовалось оценить токсичность лизола, токсикодинамику и токсикокинетику яда, патогенез отравления, условия, в которых происходило отравление.

Еще из учебников токсикологии Е.В. Пеликана (1878) и Д.П. Косоротова (1902) хорошо известно, что препараты фенола могут поступать в организм через неповрежденную кожу, при вдыхании паров или через пищеварительный тракт (последний вариант в нашем случае был исключен). Наиболее опасен аспирационный путь, так как при этом отравляющее вещество получает возможность кратчайшим образом попадать в кровь. В данном случае у обоих пострадавших было характерное поражение дыхательных путей и легких, что со всей определенностью указывало на аэрогенное поступление яда. Если знать концентрацию фенола во вдыхаемом воздухе, то по минутному объему дыхания и длительности экспозиции можно примерно установить количество яда, поступившего в организм Монкевича и Копе-

лева аэрогенным путем. Следовательно, возникла потребность определить концентрацию фенола в воздухе помещения, где находились Монкевич и Копелев.

Бытовка представляла собой комнату без окон с одной глухой деревянной дверью. Между дверью и порогом — щель шириной около 1-1,5 см. Площадь помещения — 8,4 м², высота — 3,5 м. Пол цементный, покрытый линолеумом. Через помещение проходит труба с постоянно циркулирующей горячей водой. Температура в помещении в течение суток колеблется в незначительных пределах и составляет $(+31 \pm 1,5)^\circ\text{C}$.

Для решения поставленной задачи проведен следующий эксперимент. Пол в бытовке был тщательно вымыт. Помещение проветрено, пол высох. Специалистами СЭС по стандартной методике была замерена исходная концентрация паров фенола в помещении бытовки на высоте 16 см (высота расположения дыхательных отверстий лежащего человека), 88 см (то же у сидящего человека) и 155 см (то же у стоящего человека среднего роста). Затем на пол бытовки было вылит 1 ведро лизола. После этого концентрация паров фенола в воздухе помещения определялась через 1, 2 и 3,5 ч. Принимая во внимание минутный объем дыхания 6-9 л [Глебовский В.Д., Косицкий Г.И. 1985], время экспозиции 60 мин и установленную концентрацию паров фенола на уровне лежащего человека 0,0291 мг/л, получим общее количество фенола, которое должно было поступить в организм взрослого человека: 10,476-15,714 мг. Эта доза, безусловно, далека от смертельной. Но не следует недооценивать ее значение: во-первых, при таком (аэрогенном) введении яд уже в течение нескольких секунд начал поступать в кровь, через несколько минут достиг всех жизненно важных органов (в том числе и головного мозга) и начал оказывать токсическое действие; во-вторых, концентрация паров фенола через 1 ч (0,0291 мг/л) в 2,4- 3,3 раза превышала ту минимальную концентрацию (0,0088 - 0,0122 мг/л), при которой начинаются острые ингаляционные отравления парами фенола [Петров В.П., 1960]; в-третьих, установленная концентрация (0,0291 мг/л) почти в 6 раз превышает предельно допустимую концентрацию (ПДК) паров фенола (0,005 мг/л) в окружающем воздухе.

Второй путь, по которому яд поступил в организм Монкевича и Копелева, был чрескожный. В чем же заключались особенности поступления яда этим путем в обсуждаемых случаях?

Первая особенность — это обширная площадь химических ожогов (25 и 30% поверхности тела), что свидетельствовало об одновременном массивном поступлении фенола в организм пострадавших. Вторая особенность — фенол вводился в виде своего продукта, лизола, т. е. мыльного раствора, что ускоряет темп преодоления кожного барьера и, соответственно, темп проникновения больших количеств яда в организм, в первую очередь в кровь. Многие авторы сообщают о быстром (в течение нескольких часов и даже десятков минут) наступлении смертельного исхода в результате попадания фенола на кожу [Лазарев Н.В., 1951; Бережной Р.В., 1977, и др.], даже если бы он был быстро удален [Johnstone R., 1948].

Принимая во внимание все эти обстоятельства, было основание прийти к выводу, что основное количество фенола поступило в организм Монкевича и Копелева через обширные участки кожи.

Далее следовало учесть, что фенол наряду с выраженным местным обладает весьма агрессивным общетоксическим действием, являясь нервно-протоплазматическим ядом. Он оказывает выраженное действие на центральную нервную систему, приводя сначала к кратковременному возбуждению дыхательного центра (учащению дыхания, увеличению минутного объема дыхания, а следовательно, и увеличению дозы аэрогенно поступающего яда), а затем к его быстрому угнетению и стойкому параличу. Р.В. Бережной и соавт. (1980) подчеркивают, что фенол быстро всасывается даже с поверхности неповрежденной кожи и уже через несколько минут (!) обнаруживается в ткани головного мозга и других внутренних органах. Чем больше доза и чем скорее яд поступил в организм, тем скорее наступают необратимые изменения в центральной нервной системе.

Этим можно было бы закончить описание этого наблюдения. Однако у читателя остается недоумение: почему остался в живых Терехов, находившийся в тех же условиях, что и погибшие? И на самом деле, у Терехова развилось отравление лишь в легкой степени, закончившееся через неделю выздоровлением. Здесь необходимо отметить следующие особенно-

сти: в помещении Терехов сидел на корточках, химические ожоги у него отсутствовали. Таким образом, пребывание в атмосфере с токсической концентрацией паров фенола в течение нескольких часов не приводит к гибели, если нет дополнительного поступления яда в организм (например, через кожу). Таким образом, это обстоятельство хотя и косвенно, но вполне определенно подтверждало, что основное количество яда в организм Монкевича и Копелева поступило через кожу по всей обширной площади, занятой химическими ожогами.

При введении фенола в организм в больших дозах происходит вначале учащение, а затем ослабление сердечной деятельности, падение артериального давления и коллапс [Хализова О.Д., 1970]. Явления коллапса у Монкевича и Копелева зафиксированы уже при поступлении в больницу. Это свидетельствовало о поступлении в организм большой дозы этого отравляющего вещества.

Поступая в организм, фенол достигает максимальной концентрации в крови уже через 30-40 мин, а выводится медленно — через 24 ч организм покидает только половина поступившей дозы [Лазарев Н.В., 1951].

Результаты проведенных исследований и их сопоставление с данными специальной литературы позволили прийти к окончательному выводу: через 1 ч после поступления фенола в организм Монкевича и Копелева должны были наступить глубокие необратимые изменения функций жизненно важных органов, в первую очередь центральной нервной системы, с неминуемым последующим наступлением смертельного исхода. Для этого вывода имеются следующие основания: 1) наличие во внутренних органах обоих погибших такого количества фенола, которое свидетельствует о принятой ими смертельной дозе этого отравляющего вещества; 2) фенол является высокотоксичным ядом, оказывающим преимущественное воздействие на центральную нервную систему; 3) поступление фенола в организм обоих погибших было быстрым и массивным, что подтверждается: а) способностью фенола легко проникать через неповрежденную кожу и быстро всасываться в кровь; б) повышенным темпом преодоления кожи фенолом, находящимся в мыльном растворе; в) обширной площадью поступления яда, соответствующей площади химических ожогов (25% и 30%); г) сочетанным поступлением фенола в организм чрескожным и аэрогенным путем; д) быстрым развитием коматозного состояния с резким угнетением функции сердечно-сосудистой системы; 4) свойство введенного в организм фенола достигать максимальной концентрации в течение 30-40 мин и медленно выводиться из организма; 5) сформировавшаяся к концу 1-го часа пребывания в помещении бытовки высокотоксическая концентрация паров фенола во вдыхаемом воздухе, многократно превышающая не только ПДК, но и концентрацию, при которой наступает острое отравление; 6) однотипное клиническое развитие отравления, одинаковый исход (смертельный), наступивший в одно время у людей с различающимися индивидуальными свойствами организма.

Читателю, интересующемуся судебным исходом этого уголовного дела, сообщим, что Ласкин был осужден за неосторожное убийство, а Миделев наказан в дисциплинарном порядке. Однако трудно недооценить степень моральной вины врача, оставившего без медицинской помощи двух, находившихся в тяжелом состоянии, пострадавших. Вряд ли после этого врачебная когорта будет продолжать считать его своим коллегой.

Глава 4. ПОВЕШЕНИЕ ИЛИ УДАВЛЕНИЕ?

17.07.86 г. в полуразрушенном товарном вагоне стоявшем на тупиковом железнодорожном пути, был обнаружен труп студента строительного отряда Каширина.

Труп висел в скользящей петле из брючного брезентового ремня военного образца. Свободный конец ремня был перехлестнут в один оборот на горизонтальной потолочной балке вагона. Он не был завязан. Труп не падал потому, что верхний полуоборот свободного конца плотно прижимал его нижний полуоборот, который переходил в петлю на шее Каширина. Петля была образована свободным концом, продетым через пряжку. Расстояние от пряжки до балки было настолько коротким, что голова Каширина касалась балки. Петля охватывала шею почти на всем протяжении и не касалась только ее задней поверхности. Рас-

стояние от стоп до пола — 75 см. Какого-то предмета, который мог быть использован Кашириным как «подставка», при осмотре места происшествия не обнаружено. Следствием не получено никаких сведений о том, что обстановка на месте происшествия в период от смерти Каширина до обнаружения его трупа менялась. В то же время в осмотре места происшествия имелись некоторые упущения. В частности, не исследован пылевой покров в целях отыскания следов ног Каширина и, возможно, каких-то других людей. Детально не осмотрена балка с целью найти на ее поверхности следы скольжения петли, либо другие дополнительные следы. Состояние трупных явлений не описано.

Судебно-медицинское исследование трупа проведено через 36 ч. Из заключения эксперта: труп мужчины правильного телосложения, удовлетворительного питания, длина тела — 176 см. На 13 ч: труп холодный на ощупь, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах обычно исследуемых скелетных мышц; трупные пятна синюшные, расположены на задней поверхности тела, кроме мест, непосредственно прилегающих к поверхности секционного стола; при надавливании пальцем не изменяют своей окраски. На нижних конечностях и кистях трупные пятна отсутствуют. Волосы на голове черные, коротко острижены. Глаза закрыты веками, соединительные оболочки глаз бледно-серые, роговицы тусклые, зрачки круглые, диаметром по 0,6 см. Кости и хрящи носа на ощупь целы. Носовые проходы свободные. Рот закрыт, язык за линией зубов, зубы не повреждены. Ушные раковины целы. Наружные слуховые проходы свободны. На шее петля-удавка, изготовленная из солдатского брючного ремня, свободный конец ее пропущен через пряжку ремня. Грудная клетка обычной анатомической формы, живот на уровне грудной клетки, не втянут. Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение на лобке по мужскому типу, яички в мошонке. Каких-либо рубцов и изъязвлений в области полового члена не обнаружено. Слизистая оболочка мочеиспускательного канала гладкая, блестящая, серо-синюшная, выделений из мочеиспускательного канала нет. Задний проход сомкнут, кожа вокруг него калом не испачкана. Кости конечностей на ощупь целы.

По снятии с шеи петли из солдатского брючного ремня (длина его оказалась 93 см, ширина 2 см), на шее обнаружена замкнутая одиночная косовосходящая снизу вверх, спереди назад странгуляционная борозда. На передней поверхности шеи борозда проходит по верхнему краю щитовидного хряща, слева на 4,5 см ниже мочки уха; справа на 6 см ниже мочки уха; концы борозды сходятся на задней поверхности шеи в области линии роста волос, образуя тупой угол, открытый книзу. Борозда на всем протяжении имеет ширину 2 см; поверхность ее коричневатая, плотная на ощупь, чешуйки слущенного эпидермиса направлены кверху. В левой лобно-теменной области поперечно расположена линейная ссадина длиной 5 см, покрытая плотной коричневатой корочкой. Других повреждений при наружном исследовании не обнаружено.

При исследовании мягких тканей шеи, сосудисто-нервного пучка, ножек грудиноключично-сосцевидной мышцы эксперт «не нашел» никаких изменений, в том числе кровоизлияний. При исследовании внутренних органов обнаружены их полнокровие, переполнение жидкой кровью крупных венозных стволов и правой половины сердца, мелкоочаговые круглые темно-красные кровоизлияния под плеврой легких и наружной оболочкой сердца. Эксперт пришел к выводу, что смерть Каширина наступила от сдавления органов шеи петлей при повешении.

После ознакомления с основным выводом экспертного заключения о причине смерти у следователя возникли сомнения в его правильности. Они сводились к следующему: как мог Каширин самостоятельно (без посторонней помощи) повеситься в петле, если: 1) свободный конец очень короткий и не закреплен на балке узлом; 2) ступни трупа, висевшего в петле, находились далеко от пола; 3) какой-либо «подставки» на месте происшествия не обнаружено.

Для того чтобы разобраться в этих сомнениях, был проведен следственный эксперимент, в ходе которого спортсмену-гимнасту, ознакомленному с позой трупа на месте происшествия, положением свободного конца на балке и петли на шее Каширина, было предложено попытаться самостоятельно воспроизвести такое самоповешение (при этом, конечно же, были обеспечены необходимые меры безопасности). Многочисленные попытки спортсмена

оказывались безрезультатными. Однако в одном случае ему удалось, не без труда, справиться с поставленной задачей. Для этого пришлось предварительно, надеть петлю на шею, подпрыгнуть, ухватиться руками за балку и подтянуться на руках. Далее, фиксируя это положение одной рукой и упираясь ногой в стенку вагона, освободившейся второй, рукой он перехлестнул свободный конец ремня через балку так, чтобы полуоборот ремня вокруг балки, идущей от петли, накладывался на полуоборот свободного конца и закрепил его. Надо сказать, что, допустив принципиальную возможность самоповешения в таких случаях, следователь обратил внимание на то, что в эксперименте не удалось получить такое положение, при котором расстояние между пряжкой и балкой было таким же коротким, как и на фотоснимке позы Каширина на месте происшествия. И тем не менее следователь посчитал это «несущественным». Все этапы эксперимента были сфотографированы и приложены к протоколу этого следственного действия.

Материалы следственного эксперимента были направлены эксперту. Следователь поставил дополнительный вопрос: соответствует ли обнаруженная на шее Каширина странгуляционная борозда: 1) тому положению петли на шее Каширина, которое отразилось на фотоснимках места происшествия; 2) тому механизму повешения и окончательному положению петли на шее, которое получено в ходе следственного эксперимента. Без труда можно заметить, что следователь находился в плену единственной версии—версии самоповешения — и предпринимал все попытки для ее подтверждения. К сожалению, эксперт пошел на поводу у следователя: не проводя никаких специальных исследований, он дал утвердительный ответ на дополнительный вопрос.

Следователь вынес постановление о прекращении дела ввиду отсутствия состава преступления. Районный прокурор утвердил этот документ.

Вполне возможно все и закончилось бы на этом. Не согласны с постановлением о прекращении дела были только родители Каширина. Они и направили жалобу прокурору области, в которой писали о поверхностно проведенном расследовании, и излагали свое требование об отмене постановления и возобновлении следствия. У них были для этого серьезные основания. Основания, мимо которых прошел следователь. Основания, которых он не хотел замечать. Прежде всего, ремень, на котором якобы «повесился» Каширин, не принадлежал их сыну. Во-вторых, после обстоятельного разговора с другими студентами стройотряда родители уяснили для себя нездоровый морально-психологический климат в этом временном трудовом коллективе: групповщина, неравномерное распределение труда и доходов, обособление группы бригадиров-руководителей, поддержание их «авторитета» не только моральными ущемлениями строптивых студентов, но и рукоприкладством. В-третьих, обстановка в стройотряде напоминала печально существующую «дедовщину», о которой многократно сообщалось почти во всех периодических газетных и журнальных изданиях. Это последнее обстоятельство, а также то, что петля на шее Каширина была из брючного ремня армейского образца, натолкнула его родителей на вполне обоснованное предположение, что к убийству (а они именно так называли данное преступление) могли быть причастны студенты строительного отряда, ранее проходившие срочную воинскую службу.

Доводы были достаточно существенными для того, чтобы не принимать их во внимание. И прокурор области, отменив постановление о прекращении дела, поручил на этот раз расследование другому следователю. Надо сказать, новый следователь оказался более опытным и, пожалуй, что, несомненно, важнее, весьма добросовестным специалистом. Он выяснил и объективно зафиксировал в материалах дела ту неблагоприятную обстановку, которая царила в студенческом строительном отряде, выявил соответствующих «лидеров» — ими на самом деле оказались два студента, год назад вернувшиеся на студенческую скамью после окончания срочной службы. Один из них руководил бригадой, в которой трудился Каширин. Установил конфликт с избиванием Каширина за 2 нед до его гибели, а в последующем — постоянное его унижение и моральное подавление. Более того, как оказалось, один из студентов видел, как поздно вечером, накануне обнаружения мертвого Каширина, Шорников (бригадир) и Севидов (номинальный помощник бригадира) повели Каширина в сторону заброшенных железнодорожных вагонов.

Состоялся обстоятельный допрос Шорникова и Севидова. Вначале они отрицали свою

встречу с Кашириным в ночь с 16.07 на 17.07 в районе заброшенных вагонов. Но после очной ставки с упоминавшимся студентом вынуждены были это признать. Они дали такие объяснения: ходили «разбираться» по поводу того, что Каширин «плохо работал», «не выполнял план» и т. д. Не применяя к Каширину никаких физических воздействий, ушли, после того как Каширин «пообещал исправиться». Куда делся потом Каширин, не знают.

У Шорникова не оказалось брючного ремня. Он заявил, что таковым никогда не пользуется, однако был разоблачен свидетелями, которые видели у него ремень, причем армейского образца. Тогда он выдвинул другую версию: ремень действительно у него был, но пропал, и поэтому он и заявил, что брючным ремнем не пользуется. Но это была не последняя версия. Фиксируя очередные версии в протоколах допросов, следователь в последующем опровергал их путем допросов свидетелей. Наконец и Шорникову стало понятно, что он окончательно заврался, и он... замкнулся, отказавшись давать какие-либо показания, заявив, что «ему шьют дело», пытаются обвинить в том, чего он не делал. Работа следователя с его приятелем Севидовым, на этом этапе к успеху также не привела.

Следователь предпринял попытку получить новые данные путем судебно-медицинской экспертизы. Но, к сожалению, при первичной экспертизе трупа Каширина кусочки тканей и органов, в том числе и strangуляционная борозда, не были изъяты. Отсутствие объектов изучения привело к необходимости проведения повторной судебно-медицинской экспертизы трупа Каширина после его эксгумации.

Здесь уместно заметить, что приведенный повод для извлечения трупа из места захоронения встречается не так уж и редко. А ведь эксгумации можно и избежать, если мягкие ткани с повреждениями изымать, исследовать и сохранять на случай появления новых вопросов в связи с вновь открывшимися обстоятельствами. Техническая возможность длительного сохранения мягких тканей и, в частности, кожи имеется — это высушивание, сохраняющее возможность восстановления первоначального вида тканей по методике А.Н. Ратневского. Тем более нет никаких проблем с костными препаратами. Поэтому проблема упирается в организационные меры. А они сводятся к необходимости создания при каждом бюро судебно-медицинской экспертизы банка вещественных доказательств биологического происхождения. Закон определяет сроки их хранения, а руководство бюро должно обеспечить условия их хранения. В этой идее нет ничего нового. Что же касается следов и образцов крови, выделений и волос человека, то архивы таких объектов давно существуют в целом ряде судебно-медицинских учреждений. Вероятно, этот опыт следует распространить на физико-технические и танатологические отделы. Это позволит избежать в части случаев эксгумации.

Итак, труп Каширина был эксгумирован через 3,5 мес после захоронения. Состояние его тканей позволило различить strangуляционную борозду. Она была одиночная, замкнутая, почти горизонтально расположенная, равномерно выраженная. Борозда была слабо заметна из-за гнилостных изменений кожи. Спереди нижний край борозды проходил по верхнему краю щитовидного хряща, на правой и левой боковых поверхностях шеи верхний край борозды был расположен в 6 см ниже нижнего края ушных раковин и в 4,3 см ниже вершины сосцевидных отростков, на задней поверхности шеи верхний край борозды был в 7,5 см книзу от наружного затылочного бугра. Ширина борозды на всем протяжении 1,9-2,1 см. Краевые валики выражены незначительно, верхний не нависает. Дно борозды равномерной плотности, рисунок рельефа материала петли не определялся.

В мягких тканях шеи кровоизлияний не найдено. Однако они были обнаружены при последующем гистологическом исследовании кожи в проекции strangуляционной борозды. В двух гистологических препаратах на большем протяжении срезов эпидермальный покров был сохранен, но имел бесструктурный вид. Гребешковые выступы эпидермиса и сосочки собственно кожи были сглажены. Волокнистое строение дермы сохранено, клеточные ядра не выявлялись, виднелись очертания сальных желез, волосяных влагалищ и мышечных пучков — поднимателей волос. В одном поле зрения в сосочковом слое были видны расширенные сосуды, определяемые по наличию в их просвете изменений эритроцитов; они неправильной формы, буроватого вида. В сетчатом слое вблизи двух сальных желез виднелись мелкие скопления эритроцитов такого же вида, как в сосудах сосочкового слоя. В глубине

сетчатого слоя, на границе его с подкожным, имелось кровоизлияние инфильтрирующего характера; эритроциты в нем неправильной формы, частично превратились в крошковатую массу, окрашиваются в бурый цвет. В препаратах, окрашенных по Маллори, они выявлялись более четко своей оранжевой окраской. В 4 препаратах в глубине собственно кожи и в подкожной клетчатке имелись участки бурого цвета, по очертаниям сходные с кровоизлияниями, но эритроциты в них не выявлялись.

Что же дало повторное исследование трупа? Впервые на протяжении расследования появились подтверждения прижизненного происхождения странгуляционной борозды. Этот факт постоянно подразумевался, но не был доказан. Сейчас он получил объективное обоснование (кровоизлияния, изменение тинкториальных свойств тканей по ходу борозды и т. п.). Однако исследование эксгумированного трупа мало что прибавило к возможности дополнительно характеризовать петлю и механизм странгуляции.

Оставались еще некоторые объекты, объективно отражавшие первичное состояние странгуляционной борозды. Это были фотоснимки шеи Каширина, выполненные при первичном обследовании его трупа.

Хочется попутно заметить, что при проведении повторных судебно-медицинских исследований любые, имеющие отношение к объекту и предмету экспертизы фотоснимки должны тщательно анализироваться. Это — самостоятельное исследование. При этом должны решаться, как минимум, две основные задачи: 1) определение соответствия текстового описания повреждений (или каких-то иных следов) их отображению на фотоснимке по локализации, форме, размерам, отношению к видимым анатомическим образованиям, частным морфологическим свойствам; 2) выявление новых общих, групповых и индивидуальных свойств повреждений или иных интересующих эксперта следов. Какие же дополнительные возможности представляли упомянутые снимки в обсуждаемом случае?

Все они оказались нерезкими, с множеством дефектов из-за пыли, иных мелких частиц и поверхностных повреждений негативов. Съемка выполнялась с односторонним освещением. Более того, некоторые снимки оказались выполненными с грубейшими нарушениями правил судебной фотографии. Так, в частности, при съемке задней поверхности шеи эксперт (а может быть, и фотолаборант, что, в сущности, не снимает ответственности с эксперта) поместил довольно широкую линейку непосредственно на странгуляционную борозду и почти полностью ее закрыл (вот и пойми, есть ли предел недомыслию и безответственности!). На первый взгляд, складывается тупиковая ситуация.

Но к какому убеждению приходишь, постепенно приобретая опыт практической экспертной работы? Во-первых, никогда нельзя опускать руки, если безнадежность ситуации объективно не доказана, пока не исчерпаны все без исключения возможности. Во-вторых, никогда не зазорно, а, напротив, весьма полезно и, следовательно, необходимо советоваться с более опытными коллегами и со специалистами, не работающими в экспертных учреждениях, но глубоко разбирающимися в той или иной области знаний. Вот такой принципиальный взгляд на сущность экспертизы и привел следователя в научно-производственное объединение «Геофизика», а затем в НИИПИ химико-фотографической промышленности, которые взялись в максимально возможной степени улучшить исходные фотографические изображения (к счастью, сохранились и негативы этих фотоснимков) и дифференцировать истинные (первичные) отображения от артефактов: дефектов эмульсионного слоя, «грязи» на поверхности фотоматериалов и т. п. Итак, специалисты-оптики приступили к работе, а судебные медики занялись изучением аналогов того брючного ремня, который был снят с шеи Каширина.

Почему аналогов? Где тот, настоящий ремень! Оказывается, он был уничтожен (вероятно, был выброшен следователем) после того, как было прекращено расследование и вещественные доказательства оказались «ненужными» (?!). Вот еще один пример вопиющей безответственности; вот почему экспертам пришлось изучать сходные образцы, а не оригиналы.

Оказалось (по официальному запросу), что вариантов брючных ремней военного образца немного. С учетом изображения петли на фотоснимках с места происшествя были выбраны два наиболее похожих образца. Многие держали в руках подобные ремни. Но посмотрим на них глазами эксперта. Оба ремня тесмяные, изготовлены из крашеной в зеленый

цвет целлюлозной хлопчатобумажной ленты (рис. 9). На свободном конце укреплен плоский металлический наконечник, на затяжном — металлическая пряжка — «пятистенка» прямоугольной формы, высотой 3,2 см, шириной 2,8 см, толщиной 0,2 см; ширина перегородки пряжки — 0,4 см. Перегородка разделяет просвет пряжки на две равные прямоугольные, вертикально вытянутые части, размерами по 2,2х0,8 см. Внешние углы и кромки пряжки закруглены, внутренние (обращенные к просвету) — с достаточно четкими углами и кромками. Плоскость пряжки слегка изогнута вокруг вертикальной оси выпуклостью кпереди (при обычном эксплуатационном положении). Пряжка соединяется с лентой ремня с помощью пропущенного вокруг перегородки конца, который сложен и сшит так, что на протяжении 4 см от перегородки лента ремня сдвояна, а затем за счет дополнительного подворота на протяжении 2 см — строена¹. Между пряжкой и свободным концом ремня свободно перемещается шлевка из коричневого кожаменителя шириной 1,2 см, высотой (в сплюсненном виде) 2,9—3 см. Ширина ленты ремня составляет 2 см, толщина — 0,3 см. Рельеф ленты ремня образован правильным переплетением пучков хлопчатобумажных нитей. Два исследуемых образца ремней изготовлены на разных предприятиях, поэтому наряду с вышеуказанными сходными конструктивными элементами имеют и некоторые особенности. Образцы условно пронумерованы (№ 1 и № 2).

Ремень № 1 на внутренней поверхности у свободного конца имеет клеймо белой краской в виде вытянутого прямоугольника с символическим изображением всадника и обозначениями «Р.2 ОТК 5 88». Шлевка этого ремня имеет вид сплюсненного кольца, изготовленного из полосы, концы которой закруглены и скреплены белой металлической заклепкой; головка заклепки выступает над плоскостью шлевки на 0,3 см, имеет как бы ступенчатый вид; диаметр нижней части головки заклепки — 0,8 см, верхний — 0,5 см.

Ремень № 2 на внутренней поверхности у свободного конца имеет изображение черной краской «2». Наружная головка заклепки изготовлена из белого металла полусферической формы, диаметром 0,7 см; края ее находятся на уровне плоскости материала шлевки.

Получены экспериментальные следы обоих ремней на пластилиновых пластинах, к поверхности которых в двух вариантах прижимались ремни № 1 и № 2 (пряжки с продетыми в них свободными концами ремней и прилежащими участками крепления лент и пряжек). В первом варианте сила прижатия была равномерной, во втором — с преимущественным надавливанием на верхние и нижние края пряжки. Размеры квадратных отображений пряжки в обоих вариантах опытов составили около 3х3 см.

Тем временем была завершена оптико-техническая экспертиза. Принимая во внимание чрезвычайную редкость подобных исследований по отношению к объектам судебно-медицинской экспертизы, приведем их в более подробном изложении.

На разрешение экспертов поставлен вопрос: «Возможно ли путем применения каких-либо специальных методов обработки или преобразования изображений странгуляционной борозды на шее трупа Каширина Ю. И. на представленных негативах и позитивах увеличить различаемость деталей этих изображений, особенно в области странгуляционной борозды и прилежающих к ней участков? Если возможно, то с применением соответствующих способов изготовить с негативов фотоснимки».

Для обработки представленных фотонегативов использовалась когерентно-оптическая установка (КОУ), представляющая собой когерентно-оптический вычислитель (процессор), реализующий двойное преобразование Фурье в оптической проекционной системе при когерентном освещении преобразуемого фотоснимка. Исходный фотонегатив, подлежащий обработке, помещается в 1-й Фурье-объектив-кювету, заполненную иммерсионной жидкостью (толуолом) и предназначенную для компенсации фазовых неоднородностей в эмульсионном слое негатива. На объектив падает расходящийся пучок лазерного излучения, сформированный из практически параллельного светового пучка лазера ЛГ-38 с помощью микрообъектива и микродиафрагмы. В плоскости, оптически сопряженной объективом с плоскостью мик-

¹ Пусть критически настроенный читатель не упрекает автора в излишне подробном описании. Именно эта «мелочь» (подворот ремня) окажется одним из фактов, имевших решающее значение в раскрытии данного преступления.

родиафрагмы и расположенной внутри 2-го Фурье-объектива-кюветы, формируется пространственно-частотный спектр (ПЧС) исходного фотонегатива, являющийся результатом преобразования Фурье-функции амплитудного пропускания исходного фотонегатива. В эту же плоскость последовательно устанавливаются различные амплитудные фильтры из фильротехники (набор фильтров) КОУ. 2-й Фурье-объектив-кювета осуществляет второе преобразование Фурье, в результате которого в плоскости, оптически сопряженной с объективом с плоскостью исходного фотонегатива, формируется преобразованное изображение исходного фотонегатива. Преобразование исходного изображения связано с селективным ослаблением фильтром составляющих ПЧС исходного фотонегатива. Ослабление нулевой и низких пространственных частот в ПЧС приводит к повышению контраста мелких деталей при одновременном выравнивании яркости в крупных деталях, что позволяет повышать контраст без потери деталей в светах или тенях, что обычно имеет место при общем повышении контраста фотоснимка путем копирования на контрастные фотоматериалы. КОУ имеет характеристики (разрешение — не хуже 30 линий на 1 мм, формат обрабатываемых фотоснимков — до 100x100 мм), позволяющие практически без потерь репродуцировать представленные фотонегативы. Перебор фильтров осуществлялся при предварительном визуальном контроле преобразованного изображения на просветном экране (П), устанавливаемом вместо кассеты 10 с пленкой, с последующей регистрацией его на пленку «Фото-32», заряженную в кассету 10. На когерентно-оптической установке была выполнена обработка 6 негативов (фрагментов) при использовании 12 фильтров. Первые фотографии в каждой из серий — это изображения, полученные пересъемкой на КОУ без фильтрации; остальные фотографии располагаются в порядке увеличения номера фильтра слева направо. Наиболее интересные, с точки зрения экспертов, варианты обработки фрагментов представлены в виде 5 серий фотографий (отсутствуют фотографии с 4-го фрагмента, не выполнялись из-за недостаточной резкости изображения на негативе). Над сериями обработанных участков изображений располагаются фотоотпечатки сделанные непосредственно с оригинальных негативов.

Необходимо обратить внимание на особенности обработки изображений в когерентно-оптической системе. Дефекты в эмульсионном слое и в подложке (глубокие повреждения, локальные неоднородности и свилю) дают при обработке концентрические картины вокруг этих дефектов. При обработке такие дефекты выявлены на фрагменте № 2 (в области характерной вмятины и на передней части шеи в пределах странгуляционной борозды) и на фрагменте № 5 в центральной части странгуляционной борозды.

Таким образом, в ходе экспертных исследований произведены усиление контраста и резкости, выравнивание плотности и выявление структурных особенностей изображений на фотонегативах. Фототехническая экспертиза дала дополнительную уточняющую информацию, в ходе ее подвергались исследованию представленные на экспертизу фотонегативы и изготовленные с них фотоснимки и фотоотпечатки (позитивы) головы, шеи, части туловища и странгуляционной борозды на шее трупа Каширина Ю.И., на которых в области странгуляционной борозды отобразились индивидуальные следы на передней и боковых поверхностях шеи.

На разрешение экспертов поставлен вопрос: «Не являются ли эти следы следствием дефектов фотосъемки, фотоматериалов или процесса их обработки?».

Исследование представленных фотоматериалов, полученных пересъемкой на когерентно-оптической установке без фильтрации и с фильтрацией, и фотоотпечатков осуществлялось с применением оптических и органолептических методов.

При исследовании использовались следующие приборы:

- оптический микроскоп стереоскопический МБС-9;
- прибор дешифрования негативов ПДН-4;
- набор луп для дешифрования НДЛ-2, включающий обзорную лупу ЛПК-471, штативную лупу ЛПШ-463 и измерительную лупу ЛИ-4-101;
- лупа для просмотра кадров пленки Л-5.

Анализ свойств светочувствительных галогенсеребряных материалов (фотопленок, фотобумаг), характеристик фотографических процессов съемки объектов и химико-фотографической обработки фотоматериалов, проведенный с использованием научно-

технической литературы, ГОСТов и образцов светочувствительных материалов типа негативных фотопленок марки «Фото-32», «Фото-64», «Фото-125», фототехнических пленок типа «ФТ-41» и др., фотобумаг общего назначения типа «Унибром» и др., позволил с учетом особенностей обработки изображений в когерентно-оптических системах объективно ответить на вопрос.

Общие выводы. Для фотосъемки, копирования и фотопечати использовались качественные фотоматериалы отечественного производства. Пониженное качество изображения на некоторых кадрах негатива обусловлено неудовлетворительными условиями освещенности объекта съемки. Дефекты (концентрические картины) на фотоснимках обусловлены особенностями обработки изображений в когерентно-оптической системе и не влияют на дешифрование деталей изображения. Особенности изображений на негативах и позитивах шеи трупа Каширина Ю.И. и странгуляционной борозды на передней и боковых поверхностях шеи являются отображением особенностей сфотографированных объектов и не являются следствием дефектов фотосъемки, фотоматериалов или процесса химико-фотографической обработки данных фотоматериалов. Подтверждением объективного отображения индивидуальных следов в области странгуляционной борозды является и их идентичное наличие на нескольких негативах.

Позитивные фотографические изображения экспериментальных следов сопоставлены с репродукциями позитивных фотографических изображений странгуляционной борозды на передней поверхности шеи Каширина.

Судебно-медицинский анализ улучшенных изображений странгуляционной борозды позволил более точно охарактеризовать петлю, определить ее положение на шее.

Удалось показать, что петля имела пряжку, которая располагалась с передней (!) поверхности шеи (см. рис. 8, а). Но на фотоснимке с места происшествия (см. рис. 7) пряжка располагается сзади (!). Значит, положение петли на шее Каширина менялось!

Но... наш следователь, «обжегшись на молоке, дул на воду». Ну, а если вначале петля была положена на шею с расположением пряжки спереди, а в процессе повисания пряжка сместилась назад? Следователь поставил этот вопрос вполне официально. Ответ на данный вопрос не требует специальных познаний и, следовательно, не входит в компетенцию экспертов. Проверить это опытным путем на манекене не представлялось возможным из-за ряда технических трудностей. Если было относительно просто изготовить манекен, соответствующий Каширину по росту, массе тела и примерному расположению центра тяжести, то оказалось невозможным найти материал, который соответствовал бы коже человека (и при этом был бы анатомически корректно фиксирован на шее манекена) и обеспечивал адекватное сцепление с брючным ремнем. От этого отказались.

Эксперты снова и снова вглядывались в улучшенные фотоснимки странгуляционной борозды и фотоснимки с места происшествия. И... никаких светлых мыслей в голову не приходило. Вот след от пряжки — он на передней поверхности шеи. А это след от подворота тесьмы ремня — он на левой боковой поверхности шеи. Ну и что? Тупик! Тупик... Тупик?

Надев на свою кисть петлю из злополучного ремня, эксперт машинально вращал ее то влево, то вправо. Как же петля могла сместиться при повешении? Если она переместилась в заднее положение по правой боковой поверхности шеи, то подворот ремня оказался бы справа. Значит, пряжка смещалась по левой боковой поверхности. Попробуем... В эту же секунду эксперт стал вдруг испытывать ощущение хищника, долго находившегося в засаде и почувствовавшего наступивший долгожданный миг атаки... Итак, если пряжка смещалась по левой боковой поверхности шеи в заднее положение, то подворот тесьмы ремня вновь оказывался справа. На фотоснимке с места происшествия пряжка была сверху, а подворот ремня располагался ниже, на левом полукольце петли. Следовательно, если мысленно переместить ремень так, чтобы его пряжка располагалась на передней поверхности шеи, то подворот ремня придется на правую (!) боковую поверхность шеи. А если мы вспомним фотоснимки труда, выполненные во время его первичного исследования, то заметим, что странгуляционная борозда образовалась при таком положении петли, когда пряжка располагалась на передней поверхности шеи, а подворот ремня на левой (!) боковой поверхности шеи.

Да, такие выводы формулируются мгновенно: петля на шею Каширина накладывалась

дважды: след от первого положения и есть странгуляционная борозда — при этом пряжка и свободный конец находились спереди. А второе положение петли — оно зафиксировано фотоснимком на месте происшествия, т. е. после первого наложения петля была снята, перевернута (!) и наложена вновь.

Для специалистов приведем наиболее интересные формулировки из выводов экспертного заключения:

1. При первичном и повторном исследованиях на шее трупа Каширина обнаружена странгуляционная борозда. Она образовалась прижизненно, на что указывают кровоизлияния в проекции этой борозды, обнаруженные при секционных и микроскопических исследованиях.
2. Странгуляционная борозда образовалась от сдавления шеи затягивающейся петлей, изготовленной из твердого гибкого (полужесткого) плоского материала шириной около 2 см, о чем свидетельствуют замкнутость борозды, четкая выраженность ее на большем протяжении и соответствующая ширина. . Петля могла быть изготовлена из брючного солдатского ремня, образцы которого представлены экспертам, так как он имеет соответствующую, указанную выше характеристику (см. стр. 62).
3. Странгуляционная борозда на передней и боковой поверхностях располагалась горизонтально, в верхней половине шеи. Описание странгуляционной борозды при первичном и повторном исследованиях трупа, а также имеющиеся в материалах дела фотографии (в том числе улучшенные в ходе оптико-технической экспертизы) не позволяют судить о расположении и направлении борозды на задней поверхности шеи. Следовательно, только по этому признаку (ходу странгуляционной борозды) не представляется возможным судить о том, возникла она при удавлении или повешении в вертикальном положении.

По срединной линии передней поверхности шеи по ходу странгуляционной борозды имеется участок прямоугольной формы. Существование этого участка подтверждается оптико-технической экспертизой, в ходе которой получены достаточно четкие его отображения (при этом следует подчеркнуть, что фототехническая экспертиза исключает происхождение этого изображения в результате фототехнических, манипуляций или каких-то искажений изображения). Форма и размеры этого прямоугольного участка соответствуют форме и размерам экспериментального отиска ленты ремня, продетой через пряжку, которая оказывает локальное воздействие при затягивании петли на шее спереди. Параллельно верхнему краю странгуляционной борозды располагается хорошо видимый на фотоснимках темный вытянутый прямоугольный участок, размерами около 3х0,5 см. Такой же участок, но более слабый и менее четко выраженный, располагается непосредственно у нижнего края. Оба темных участка вместе с участком прямоугольной формы занимают площадь размерами около 3х3 см, по форме приближающуюся к квадратной, что соответствует форме и размерам следов от действия пряжек ремней, образцы которых представлены экспертам. На левой боковой поверхности шеи в 6 см от правого края вышеописанного «прямоугольника» перпендикулярно длиннику странгуляционной борозды проходит хорошо видимая темная поперечная полоса, не являющаяся фототехническим дефектом. Взаимное расположение этой полосы и описанного «прямоугольника» соответствуют взаимному расположению пряжки представленных образцов ремней и краю подвернутой части ленты ремня. Все вышеизложенное указывает на то, что борозда образовалась при плотном горизонтальном затягивании петли на передней поверхности шеи (в направлении сзади кпереди) при условии, что свободный конец ремня продет через пряжку, располагавшуюся соответственно срединным отделам передней поверхности шеи, а край подвернутой части ленты ремня располагался на левой боковой поверхности шеи и соприкасался с кожей. При оптико-технической экспертизе внутри «прямоугольника» выявлено несколько дугообразных вертикально расположенных линий, которые могут быть расценены как внутри-кожные кровоизлияния от ущемления кожи при затягивании через пряжку петли из брючного ремня в направлении сзади наперед.

4. На фотоснимках, выполненных на месте происшествия* видно, что пряжка ремня, затянутого на шее Каширина, располагается на задней поверхности шеи, а подворот ленты ремня располагается слева. Таким образом, указанное в пункте 5 настоящих выводов положение петли на шее не соответствует положению петли на фотоснимках, выполненных на месте происшествия, где пряжка ремня располагается посередине задней поверхности шеи, а под-

ворот ленты— слева. Это дает основание для вывода о том, что петля на шею Каширина накладывалась неоднократно. Отсутствие отображения второй странгуляционной борозды в представленных материалах (описание и фотоснимки) можно объяснить:

— совпадением указанного в пункте 5 положения петли при затягивании ее спереди в верхней половине шеи с положением петли на шее трупа Каширина, зафиксированным на месте происшествия;

— недостаточно четким отображением борозды на первичных снимках;

— нарушением правил судебной фотографии, в результате которого масштабная линейка на задней поверхности шеи оказалась на месте наиболее вероятного расположения странгуляционной борозды.

По этим же причинам в данном случае исключается предполагаемый вариант возможного смещения петли из бокового положения пряжки в заднее (на затылке).

5. При полном висении <в петле возможны лишь кратковременные беспорядочные судорожные движения и полностью исключаются целенаправленные действия повешенного.

6. Принимая во внимание степень выраженности и локализацию трупных пятен, отмеченную при первичном исследовании трупа, есть основания считать, что труп вертикально висел в петле не более 10 ч.

После предъявления «Заключения судебно-медицинских экспертов» Шорников сознался в убийстве Каширина.

Студент Каширин, в отличие от многих других бойцов строительного отряда, оказался крепким орешком. Добросовестно работал, активно и горячо спорил при распределении работ и оценке затраченного труда. Шорников с друзьями и угрожали Каширину, и сулили «войти в долю». Однажды избили. Ничто не действовало. В ту трагическую ночь они решили окончательно сломить волю парня. Увели в сторону заброшенного железнодорожного вагона. Поначалу унижали морально, грязно оскорбляли. Пытались спровоцировать на драку— «поддали». Парень сознательно не сопротивлялся (бесполезно при столь неравных силах), спокойно и с презрением смотрел им прямо в глаза. Наконец, Шорников не выдержал. Отойдя в сторону, снял брючный ремень, продел свободный конец через пряжку и, подкравшись к Каширину сзади, неожиданно накинул ему на шею петлю и резко затянул ее. Севидов подсечкой бил Каширина с ног, и он упал на землю лицом вниз. Шорников, не отпуская ремень, удерживал голову и шею Каширина на весу. Дергая петлей за шею, Шорников продолжал сыпать нецензурную брань и угрозы, но Каширин уже не реагировал. Шорников снял петлю — Каширин был бездвижен. Соучастники испугались. Хотели бежать, но со стороны лагеря послышались чьи-то голоса. Притаившись, выждали, когда голоса стихли. Затем заволокли тело Каширина в полуразрушенный вагон. Здесь и решили имитировать самоубийство... Оба негодяя были осуждены.

Глава 5 КТО ПРОБОВАЛ ШОКОЛАДНУЮ КОНФЕТУ?

Дым повалил из окна квартиры на 2-м этаже. Соседи тщетно пытались достучаться к Фаине Лупер — хозяйке квартиры. Машина пожарной службы прибыла через 5 мин после вызова. Наружная дверь была захлопнута на защелку автоматического замка. Пожарные проникли в квартиру через окно. Тлеи разбросанные на полу предметы одежды и ковровая дорожка. Ликвидировать пожар оказалось нетрудно. Когда рассеялся дым, пожарные увидели мертвую Лупер, лежавшую в постели. На шее погибшей была туго затянута петля из бельевой веревки.

Пожар охватил лишь жилую комнату. Но и во всех остальных помещениях был беспорядок, запущенность, грязь, множество пустых бутылок из-под алкоголя. Прибывший на место происшествия следователь обратил внимание на то, что внешняя сторона всех бутылок была тщательно протерта. На столе стояли пустая бутылка из-под вина, два стакана, лежали два огрызка яблок и две шоколадные конфеты без обертки. Поверхности этой бутылки и стаканов также были чистыми. Бутылка, стаканы, яблоки и конфеты были изъяты в качестве вещественных доказательств.

Сорокалетняя Фаина вела беспорядочный образ жизни, пьянствовала, не имела постоянной работы. В ее квартиру постоянно приходили разные мужчины. Нередко из квартиры доносились пьяные голоса, случались драки. Соседи неоднократно обращались в милицию. Однако после короткого «затишья» все повторялось снова и снова. Был шум в квартире и накануне пожара.

Судебно-медицинский эксперт установил, что смерть Лупер наступила от удушения петлей. Петля на ее шее была затянута посторонней рукой. Следствие начало разрабатывать версию убийства. Найти убийцу было весьма непростым делом, учитывая большой круг случайных людей, в разное время перебивавших в доме погибшей.

Тщательный допрос соседей и постоянных посетителей Лупер позволил среди множества потенциально причастных лиц выявить 65-летнего А.В. Чванова, незадолго до происшедшего события освободившегося из места заключения, где он отбывал 12-летний срок за изнасилование с убийством.

На предметах, изъятых с места происшествия, отпечатков пальцев не обнаружено. Никаких новых в этом отношении данных не дал и повторный осмотр места происшествия. Были выявлены лишь дополнительные следы тщательной уборки комнаты, туалета, ванной и кухни.

Изъятые с места происшествия огрызки яблок и конфеты, а также гипсовые слепки зубов Чванова были направлены в научно-исследовательскую криминалистическую лабораторию для решения следующих вопросов: если на представленных яблоках и конфетах имеются следы зубов человека, то не оставлены ли они Чвановым?

Яблоки оказались полусгнившими, деформированными, первичное состояние следов на их поверхности было существенно нарушено. По этой причине решить вопрос о происхождении повреждений на них не представлялось возможным. Основное внимание криминалист сосредоточил на выявлении и изучении следов на конфетах.

Из заключения эксперта-криминалиста: «...Конфеты шоколадные, с коричневой внешней оболочкой и светло-коричневой внутренней начинкой. Оболочка и начинка твердые, непластичные. Обе конфеты в поперечном своем сечении трапециевидной формы. Первая конфета имеет длину, ширину и высоту соответственно 30, 23 и 1,5 мм, а вторая — 35, 23 и 1,5 мм. Первая конфета откусена с обоих ее концов, а другая только с одного конца. Образованная откусом торцевая поверхность на одном конце первой конфеты неровная, с наличием выступов и углублений. У нижнего края на этой поверхности имеются два параллельно расположенных желобообразных следа зубов с четко выраженными контурами их очертания на этом крае.

Образованная откусом торцевая поверхность на другом конце первой конфеты тоже неровная, с наличием трех параллельных желобообразных следов с четко выраженными контурами у основания конфеты.

Образованная откусом торцевая поверхность на одном конце второй конфеты неровная, с наличием на ней двух желобообразных следов с четко выраженными очертаниями их контуров у нижнего края. Торцевые поверхности, образованные откусами концов обеих конфет, сформировались частично под действием зубов, а частично в результате последующего отлома начинки.

На поверхности следов зубов отсутствуют какие-либо характерные продольные параллельные трассы от режущих кромок зубов.

Контуры следов зубов наиболее четко отобразились у основания конфет. Однако они частично нарушены вследствие высыхания конфет и вызванной им деформацией краев откуса.

Гипсовые слепки зубов верхней челюсти (два слепка) и нижней челюсти (один слепок) А.В. Чванова отображают наличие, форму, размеры и особенности расположения имеющихся у него зубов: 13 — в верхней челюсти (6 справа и 7 слева) и 14 — в нижней челюсти (по 7 с каждой, стороны).

Зубы обеих челюстей характеризуются по размеру как средние и располагаются в один ряд по плавно изгибающейся дугообразной линии, без перекосов и каких-либо других выраженных аномалий; каждый зуб располагается вплотную с соседними зубами, без замет-

ных интервалов между ними.

Сравнительное исследование следов зубов на конфетах с представленными гипсовыми слепками производилось путем непосредственного их сопоставления. При этом было установлено следующее частичное совпадение контуров следов зубов на конфетах и особенностей расположения зубов на гипсовых слепках:

- следов зубов на одном конце конфеты № 1 — с правым центральным и правым боковым резцом нижней челюсти;
- следов зубов на другом конце конфеты № 1 — с правым боковым резцом, правым клыком и правым малым коренным зубом верхней челюсти;
- следов зубов на одном конце конфеты № 2 — с левым центральным и левым боковым резцами верхней челюсти.

Перечисленные совпадения усматриваются лишь в общих очертаниях контуров, обусловленных положением зубов и их размерами, т. е. общими признаками. Поэтому установленные совпадения дают основание для вывода лишь в предположительной форме о том, что указанные следы откуса на концах представленных конфет могли быть оставлены зубами А.В. Чванова».

Если вчитаться в это заключение, в нем легко обнаружить немало огрехов. Вот лишь некоторые из них:

- 1) эксперт априорно рассматривает следы на конфетах как следы зубов человека, полагая, вероятно, раз это кондитерское изделие, предназначенное для человека, то поэтому любые следы на этом продукте может оставить человек и только своими зубами;
- 2) эксперт не пришел к однозначному выводу о принадлежности зубов Чванову; такая формулировка допускает возможность происхождения следов зубов от другого человека, например от Лупер, но, как это очевидно, здесь кроется существенная ошибка — ведь слепки зубов Лупер не представлялись и, следовательно, не исследовались; иначе говоря, происхождение следов зубов на конфетах от Лупер не исключается;
- 3) эксперт нашел частичное совпадение следов на конфетах со слепками зубов Чванова; здесь два спорных положения: во-первых, прежде всего нарушено общепринятое правило о необходимости сопоставления адекватных объектов — либо следов со следами, либо слепка со следов с зубами или слепками зубов; это правило не было соблюдено, — сопоставлялись следы от зубов и слепки зубов. Второе спорное положение в неопределенности самого вывода о частичном (!?) совпадении — что же частично «совпадает»? В чем именно «частичность совпадения»? Иначе говоря, что совпадает, а что различается и почему? На эти вопросы ответа в заключении эксперта нет;
- 4) эксперт не определил (и не пытался определить), зубами какой челюсти (верхней или нижней) оставлены следы зубов на конфетах; во всяком случае, методической ошибкой является формулировка суждения о возникновении следов от действия конкретных зубов до решения вопроса о возможности их возникновения от действия зубов верхней или нижней челюстей;
- 5) эксперт не воспользовался своим процессуальным правом и не заявил ходатайства о непосредственном осмотре зубов подозреваемого; проведи он такой осмотр — наверняка увидел бы, что у Чванова зубов нет — у него протезы и на нижней и на верхней челюстях.

Почему же этого не произошло? Думается, такая мысль и не могла прийти в голову криминалисту — ведь живой человек не является объектом криминалистической экспертизы. Осмотр живого человека требует специальной подготовки, знаний и навыков. Это, несомненно, действие врачебное, судебно-медицинское. Криминалист формально подошел к поставленной задаче: дали объекты, поставили вопросы, он ответил. В результате все исследование приобрело выраженный механистический характер. В таких, далеко не единичных, ситуациях удивляет и позиция следователя, и позиция криминалиста. Ведь оба имеют юридическое образование, имеют представление о судебной медицине и криминалистике, об объектах их исследования и пределах компетенции представителей этих двух специальностей. Последствия пренебрежения прописными истинами приведены.

Но, к сожалению, следователь не стал оценивать заключение с этих позиций. Его лишь не удовлетворяла вероятная, а не категоричная форма суждения эксперта. И он поруча-

ет проведение экспертизы более «смелым» экспертам, и снова — криминалистам.

Так состоялась новая, на этот раз комиссионная криминалистическая экспертиза. Поставлены те же вопросы.

Эксперты не применили каких-либо новых, в сравнении с первичной экспертизой, методов. Исследовали те же объекты. Но что же дополнительное они выявили?

Из заключения комиссии экспертов-криминалистов: «... Конфета № 1 имеет следы откусов с двух торцевых концов. Конфета под № 2 откушена только с одного торцевого конца. Торцевой конец первой конфеты со следами откуса неровный, с наличием валиков и бороздок разной степени выраженности. У нижнего края конфеты на той же торцевой поверхности имеются два параллельно расположенных корытообразных профиля следа зубов с четко выраженными выпуклыми и вогнутыми контурами и очертаниями. Ширина этого следа — 6,2 мм. Рядом расположенный след такой же архитектуры, имеет ширину 5,3 мм. Неровная поверхность на другом торцевом конце конфеты имеет аналогичные следы, но менее четко выраженные. Торцевая поверхность второй конфеты неровная (на одном конце), выступообразная, с характерным расположением параллельно идущих широких бороздок и узких валиков. Ширина этих следов соответственно равна 6,2 мм и 5,3 мм. Оценивая форму, размеры, характерный рельеф следов, представляется возможным сделать вывод о том, что на двух конфетах в зоне торцевых частей имеются следы, которые оставлены зубами человека. Эти следы зубов пригодны для идентификации личности человека, оставившего эти следы в процессе откусывания частей конфет».

Принципиально новым (это нашли эксперты) были валики и бороздки на поверхности следов от зубов. Такие следы остаются, например, от поверхностей режущих краев резцов и открывают возможность идентификации личности. Однако эта существенная и важная находка должна быть документирована, причем документирована с помощью фотоснимка. Но такого снимка в заключении не оказалось, а это сводит на нет приведенное описание «трасс». Почему же эксперты не сделали фотоснимок? Есть некоторые основания сомневаться в том, видели ли эксперты эти «трассы» вообще. Но к этому мы возвратимся позднее.

Есть еще одно принципиальное замечание методического характера. Эксперты обязаны были изначально решить вопрос: сохранились ли следы зубов на конфетах в том виде, в котором их изучал эксперт, проводивший первичную экспертизу? Иначе говоря, во всех таких случаях необходимо убедиться — первичный ли след, первичный ли объект представлен и исследуется при повторной экспертизе. Этого не было сделано. Более того, фотоснимки конфет, приложенные к заключению комиссии экспертов, выполнялись в других ракурсах, поэтому впоследствии оказалось невозможным установить, когда же изменилась конфигурация следов зубов — до проведения второй экспертизы, в процессе ее проведения или после нее. Можно не сомневаться, что перечисленные вопросы практически никогда не ускользают от внимания адвокатов. Это, безусловно, осложняет позицию эксперта в суде и подчас делает невозможной защиту своего заключения.

Комиссия исследовала гипсовые модели «зубов верхней и нижней челюсти Чванова». Описание моделей было достаточно подробное. Но оно мало стоило, если иметь в виду предыдущие рассуждения.

Ключевым моментом второй экспертизы стало сравнительное исследование. Приведем его текст.

«... С целью обнаружения совпадений или различий в общих и индивидуальных признаках строения зубного аппарата Чванова и исследуемых следов повреждений от зубов на торцевых концах двух исследуемых шоколадных конфет проводилось сравнительное исследование методами сопоставления и непосредственного совмещения.

Путем сопоставления следов зубов на конфетах с моделями зубов Чванова было установлено совпадение в форме, размерах и характерных особенностях расположения деталей передних верхних зубов Чванова, а именно совпадение во взаиморасположении деталей двух центральных резцов верхней челюсти Чванова и объемных следов на конфетах.

Результаты проведенных исследований с учетом анатомической картины на следовоспринимающих объектах, какими являются торцевые концы шоколадных конфет, служат основанием для вывода о том, что следы-повреждения на торцевых концах двух исследуе-

мых конфет, изъятых на месте происшествия, оставлены центральными резцами верхней челюсти А.В. Чванова».

Очевидно, что экспертами, во-первых, вновь сопоставляются не подлежащие сопоставлению объекты: слепки (модели) зубов и следы зубов. Во-вторых, авторы экспертизы сообщают, что проводили «сравнительное исследование по методам сопоставления и непосредственного совмещения». Однако в тексте заключения речь идет только о сопоставлении, и вывод о происхождении следов на конфетах от зубов Чванова тоже делается только на основании результатов сопоставления. В-третьих, эксперты не определяли степень устойчивости (повторяемости) отображения формы и размеров следов от конкретных зубов. В-четвертых, манипулируя только со слепками, закрепленными в окклюдаторе, эксперты были лишены возможности имитировать прикус человека во всех трех измерениях. В-пятых, получая следы от действия зубных слепков, эксперты были лишены тех индивидуальных особенностей прикуса, которые свойственны человеку. В-шестых, эксперты дали категорический положительный идентифицирующий вывод на основании только групповых признаков (форма, размеры и взаимное расположение зубов), а не индивидуально неповторимого комплекса признаков личности, включая и частные признаки. В-седьмых, читатель помнит о том, что эксперты описали «трассы» на поверхности следов зубов (т. е. частные индивидуализирующие признаки), однако их не исследовали. Вновь возникает вопрос: были ли «трассы»?

Как бы там ни было, суд получил заключение с категорическим выводом о том, что следы зубов на шоколадных конфетах оставлены Ивановым. Городским судом Чванов был осужден к 12 годам лишения свободы. Однако уже через месяц судебная коллегия Верховного суда РСФСР отменила приговор и возвратила дело в прокуратуру для дополнительного расследования. В своем определении судебная коллегия указала, что к проведению экспертизы по следам зубов не привлекались судебные медики, и предложила провести экспертизу с их участием. Конечно же, это было очевидно с самого начала, но... не станем повторяться о сферах интересов судебной медицины и криминалистики. Обратимся к третьей экспертизе.

Экспертизу выполнили судебно-медицинские эксперты и стоматологи.

Конфета № 1 размерами 34x24x16 мм. Ее основание шероховатое, с множественными поверхностными углублениями круглой и продолговатой формы, размерами от 0,5x0,5 мм до 9x2 мм. Боковые поверхности имеют такой же характер рельефа. Основание и боковые поверхности испачканы светло-коричневыми тонкими наслоениями. Верхняя поверхность имеет гладко-волнистый вид и светло-коричневые наслоения на небольших единичных участках.

Одна торцевая поверхность, имеющая площадь 22x14 мм, неровно-бугристая, со скошенным рельефом. Верхний край этой торцевой поверхности неровный, закругленный, с двумя поверхностными углублениями. Углубления имеют вид неправильных дуг, начинающихся от внешних концов края и сходящихся к его середине. Дуги у внешних концов края и в местах их схождения закруглены и не имеют четких законченных очертаний. Прямая линия, соединяющая концы каждой из этих дуг, равна 7 мм. По нижнему краю также определяются две дуги. Прямая линия, соединяющая концы каждой из этих дуг, равна 6 мм. От нижнего края к середине торцевой поверхности, начинаясь от описанных дуг, отходят два поверхностных углубления желобоватой формы. Очертания этих желобоватых углублений нечетки, прослеживаются на протяжении 5 мм от нижнего края, дно их не имеет какого-либо рельефного рисунка, в том числе у каких-либо продольных «трасс». Желобоватые углубления переходят в выступ, имеющий неровную сглаженную бугристую поверхность. Верхний край этого выступа подходит непосредственно к верхнему краю торцевой поверхности. Боковые края описываемой торцевой поверхности неровные, сглаженные, с дефектами шоколадной оболочки конфеты. Вторая торцевая поверхность конфеты имеет площадь 20x16 мм. Верхний край этой торцевой поверхности неровный, местами сглаженный, закругленный; его контур не содержит участков, которые приближались бы к какой-то правильной геометрической форме. Нижний край неровный и имеет 3 дугообразных углубления. Длина прямых линий, соединяющих концы дуг, равна соответственно 6, 6 и 4 мм. Последние два размера можно измерить только приблизительно, так как концы дуг соединяются друг с другом плавно, без резкого и четкого перехода. Боковые края торцевой поверхности неровные.

Один из у боковых краев выступает в виде неправильной выпуклой дуги по отношению к остальной поверхности торца на 2,5 мм. Второй боковой край образует шоколадная оболочка конфеты, завернутая и плотно спаянная с торцевой поверхностью. Завернутая часть оболочки имеет неправильную прямоугольную форму и размеры 13х7 мм. Рельеф торцевой поверхности неровный: на относительно сглаженной поверхности выступают 4 узких валика, боковые стенки которых образуют с остальной поверхностью торца углы, приближающиеся к прямым. Высота валиков — 0,5-1 мм. Два валика имеют изогнуто-прямолинейную форму и располагаются параллельно боковым краям торца. Один из этих валиков имеет длину 4,5 мм и располагается в 2 мм от бокового края торца, второй имеет длину 9 мм и располагается в 6 мм от того же бокового края. У верхнего и нижнего концов этих валиков проходят третий и четвертый косопоперечные валики, имеющие правильную форму и размеры соответственно 5, 5 и 6 мм. Косопоперечные валики прерывают воображаемые прямые линии, которые можно было бы провести от нижнего края торца к верхнему от концов трех дуг, отмеченных по нижнему краю. Других особенностей рельефа этой торцевой поверхности не выявлено.

Конфета № 2 размерами 36х22х16 мм. Одна торцевая часть конфеты повреждена. Рельеф этой поверхности неровный и по общей форме представляет собой две закругленные площадки, сходящиеся под тупым углом друг с другом в 5 мм от верхнего и 11 мм от нижнего края торца. Нижний край торца расположен косопоперечно по отношению к продольной оси конфеты и представлен тремя неправильными дугами размерами 4, 7 и 8 мм. От этих дуг кверху торцевая поверхность относительно равномерно скошена на протяжении 11 мм. На этом участке торцевой поверхности каких-либо особенностей рельефа не отмечается. Верхний край торцевой поверхности неровный и не имеет каких-либо участков, которые приближались бы по форме к какой-либо правильной геометрической фигуре. Отходящий от верхнего края участок торцевой поверхности неровный. Участок имеет площадь 16х5 мм. На его поверхности отмечаются по 2 парных углубления неправильной продолговатой формы, длинник которых расположен параллельно верхней поверхности конфеты. Углубления имеют размеры около 6х0,5х0,5 мм. Точные размеры не могут быть получены из-за наличия неровностей по краям углублений и сглаженности краев углублений на отдельных участках. Боковые края торцевой поверхности неровные. Общая их форма в виде тупого угла, вершина которого расположена в 6 мм от верхнего края торца. Верхняя сторона угла более пологая, нижняя — более отвесная. Характер остальных поверхностей конфеты соответствует характеру неповрежденных поверхностей конфеты № 1.

Обе конфеты дополнительно рассматривались с помощью лупы, бинокулярного стереомикроскопа МБС-2 при рассеянном, направленном, прямом и скользящем освещении — на их поверхности не выявлено других особенностей, в том числе параллельных «трасс».

Как показал осмотр, повреждения на конфетах образованы зубами человека. Об этом свидетельствовали: наличие дугообразных повреждений по краям поврежденных торцевых поверхностей конфет, степень кривизны и относительно небольшие размеры этих дугообразных повреждений, расположение их на противоположных краях одной торцевой поверхности, одинаковая ориентация выпуклых частей дугообразных повреждений на одной торцевой поверхности, желобоватая форма, небольшие размеры и параллельная ориентация углублений на поврежденных торцевых поверхностях конфет. Расположение дугообразных повреждений на противостоящих краях широких поверхностей конфет, ориентация длинников желобоватых углублений параллельно узким стенкам конфет указывали на то, что откус проводился от широких поверхностей конфет к их середине.

Принимая во внимание большую протяженность и пологость дуг по верхним краям поврежденных торцевых поверхностей, можно было считать, что здесь действовали зубы верхней челюсти.

Обращено внимание и на то, что следы от противостоящих зубов имели разную протяженность. Это свидетельствовало о неравномерном давлении противостоящих челюстей на конфету при откусывании. Это обычно встречается в тех случаях, когда человек, откусывающий конфету, щадит зубы одной из челюстей, например в связи с заболеванием зубов одной из челюстей либо в связи с наличием зубного протеза на одной из челюстей при собственных здоровых зубах на противоположной челюсти. Следовательно, если считать, что

зубы верхней челюсти при откусывании конфет располагались по верхнему краю, то можно было предположить, что либо они были больны, либо на верхней челюсти был протез при сохранении противостоящих собственных зубов на нижней челюсти.

Так или иначе, но возникла необходимость судебно-стоматологического обследования Чванова. Осмотр произведен в следственном изоляторе. Установлено, что на верхней челюсти имеется съемный протез из 12 зубов и одного крючка, закрепленного на 6-м верхнем правом зубе. На нижней челюсти — съемный протез из 9 зубов, закрепленный на четырех резцах и правом нижнем клыке. На 2-м, 3-м нижних правых и 1-м, 2-м нижних левых зубах коронки из белого металла.

Чванову было предложено откусить несколько шоколадных конфет. Он выполнил это. При осмотре конфет оказалось, что следы от нижних зубов, имели большую протяженность, чем от верхних: Чванов щадил свою верхнюю вставную челюсть. Теперь, когда допускалась возможность происхождения повреждений на конфетах от зубов Чванова, стало необходимым конкретизировать это суждение. Для этого следовало вначале убедиться в сохранении первичной картины повреждений, для чего было проведено исследование фотоснимков из первого заключения (фотоснимки из второго заключения были низкого качества и по этой причине не могли быть использованы для указанных целей).

«...На первой группе фотоснимков из первичного заключения изображена поврежденная торцевая поверхность «конфет. Рисунок рельефа поврежденной торцевой поверхности имеет четкие очертания. На одном фотоснимке на торцевой поверхности вблизи нижнего края заметны два желобообразных углубления шириной до 5 мм и протяженностью до 4 мм. На другом фотоснимке четко отобразились три желобоватых углубления шириной до 4 мм и длиной 10, 8 и 3 мм, расположенные ближе к верхнему краю торцевой поверхности. Других особенностей рельефа поврежденной торцевой поверхности на фотоснимках не установлено. На второй группе фотоснимков изображены края поврежденной торцевой поверхности конфет. На двух фотоснимках по краю видны два дугообразных углубления, на третьем фотоснимке — три таких углубления. На фотоснимке края отобразившихся дуг преимущественно гладкие, с мелкими углублениями. Каких-либо параллельных «трасс» на всех фотоснимках не отображено».

Если сопоставить эту картину с состоянием конфет к моменту третьей экспертизы, то можно заметить явную разницу в некоторых деталях. Существенна ли она? Для этого надо выполнить фотоснимки конфет в ракурсах и масштабах, соответствующих их изображениям на фотоснимках в первичной экспертизе. Здесь уже наглядно видна разница в форме и размерах дугообразных повреждений—основного идентификационно значимого материала. Разница выразилась в дополнительных расслоениях начинки, отслолке начинки от оболочки, сужении и сглаживании выступающих элементов рельефа, появлении дополнительных углублений и наслоений на краях и поверхностях повреждений. Для доказательства факта существенного нарушения первоначального вида следов края соответствующих дугообразных повреждений были переведены на кальку и попарно сопоставлены. Вывод очевиден: первичные следы существенно изменились и непригодны для идентификации.

Что же дала третья экспертиза? На первый взгляд, совсем немного: 1) повреждения на конфетах оставлены зубами человека; 2) повреждения возникли в результате откусывания; 3) откусывание произведено в направлении от широких сторон к середине конфеты; 4) при откусывании зубы нижней челюсти располагались со стороны основания конфеты, а верхней челюсти—соответственно с противоположной (верхней) поверхности конфеты; 5) давление зубами верхней челюсти при откусывании было менее сильным; одним из возможных объяснений этого факта может быть наличие на верхней челюсти протеза при сохранении противостоящих здоровых собственных зубов на нижней челюсти (что соответствует состоянию зубного аппарата Чванова); 6) первоначальный вид следов зубов на конфетах существенно изменился, что исключает возможность отождествления человека, оставившего эти следы. Заключение с такими выводами (естественно, сопровождавшимися соответствующей, приведенной ранее фотодокументацией) было направлено следователю.

Это заключение, не опровергая, дополняло выводы первичной экспертизы. Вспомним, что эта экспертиза допускала возможность происхождения повреждений на конфетах от зу-

бов Чванова. Но, как уже говорилось, такая формулировка не исключала происхождение этих следов от другого человека, в частности от Лупер. Поэтому, посоветовавшись с судебными медиками, следователь поставил дополнительную задачу: пользуясь фотоснимками следов зубов, зафиксированных в первичной экспертизе, исключить или допустить возможность происхождения повреждений на конфетах от зубов Лупер.

Вопрос был решен просто. Труп Лупер вскрывал судебно-медицинский эксперт. Он подробно описал состояние зубов. У Лупер сохранилось всего 5 зубов: на верхней челюсти левый малый коренной, на нижней челюсти правые центральный резец, клык и второй большой коренной и левый малый коренной зубы. Иначе говоря, у Лупер не было зубов-антагонистов и не было двух рядом расположенных зубов. Это абсолютно исключало возможность происхождения повреждений на конфетах от зубов Лупер.

Что же особенного в этом деле: в первичной экспертизе дано предположительное заключение о субъекте, оставившем следы, во второй — необъективное категорическое суждение, третья экспертиза поправила это положение. Но одна особенность не позволяет пройти мимо второй экспертизы.

Сравнивая между собой фотоснимки, на которых сопоставлены следы зубов и их снимки при первой и второй экспертизе, можно прийти к выводу, что эксперты действовали далеко не однозначно.

В первой экспертизе эксперт так приблизил гипсовый слепок к краю конфеты, где были дугообразные повреждения, что слепки некоторых зубов повторили форму и кривизну дугообразных повреждений. Совпадение общих признаков позволило эксперту прийти к вероятному заключению.

Как же проводили сопоставление эксперты, проводившие вторую экспертизу? Вот ради этого и стоило привести этот случай. На фото видно, что черная — это шоколадная конфета с места происшествия, а над ней нависает (!) белый слепок зубов Чванова и перекрывает (II) изображение конфеты. Отсюда мнимое «абсолютное совпадение». Даже неспециалисту ясно, что это либо абсолютное невежество, либо умышленная фальсификация. В первом экспертов не заподозришь — оба с достаточно большим экспертным опытом. Значит, остается второе. Но если второе, значит, уголовное преступление и уголовное наказание. Но... оба эксперта трудятся до сих пор на ниве криминалистики. Почему? Ответ на этот вопрос оставим юристам. А Фемида в этом случае смолчала.

Глава 6. ИЗ КАКОГО ОРУЖИЯ СТРЕЛЯЛИ 40 ЛЕТ НАЗАД?

Случай, о котором я хочу рассказать, связан с применением огнестрельного оружия. Он интересен не только фабулой, процессом экспериментального исследования, но и его результатами. При проведении этой экспертизы был применен широкий спектр разнообразных инструментальных и лабораторных методов, которыми воспользовались эксперты. Наибольшую долю составили рентгенологические исследования, причем к разряду оригинальных можно отнести не только отдельные методики, но и весь комплекс применявшихся в данном случае рентгенологических исследований.

Рентгенологические исследования при судебно-медицинской экспертизе огнестрельной травмы отличаются определенным своеобразием, поэтому представляется целесообразным предпослать дальнейшему изложению краткие сведения по этому поводу.

При судебно-медицинской экспертизе огнестрельных повреждений рентгенологические методы применяются для весьма разнообразных специальных задач. Среди них: установление огнестрельного происхождения повреждения, общего характера повреждения костной ткани, локализации повреждений костей и внутренних органов для суждения о направлении раневого канала и степени тяжести телесных повреждений; определение соотношения дробящего и раскалывающего действия огнестрельного снаряда для суждения об его энергии и контактной скорости, о мощности оружия; выявление инородных тел для доказательства их происхождения, в частности для определения вида примененного огнестрельного снаряда; установление степени металлизации кожи или ткани одежды вокруг входного

повреждения для решения вопроса о расстоянии выстрела; определение локализации множественных огнестрельных снарядов и их осколков для построения пространственных моделей; установление числа и взаимного расположения дроби для суждения о характере ее действия (сплошное, относительно сплошное, осыпь); выявление степени заживления огнестрельных переломов для определения давности, исходов и степени тяжести ранения. В зависимости от условий конкретного происшествия, целей экспертизы и возможностей инструментальной базы могут быть решены и другие вопросы, касающиеся определения свойств огнестрельного снаряда и механизма образования огнестрельного повреждения.

Состояние оснащенности судебно-медицинских учреждений рентгеновской аппаратурой не позволяет решать все перечисленные вопросы собственными силами. Однако возможности могут существенно расшириться, если подключить к решению экспертных задач рентгенологическую базу лечебных учреждений, руководители которых по существующему законодательству обязаны оказывать судебным медикам необходимую помощь, предоставляя аппаратуру, врачебный и технический персонал. Поэтому можно считать, что судебно-медицинская экспертиза располагает возможностями проведения рентгеноскопии с использованием стационарных и передвижных аппаратов, рентгенографии с прямым увеличением рентгеновского изображения (РЕЙС, «Электроника-100 Д»), томографии, включая компьютерную, а также использовать различные анализаторы рентгеновских изображений (УАР-1, УАР-2, ИСИ-30 и др.).

Обзорная рентгенография с использованием стационарных и передвижных установок способна решать подавляющее большинство перечисленных задач, однако невысокая разрешающая способность ограничивает возможности этой аппаратуры при необходимости структурного анализа повреждений и инородных тел. Этот недостаток устраняется применением аппаратуры с микрофокусными рентгеновскими излучателями (установки РЕЙС, «Электроника», «Электроника-100 Д»), которые позволяют на рентгенограммах получать изображение объекта, увеличенное в 15-20 раз, с хорошей проработкой частных деталей, что резко повышает информативность исследования.

В отличие от обычных снимков, на которых определяются лишь форма и размеры входной огнестрельной раны и трудно дифференцируемые по плотности включения, на рентгенограммах с 7-кратным прямым увеличением изображения четко выявляются форма дефекта кожи, своеобразный волнистый характер краев с мелкими дополнительными разрывами и раневым каналом, представленным, кроме входной раны, деструктивно измененными тканями и повреждениями со стороны подкожной жировой основы, как правило больших размеров, чем повреждение со стороны поверхности кожи.

Если до попадания в тело пуля преодолела преграду, то рентгенография с прямым увеличением изображения позволяет находить в ране и дифференцировать элементы поврежденной преграды: волокна малой плотности (элементы разрушенной текстильной ткани); множественные мелкие инородные тела металлической плотности со сглаженными контурами этих частиц, их преимущественно круглой, овальной и вытянуто-овальной формой и незначительно различающимися между собой размерами (элементы разрушенной металлической преграды); множественные инородные тела средней плотности с четкими угловатыми контурами, заостренными концами, общей треугольной, ромбовидной или заостренной многоугольной формой (элементы разрушенного стекла); иногда наряду с множественными осколками стекла наблюдаются дополнительные инородные тела металлической плотности за счет отделившихся элементов оболочки пули, прошедшей через преграду.

Использование рентгенографии с прямым многократным увеличением изображения позволяет дифференцировать огнестрельные повреждения, полученные при выстреле через различные преграды, а также различать материал такой преграды. Представляется целесообразным использование этой методики для установления топографии металлических включений и дифференцирования осколков оболочки, сердечника и других элементов огнестрельного снаряда. При изучении огнестрельных повреждений на близкой дистанции можно надежно выявлять диффузную гомогенную металлизацию поверхности кожи входных ран.

Рентгенографию с прямым увеличением изображения можно сочетать с заполнением кожных ран контрастным веществом. В этом случае, выполняя снимки в двух взаимно пер-

пендикулярных проекциях, можно получить представление об объемной форме дефекта кожи в области входных и выходных ран, что открывает возможность их дифференцирования.

Для определения вида огнестрельного снаряда по его форме и размерам рентгеновскую съемку необходимо выполнить в проекции, отображающей боковой силуэт пули. Такие проекции в большинстве случаев отличаются от стандартных. Поэтому съемке должна предшествовать рентгеноскопия, целью которой является поиск указанной оптимальной проекций, в которой затем и выполняется рентгенография.

Для моделирования пространственного (трехмерного) положения инородных тел и их взаимоотношения с костными образованиями и внутренними органами прибегают к томографическому исследованию. Использование для этих целей традиционных томографов сопряжено с длительным и трудоемким процессом. Существенно облегчает задачу компьютерная томография, позволяющая получать большую серию горизонтальных «срезов» через короткие линейные промежутки (1-3 мм), преобразовывать эти изображения в сагиттальной и фронтальной плоскостях и получить при необходимости экспресс-фотоотпечатки «срезов» в заданных проекциях и уровнях.

В научно-исследовательских целях для изучения объема огнестрельного повреждения и связанных с ним нарушений регионального кровообращения применяют микрорентгенографию или участково-послойную рентгенографию с предварительным заполнением сосудистого русла контрастным инъектатом. Процесс формирования огнестрельного повреждения биологических тканей или их имитаторов исследуют с помощью импульсной рентгенографии.

В настоящее время для увеличения объема информации, извлекаемой из рентгенограмм, широко используют разнообразные методы медицинской иконы — науки о закономерностях построения, преобразования и извлечения информации из рентгенографических изображений. Традиционными в этом отношении можно считать фототехнические способы — контрастирование изображений за счет частичной ликвидации полутеней, химическое окрашивание изображений виражами с последующим применением контрастирующих светофильтров, цветное фотографирование на многослойную пленку и др. Тем же целям служит применение аппаратов с микрофокусными излучателями для прямого увеличения рентгеновского изображения.

К числу современных методов медицинской иконы можно отнести электронно-оптическое преобразование рентгенографических изображений с помощью телевизионной техники. Соединение этой системы с ЭВМ позволяет им работать в аналоговом или цифровом режимах. Аналоговый режим отличается быстроедействием, но ограничен кругом решаемых задач из-за ограниченного числа заложенных алгоритмов. В цифровом режиме класс используемых алгоритмов значительно расширен, что увеличивает возможности обработки рентгенограмм. Вполне удовлетворяют потребностям судебно-медицинской практики отечественные аппараты УАР-1, УАР-2 и др., которые могут работать в режиме гармонизации изображения (оптимизация резкости и контрастности изображения с выявлением большего числа мелких деталей изображения), амплитудного рельефа (изменение ракурса изображения, позволяющего «рассматривать» его с разных сторон и получение псевдообъемного эффекта изображения), перевода полутонового изображения в дискретное по заданному уровню оптической плотности с последовательным изучением всего спектра оптических плотностей исходного изображения в черно-белом или цветном вариантах. Применение современных методов медицинской иконы с использованием ЭВМ позволяет на качественно более высоком уровне анализировать рентгенограммы не только в качественном, но и в количественном отношении.

В какой мере помогают решению сложных экспертных вопросов рентгенологические методы при проведении конкретной судебно-медицинской экспертизы, и демонстрирует следующее наблюдение.

С.И. Цымбалюк старый солдат, участник Великой Отечественной войны. Был ранен. Стал инвалидом, но справок о ранении представить не мог. Не помогли архив Военно-медицинского музея в Ленинграде и архив Министерства обороны в Подольске. В таких случаях для установления факта и характера причиненного ранения проводится судебно-

медицинская экспертиза. Экспертное исследование в подобных ситуациях бывает особенно успешным, если при рентгенологическом исследовании находят пулю или осколок. Форма и размеры пули позволяют установить ее разновидность, т. е. принадлежность конкретным отечественным или иностранным боеприпасам. Но как определить вид разрушившейся пули, фрагменты которой обнаруживают в теле пострадавшего при рентгенографии? Именно такой вопрос пришлось решать в январе 1987 г. при обследовании воина-ветерана-инвалида, получившего ранение в 1942 г., т. е. за 45 лет до назначения экспертизы.

Осколки в теле пострадавшего выявляли и раньше при рентгенографических исследованиях. На одной из этих рентгенограмм - один крупный и несколько мелких инородных тел металлической плотности в мягких тканях правой паховой области, но прежде, чем наметить план инструментального обследования, инвалид был осмотрен судебно-медицинским экспертом. Обстоятельства травмы он помнил плохо («сколько времени прошло, да и возраст...»).

При осмотре обнаружено следующее: мужчина пожилого возраста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Ходит с палкой, заметно хромая на правую ногу. Сгибание в правом тазобедренном суставе несколько ограничено. На коже правой половины лобковой области на границе с верхним краем мошонки на высоте 87 см от подошвенной поверхности стоп и на расстоянии 3 см от середины спинки полового члена располагается рубец округло-овальной формы размерами 2,5х2 см, больший размер его располагается горизонтально. Рубец белесоватого вида, мягкий, подвижный, безболезненный, с подлежащими тканями не спаян. Кожа в области его истончена, имеет лучистый вид за счет множественных слабо выраженных радиальных складок, сходящихся в центре рубца, где имеется участок западения округлой формы диаметром 0,5 см; глубина западающей части 0,4 см. В целом это западение придает рубцу вид втянутой воронки. Расстояние между центром рубца и проекцией боковой поверхности правого бедра 10 см. Края рубца имеют неровные фестончатые контуры, слабо контрастирующие с окружающей кожей. Потирание рубца и прилежащих участков кожи пальцем более заметной границу рубца не делает. При пальпации в области рубца каких-либо очаговых уплотнений не определяется. В окружности рубца на коже лобковой области, правого бедра, мошонке и половом члене каких-либо следов повреждений в виде рубцов или внедрившихся в кожу мелких инородных тел не отмечается; при пальпации этих участков каких-либо очаговых уплотнений не выявлено.

С целью обнаружения инородных частиц, внедрившихся в кожные покровы в области рубца и прилежащих участков передней брюшной стенки, правого бедра и мошонки, произведена съемка этой области тела в отраженных инфракрасных лучах. Условия съемки: освещение — две лампы накаливания по 150 Вт, камера ФК 13х18 см, негативная пленка «Инфра-840», светофильтр КС-18. При изучении позитивных отпечатков с полученного негатива каких-либо признаков наличия инородных частиц, внедрившихся в кожу в зоне рубца и прилежащих участков кожных покровов, не установлено.

Для выявления особенностей строения рубца, а также возможных изменений кожных покровов в зоне рубца произведена съемка этой области тела в отраженных ультрафиолетовых лучах. Условия съемки (в затемненном помещении): освещение — ртутно-кварцевая лампа ПРК-4 со светофильтром УФС-1, камера «Киев-88» 6х6 см, негативная пленка «Фото-65». При изучении позитивных отпечатков с полученного негатива, кроме подчеркнутого лучистого, тяжистого строения рубца, каких-либо особенностей как в области рубца, так и прилежащих участков кожных покровов не выявлено.

Форма, размеры рубца, состояние кожи над рубцом, вид рубца в ультрафиолетовых лучах указывали на то, что давность его образования была не менее 3-5 лет. Но это, по понятным причинам, не решало главной поставленной перед экспертами задачи — попытаться установить возможность возникновения рубца на месте ранения, полученного в 1942 г. — во время войны. Поэтому, основной акцент был сделан на рентгенологическое обследование.

Поначалу была выполнена обзорная рентгенография области правого тазобедренного сустава. На рентгенограммах, выполненных в прямой проекции, определялись явления выраженного деформирующего артроза с наличием краевых костных разрастаний по краям суставной впадины и умеренной деформации головки бедренной кости за счет «наплыва»

костной ткани в нижнемедиальной части головки. Кроме этого, выявлено наличие инородных тел металлической плотности на общей площади 105x27 мм. Эти инородные тела располагались: в проекции большого вертела бедренной кости (одно), головки бедренной кости (три), нижней ветви седалищной кости (пять). Они условно обозначены цифрами с 1 до 9. Два инородных тела (№ 1 и 2) плотно прилежали к кости с частичным внедрением в нее. Вокруг инородного тела № 1 в области большого вертела определялась слабо выраженная зона остеопороза. Остальные инородные тела располагались в толще мягких тканей передней поверхности бедра.

Учитывая проекционное увеличение истинных размеров объектов на рентгенограммах, был введен поправочный коэффициент, который равнялся отношению истинных размеров объекта-масштаба (металлическая спица) к размеру его изображения на рентгенограмме. Для прямого и бокового рентгенографических снимков коэффициент увеличения равнялся 1,11. Размеры инородных тел, определенные по прямой рентгенограмме с учетом поправочного коэффициента, оказались равны: № 1 — 5,4x2,7 мм; № 2—24,3x17 мм; № 3 — 7,2x5,4 мм; № 4 — 2,7x0,8 мм; № 5 — 13x0,9 мм; № 6 — 1,2x0,9 мм; № 7 — 2,7x0,9 мм; № 8 — 1,8x0,9 мм, № 9 — 2,7x2,3 мм. Форма этих инородных тел на прямой рентгенограмме была различной: инородное тело № 2 (самое крупное) — неоднородное по плотности, неправильно-овальной формы; медиальный край его ровный, верхний край — слегка неровный за счет мелких западений и выступов; край осколка, обращенный кнаружи и книзу — с неровными контурами за счет неравномерных по высоте выступов и углублений, придающих этой части инородного тела зубчатый характер. Инородное тело № 1 — почти правильной прямоугольной формы с четко выраженными углами у нижнего его конца и закругленным верхним концом; края относительно ровные, местами с очень мелкими едва различимыми западениями и выступами. Инородное тело № 3 — неправильно-овальной формы с ровными краями почти на всем протяжении, за исключением верхнего края, где отмечаются два небольших выступа с относительно ровными очертаниями. Остальные инородные тела (небольших размеров) округлой, неправильно-округлой, дугообразной формы с относительно неровными, несколько сглаженными контурами, без резких углов, выступов и западений.

При рентгеноскопии правой тазовой области под визуальным контролем телу свидетельствуемого последовательно придавались различные положения по отношению к центральному лучу рентгеновской трубки. Отдельные позиции фиксировались прицельными снимками. В частности, был сделан снимок в положении, при котором инородное тело № 2 было выведено в ракурс наибольшего по длине и наименьшего по ширине размера (последующие измерения проводились в этой проекции). При этом одна из концевых частей оказалась эллипсовидной формы с дугообразным ровным краем. Передне-задний размер инородного тела № 2 почти вдвое меньше бокового. В проекции этого инородного тела, представленной наименьшим боковым размером и вытянутым эллипсовидным верхним концом, произведено измерение расстояния от наиболее удаленной верхней точки до западения в виде угла, близкого к прямому. Этот размер составляет 21-22 мм, что в пересчете с поправочным коэффициентом данного рентгеновского аппарата, равным 0,7, составляет 14,7—15,4 мм. В этой же проекции изображение инородного тела представлено сплошной плотной однородной полоской, максимальная ширина которой равна 11-12 мм, минимальная — 9 мм, что в пересчете с поправочным коэффициентом составляет 8 и 6 мм.

На компьютерном томографе «Соматотом ДР-3» на протяжении 7 см произведены поперечные томографические «срезы» области правого тазобедренного сустава в зоне расположения инородных тел. Толщина среза 4 мм, шаг стола 4 мм. Четкие формы и точные размеры изображений крупных инородных тел из-за большой разницы в плотности инородных тел и окружающих тканей получить не удалось в результате сильных помех в виде сплошной зоны лучей, расходящихся от инородных тел. Вместе с тем при томографическом исследовании создалось представление о пространственном взаимном расположении инородных тел, что было использовано (вместе с данными рентгеноскопии) для построения пространственной модели.

На основании данных, полученных при изучении рентгенограмм в прямой, боковой проекции и компьютерных томограмм, была построена пространственная модель располо-

жения инородных тел. Для этого был использован препарат правой бедренной кости, на котором с помощью проволоки и пластилина было воспроизведено пространственное расположение инородных тел в правой тазобедренной области. На макете видно, что самое крупное инородное тело прилежит к переднемедиальному краю головки бедренной кости, а другое — к передней поверхности большого вертела. Остальные инородные тела — за пределами кости. В соответствии с локализацией рубца в правой лобковой области в макет было введено кольцо-имитатор рубца. При этом оказалось, что все инородные тела и рубец располагаются в пределах полосы шириной до 30 мм (во фронтальной проекции) и кольца диаметром 18 мм (в сагиттальной проекции).

Итак, у С.И. Цымбалюка обнаружен старый рубец на правой половине лобковой области и 9 инородных тел металлической плотности преимущественно в мягких тканях верхней трети правого бедра и области правого тазобедренного сустава.

Инородные тела представляют собой осколки фрагментированной пули, что подтверждается: 1) их металлической плотностью; 2) разнообразием формы; 3) малыми (большинство) и относительно крупными (одного) размерами; 4) при относительно небольших размерах колебанием размеров в широких пределах от 1,2x0,9 до 24,3x17 мм; 5) существенным преобладанием продольного размера над поперечным у наиболее крупного из них; 6) относительно правильной, приближающейся к эллипсовидной, геометрической формой одного из краев самого крупного инородного тела; 7) сочетанием острозубчатой и сглаженной формы краев у одного и того же инородного тела; 8) расположением всех осколков на участке слегка расширяющейся узкой цилиндрической формы.

Неровные, но несколько сглаженные края мелких инородных тел, их малые размеры позволили считать эти инородные тела фрагментами частично разрушенного свинцового сердечника. Крупные размеры наибольшего инородного тела, наличие на одном из его участков края относительно правильной геометрической формы, сочетание ровных, острозубчатых и неровных сглаженных контуров его изображения на рентгенограммах указывали на то, что это инородное тело может представлять собой разорванную и развернутую оболочку пули, причем проекция оболочки на рентгенограмме вполне могла совпадать с проекцией основной части свинцового сердечника.

Приведенные характеристики рубца и инородных тел давали основание считать, что у С.И. Цымбалюка имелось слепое огнестрельное ранение правой лобковой области верхней трети правого бедра и области правого тазобедренного сустава.

Это повреждение не было причинено осколками артиллерийского снаряда, на что указывали множественность осколков, их относительное компактное расположение на небольшой площади, сочетание мелких и относительно, крупных осколков, разнотипный характер формы их контуров. Ранение не было причинено и осколками гранаты, о чем свидетельствовали множественность повреждений на ограниченном участке тела при отсутствии повреждений на других, как прилегающих, так и удаленных от зоны поражения, участках тела.

Среди инородных тел не обнаружено деталей специальных устройств (стаканчика, ударника, капсюля), являющихся специальными конструктивными элементами разрывных пуль.

Поражающий огнестрельный снаряд до попадания в тело С.И. Цымбалюка взаимодействовал с какой-то прочной твердой преградой (например, частью оружия, возможно, находившегося у него в руках), в результате чего нарушились целостность пули и ее прочностные свойства. При этом была утрачена и часть кинетической энергии. На это указывало сочетание следующих объективных фактов: фрагментирование огнестрельного снаряда, небольшая глубина проникновения осколков при условии повреждения ими мягких тканей, неровный фестончатый характер краев рубца, размеры рубца, превышающие в несколько раз калибр пуль патронов к штатному (7,62-9 мм) огнестрельному ручному оружию.

В связи с вопросом о возможности причинения ранения Цымбалюку 9-мм пулей к немецкому автомату были изучены тактико-технические свойства соответствующих боеприпасов. Для этого были использованы следующие литературные источники: Е.Н. Тихонов «Ручное длинноствольное и среднествольное огнестрельное оружие» (М., 1979); «Патроны ручного огнестрельного оружия и их криминалистическое исследование» (под ред. А.И. Усти-

нова и М.М. Блюма. — М., 1982), а также исследованы натуральные пули, извлеченные из патронов немецкого производства к среднествольному и короткоствольному оружию.

Результаты изучения литературы и боеприпасов: к автомату немецкого производства выпускались 9-мм патроны пистолетного типа «0,8» («Парабеллум») следующих четырех вариантов по форме: 1) тупоконечная со сферической вершушкой; 2) тупоконечная с эллипсовидной вершушкой; 3) с конической вершушкой; 4) с усеченной трапециевидной вершушкой. Материал оболочки — латунь, железо, плакированное томпаком; толщина оболочки — 0,5 мм; калибр — 9 мм; длина—15... 15,5 мм; материал сердечника — свинец, сталь, ширина сердечника — 8 мм; длина сердечника — 14 мм.

Сопоставление формы и размеров рентгеновского изображения наиболее крупного осколка (эллипсовидная форма одного из краев, полученные расчетным путем с учетом поправочного коэффициента поперечный размер — 6-8 мм и продольный размер в пределах участка правильной геометрической формы — 14,7-15,4 мм) и тактико-технических конструктивных особенностей 9-мм пули патронов «Парабеллум» к штатному ручному огнестрельному оружию немецкого производства (эллипсовидная форма головной части пули, ее длина — 15 мм, диаметр сердечника — 8 мм, оболочечный тип пули) допускает возможность причинения ранения пулей указанного образца.

Специальными методами исследования в зоне рубца правой лобковой области следов действия порошинок и копоты, являющихся признаками близкого выстрела, не обнаружено.

Направление раневого канала, начинающегося в правой половине лобковой области, — слева направо, незначительно снизу вверх и спереди назад по отношению к обычному положению тела вертикально стоящего человека, на что указывают взаимная локализация рубца и осколков, расположенных на участке узкой, слегка расширяющейся цилиндрической формы в косо-поперечном направлении по отношению к правому бедру.

Конечно же, это наблюдение без каких-либо дополнительных комментариев оправдывает свое место в рубрике судебно-медицинской казуистики. Есть все основания согласиться с тем, что результатами экспертизы были удовлетворены не только ветеран войны, но и эксперты, проводившие это интересное исследование.

Глава 7. АВТОМОБИЛЬ ИЛИ ШТАНГЕНЦИРКУЛЬ?

Вдавленный перелом свода черепа. Это тот частный случай, когда эксперт может показать свое умение наиболее полно охарактеризовать свойства тупого предмета, причинившего этот перелом. Сопоставляя характер перелома с особенностями повреждений кожных покровов, можно, не отходя от секционного стола (конечно, если речь идет о смертельном случае), определить размеры, форму и рельеф травмирующей поверхности предмета; если же представлены предполагаемые орудия травмы, то исключить или допустить возможность причинения повреждений каждым из представленных предметов по указанным общим признакам. Но что представляется очень важным — работа специалиста не должна ограничиваться этим, первичным этапом экспертного анализа. Исходные суждения должны быть использованы для планирования последующих лабораторных исследований, целью которых должна стать дальнейшая углубленная характеристика повреждающего предмета, включая стремление установить конкретный экземпляр орудия травмы.

Иногда приходится слышать: все это надо делать, если, следствием поставлены соответствующие вопросы. А если вопросы не поставлены? Если следователь недостаточно опытен? Если «та самая» версия пока не находится в поле его зрения? Может ли пассивность эксперта быть приемлемым оправданием? Ведь хорошо известно, что несвоевременное исследование иногда исключает возможность решения вопроса в последующем; в таких случаях не помогут и опытные эксперты, и совершенное оборудование, поскольку либо не были взяты для дополнительного исследования необходимые объекты, либо эти объекты не сохранены, либо они утрачены в процессе полностью или частично разрушающих лабораторных исследований и т. д. Следовательно, чем более информативны первичные исследования, тем большая ответственность по полноценному и всестороннему планированию дополни-

тельных исследований ложится на эксперта.

Иллюстрации приведенных положений и посвящено следующее наблюдение.

Около 20 ч 21.10.87 г. пьяные Бородин и Щелчков — учащиеся СГПТУ — учинили драку в своем общежитии, в ходе которой избили несколько человек. Выйдя из общежития, они встретили незнакомого им Карасева — учащегося того же СГПТУ. Видя агрессивное настроение пьяных парней, Карасев предпринял попытку убежать от них. Не догнав Карасева, Бородин и Щелчков остановили попутную Машину, угрожая водителю, велели преследовать убегающего. Когда машина поравнялась с Карасевым, они выскочили и принялись его избивать. Били в лицо и по туловищу не только руками, но и ногами. Оставили его, когда Карасев затаих, оставшись лежать на проезжей части дороги, рядом с тротуаром.

Около 22 ч лежащего Карасева заметили шофер и пассажир проезжавшей мимо автомашины такси. «Наверно, пьяный», — заметил водитель. «Непохоже, возвратитесь» — ответил пассажир. Машина успела проехать 50-60 м. Но шофер остановил ее, включил заднюю передачу и подъехал к лежащему. Вот как описывают оба положение Карасева на месте его обнаружения: «Парень лежал на проезжей части на животе лицом вниз в полуметре от поребрика левого тротуара, головой в направлении движения автомашины. Тело было вытянуто вдоль поребрика тротуара. Голова непокрыта. Под головой была большая густая лужа свернувшейся крови». Пассажир оказался врачом. Выйдя из машины, он подошел к лежащему: пульса, дыхания, реакции зрачков на свет не обнаружил. Тем не менее вместе с водителем кое-как втащили Карасева на заднее сиденье. Через 10 мин он был доставлен в приемное отделение специализированной больницы (ничего необычного не произошло. Шофер и пассажир выполнили свой общечеловеческий долг. Но впоследствии водитель будет ругать себя за то, что остановился).

В больнице пострадавший осмотрен нейрохирургом: состояние крайне тяжелое, арефлексия, реакция на болевое воздействие утрачена, пульс нитевидный, 90 уд/мин, АД 60/0 мм рт.ст.; дыхание самостоятельное, поверхностное — до 36 в 1 мин; зрачки расширены, на свет не реагируют, роговичные рефлексы отсутствуют. В затылочной области обнаружена ушибленная рана, в глубине которой виден оскольчатый перелом кости. Начаты срочные реанимационные мероприятия, пострадавшего стали готовить к операции. Однако в 23 ч 05 мин наступила смерть. Клинический диагноз: открытая черепно-мозговая травма с оскольчатым переломом затылочной кости, ушибом головного мозга тяжелой степени, внутричерепной гематомой, отеком и дислокацией головного мозга.

Вскрытие произведено на следующий день. Из заключения судебно-медицинского эксперта: «Наружное исследование. ...В затылочно-теменной области две параллельные, дугообразной формы раны. В левой скуловой области с переходом на левую щеку ссадина неопределенной формы, размерами 7х4,5 см. В правой скуловой области и в области правой брови две ссадины неправильно-овальной формы размерами 1х4 см и 4х3,5 см... На слизистой оболочке правой половины нижней губы рана с неровными краями темно-красного цвета, размерами 2,5х0,6 см. Правые 1-й и 2-й зубы на верхней челюсти отсутствуют, лунки зубов кровоподтечны, темно-красного цвета. В преддверии рта темная жидкая кровь. На правой половине подбородка рана овальной формы с неровными краями размерами 3,5х0,6 см. Концы ее закруглены. Дном раны является неповрежденная нижняя челюсть. В окружности раны осаднение кожи размерами 7х4 см, распространяющееся на переднюю поверхность шеи... Внутреннее исследование. В мягких тканях головы затылочной и лобной областей два блестящих темно-красного цвета кровоизлияния, толщиной до 0,5 см, размерами соответственно 11х8 см и 7х9 см. В области затылочной кости справа вдавленный перелом, имеющий веретенообразную форму, размерами 8,3х4,4 см, переходящий в правую теменную кость. В полость черепа вдавлено два фрагмента, имеющих также веретенообразную форму: левый фрагмент размерами 6х3,1 см, правый — 3х1,3 см. Угол, образованный двумя вдавленными фрагментами, примерно 120-130°. Наибольшая глубина проникновения фрагментов в полость черепа 1 см. Другие кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка цела, не напряжена, бледная. В синусах ее следы жидкой крови темно-красного цвета. Мягкие мозговые оболочки тонкие, блестящие. Под ними, в области левой лобно-височно-теменной доли с переходом на основание головного мозга блестящее темно-красного цвета

кровоизлияние, толщиной до 0,3 см, размерами 12х10 см. В области правой лобной и переднего полюса правой височной Долей головного мозга два участка темно-красного цвета, без повреждения мягких мозговых оболочек на площади соответственно 3х3 см и 5х4 см. В глубине в белом и сером веществе в пределах 0,9-1,2 см множественные темно-красного цвета мелко- и крупноточечные кровоизлияния. Граница серого и белого вещества отчетливо различима. В полостях мозговых желудочков кровянистая жидкость. Внутренняя оболочка их блестящая, бледно-синюшного цвета. Ядра основания головного мозга хорошо различимы. В дне IV желудочка множественные точечные темно-красные кровоизлияния. Варолиев мост дряблый, уплощен. В глубине его многочисленные темно-красного цвета кровоизлияния, расположенные симметрично, в основном выше силвиева водопровода. Борозды головного мозга резко сглажены, извилины уплощены. Сосуды основания головного мозга со спавшимися тонкими эластичными стенками».

По результатам вскрытия поставлен диагноз: «Открытая тупая травма головы: вдавленный перелом затылочной кости справа; ушиб головного мозга в области правых лобной и височной долей; субарахноидальное кровоизлияние в области левых лобной, височной и теменной долей головного мозга; кровоизлияние в мягкие ткани головы в лобной и затылочной областях; ушибленные раны затылочной области (по клиническим данным); ушибленная рана в области подбородка; множественные ссадины лица; травматическая экстракция правых 1-го и 2-го зубов верхней челюсти с кровоизлияниями в лунки; рана слизистой оболочки нижней губы справа. Отек и дислокация головного мозга; сглаженность борозд и уплощенность извилин головного мозга; уплощение варолиева моста; кровоизлияние в варолиев мост и дно IV желудочка. Операции: первичная хирургическая обработка ран затылочной области, ушивание их (22.10.87 г.)».

Представляют интерес выводы, которые сформулировал эксперт.

«1. Смерть В.Н. Карасева последовала от отека и дислокации головного мозга, которые развились в результате тупой травмы головы, сопровождавшейся переломами костей черепа, ушибом головного мозга и кровоизлиянием в мягкие мозговые оболочки.

2. При исследовании трупа В.Н. Карасева установлены следующие телесные повреждения: вдавленный перелом затылочной кости справа, ушиб головного мозга в области правой лобной и височной долей, кровоизлияние под мягкие мозговые оболочки в области левых лобной, височной и теменной долей, кровоизлияние в мягкие ткани головы в лобной и затылочной областях, ушибленная рана подбородка, травматическая экстракция 1-го, 2-го зубов верхней челюсти справа с кровоизлияниями в лунки, рана слизистой оболочки нижней губы справа, множественные ссадины лица, ушибленные раны затылочной области (установлены клинически).

3. Все указанные телесные повреждения носят характер тупой травмы и причинены тупым твердым предметом, каковым могла быть кисть, сжатая в кулак, обутая нога и др.

4. Учитывая характер перелома затылочной кости, считаю, что это повреждение могло быть причинено в результате удара тупым твердым предметом с ограниченной ударяющей поверхностью или предметом, имеющим грань.

5. Не исключается возможность причинения указанного повреждения при падении с высоты собственного роста и ударе затылочной областью о тупой твердый предмет, имеющий грань.

6. Маловероятно, что указанные телесные повреждения явились результатом автомобильной травмы (удар, переезд, наезд).

7. Незадолго до смерти В.Н. Карасев был трезвым, что подтверждается отрицательным результатом исследования крови на наличие алкоголя при поступлении его в больницу и отрицательным результатом судебно-химического исследования крови, которое производилось посмертно.

8. При наличии имевшихся телесных повреждений В.Н. Карасев мог непродолжительно короткое время передвигаться».

Следователя не удовлетворили эти выводы. Почему? Прежде всего, потому, что почти все выводы (кроме 7) никак не обоснованы. Эксперт лишь сформулировал ряд положений, но ничем их не подтвердил. Уже одно это является основанием для назначения дополнительной или повторной экспертизы. Однако у следователя возникли и некоторые другие недоумения.

В пункте 3 эксперт указал, что все (!) обнаруженные у В.Н. Карасева повреждения причинены тупым твердым предметом, т. е. речь идет недвусмысленно о том, что действовал какой-то один тупой предмет (пусть многократно, но один): «кулак, обутая нога и др.» Однако настораживает пункт 4, где отдельно рассматривается перелом затылочной кости и приводятся свойства причинившего его предмета: «с ограниченной ударяющей поверхностью» или «имеющего грань». Если все повреждения - могли быть причинены «кулаком», «обутой ногой» (см. пункт 3), то их никак нельзя отнести к предметам, «имеющим грань». А если так, то, следовательно, не все, а лишь только часть (пусть даже большая) повреждений могла быть причинена «кулаком», «обутой ногой».

И уж совсем ни на чем не основывается и противоречит предыдущим пункт 6, указывающий на вероятность (хотя и малую) возникновения повреждений в результате автомобильной травмы: удара, переезда, наезда. Согласно общеизвестной современной классификации автомобильной травмы, «удар» и «наезд» являются синонимами при обозначении автомобильной травмы. Уже поэтому их не следовало ставить в один ряд. Но, если допустить возможность получения повреждений при наезде, то он характеризуется определенной фазностью травмы: первичный контакт, забрасывание на капот (при травме легковым автомобилем), падение на грунт и последующее скольжение по его поверхности. Иначе говоря, должна быть определенная совокупность нескольких групп повреждений, которые возникли от ударов и трения. Таких повреждений у Карасева не имелось. И тем более не было никаких повреждений от сдавливания его тела (или части тела) вращающимся колесом движущегося автомобиля — повреждения в таких случаях столь характерны, что механизм их возникновения очевиден, и его установление, как правило, не вызывает затруднений. В связи с этим в пункте 6 смущает прежде всего первое слово «маловероятно». Оно допускает, хотя и с малой вероятностью, возможность возникновения повреждений у Карасева в условиях автотранспортного происшествия, в то время как такую возможность в данном случае можно исключить. Однако этот неосторожный вывод сыграет свою негативную роль в будущем.

Знакомясь с выводами эксперта, можно с огорчением констатировать, что он пытался создать видимость глубокого анализа, насытив выводы разного рода предположениями (к сожалению, ничем не обоснованными), и в то же время не стал решать вопросы, которые в этом случае были не только возможными, но и обязательными.

Если эксперт пришел к выводу, что травмирующий предмет имел ограниченную ударяющую поверхность, то он обязан был охарактеризовать размеры, форму и рельеф этой поверхности. Но не сделал этого. Была ли у него такая возможность? Несомненно! Более того, он даже изъяс поврежденный свод черепа. Не требовалось никакой специальной аппаратуры (достаточно было простой лупы) для того, чтобы получить дополнительное представление о свойствах травмирующей поверхности предмета. Таких исследований эксперт не провел. Может, несколько «оправдывающей» его бездействие являются существующие ведомственные требования о необходимости (!) проведения подобных исследований в физико-технических подразделениях Бюро судебно-медицинской экспертизы. На мой взгляд, это один из образчиков формально-бюрократического свойства в учреждениях судебно-медицинской экспертизы. Где принципиальная граница между тем, что может (и, следовательно, должен) делать эксперт-танатолог и что он не должен делать, и что обязан исследовать эксперт физико-техник? Здесь может быть единственный ответ: если для первого нет необходимости применять специальную аппаратуру, то он и должен решать поставленный вопрос, сообразуясь со своими знаниями и умением.

Итак, у следователя оказалось достаточно оснований для назначения новой (комиссионной) судебно-медицинской экспертизы.

Отвлечемся еще раз. После проведения первичной экспертизы по существующему закону (ст. 81 УПК РСФСР) могут быть проведены два вида экспертизы: дополнительная и повторная. Первая проводится в случае недостаточной ясности или полноты заключения, вторая — при необоснованности заключения эксперта или сомнений в его правильности. Вполне естественно, следователь в своем постановлении должен привести эти конкретные основания для назначения дополнительной или повторной экспертизы, но почему-то он делает это не всегда, предпочитая не предусмотренные уголовно-процессуальным законо-

дательством термины «комиссионная» или «комплексная» экспертиза. Не настаивают на уточнении процессуального характера экспертизы ни эксперты, ни руководители экспертных учреждений, поскольку такие основания, как «недостаточная полнота», «необоснованность заключения», «сомнения в его правильности», прямо или косвенно указывают на невысокий профессиональный уровень специалистов, принимавших участие в первичном экспертном исследовании и в определенной степени свидетельствуют о профессиональном неблагополучии в учреждении в целом. Однако эти, личные и ведомственные, воззрения имеют сугубо субъективный характер. При назначении новой экспертизы они не должны влиять на необходимость четко указывать на характер экспертизы (дополнительная или повторная) и основания для ее назначения.

Но продолжим изложение и приведем некоторые положения из заключения комиссии пяти опытных, судебно-медицинских экспертов, подписавших экспертное заключение вместе с руководителем экспертного учреждения. Эта экспертиза в данном случае должна рассматриваться как повторная, поскольку выводы первичной экспертизы были необоснованными.

Комиссия экспертов построила свои выводы на результатах изучения материалов дела, исследования свода черепа Карасева и дополнительного осмотра места происшествия. Если первые два вида исследования представляются необходимыми, то осмотр проезжей части оживленной улицы спустя 3 мес после происшествия с самого начала представлялся малоперспективным. Да и на деле оказался совершенно неинформативным.

Что же нового нашла комиссия экспертов? Никаких новых материалов дела она не изучала: только короткую историю болезни и первичное заключение эксперта. Поэтому новая информация могла быть получена только при изучении свода черепа Карасева. Приведем описание результатов этого исследования: «При осмотре свода черепа обнаружено: в области правой теменной кости, в задневыступающем квадранте, имеется вдавленный перелом размерами 8х3 см, состоящий из двух отломков, расположенных под углом 45° друг к другу. Размеры отломков — 7,5х2,5 см и 4х1 см. Между отломками хорошо контурируемая борозда шириной 0,8 см, длиной 9 см, заканчивающаяся вдавлениями в переднем углу перелома теменной кости и сзади, переходящая через затылочный шов, на 3 см на затылочную кость. Отломки вдавлены на глубину до 1,5 см, удерживаются на внутренней пластинке теменной кости. На наружном, меньшем по величине, отломке, посередине его, параллельно линии перелома имеется еле заметная бороздка, чуть скошенная внутрь, размером 2х0,1 см.»

Что следует из этого описания? Прежде всего, комиссия поправила эксперта, правильно уточнив локализацию перелома — правая теменная кость. Во-вторых, комиссия дала общее (макроскопическое) объективное описание перелома. Однако назвать достаточным это описание нельзя — ведь перелом никак не описан со стороны внутренней костной пластинки (а там, как покажут последующие экспертизы, были интересные нарушения целостности костной ткани). Пожалуй, этим и ограничились дополнительные сведения, полученные комиссией из пяти экспертов. К сожалению, и на этот раз никакие дополнительные лабораторные исследования не проводились. Не почувствовали необходимость их проведения ни эксперты с большим стажем работы по специальности, ни руководитель учреждения. А ведь одним из основных поводов к назначению повторной экспертизы была необходимость установить свойства повреждающего предмета. При таком характере исследования рассчитывать на решение поставленной задачи не приходилось.

Приведем ответ на этот основной вопрос. «Все обнаруженные у Карасева повреждения возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов). Вдавленный перелом свода черепа (задневыступающий край правой теменной кости) причинен тупым твердым предметом, выступающая (следаобразующая) часть которого имела толщину около 3-4 мм, длину не менее 8 см. Удар был нанесен с большой силой в направлении сверху вниз, слева направо. В момент нанесения удара нападающий мог находиться спереди; при условии, что Карасев стоял на коленях или находился в положении с туловищем, наклоненным вперед. Кроме того, удар мог быть нанесен и сзади, в этом случае Карасев мог находиться как в вышеуказанном положении, так и в положении стоя, с выпрямленным туловищем. Повреждения зубов, слизистой оболочки губ являются характерными для повреждений, возникающих

от удара кулаком. Другие имеющиеся на лице повреждения могли возникнуть как от ударов кулаками, ногами, обутыми в ботинки и др., так и при неоднократных падениях и ударах о твердые тупые предметы».

Читая этот вывод, с удивлением замечаешь, что эксперты дают тот же самый повод для назначения следующей повторной экспертизы — ни одно из положений не аргументировано. И здесь снова уместно заметить, что предварительное следствие настолько привыкло к немотивированным заключениям, что никак не отреагировало на необоснованное заключение, удовлетворившись научными и должностными регалиями экспертов, а также числом специалистов, принявших участие в экспертизе.

Что еще должно обратить на себя внимание в этом выводе? Эксперты уточняют размеры слеодообразующей поверхности предмета — 8х0,3...0,4 см. Но если установлены размеры, значит, они имеют вполне определенные границы. Если же имеются границы, то, помимо размеров, они должны иметь и вполне определенную форму (1). Однако эксперты форму не устанавливают. Хочется обратить внимание и на то, что эксперты имели дело с объемным повреждением (вдавленным переломом). Следовательно, «слеодообразующая» часть предмета должна быть охарактеризована как трехмерная. Однако этого не было сделано.

Эксперты заметили в зоне перелома поверхностные вдавления. Жаль, что описание такой важной детали свелось к формальной (фотографической) констатации. Иначе они отметили бы и форму, и протяженность, и глубину вдавлений. Как мы увидим, это будет иметь значение для характеристики повреждающего предмета.

Обвинительное заключение, опирающееся на результаты комиссионной экспертизы, было направлено в суд. В судебное заседание были вызваны члены экспертной комиссии и судебный медик, производивший первичную экспертизу. Они подтвердили свои заключения, данные в ходе предварительного следствия. Однако ответы экспертов не удовлетворили суд. Если часть повреждений на голове Карасева могла возникнуть от ударов кулаками и ногами, то каким был предмет, причинивший перелом правой теменной кости, оставалось неясным. Эксперты дали его ограниченную характеристику, а следователь не нашел хотя бы предполагаемое орудие травмы. Между тем этот вопрос приобрел в суде решающее значение.

На самом деле для квалификации действий Бородина и Щелчкова следовало установить, был ли это случайный предмет или заранее взятый ими для применения во время запланированной драки. Так или иначе, но суд вынужден был назначить новую повторную экспертизу с предложением установить предмет, которым причинен перелом свода черепа. Экспертиза была назначена другим экспертам. Так она попала к нам.

В сущности, мы получили те же материалы, что и наши коллеги: уголовное дело и свод черепа. К сожалению, кожный лоскут головы с ушибленными ранами не был изъят при первичном исследовании трупа, раны не были сфотографированы, а описание оказалось недостаточно полным. В результате была утрачена важная часть экспертной информации. Более того, именно с кожей вступает в непосредственный первичный контакт повреждающий предмет, оставляет на ней и часть своего материала, и возможные загрязнения со своей поверхности. Последние отражают условия хранения или эксплуатации предмета, что может приблизить судебного медика к «индивидуализации» искомого предмета.

Что же представлял собой свод черепа? «Костный препарат является сводом черепа, отделенным обычным анатомическим секционным распилом. Толщина костей черепа на уровне распила: лобная кость — 3-6 мм, височная кость — 2-4 мм, теменная кость — 3-6 мм, затылочная кость — 5-8 мм. При рассматривании черепа на просвет видны множественные очаговые просветления, наиболее выраженные в наружных отделах теменных костей и нижних отделах чешуи лобной кости. Препарат полностью лишен мягких тканей, обезжирен.

В заднезатрагиваемых отделах правой теменной кости и прилегающих отделах чешуи затылочной кости вдавленный перелом неправильной вытянутой овальной формы, размерами 87х32х12 мм. Концы перелома заострены. В области обоих концов прямолинейные вдавления, по направлению близкие к длиннику перелома. Длинник перелома приходится под углом около 70° к стреловидному шву. Левая боковая стенка представлена вдавленной внутрь наружной костной пластинкой размерами 77х26 мм. Левый край этой стенки в средней части представляет собой расхождение стреловидного шва, от которого кпереди и кзади к концам

перелома идут дугообразные трещины. Расхождение шва достигает 3 мм. У переднего края левая стенка перелома имеет ступенчатый вид из-за 4 параллельных трещин, длиной от 6 до 15 мм, нависающих одна над другой. Соответственно длиннику перелома по левой боковой стенке до заднего его конца проходит поверхностное прямолинейное вдавление, имеющее прерывистый характер и общую протяженность до 36 мм. Наиболее четко вдавление выражено у заднего конца перелома и постепенно сходит «на нет» в средних отделах левой боковой стенки. Максимальная удаленность вдавления от края перелома — 14 мм, от дна — 7 мм. Других дополнительных повреждений на левой боковой стенке не обнаружено.

Правый край перелома неровный, имеет неправильный прямоугольный выступ в средних отделах за счет свободно подвижного осколка наружной костной пластинки неправильной вытянутой овальной формы, размерами 49х9 мм. Правая боковая стенка скошена под углом, близким к углу скоса левой боковой стенки. Прямая линия, проведенная от правого края перпендикулярно к левой боковой стенке, в средних отделах перелома имеет длину 8 мм, в передних отделах — 9,5 мм, в задних отделах — 8,5 мм. Дно перелома шероховатое и представлено губчатым веществом кости. В средних отделах перелома оно углублено в наибольшей степени, где имеет вид относительно плоской площадки длиной около 34-36 мм, постепенно возвышающейся к углам перелома. Эта особенность формы дна перелома наиболее четко прослеживается по левому краю. Правая стенка перелома имеет неправильную форму с многими выступами и западениями за счет выкрошившегося губчатого вещества.

На наружной поверхности подвижного осколка, расположенного у правого края перелома, параллельно и в 5 мм от этого края и в 15 мм от наиболее углубленной точки перелома располагается прямолинейное прерывистое поверхностное вдавление длиной 36 мм, заканчивающееся двумя поверхностными линейными вдавлениями, идущими параллельно и оканчивающимися у левого края осколка. Эти два вдавления расположены под тупым углом (заднее вдавление) и углом, близким к прямому (переднее вдавление), по отношению к первому прямолинейному прерывистому вдавлению. Образующиеся углы располагаются напротив углов, от которых кпереди и кзади начинает возвышаться дно перелома. Со стороны внутренней поверхности черепа перелом представлен двумя выстоящими внутрь крупными осколками внутренней костной пластинки, сходящимися под тупым углом. Размеры осколков — 68х24 мм и 62х16 мм. Расстояние между обращенными друг к другу краями осколков — 3—7 мм. Внутренние края костных отломков параллельны длиннику ранее описанного вдавленного перелома.

Поверхности и края переломов дополнительно осмотрены с помощью лупы и биноклярного стереомикроскопа МБС-2 при рассеянном, узко направленном косом освещении — других повреждений и особенностей не обнаружено.

Глубоковдавленный характер перелома свода черепа, преобладание длины перелома над его шириной и глубиной, соотношение основных размеров перелома, наличие четкой линии по границе дна и левой стенки перелома указывают на то, что этот перелом возник от воздействия твердым предметом с удлиненной ударяющей поверхностью, имеющей узкий поперечник и небольшой выступ в средних отделах ударяющей части. Длина ударяющей поверхности более 87 мм, поперечник не более 9,5 мм, протяженность выступающей части около 34 мм».

Описание, сколь точно и подробно оно ни представлено, не обойдется без пояснительной схемы. На рис. схематически показана ударяющая часть предмета, которым был причинен перелом. Видно, что она имеет вполне определенную объемную форму: вытянутая, узкая, с; наличием нескольких сходящихся под углом граней и выступов. Схема была показана следователю. Безусловно, в окружающем мире можно найти не один предмет со сходными групповыми признаками. Но истинный творческий характер расследования заключается в выдвижении версий, опирающихся на достоверно установленные обстоятельства. Одним из таких обстоятельств было то, что учащиеся СГПТУ во время занятий широко пользуются различными инструментами. На запрос следователя администрация СГПТУ сообщила, что в день конфликта учащимся выдавали штангенциркули. Проверкой было установлено, что после занятия не все инструменты были возвращены мастеру. Следователь изъял несколько штангенциркулей. Они были однотипны.

Конечно, каждый предмет, тем более инструмент, может быть охарактеризован по-разному, в зависимости от поставленной цели. В соответствии с задачей найти предмет, которым был причинен перелом свода черепа Карасева, штангенциркуль был охарактеризован следующим образом. Он оказался изготовленным из металла высокой прочности и имеет типовую конструкцию. Его размеры — 309х105х7 мм. Толщина отдельных выступающих частей на боковой поверхности штангенциркуля составляет 9 и 10 мм. Хвостовая часть инструмента представляет собой полоску с плоскими гранями, размерами 204х16х3,5 см. Головная часть имеет сложную конструкцию. Внешний контур узкой нижней поверхности головной части имеет в целом глубоковогнутую форму. Поверхность широких боковых поверхностей в целом плоская, лишь в средней ее части имеются углубления: 55х15х2 мм с одной стороны и 39х9х2 мм — с другой стороны. Ширина головной части в разных участках составляет 105, 34, 42, 38 и 43 мм. Верхний контур торца головной части имеет вид плоской трапеции: основание «трапеции» — 105 мм, боковые стороны — 36 и 38 мм, верхняя сторона — 34 мм. Углы между основанием и боковыми сторонами составляют 13 и 18°. Толщина торцевой части — 3,7 мм. На расстоянии 13,5 мм от верхней стороны «трапеции» параллельно ей на обеих широких боковых сторонах в средних отделах головной части имеются прямоугольные выступы шириной по 36 мм и толщиной до 1,5 мм. Выступы смещены по длине один относительно другого на 1,5 мм. Толщина головной части на уровне выступов — 7 мм. По одной из боковых сторон трапеции в 7 мм от ее острой вершины имеется фигурная выемка размерами 7х3 мм; другая сторона «трапеции» оканчивается пологим скосом, имеющим протяженность 5,5 мм. На поверхности штангенциркуля отштампованы следующие обозначения: «10», «0,05 мм», «4618233» и «ЛИЗ» внутри ромба. Головка штангенциркуля казалась похожей на составленную схему ударяющей части предмета. При сопоставлении головки штангенциркуля и перелома установлено соответствие формы и размеров перелома форме и размерам торцевой поверхности головной части штангенциркуля по следующим параметрам: длина — более 87 мм (длина торцевой поверхности — 105 мм), поперечник — менее 9,5 мм (толщина головной части штангенциркуля — 3,7-7 мм), наличие выступающей части длиной около 34 мм (протяженность верхней стороны трапециевидной торцевой поверхности — 34 мм). Помимо этого, установлено соответствие взаимного расположения выступов на боковых поверхностях головной части штангенциркуля и углов выступающей части его торцевой поверхности и взаимного расположения углов на дне перелома и углов вдавления на поверхности подвижного осколка перелома. Другие участки контуров и поверхности штангенциркуля отличались от исследуемого перелома по общим признакам (форма и размеры).

Проведенное сопоставление, хотя и выявило некоторое сходство, но его не принято считать в достаточной мере доказательным. На самом деле, ведь проводится сопоставление неравноценных объектов: «позитива» и «негатива», «объекта» и его «следа». Поэтому в таких случаях требуется изготовить слепок объемного следа и сопоставить его с предполагаемым орудием травмы.

Для этого после обработки поверхностей перелома маслянистым раствором его внутренний объем был полностью заполнен специальной пастой с черным наполнителем. После полимеризации пасты она была извлечена в виде единого слепка плотной эластической консистенции. В просвете перелома слепочной массы не осталось.

Рельеф поверхности слепка сравнивался с рельефом поверхности перелома. При этом оказалось, что рельеф поверхности слепка объективно отобразил внутреннюю поверхность перелома. Изучение формы и размеров слепка показало их полное соответствие форме и размерам внутреннего объема перелома.

Ввиду того, что поверхность дна перелома отобразилась в виде грубо неровной поверхности за счет губчатого костного вещества, оказалось возможным уточнить форму и размеры травмирующей поверхности повреждающего предмета лишь по линии, являющейся границей между дном и левой боковой стенкой перелома, отобразившейся на слепке. Контур этой линии был переведен на кальку. Выступающие участки контура были соединены прямыми линиями. Это удалось сделать тремя прямыми линиями, которые, пересекаясь друг с другом под острыми углами, составили верхнюю и боковые стенки геометрической фигуры

— трапеции. Величины углов, образовавшихся в результате "пересечения упомянутых прямых линий: одного — от 10,5 до 13°, другого — от 16 до 18°. Всего на 10 отдельных фото-снимках выполнено 10 самостоятельных графических построений. Колебания значений углов указывали на степень технических погрешностей при выполнении графических построений. Расстояние между углами колебалось от 34 до 35 мм.

В дальнейшем проведено сопоставление слепка и, головки штангенциркуля. Торцевая поверхность штангенциркуля приложена к той поверхности слепка, которая соответствует левой боковой стенке перелома, отступя на 3-4 мм от края, соответствующего границе между левой боковой стенкой и дном перелома и сориентирована параллельно этому краю. Край торцевой поверхности штангенциркуля и сопоставленный с ним край слепка выведены в плоскость, перпендикулярную оси фотообъектива. Произведена фотосъемка. С полученных негативов изготовлены фотоотпечатки (рис. 33). Произведено 10 самостоятельных графических построений на кальке. Калька прикладывалась к фотоотпечаткам. Калькировались край торцевой поверхности штангенциркуля и сопоставляемый край слепка. Через максимально выступающие участки края слепка проводились прямые линии, строились наружные углы между прямыми линиями торцевого края штангенциркуля и соответствующими линиями слепка; углы между линиями торцевого края штангенциркуля оказались равными 13 и 18°, соответствующие углы по слепку — 11-13° и 16-18°. Расстояние между углами на слепке — 34-35 мм, на штангенциркуле — 34 мм.

Таким образом, были установлены совпадения линии контура торцевой части штангенциркуля и линии соответствующего края слепка по общей форме, линейным размерам и близким значениям угловых размеров. Незначительные различия линейных и угловых размеров можно было объяснить следующими обстоятельствами:

- 1) низкие пластические свойства следовоспринимающего материала, каким являются кости черепа;
- 2) выкрашивание части губчатого вещества из дна перелома;
- 3) особенности механизма образования повреждения черепа в виде опосредованного действия на кость через прокладку мягких покровов головы и волос.

Можно было подвести следующий итог:

1. При исследовании представленного свода черепа обнаружен вдавленный перелом правой теменной и чешуи затылочной кости, который возник от удара тупым твердым предметом с ограниченной ударяющей поверхностью, характеризующейся длиной более 87 мм, поперечником менее 9,5 мм, наличием выступа протяженностью около 34 мм в средних отделах ударяющей поверхности. Обоснованием такого вывода являются:

- глубоковдавленный характер обнаруженного перелома;
- значительное преобладание длины перелома над его шириной;
- соотношение основных размеров перелома (длина, ширина, глубина);
- наличие четкой границы между левой боковой стенкой и дном перелома.

2. При сопоставлении характера перелома и объемного слепка этого перелома с конструктивными особенностями представленного на экспертизу штангенциркуля установлено, что перелом мог быть причинен торцевой поверхностью головки штангенциркуля. Основанием для такого вывода являются:

- соответствие вывода об общих размерах ударяющей поверхности предмета, причинившего перелом, общим размерным параметрам головки штангенциркуля (длина ударяющей поверхности повреждающего предмета более 87 мм — длина торцевой части штангенциркуля 105 мм, ширина ударяющей поверхности повреждающего предмета менее 9,5 мм — ширина торцевой поверхности штангенциркуля 3,7-7 мм);
- соответствие вывода о наличии в средних отделах ударяющей поверхности повреждающего предмета выступа протяженностью около 34 мм наличию выступа длиной 34 мм на торцевой поверхности головной части штангенциркуля;
- соответствие общей трапециевидной формы, линейных и угловых размеров границы между левой боковой стенкой перелома и его дном общей трапециевидной форме, линейным и угловым размерам торцевой поверхности головной части штангенциркуля;
- наличие, размеры и локализация линейного вдавления на наружной поверхности подвиж-

ного осколка у правого края перелома — наличию, размерам и локализации выступа на боковой поверхности головной части штангенциркуля;
— соответствие взаимного расположения вершин тупых углов на границе между левой боковой стенкой перелома и его дном и концов линейного вдавления на наружной поверхности подвижного осколка у правого края перелома взаимному расположению вершин тупых углов на торцевой поверхности головной части штангенциркуля и концов выступа на боковой поверхности головной части штангенциркуля.

Другими частями и поверхностями штангенциркуля невозможно причинить обнаруженный вдавленный перелом из-за различий по общим признакам (форме и размерам). Таким образом, вдавленный перелом на исследуемом своде черепа причинен либо от удара торцевой поверхностью головной части представленного штангенциркуля, либо от удара предметом, имеющим сходные конструктивные особенности ударяющей поверхности.

3. Скошенность стенок и ориентация длинника вдавленного перелома указывают на то, что в момент удара повреждающий предмет двигался в направлении слева направо и сверху вниз по отношению к вертикально стоящему человеку. При этом длинник ударяющей поверхности повреждающего предмета был ориентирован косо продольно по отношению к средней линии головы.

Не представляется возможным решить вопрос об общем количестве ударов в теменно-затылочную область, поскольку в медицинских документах, имеющихся в материалах дела, имеются неточности и противоречия при описании локализации и количества ран в теменно-затылочной области (в истории болезни описана 1 рана, а в заключении эксперта — 2).

Эти, на этот раз обоснованные, выводы и были представлены суду комиссией экспертов. Казалось, можно было поставить точку. Но...

Вспомним «маловероятное» допущение в выводах первичной экспертизы о возможности причинения перелома в условиях автотранспортного происшествия. Это оказалось последней зацепкой адвокатов. Что же касается «подозрительного» автомобиля, то, по мнению адвокатов, это была автомашина такси, которой пострадавший был доставлен в больницу (дескать, Карасев был сбит этой автомашиной, а затем ею же и был доставлен в больницу). Версия есть версия. Она детально не проверялась в ходе предварительного следствия. Ее надо было исключить или допустить. А это потребовало новых экспертных усилий.

Вначале суд посчитал достаточным осмотреть тот автомобиль. К этому времени минул год после происшествия, автомобиль эксплуатировался, побывал в аварии, ремонтировался, часть деталей была заменена, поэтому следов гипотетического столкновения («наезда на Карасева») не было обнаружено. Тогда решили в принципе поискать какую-либо деталь или фрагмент какой-то штатной детали автомобиля «Волга» (ГАЗ-24), которая напоминала бы предмет, хотя бы отдаленно похожий на головку штангенциркуля. Такой детали также не было обнаружено. Несмотря на это, адвокаты заявили ходатайство и убедили председателя суда в том, что исследование автомобиля носит сугубо криминалистический характер и поэтому решение вопроса о возможности причинения перелома черепа какой-либо деталью автомобиля является компетенцией этих специалистов. Так была назначена криминалистическая экспертиза.

Конечно же, назначение экспертизы криминалистам было неправомерно, поскольку основным объектом исследования является череп, т. е. биологический объект. А повреждение на таких объектах исследуют судебные медики. В связи с этим прокурором было заявлено соответствующее ходатайство. Но поскольку решение о необходимости назначения экспертизы было принято и определение судом было вынесено, то экспертиза была все-таки назначена и адресована специалистам физико-технического отдела Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы.

Как часто в практической работе приходится сталкиваться с принципом инстанционности при назначении экспертиз — еще одним проявлением формально-бюрократического подхода к экспертизе. Закон не предусматривает никакой инстанционности при назначении экспертиз. Только уровень теоретических знаний, практический опыт и компетентность, согласно духу закона, должны определять выбор эксперта (или комиссии экспертов), что осо-

бенно важно при назначении дополнительных и повторных экспертиз. Но следователи и судьи в подавляющем большинстве случаев идут по примитивному пути: если первичную экспертизу проводил районный эксперт, то повторную надо назначать специалистам областного бюро; если сомневаются в их заключении, то материалы направляют в республиканское бюро и т. д. На практике иногда возникают смехотворные ситуации: сегодня специалист работал межрайонным экспертом, а завтра назначен на должность в областное бюро и автоматически получил право «быть умнее» своих бывших районных коллег. За свою более чем четвертьвековую экспертную деятельность, пройдя многие должности на практической, научной и педагогической судебно-медицинской работе, сталкиваясь с судебными и прокурорско-следственными работниками, в сущности, всех рангов, я редко констатировал то, что экспертиза сразу поручалась бы узким специалистам при условии, что уже не была бы «задействована» соответствующая высокая экспертная инстанция. К сведущим специалистам обычно обращаются тогда, когда исчерпаны возможности на всех инстанционных уровнях. А ведь проходит время — многие месяцы, а иногда и годы. Люди ожидают конца следствия и решения своей судьбы, а среди них бывают и безвинные. Так не гуманнее ли сразу обратиться к экспертам, наилучшим образом разбирающимся в вопросах, кардинально интересующих следствие? Но как это правильно сделать?

Меня всегда интересовал вопрос: как, каким способом должен определять свой выбор нужного эксперта следователь? На чем он должен основываться? На мнении руководителя экспертного учреждения, знакомых экспертов, следователей, прокуроров и т. п.? А может быть, следователь должен сделать свой выбор, базируясь на каких-то объективных критериях, характеризующих знания и опыт специалиста, отражающих реальные условия его работы, наличие у него научно-материальной базы, обеспечивающей решение поставленных следствием вопросов? К великому сожалению, такие объективные критерии судом и следствием не исследуются — именно это слово точно выражает смысл данного (необходимого) действия. Поиск этих критериев не является действующей системой. В этом деле на практике больше формализма и субъективных подходов.

Так или иначе, а к экспертизе единолично приступил руководящий республиканский физико-техник. С чего он начал свое исследование? Прежде всего, он освободил (?) осколки от связи с прилежащими костями, затем произвел их произвольное сопоставление между собой и закрепил в таком положении твердым клеевым составом. Иначе говоря, с умыслом или по недомыслию, но он фальсифицировал (!) первоначальный вид перелома. При этом оказалось, что первоначальная форма вдавленного перелома была утрачена. «Вдавленный перелом» приобрел новую углообразную форму. И вот с этим «повреждением» эксперт начал сопоставлять различные выступающие детали автомобиля ГАЗ-24. Форма произвольного «перелома» была весьма простой, поэтому нетрудно было найти какую-то деталь, выступающая часть которой представляла бы собой две поверхности, сходящиеся под углом, приближающимся к прямому. В качестве такой детали эксперт указал на кнопку ветрового стекла правой передней дверцы автомобиля. В каком же вычурном положении по отношению к движущемуся автомобилю должен был находиться Карасев, с учетом его роста и локализации остальных повреждений, чтобы получить имевшийся у него вдавленный перелом правой теменной кости! Даже буйная фантазия не позволяет определить такое положение. Но эксперта не смущает фантастичность этого положения, и он идет дальше (вот один из результатов того, когда эксперт замыкается на исследовании одного объекта, игнорируя всю остальную экспертную информацию). Методом светового профилирования он «находит» несколько поверхностных царапин на поверхности одного из осколков, которому он придал произвольное положение (именно несколько, не более 3-4, не выясняя время и возможные условия их возникновения, демонстрируя сугубо механистический подход к данному исследованию), и обосновывает вывод о том, что перелом причинен именно данной конкретной кнопкой данного конкретного автомобиля ГАЗ-24 (теперь уместно вспомнить сетования шофера о том, что он зря остановил машину, подобрал избитого Карасева и отвез его в больницу).

При детальном изучении заключения физикотехника, помимо фальсификации первичного вида перелома (одного этого достаточно для того, чтобы не принимать во внимание данное экспертное «произведение»), обратили на себя внимание следующие частные обстоя-

тельства: 1) условия, в которых производились сравнительно-микроскопические исследования, не приведены, что весьма затрудняет, если не сказать исключает, объективную оценку результатов исследования; 2) контрольные фотоснимки сравниваемых изображений не представлены, а фотоизображение сопоставляемых следов так размечено «пояснительными» стрелками, что невозможно увидеть действительно ли совпадают частные признаки; 3) фотомонтаж «совпадения» общих признаков (формы и размеров) перелома и повреждающего предмета-кнопки — скорее демонстрирует различие, чем сходство; 4) слепок перелома не изготовлен, а следовательно, не проведено сопоставление повреждающего предмета и объемного отображения на слепке; 5) исследование выполнено настолько небрежно, что, сопоставляя между собой на нескольких приложенных к заключению физико-техника фотоснимках изображение «смоделированного» им перелома с предполагаемым повреждающим предметом, отчетливо видно, что у последнего угол схождения слепообразующих поверхностей составляет 90°, а схождение граней перелома — не менее 105°; 6) удивительно, что в учреждении, располагающем современной аппаратурой для сравнительно-трассологических исследований, не было проведено профилографическое исследование с использованием щупового профилографа с последующей количественной оценкой результатов (не потому ли, что количественный метод способен помочь объективно оценить полученные результаты и доказать наличие действительного, а не мнимого совпадения?). Но это все частные (и далеко не все), мягко говоря, недочеты. Главное решающее опровержение заключения физико-техника — это произвольное видоизменение первоначального характера перелома правой теменной кости.

Заметим еще одно примечательное обстоятельство. На предыдущих этапах экспертизы выполнялись с участием нескольких экспертов, т. е. носили комиссионный характер, а в республиканском бюро посчитали достаточным для проведения повторной экспертизы знаний и опыта одного «специалиста». По-видимому, это должно было подчеркнуть непререкаемый авторитет вышестоящей инстанции.

По счастью, суд, на заседание которого были вызваны специалисты, участвовавшие в проведении всех предыдущих экспертиз, отверг это заключение. Но пусть читатель не спешит высоко оценивать способности данного суда, сумевшего остановить свой выбор на наиболее достойной и научно обоснованной экспертизе (уж будем служить истине до конца!). Решающей оказалась представленная безвинным шофером... справка, согласно которой следовало, что ручка правой дверцы автомобиля (вместе с «кнопкой») была заменена из-за неисправности на новую за 3 мес до того, как начал свое «исследование» республиканский физико-техник. И все-таки так или иначе Бородин и Щелчков были осуждены.

Жаль, что эта история не имела логического продолжения. А подумалось об этом спустя уже несколько лет, в ноябре 1986 г., когда «Вечерний Ленинград» опубликовал статью «Подделка» об эксперте-криминалисте Красносельского районного управления внутренних дел Ленинграда В. Хоритоненко. Исходя из высоких побуждений и желания оказать «помощь следствию», он фабриковал ложные экспертные заключения, «находя» на вещественных доказательствах отпечатки пальцев-людей, которые никакого отношения к преступлению не имели. Вполне естественно, что криминалистическая деятельность В. Хоритоненко была прервана.

Но кому же в нашем случае хотел оказать услугу «специалист» из высокой республиканской инстанции? Ответом может быть новый вопрос: а кому такое «заключение эксперта» было более всего выгодно? Очевидный в данной ситуации ответ оставляю за читателем.

Глава 8. БЫЛ ЛИ ЛЕТЧИК В СОЗНАНИИ В МОМЕНТ КАТАСТРОФЫ?

Был один из редких солнечных дней поздней осени. Шли обычные тренировочные полеты. В воздухе находились несколько реактивных истребителей. Каждый летчик четко выполнял полетное задание.

Неожиданно в эфир прорвался тревожный голос одного из пилотов: «Резкий удар! Что-то с двигателем! Высота падает. Впереди поселок...» Связь оборвалась.

Случайные прохожие видели, как на небольшой высоте, постепенно снижаясь над поселком, мчался самолет. Казалось, он вот-вот заденет крышу какого-то дома или фонарные столбы. Еще не успев осознать происходящее, люди услышали взрыв и увидели столб дыма, взметнувшийся за оврагом, считавшимся природной границей поселка. Через 20—25 мин здесь приземлились вертолеты.

На месте падения самолета была неглубокая яма диаметром около 18 м. Часть туловища летчика находилась в 400 м от места падения. Неподалеку от него лежало кресло пилота с частью таза, удерживавшегося привязными ремнями. У края ямы лежали перчатки летчика, а в 100 м от них — его ботинки.

Исследование останков проведено на следующее утро. Из заключения судебно-медицинского эксперта: «...Труп представляет собой грубо поврежденное тело с четко определяемыми туловищем, головой и конечностями. Голова разрушена, мозговое вещество отсутствует. Сохранен кожно-мышечный лоскут волосистой части с крупными осколками плоских костей свода черепа, на коже волосистой части головы повреждений не найдено. Полость черепа зияла через обширный разрыв кожи лица. Края разрыва неровные, слабо кровоподтечные, прерывисто осаднены. На коже лица множественные разнохарактерные поверхностные и глубокие раны. Меньшая часть из них неправильной продолговатой формы с неровными осадненными краями, большая часть — щелевидной или веретенообразной формы с острыми концами, ровными краями и гладкими стенками. Различимы ушные раковины, кончик носа с наружными носовыми отверстиями, губы и глазные щели. Глазные яблоки отсутствуют. На передней поверхности шеи и центральных отделах верхней половины грудной клетки на общей площади 23х18 см сплошное осаднение треугольной формы, покрытое плотной темной буровато-красной корочкой, располагающейся ниже уровня окружающей кожи. На сохранившихся участках кожи спины, груди, живота и конечностей множественные багрово-синие кровоподтеки, не имеющие сколько-нибудь правильной геометрической формы. В совокупности эти кровоподтеки также не образуют каких-либо, более или менее правильных геометрических фигур. Грудная и брюшная полости зияют в результате обширного разрыва мягких тканей левой боковой поверхности туловища. Мягкие ткани по ходу разрыва местами разможены, края разрывов слегка кровоподтечны, не осаднены. От правого края разрыва к пупку сделан дополнительный секционный разрез, который продолжен вверх и вниз, соответственно до подбородка и лобка. В плевральных и брюшной полостях Обнаружены следующие органы: 1) свободно лежащее сердце, полости желудочков и предсердий вскрыты обширными разрывами, края разрывов неровные, кровоподтечные; сердечная мышца на плоскостных разрезах равномерного красно-серого цвета; передняя нисходящая ветвь левой венечной артерии не сужена, интима ее гладкая, блестящая; обнаружен отрезок легочной артерии длиной 1,5 см с гладкой интимой; остальные участки сердца значительно разрушены; 2) часть почки размерами 4Х3Х3 см с различным анатомическим строением; с сохранившейся поверхности капсула снимается легко, поверхность органа гладкая; 3) пищевод, трахея и легкие имеют обычное анатомическое расположение; пищевод пуст, слизистая оболочка его бледно-серая, продольно складчатая, блестящая; 4) подъязычная кость и хрящи гортани целы, в окружающих их мягких тканях обширное кровоизлияние; 5) просвет трахеи и главных бронхов свободен, слизистая их бледно-розовая, гладкая, блестящая; 6) легкие спавшиеся, сохранены верхушки легких и прикорневая зона, на разрезах ткань суховата, местами с кровоизлияниями; 7) щитовидная железа плотная, на разрезах равномерного серо-розоватого цвета; 8) в брюшной полости около 3 м тонкой кишки, удерживаемой лишь у корня брыжейки, в просвете кишки скудное содержание полуоформленного кала, слизистая оболочка — бледно-синюшная, поперечно складчатая, блестящая. Половой член почти полностью отделен в 3 см от корня и удерживается лишь кожным лоскутом. Головка полового члена полностью разрушена. Продольным анатомическим разрезом вскрыт наружный мочеиспускательный канал — слизистая оболочка его бледно-розовая, блестящая, с выраженной нежной складчатостью; воспалительных явлений и рубцов слизистой оболочки не обнаружено. Яички в мошонке отсутствуют. Все описанные органы и части органов обильно испачканы грязью. При обследовании позвоночника установлено, что он полностью разделен на 2 фрагмента на уровне IV грудного позвонка. Нижний фрагмент удерживается

обрывками мышц и фасций поясничной области и представляет собой позвоночный столб от IV грудного позвонка до копчика, включая и крестец. Из позвоночного канала извлечен спинной мозг: оболочки и ткани его обычного строения, без кровоизлияний. После продольного распила позвоночника обнаружено уплощение передней части тела V грудного позвонка, на остальном протяжении подобных изменений не обнаружено. Грудина дважды горизонтально сломана на уровне прикрепления I и III ребер. На передней поверхности вдоль линии перелома обнаружено выкрашивание костного вещества. В окружности переломов обширные темно-красные кровоизлияния на участке 20x14 см. Кости таза почти полностью отсутствуют. Сохранены лишь края разрушенных вертлужных впадин. Длинные трубчатые кости конечностей с множественными крупнооскольчатыми косо-продольно раскалывающими диафиз переломами, поперечно-оскольчатыми переломами диафиза и вколоченными переломами в метафизарных отделах».

Причина смерти в данном случае была очевидной. Вместе, с тем перед экспертом была поставлена задача, которая потребовала проведения ряда специальных исследований. Всех интересовал вопрос: осознанно ли действовал летчик в период от момента прекращения радиосвязи и до момента падения? Потерял ли он сознание в этот промежуток времени, готовился ли к катапультированию, продолжал ли попытки управлять самолетом?

В последних двух случаях действия летчика имеют вполне определенный характер: 1) при продолжении активного управления полетом он удерживает руками рычаги управления самолетом, а его стопы находятся на педалях управления; 2) при подготовке к катапультированию летчик убирает руки с рычагов управления и берется за держки катапультиного устройства, а стопы ставит на подножки этого устройства. Следовательно, если определить, в каком положении были кисти и стопы пилота, можно косвенно решить вопрос об осознанном поведении или бессознательном состоянии летчика в момент катастрофы.

По этой причине основное внимание было уделено исследованию найденных на месте падения самолета кистей и стоп летчика. Для того, чтобы придать этим исследованиям целенаправленность, необходимо было ознакомиться с конструкцией рычагов управления самолетом данного типа, а также тем, как пользуется ими пилот, управляя самолетом в полете.

В полете правой рукой летчик удерживает продолговатую ручку управления так, что ее длинная ось располагается в его кисти в косо-продольном направлении. При этом ручка продольно касается локтевой поверхности нижней трети правого предплечья.левой рукой пилот охватывает цилиндрическую рукоятку управления двигателем. Продольная ось этой рукоятки сориентирована поперечно по отношению к длиннику левой кисти. Металлическая поверхность рукоятки имеет мелкий ромбический рельеф. Каждая стопа, находящаяся на педалях управления, с двух сторон фиксируется стальными захватами, имеющими закругленные концы.

Итак, какие же повреждения имелись на конечностях? На локтевой половине нижней половины правого предплечья продольно располагается кровоподтек продолговатой формы размерами 9x3,5 см, интенсивного сине-багрового цвета. На передней поверхности нижних отделов предплечья в непосредственной близости от запястья имеются множественные ссадины разнообразной формы, размерами от 0,1x0,2 до 1,4x0,4 см. IV палец деформирован, отмечается ненормальная подвижность средней фаланги. Кожа ладонной и тыльной поверхности пальца почти на всем протяжении разорвана. Края разрыва местами осаднены. На тыльной поверхности остальных пальцев также обнаружены раны разнообразной формы, размерами от 0,3x0,2 см до 5,5x1,2 см, с неровными, местами кровоподтечными и прерывисто осадненными краями.

Обращает на себя внимание расположение повреждений на ладонной и тыльной поверхности правой кисти. Это свидетельствует о том, что кисть подверглась двустороннему воздействию. Если раны на тыльной поверхности пальцев могли образоваться от удара о приборную доску, то повреждение ладонной поверхности могло возникнуть в том случае, если в руке находился какой-то твердый предмет, например ручка управления. Еще больше убеждает в этом предположении продолговатый кровоподтек, продольно расположенный на локтевой поверхности нижней трети правого предплечья, соответственно обычному «рабочему» положению этого рычага управления самолетом в руке пилота.

На тыльной поверхности левой кисти у основания пальцев обширная рана размерами 5,5х4 см с неровными кровоподтечными и местами осадненными краями, дно раны составляют разможенные мышцы и сухожилия. Кверху от раны на участке 7х6 см располагаются множественные ссадины разнообразной величины и формы. На тыльной поверхности II-V пальцев мелкие раны различной формы, размерами от 0,1х0,2 до 4,2х0,9 см. Края ран неровные, с мелкими дополнительными лоскутообразными разрывами, кровоподтечны и незначительно осаднены. На ладонной поверхности в 2-2,5 см от основания пальцев поперечная рана неправильной веретенообразной формы, размерами 8,5х0,8 см, с дополнительным разрывом от середины раны к основанию IV пальца. Края раны волнистые; не осаднены, на ее дне поврежденные мягкие ткани, среди которых возвышается периферическая головка IV пястной кости. В окружности раны в поперечном направлении располагается синеватый кровоподтек прямоугольной формы, размерами 5,5х3,5 см, не достигающий до локтевого края кисти на 3 см. У основания III пальца и в месте проекции средней фаланги II пальца по одной ране неопределенной формы, размерами 1,5х0,7 и 2,1х1 см, с неровными и лоскутообразными, кровоподтечными, местами осадненными, краями. Так же, как и на правой, повреждения на левой кисти располагались на противоположных, тыльной и ладонной поверхностях. Следовательно, условиям их происхождения можно было дать аналогичную оценку. Особенностью повреждений было то, что длинники обширных ран располагались поперечно по отношению к продольной оси кисти, что соответствовало обычному «рабочему» поперечному расположению рукоятки управления двигателем, охватываемой левой, кистью пилота.

Выполнена рентгенография кистей в двух проекциях (укладка ладонной и лучевой поверхностями к кассете). На рентгенограммах правой кисти видны косо-продольный перелом проксимального метафиза III пястной кости, продольно-раскалывающий перелом концевой фаланги V пальца, разрушение проксимальной головки средней фаланги IV пальца с вывихом в межфаланговом суставе. На рентгенограммах видно, что переломы располагаются в правой половине кисти, ограничиваясь полосой, проходящей между основанием III пястной кости и поврежденными фалангами IV и V пальцев. Оценивая с судебно-медицинских позиций повреждения на рентгенограммах правой кисти, можно считать, что правая кисть своей локтевой половиной в момент травмы непосредственно контактировала с каким-то продолговатым предметом. Иначе говоря, обнаруженные переломы костей соответствовали рабочему положению правой кисти на ручке управления самолетом. На рентгенограммах левой кисти обнаружены поперечный перелом основной фаланги III пальца с дополнительными продольно раскалывающими трещинами, поперечно-оскольчатый перелом у основания центрального эпифиза II пальца, поперечный перелом диафиза II пястной кости, оскольчатый перелом III пястной кости с дополнительными раскалывающими трещинами, разрушение центральной головки IV пястной кости с вывихом в пястно-фаланговом суставе, разрушение центрального эпифиза V пястной кости; отломки пястных костей обращены к тыльной поверхности, фаланг пальцев — к ладонной. Рентгенологическая картина была дополнительным подтверждением ранее сделанных выводов: основное повреждающее воздействие на левую кисть ограничивается ее средними отделами и ориентировано преимущественно в поперечном направлении, на правую — в косо-продольном.

Педали управления самолетом: дугообразные пластины правых ножных захватов сохранились, левые — сломаны и отсутствуют. Повреждения стопы: на тыльной поверхности правой стопы множественные кровоподтеки синеватого цвета неопределенной формы. В проекции периферических головок плюсневых костей на участке шириной 6,5 см, занимающем весь поперечник стопы, множественные поверхностные ссадины разнообразной величины и формы. Кзади от этого участка стопу с двух сторон «охватывают» две обширные раны овальной формы. Обращенные друг к другу края ран представляют собой две полукруглости, выпуклой частью обращенные друг к другу, отстоящие друг от друга на 3,5 см. По внутреннему краю стопы располагается обширная рана, через которую выпадает конгломерат разможенных мягких тканей и отломков костей стопы. На подошвенной поверхности, у основания II и III пальцев, рана с волнистыми, неосадненными краями. На тыльной поверхности левой стопы множественные обширные, местами сливающиеся между собой, темно-

багровые кровоподтеки. У основания II и III пальцев на участке 3х3,5 см мелкие ссадины разнообразной формы, размерами от 0,1х0,1 до 0,8х0,6 см. У наружного края средних отделов левой стопы поверхностные ссадины. Почти по всему наружному краю левой стопы обширная рана, через которую выпадают размозженные мягкие ткани и обломки костей.

Наибольший интерес представляют повреждения на правой стопе. Прежде всего, это две рвано-размозженные раны на тыльной поверхности, повторявшие форму и размеры ножных захватов педали. Раны соответствуют обычному положению ножных захватов педалей на стопах при управлении самолетом в полете. Разрывы кожи на подошвенной поверхности у основания II и III пальцев возникли от эксцентричного центробежного действия. Такие повреждения возникают от действия инерционных сил: при сильном ударе средняя часть стопы фиксирована педалью, а не имеющие опоры пальцы стремятся оторваться от места своего естественного прикрепления.

На рентгенограммах правой стопы отчетливо видны разрушение центрального эпифиза III плюсневой кости с осколками и дополнительными продольными раскалывающими трещинами, разрыв предплюсне-плюсневых суставов, разрушение пяточной, таранной и латеральных костей предплюсны: свод стопы уплощен, в мягких тканях стопы множественные костные осколки. На снимках левой стопы - разрыв плюснепредплюсневых суставов с разрушением соприкасающихся поверхностей, вывих в I плюснепредплюсневом суставе, разрушение костей предплюсны, пяточной и таранной костей; стопа уплощена, отломки костей в области плюсны смещены в тыльную сторону; на рентгенограмме видны также крупные осколки периферических отделов костей голени. На рентгенограммах четко прослеживается, что наибольшему разрушению подверглись те кости обеих стоп, которые находятся в проекции педалей в тот момент, когда пилот управляет летательным аппаратом.

Итак, получен ряд убедительных данных, указывавших на то, что в момент катастрофы кисти и стопы летчика находились на рычагах управления самолетом. Однако в полете на руки летчика надеты перчатки, а на ноги — ботинки. Именно эти предметы одежды находятся в постоянном непосредственном контакте с рычагами управления. Поэтому вполне справедливо ожидать, что на них могут отобразиться следы ударного воздействия при падении самолета на землю.

Что же представляли собой ботинки? Они были кожаные с подметками из микропористой резины. Из правого ботинка был извлечен крупный осколок кости и фрагмент размозженных мышц. Левая боковая поверхность ботинка разорвана по шву. Разрыв продолжается на подметку. Со стороны подметки он имеет дугообразную форму и располагается в 11 см от заднего края каблука. В передней части подошвы имеется косопоперечное вдавление, занимающее весь поперечник подошвы. Ширина вдавления — до 4 см. У правого края подошвы на дне вдавления обнаружено несколько белесоватых параллельных следов вдавлений, находящихся на одном расстоянии друг от друга. При сопоставлении их с рисунком рельефа педали самолета обнаружено сходство рисунка следа и рельефа педали. Кожаная часть правого ботинка почти на всем протяжении разорвана. На подошвенной поверхности у правого края в 8 см от носка дугообразный разрыв, распространяющийся на всю толщу подметки. На подметке вдавление, аналогичное вдавлению на подметке левого ботинка. На дне вдавления рядом расположены множественные, параллельные, поверхностные, продольно ориентированные царапины, отстоящие друг от друга на разное расстояние. Таким образом, на подошве ботинок имелись как вдавления, соответствующие поперечному расположению педали, так и локальные вдавления, отражающие рисунок рельефа педалей.

Но особый интерес представляли следы-повреждения на перчатках. Это были черные шевровые перчатки с множественными, преимущественно поперечными, обширными разрывами. На ладонной поверхности I пальца левой перчатки — поверхностное вдавленное повреждение углообразной формы. При надетой на левую руку перчатке повреждение на ней было сопоставлено с правым краем торца рукоятки управления двигателем: обнаружено совпадение линий, образующих угол на рукоятке и на перчатке. На ладонной поверхности у левого края перчатки выявлено два дугообразных повреждения, которые при сопоставлении с деталями рукоятки управления двигателем (при надетой на левую руку перчатке) совпали с головками винтов на левом торце рукоятки по размерам и форме, а также по расстоянию ме-

жду головками винтов. При рассматривании одного из лоскутов ладонной части левой перчатки были обнаружены два параллельных прямолинейных вдавления, расположенных друг от друга на расстоянии 5 мм. Они соответствовали конструкции торцевой части рукоятки управления двигателем. При эпистереомикроскопии с помощью микроскопа МБС-2 при меняющихся углах освещения выявлены поверхностные мелкие повреждения ромбической формы, представлявшие отштампованный отпечаток рельефа рукоятки управления двигателем.

Результаты всех проведенных исследований позволили вполне определенно утверждать, что летчик в момент катастрофы находился в активной рабочей позе и удерживал рычаги управления. У комиссии по расследованию этого, происшествия были веские основания прийти к выводу, что летчик сделал все для того, чтобы самолет не упал на густонаселенный поселок. А далее... времени позаботиться о себе не осталось. Это был героический поступок в мирное время.

Что же явилось причиной катастрофы? И здесь помощь оказала судебная медицина. На одной из лопастей турбины разрушенного двигателя самолета были обнаружены буроватые пятна.

Специальным судебно-серологическим исследованием было доказано, что эти пятна являются кровью птицы. К сожалению, и такое бывает в опасной летной профессии: отказ двигателя произошел из-за того, что в него попала крупная птица.

Глава 9. ТРАВМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?

Мы много раз сталкивались с недостаточно полноценными первичными судебно-медицинскими исследованиями, по результатам которых эксперты приходили к не вполне верным или недостаточно обоснованным заключениям. Это затрудняло расследование, приводило к необходимости выполнения в последующем неоднократных дополнительных и повторных экспертиз. Дело затягивалось на долгие годы. Нет нужды живописать положение, в котором, прямо скажем, по вине эксперта оказывались и органы юстиции, и участники процесса, да и их близкие.

Чаще всего причиной таких ситуаций бывают некомпетентность или безответственность, а иногда — и то, и другое. Однако в целом ряде случаев приходится сталкиваться не только с виной, но и с бедой судебного медика. Имеются в виду наблюдения со сложной интерпретацией экспертных находок, необходимостью проведения непростого логического анализа, с которым нередко не справляются не только начинающие, но и опытные специалисты с большим стажем экспертной работы.

Есть и еще одна категория обстоятельств. Далеко не все в достаточной мере изучено в медицине и, в частности, в судебной медицине. Некоторые вопросы по этой причине при проведении практической судебно-медицинской экспертизы не могут быть решены в принципе. Самый честный и адекватный ответ в подобной коллизии — «не знаю». Но, к сожалению, некоторые эксперты, считаящие, что такой ответ грозит ущербом их репутации, пускаются «во все тяжкие» с тем, чтобы дать следствию «определенный» ответ или (что гораздо предосудительнее с морально-этической точки зрения) создать видимость такого ответа.

Самая частая ситуация, при которой создаются предпосылки к упомянутым «заключениям», возникает при обнаружении у оставшегося в живых или погибшего человека и серьезной травмы, и выраженной соматической патологии. Возникает обязательная потребность отдифференцировать патогенетическую роль травмы и патологии в генезе смерти или в происхождении тяжелых осложнений. А это весьма не просто, и прежде всего потому, что вопрос, в сущности, не изучен. Вместе с проф. В.П. Петленко и В.К. Шмидтом мы в 1984 г. попытались очертить круг актуальных вопросов, решение которых помогло бы прояснению этой проблемы. Но сделано в этом направлении очень мало. Немного прибавляет вышедшая в 1989 г. книга Б.А. Ботезату и соавт., в которой практически лишь подтверждаются нерешенные аспекты данной проблемы.

И все-таки наиболее остро в рамках затронутой проблемы стоит, пожалуй, задача

дифференцирования роли травмы и патологии в генезе базальных субарахноидальных кровоизлияний. Теоретические разработки этой проблемы явно недостаточны. Мало что добавила острейшая дискуссия, выплеснувшаяся на страницы судебно-медицинских изданий в 60—70-х годах. Ее позитивным итогом можно считать акцентирование нерешенных задач. К сожалению, решающей ясности в эту проблему не добавляют разработки, касающиеся так называемых аксональных повреждений. Текущая экспертная практика, кстати, не всегда полноценная и сопоставимая, а нередко противоречивая, должным образом не обобщается. Все это в отдельно взятом случае оставляет эксперта наедине лишь со своим личным опытом.

Мы сделали в 1980—1988 гг. несколько попыток предложить в доступной форме основные типовые варианты судебно-медицинской оценки роли травмы и сосудистой патологии головного мозга в генезе базальных субарахноидальных кровоизлияний (представлены ниже).

Однако в связи с этим необходимо подчеркнуть два обстоятельства. Первое заключается в том, что пользоваться таблицей можно лишь в случае полноценного обследования, которое включает:

- 1) всестороннее исследование черепа, головного мозга, его оболочек, желудочковой системы и подболоочечных пространств;
- 2) комплексное исследование сосудистого русла головного мозга с применением посмертной рентгеноангиографии, микростереомикроскопии, препарирования с применением окрашенных инъекционных растворов и выделением препарата артерий основания головного мозга;
- 3) тщательное исследование сосудистой системы организма в целом для выявления признаков системной сосудистой патологии;
- 4) целенаправленное исследование шейного отдела позвоночника, включая препарирование связочно-суставного аппарата;
- 5) исследование грудной клетки с целью выявления переломов ребер для обоснования суждения о возможности непрямого воздействия на позвоночный столб;
- 6) детальное исследование мягких тканей лица;
- 7) макро- и микроскопическое исследование признаков непосредственного травматического воздействия на рефлексогенные зоны;
- 8) гистологическое исследование ткани головного мозга;
- 9) гистологическое исследование патологических находок, в частности стенки аневризмы.

Второе обстоятельство связано с тем, что артериальные аневризмы головного мозга — далеко не единичная патология, с которой может встретиться практик при базальных субарахноидальных кровоизлияниях. Здесь встречаются артериовенозные и венозные аневризмы, артерииты, телеангиэктазии, болезнь Штутге-Вебера, сосудистые и другие опухоли головного мозга, заболевания крови и т. д.

Многообразие патологических форм ставит задачу отработки продуманного алгоритма поиска этой патологии и алгоритма логического анализа находок.

Поскольку читателя, ожидающего конкретной казуистики, уже в достаточной мере могли утомить эти теоретические отвлечения, привожу наблюдение, которое все-таки вытекает из предшествующего повествования.

В этом наблюдении мы попробуем проследить трансформацию выводов судебно-медицинского заключения на разных этапах предварительного следствия и в суде.

Трагедия произошла днем в обеденный перерыв, 9.09.87 г., на одной из строительных площадок. Конфликт между двумя рабочими, Ваниным и Пинховским, возник из-за пустяка и, вероятно, закончился бы перебранкой. Однако легкая степень опьянения... Молодые люди забывают предмет спора, и конфликт переходит в потасовку. Пожевывая бутерброды и запивая их пивом, окружающие «бесплатно» наблюдали за развитием «представления». В какой-то момент заметили, что Пинховский как-то снизил свою агрессивность, наклонился, поднял короткий обрезок водопроводной трубы и, отмахиваясь им, стал отступать. Это только подогрело противника. Он резко шагнул вперед и... получил несильный удар трубой по туловищу. И тут же нанес удар кулаком в лицо Пинховскому. Тот от удара попятился и, споткнувшись об один из многочисленных бетонных блоков, разбросанных на стройплощадке,

упал. Поднялся, сделал несколько шагов, убегая, но Ванин нанес еще один удар и снова кулаком в лицо. Пинховский снова упал и больше не поднимался. Прибывшие через 15 мин врачи «скорой помощи» зафиксировали смерть.

Вскрытие трупа произведено на следующий день. При первичном исследовании трупа (Заключение № 215 от 10.09.87 г.) установлены ушибленная рана правой половины нижней губы, кровоизлияние в мягкие ткани правой височной области, ссадины левой половины лба, левой теменной области, верхнего века правого глаза. Повреждения расценены как прижизненные, возможно, образовавшиеся от ударов тупым твердым предметом по голове или головой при падении. При вскрытии полости черепа обнаружено базальное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом в желудочки головного мозга. В сочетании с наружными повреждениями внутричерепные кровоизлияния расценены как закрытая черепно-мозговая травма. При гистологическом исследовании в мягких мозговых оболочках и субарахноидальном пространстве височных и теменных долей обнаружены множественные извилистые сосуды с упрощенным строением стенки, отсутствием в стенке* внутренней эластической мембраны и плохо дифференцированным мышечным слоем. На отдельных участках эти сосуды имели вид ветвистых конгломератов и погружались в ткань головного мозга. Эти изменения расценены как рацемозный ангиоматоз. В крови и моче Пинховского найдено соответственно 0,8 и 1,1‰ этилового алкоголя. Представляют интерес следующих два вывода из «Заключения № 215»: «Причиной смерти Пинховского явилась тупая закрытая черепно-мозговая травма с базальным субарахноидальным кровоизлиянием и прорывом крови в боковые желудочки мозга... 6) субарахноидальное кровоизлияние, обнаруженное у Пинховского, возникло вследствие разрыва сосуда (сосудов) базальных отделов головного мозга в результате резкого повышения артериального давления. Этому разрыву способствовал порок развития сосудов. Причиной, вызвавшей резкое повышение артериального давления, является черепно-мозговая травма а также алкогольное опьянение, физическое напряжение и эмоциональное возбуждение. Степень выраженности наружных повреждений говорит за то, что они возникли от несильного удара. В данном случае имеется случайная причинная связь между травматическим воздействием и разрывом сосуда (сосудов), так же обычно у здоровых лиц такой силы травматическое воздействие не вызывает разрыва сосудов».

Сопоставление этих выводов легко обнаруживает ряд противоречивых суждений. Вначале эксперт категорически утверждает, что причиной смерти явилась черепно-мозговая травма, а затем пишет, что причиной повышения артериального давления, приведшего к разрыву сосуда (сосудов) и субарахноидальному кровоизлиянию, были травма головы, алкогольное опьянение и эмоциональное возбуждение. Как бы ставя перед собой задачу опровергнуть начальный вывод о травме головы как причине смерти, эксперт замечает, что травматическое воздействие на голову было «несильным», причинная связь между травмой и разрывом сосуда «случайная», «у здоровых лиц такой силы травматическое воздействие не вызывает разрыва этих сосудов». Обращают на себя внимание и две другие необоснованные позиции. Во-первых, говорится о разрыве «этих сосудов», хотя, как это следует из текста исследовательской части заключения, эксперт повреждения сосуда или тем более сосудов не видел. Во-вторых, эксперт утверждает, что причиной повышения артериального давления в конкретном случае является черепно-мозговая травма. Но ведь в таком случае черепно-мозговая травма «предшествует» и повышению артериального давления, и разрыву сосуда, и субарахноидальному кровоизлиянию. Иначе говоря, по мнению эксперта, оказывается, что черепно-мозговая травма и субарахноидальное кровоизлияние — одновременно возникшие явления.

Очевидно, что и следствие, не удовлетворившись заключением, решило уточнить приведенные положения в процессе допроса эксперта. Во время допроса эксперт пояснил свою позицию о причине смерти. Он ответил, что в данном случае нельзя четко и конкретно высказаться о причине возникновения субарахноидального кровоизлияния, так как оно могло возникнуть и от травмы, и от физического перенапряжения, и от алкогольного опьянения, и от эмоционального возбуждения.

Поскольку допрос эксперта не внес ясности в трактовку причины смерти, была назначена повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза (Заключение № 75 от

04.11.87 г.). Экспертная комиссия изучила материалы дела, включая заключение № 215 первичной экспертизы, а также провела повторное изготовление и изучение препаратов головного мозга, сохранившихся в архиве. Заслуживает внимания гистологическое исследование. Приведем его результаты.

«Полюса лобных долей — в мягких оболочках, скопления масс крови с нечеткими контурами эритроцитов. Просветы сосудов расширены, переполнены кровью; стенки их пропитаны рыхлыми белковыми массами. В коре просветы сосудов расширены, переполнены кровью, периваскулярно располагаются рыхлые белковые массы. Полюса височных долей — в мягких оболочках скопления масс крови с нечеткими контурами эритроцитов; стенки сосудов разрыхлены, пропитаны рыхлыми белковыми массами. В веществе резкое полнокровие, периваскулярный, перицеллюлярный отек. Вокруг отдельных мелких сосудов скопления масс свободно лежащей крови. Роландова борозда — в мягких оболочках скопления масс крови с нечеткими контурами эритроцитов. Видны множественные расширенные сосудистые стволы: немногочисленные из них тонкостенные; большинство же, наоборот, с толстыми стенками; на отдельных участках образуют скопления. Некоторые стенки сосудов имеют внутреннюю эластическую оболочку и содержат циркулярные гладкие мышечные волокна; во многих сосудах эти элементы отсутствуют, и стенки их имеют упрощенное строение. В стенках одних сосудов видно беспорядочное расположение гладких мышечных волокон. Стенки отдельных сосудов утолщены, имеют компактный вид, розового цвета при окраске эозином. В веществе просветы преимущественно мелких сосудов расширены, переполнены кровью, периваскулярно располагаются рыхлых белковые массы с наличием кое-где мелких скоплений масс свободно лежащей крови. Стенки артерий рыхлые. В отдельных срезах в молекулярном и наружном зернистом слоях видны более крупные скопления масс свободно лежащей крови с нечеткими контурами эритроцитов. Мозжечок — в мягких оболочках видны массы свободно лежащей крови значительно тоньше, чем на предыдущих участках. Полнокровие; периваскулярный и перицеллюлярный отек. Дно IV желудочка — просветы сосудов, особенно тонкостенных, резко расширены, переполнены кровью, периваскулярно и перицеллюлярно видны рыхлые белковые массы. Эпендимы в срезах не видно. Кое-где периваскулярно видны мелкие группы эритроцитов с четкими контурами. Борозда между затылочной долей и мозжечком — в мягких оболочках скопления масс крови, полнокровие сосудов. На отдельных участках в веществе видны поля деструкции вещества со скоплением масс свободно лежащих эритроцитов с немногочисленными лейкоцитами. В центре отдельных из них видны сосуды с набухшими рыхлыми стенками. В окружающей ткани очаговое полнокровие, выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек. Выпуклая поверхность теменных долей — в мягких оболочках скопления масс свободно лежащей крови. Стенки сосудов разрыхлены, очаговое полнокровие как их, так и вещества; выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек. Сосуды виллизиева круга — видны множественные сосудистые стволы с выраженным сосудистым рисунком. В мягких оболочках скопления масс свободно лежащей крови с немногочисленными лейкоцитами. В веществе очаговое полнокровие, выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек. Изредка периваскулярно видны мелкие скопления эритроцитов, на одном участке они сливаются друг с другом.

Патогистологический диагноз: субарахноидальное кровоизлияние. Поля деструкции вещества с кровоизлияниями, перифокальным отеком вещества затылочной доли; полнокровие, отек; мелкие периваскулярные кровоизлияния в области IV желудочка головного мозга. Рацемозный ангиоматоз мягких оболочек головного мозга».

Опираясь на материалы дела и результаты повторного гистологического исследования, эксперты пришли к следующему заключению:

1. При судебно-медицинском исследовании трупа Пинховского были обнаружены следующие повреждения: закрытая травма головного мозга, сопровождавшаяся ушибом затылочной доли, обширным субарахноидальным кровоизлиянием, преимущественно в области основания головного мозга, мелкими периваскулярными кровоизлияниями в стволовом отделе головного мозга; кровоподтек в мягкие ткани правой височной области; ушибленная рана нижней губы; ссадина лобной и теменной областей верхнего века правого глаза. Все эти повреждения являются прижизненными и могли быть получены в указанное в обстоятельствах

время. Смерть Пинховского последовала от закрытой черепно-мозговой травмы: ушиба затылочного отдела головного мозга с множественными периваскулярными кровоизлияниями в стволовом отделе мозга и распространенным субарахноидальным кровоизлиянием.

Все повреждения возникли от действия твердого тупого предмета с ограниченной ударяющей поверхностью.

Установленный при судебно-медицинском исследовании труп Пинховского ушиб затылочной доли головного мозга и периваскулярные кровоизлияния в стволовом отделе мозга, послужившие причиной смерти, а также ушибленная рана нижней губы возникли в результате ударов кулаком в область лица.

Кровоподтек в кожно-мышечном лоскуте правой височной области причинен твердым тупым предметом с ограниченной ударяющей поверхностью и мог быть получен как при ударе таковым, так и при падении (при указанных в постановлении обстоятельствах) и ударе о таковой.

2. Ушиб головного мозга и базальное субарахноидальное кровоизлияние явилось непосредственным следствием травмы, полученной Пинховским 09.09.87 г. Наличие болезненных изменений сосудов головного мозга (рацемозного ангиоматоза) могло явиться способствующим фактором в развитии субарахноидального кровоизлияния.

Таким образом, заключение судебно-медицинской экспертизы от 10.09.87 г. в отношении причины смерти и механизма получения травмы судебно-медицинская экспертная комиссия не подтверждает».

В судебное заседание были приглашены эксперты, проводившие первичную и повторную экспертизы. Отличительной особенностью вопросов, поставленных в определении суда о назначении судебно-медицинской экспертизы, было естественное требование обосновать экспертные выводы.

Здесь уместно сделать следующее отступление. В целом ряде случаев судебные медики (причем чаще, как это ни странно на первый взгляд, эксперты с большим стажем работы по специальности), формулируя выводы, не удосуживаются приводить их обоснование. При этом приходится слышать, что главным аргументом являете» их «богатый экспертный опыт». Со временем эта удобная ссылка все чаще и чаще используется в качестве суррогата мотивировки, эксперт утрачивает вначале потребность работать над аргументацией каждого положения своих выводов, а затем и саму способность давать научное обоснование. Так и в этом случае (пусть читатель поверит автору — это были далеко не начинающие эксперты) — на законное требование суда аргументировать свои выводы специалисты продемонстрировали профессиональную несостоятельность. В судебном заседании эксперты не проводили никаких новых исследований и основали свои ответы на вопросы полностью на предшествующих материалах. В суде они дали следующее общее заключение:

«1. Комиссия экспертов в настоящем составе подтверждает вывод комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 75/п от 04.11.87 г. о том, что смерть Пинховского последовала от ушиба затылочных долей и ствола головного мозга и распространенного субарахноидального кровоизлияния. Ушиб головного мозга подтверждается данными гистологических исследований препаратов, изготовленных из кусочков головного мозга труп Пинховского (очаги деструкции, периваскулярный и перицеллюлярный отек, периваскулярные кровоизлияния в дне IV желудочка). Факт наступления смерти от ушиба ствола головного мозга подтверждается также быстрым наступлением смерти Пинховского на месте происшествия.

2. Комиссия экспертов подтверждает вывод, данный в заключении комиссионной судебно-медицинской экспертизы от 04.11.87 г. о том, что ушиб затылочных долей головного мозга и периваскулярные кровоизлияния в стволе мозга, а также ушибленная рана в области нижней губы Пинховского возникли в результате ударов кулаком в область лица. Этот вывод подтверждается наличием характерных признаков ударов кулаком в область нижней челюсти (ушибленная рана) и указанных признаков ушиба затылочных долей и ствола головного мозга. Известно, что иногда прямые удары в область нижней челюсти наносятся в определенном направлении, при котором возникают повреждения затылочных долей и ствола головного мозга, что и имело место в данном случае. Получение Пинховским повреждений, приведших его к смерти, от удара головой маловероятно. Наиболее вероятно, что удар

кулаком в область нижней челюсти, который был нанесен Пинховскому последним, привел к максимальным проявлениям повреждений ствола и затылочных долей головного мозга, в результате которых наступила его смерть. Этот вывод подтверждается показаниями свидетелей о необычном (вялом) падении Пинховского после последнего удара.

3. Обнаруженное у Пинховского системное заболевание сосудов головного мозга в виде рацемозного ангиоматоза в значительной степени способствовало развитию травматического базального субарахноидального кровоизлияния.

4. В данном конкретном случае ушиб головного мозга у Пинховского относится к тяжким телесным повреждениям как опасный для жизни в момент причинения и закончившимся смертельным исходом. Обширное травматическое базальное субарахноидальное кровоизлияние являлось тяжким телесным повреждением как опасное для жизни.

Закключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 75/п от 04.11.87 г. комиссия экспертов подтверждает полностью. Заключение первичной экспертизы № 215, данное в ходе предварительного следствия, комиссия экспертов подтверждает частично».

Сопоставление между собой заключений № 215, № 75/п и заключения в суде выявляет заметные противоречия в резюмирующей части этих документов, поэтому вполне естественными были устные вопросы, заданные экспертам составом суда. Приведем эти вопросы и ответы на них.

«Вопрос 1. В заключении экспертов № 215 указано, что наличие болезненных изменений сосудов головного мозга могло явиться способствующим фактором в развитии субарахноидального кровоизлияния, а в заключении в суде эксперты указали, что системное заболевание сосудов головного мозга у Пинховского в значительной степени способствовало развитию травматического базального субарахноидального кровоизлияния. Не противоречат ли выводы экспертов в суде заключению № 215?

Ответ 1. Эксперты не усматривают в этом противоречия. Способствовавший фактор и значительная степень — это одно и то же. С таким заболеванием, которое было у Пинховского, можно жить без каких-либо болезненных ощущений. Как показывали мать погибшего и свидетели, Пинховский никогда не жаловался на головные "боли. Это заболевание было индивидуальной особенностью его организма, которое в повседневной жизни его не беспокоило.

Вопрос 2. В стволе головного мозга обнаружено периваскулярное кровоизлияние. От чего оно могло произойти?

Ответ 2. Такое кровоизлияние могло произойти непосредственно от удара. Все удары Пинховскому наносились прямо в голову. Стволовой отдел мозга страдает в первую очередь. Только сильные удары могли привести к этому, в связи с чем возникли такие кровоизлияния.

Вопрос 3. Как объяснить, что после нанесенных первых ударов Пинховский мог еще передвигаться?

Ответ 3. Вероятно, первым ударом в область челюсти Пинховскому еще не было причинено повреждение ствола головного мозга, но кровоизлияние уже начало распространяться от поврежденных сосудов. Движения Пинховского стали вялыми, медленными, но он мог еще передвигаться. Последний удар в область челюсти наиболее вероятно привел к максимальным проявлениям повреждений ствола и затылочных долей головного мозга, в результате чего и наступила смерть».

В кассационной судебной инстанции заключения экспертов оценены как противоречивые и недостаточно обоснованные. Кассационная судебная инстанция приняла решение назначить новое судебно-медицинское исследование, поставить перед экспертами две основные задачи: 1) оценить качество экспертных исследований и степень обоснованности выводов по заключениям № 215, № 75/п и заключению в суде; 2) определить механизм возникновения повреждений и причину смерти Пинховского.

Изучение экспертных заключений и устных ответов экспертов в судебном заседании позволило дать следующую оценку качества проведенных исследований и степени обоснованности выводов.

1. Заключение № 215 неполноценно в исследовательской части, необоснованно и противоречиво в резюмирующей части. Неполноценность исследовательской части заключается

в следующем:

- а) не описаны ни внешний вид стволового отдела головного мозга, ни состояние его ткани на разрезах, ни состояние эпендимы IV желудочка головного мозга, ни состояние субэпендимального пространства;
- б) не проводилось необходимое в данном случае специальное лабораторное исследование сосудистой системы головного мозга методом непосредственной микроскопии с помощью бинокулярного стереомикроскопа типа МБС-2 с целью отыскания источника кровотечения;
- в) не проводилось обязательное в данном случае целенаправленное исследование позвоночника, в особенности его шейного отдела, включая суставные капсулы и связочный аппарат;
- г) не проводилось обязательное в данном случае вскрытие позвоночного канала и исследование спинного мозга;
- д) не описано состояние мягких тканей спины и шеи;
- е) не указано, какие именно отделы головного мозга были взяты для гистологического исследования, в частности неясно, брался ли стволовой отдел мозга; последнее обстоятельство очень важно, так как в заключении № 215 отсутствует описание и макро-, и микроскопического состояния стволового отдела, а в повторной экспертизе (заключение № 75/п), проведенной спустя более чем месяц после первичного вскрытия трупа, впервые появляются данные об исследовании стволового отдела головного мозга Пинховского.

Это лишь основные недостатки исследовательской части заключения № 215. Многие из них в настоящее время невосполнимы. Ни один вывод в заключении № 215 не обоснован, не аргументирован, не мотивирован. Выводы носят декларативный характер. Поэтому не подлежит решению вопрос о том, правильно ли обоснованы эти выводы, так как они вовсе никак не обоснованы.

Следует обратить внимание на основное противоречие в резюмирующей части: с одной стороны, эксперты категорически утверждают, что базальное субарахноидальное кровоизлияние травматическое, а с другой, — вполне определенно указывают на то, что связь между полученной Пинховским травмой и обнаруженным у него базальным субарахноидальным кровоизлиянием случайная. Если согласиться с последним суждением, то это кровоизлияние должно быть расценено как нетравматическое, так как закономерной причиной связи травмы и субарахноидального кровоизлияния эксперты не усматривают.

Это противоречие является решающим, так как подрывает и другие важные выводы: и о причине смерти, и о степени тяжести телесных повреждений.

2. Заключение № 75/п составлено на основании изучения предыдущих экспертных материалов и дополнительного гистологического исследования. Оно не лишено существенных недостатков, носящих принципиальный характер.

В этом заключении эксперты никак не определили своего отношения к исследовательской части заключения № 216 и, следовательно, построили свое заключение на неполноценных объективных данных исследовательской части заключения № 215.

Ни один вывод в заключении № 75 не мотивирован. Эксперты не дают никакого обоснования своим выводам. Поэтому не подлежит решению вопрос о том, правильно ли обоснованы выводы в этом заключении, так как они совершенно никак не обоснованы.

3. Из всех имеющихся в деле заключений обоснование дается лишь в выводах заключения, данного в суде. Что же представляет собой это «обоснование»?

3.1. В качестве обоснования вывода о причине смерти эксперты ссылаются на наличие у Пинховского ушиба затылочных долей и ствола головного мозга и распространенного субарахноидального кровоизлияния. Следовательно, необходимо оценить, доказано ли наличие у Пинховского ушиба затылочных долей, ушиба стволового отдела головного мозга и распространенного субарахноидального кровоизлияния.

3.1.1. По поводу «наличия» у Пинховского ушиба стволового отдела мозга можно привести следующие возражения:

- а) в материалах дела нет сведений о том, что при первичном исследовании трупа 10.09.87 г. исследовались внешний вид стволового отдела мозга, состояние его ткани на разрезах, состояние эпендимы IV желудочка мозга и субэпендимального пространства;
- б) в материалах дела нет данных о том, что стволовой отдел мозга исследовался методом

непосредственной микроскопии;

в) в первичном заключении № 215 не указано, какие отделы головного мозга взяты были для гистологического исследования и, в частности, брались ли кусочки стволового отдела мозга; в первичном заключении № 215 при описании результатов гистологического исследования состояние стволового отдела не описано; следовательно, совершенно неясно, откуда появились кусочки стволового отдела мозга при повторной экспертизе (заключение № 75/п), если о них ничего не сказано при первичной экспертизе (заключение № 215);

г) при даче заключения № 75/п на предварительном следствии эксперты указывали лишь на то, что в стволовом отделе мозга имеются «мелкие» периваскулярные кровоизлияния, и не расценивали их как «ушиб ствола мозга» (в этом заключении ушиб стволового отдела мозга вовсе не фигурирует), и в то же время в суде те же эксперты, не приводя каких-либо дополнительных исследований, поставили диагноз «ушиб стволового отдела головного мозга»;

д) судя по описанию, приведенному в заключении № 75/п, единственный признак, который, по-видимому, расценен комиссией как ушиб ствола головного мозга, следующий, отмеченный при описании состояния тканей в области дна IV желудочка: «кое-где периваскулярно видны мелкие группы эритроцитов с четкими контурами»; однако при изучении результатов того же гистологического исследования в том же заключении № 75/п такие же записи есть и при описании состояния тканей других отделов головного мозга, хотя и не расцениваются как признак ушиба этих отделов мозга. Например, при описании состояния ткани полюсов височных долей отмечено, что «вокруг отдельных мелких сосудов видны скопления масс свободно лежащей крови»; здесь налицо явная непоследовательность экспертов: с одной стороны, они не расценивают как ушиб полюсов височных долей «скопления масс крови», а с другой — за ушиб ствола мозга принимают «мелкие группы эритроцитов»;

е) при описании гистологической картины практически всех кусочков головного мозга в заключении № 75/п эксперты нашли разрыхление стенок сосудов, их пропитывание белковыми массами, околососудистые скопления белковых масс и околососудистое расположение эритроцитов. Эти изменения свидетельствуют о том, что у Пинховского была нарушена проницаемость стенок всех или большинства мелких сосудов головного мозга; именно эта объективно подтвержденная причина и объясняет выход эритроцитов за пределы сосудистого русла; общая реакция сосудистой системы указывает на то, что у Пинховского имело место общее расстройство мозгового кровообращения, а не изолированное — только в стволовом отделе мозга; из этого следует, что «мелкие группы эритроцитов» в стволовом отделе мозга скорее всего — свидетельство общего расстройства мозгового кровообращения, которое наряду с другими отделами мозга проявилось и в его стволовом отделе, т. е. нет достаточных объективных оснований, чтобы, опираясь на гистологические данные, поставить диагноз ушиба стволового отдела головного мозга;

ж) можно было бы предположить, что стволовой отдел мозга подвергся травматизации, если бы было доказано, что у Пинховского имела место «хлыстообразная» травма шейного отдела позвоночника, однако нет никаких записей о том, что этот отдел позвоночника, его суставные капсулы и связочный аппарат, спинной мозг исследовались, т. е. для сделанного предположения нет никаких объективных оснований;

з) опасность кровоизлияний в стволовой отдел мозга заключается в том, что они могут локализоваться в зоне жизненно важных центров головного мозга, однако в заключении № 75/п локализация кровоизлияний никак не уточнена; дословно указано, что «мелкие группы эритроцитов» располагаются «кое-где» (!);

и) в заключении, данном в суде, эксперты подтверждают наступление смерти от ушиба стволового отдела мозга быстрым темпом наступления смерти Пинховского после последнего удара, нанесенного Ваниным. Изучение протокола судебного заседания не дает оснований для такого утверждения. Так, свидетель Л. показала следующее: «Поведение у Пинховского, который от удара упал, было какое-то странное. Все его движения были вялые, замедленные; было видно, что он не хочет драться и хочет уйти, но Ванин его догонял и бил». Из этих показаний следует, что «вялое» состояние у Пинховского было замечено свидетелем до последнего удара, а это уже не тот быстрый темп наступления смерти, на который ссылаются эксперты в своем заключении.

Здесь необходимо подчеркнуть, что судебная медицина знает объективные морфологические признаки быстро наступившей смерти. Этими данными эксперты не воспользовались, а предпочли свидетельские показания, оценка степени достоверности которых является в конечном итоге прерогативой суда и следствия.

Таким образом, «ушиб стволового отдела головного мозга» у Пинховского — это не более чем предположение, не подтвержденное какими-либо объективными судебно-медицинскими данными.

3.1.2. Есть определенные сомнения в отношении доказанности наличия у Пинховского ушиба затылочных долей мозга. На чем основаны эти сомнения?

Микроскопически каких-либо изменений на поверхности и при рассечении затылочных долей при первичном вскрытии трупа не обнаружено. При первичном гистологическом исследовании затылочных долей (см. заключение № 215) обнаружены только «периваскулярные кровоизлияния в виде полос». Таких изменений недостаточно для диагноза «ушиб затылочных долей», так как характерными для ушиба изменениями должны быть множественные очаговые или мелкоочаговые кровоизлияния, расположенные на ограниченном участке, преимущественно в зоне коры мозга и ближайшей подкорковой зоны. Этих данных в заключении № 215 нет. При повторной экспертизе (заключение № 75/п) гистологически исследовалась не затылочная доля, а «борозда между затылочной долей и мозжечком».

При исследовании борозды никакой мозговой ткани увидеть невозможно, так как борозда располагается между прилежащими друг к другу отделами мозга. Если же признать, что эксперты исследовали прилежащие к борозде участки мозговой ткани, то неясно, где они обнаружили изменения — в затылочной доле или мозжечке (локализация обнаруженных изменений не указана). Если же все-таки допустить, что эксперты видели описанные изменения в затылочной доле (хотя они этого не указали), то не описаны ни объем кровоизлияний, ни объем «полей деструкции», ни локализация этих изменений по отношению к коре затылочных долей и подкорковой зоне, что, как это уже было показано, имеет важное значение для суждения об ушибе затылочной доли. И совершенно непонятно, почему эксперты говорят об ушибе обеих затылочных долей, в то время как если и исследовались, то только прилежащие к упомянутой борозде участки одной затылочной доли.

Таким образом, объективно оценивая данные, записанные в экспертных документах (заключения № 215 и № 75/п), невозможно утверждать, что у Пинховского имелся «ушиб затылочных долей». Поскольку в суде эксперты опирались на эти заключения и никаких других дополнительных исследований не проводили, то и их суждение о том, что у Пинховского был «ушиб затылочных долей», не обосновано ни материалами дела, ни научными судебно-медицинскими данными.

3.1.3. Не вызывает сомнения наличие у Пинховского обширного субарахноидального кровоизлияния. Этот диагноз подтвержден описанием, имеющимся в заключении № 215, и документирован на фотоснимке, приложенном к этому заключению.

3.2. Представляется неверным обоснование категорического вывода о том, что ушиб затылочных долей и кровоизлияния в стволовой отдел мозга «возникли» в результате ударов кулаком в область лица».

Во-первых, эксперты «подтверждают» этот вывод «характерными признаками» ударов кулаком в область нижней челюсти (ушибленная рана) и «указанными признаками» ушиба затылочных долей и ствола головного мозга.

Ушибленная рана является признаком воздействия тупого твердого предмета вообще. Единственное имеющееся в деле описание раны не имеет никаких признаков, на основании которых можно было бы утверждать, что она нанесена именно кулаком.

Эта рана возникла от того, что нижняя губа в результате ударного действия была раздавлена между каким-то тупым твердым предметом, действовавшим снаружи, и зубами Пинховского. На коже этот предмет не оставил никаких следов. По этой причине нельзя исключить возможность воздействия не только кулака, но и любого другого тупого предмета со сходной формой ударяющей поверхности. Форма и размеры раны на слизистой оболочке правой половины нижней губы определялись формой и размерами действовавших зубов, а не предмета, действовавшего извне.

Здесь же необходимо подчеркнуть, что в данном конкретном случае не имеется никаких объективных судебно-медицинских данных, на основании которых можно было бы отличить удар по лицу от удара лицом о какой-то тупой твердый предмет, например о какие-то металлические предметы при падении на них с небольшой высоты.

Что же касается «ушиба затылочных долей и ствола головного мозга», то, как уже было показано, эти «повреждения» относятся к категории недоказанного предположения.

Привлечение экспертами в качестве подтверждения ударов кулаком неких «указанных признаков» ушиба затылочных долей и ствола головного мозга по меньшей мере фантастично, так как ни о каких «указанных признаках» ни в заключении, данном в суде, ни в других имеющихся в деле заключениях ничего не «указывается».

Во-вторых, эксперты «подтверждают» свой категорический вывод о возникновении ушибов затылочных долей и ствола мозга от ударов кулаком следующим: «Иногда прямые удары в область нижней челюсти наносятся в определенном направлении, при котором возникают повреждения затылочных долей и ствола головного мозга, что и имело место в данном случае».

Неопределенность этого «подтверждения» становится очевидной, если попытаться найти ответы на такие вопросы: Что такое в данном случае понимается под «определенным» направлением удара в область нижней челюсти? Какое это направление конкретно: или спереди назад, или снизу вверх, или спереди снизу вверх назад и т. д.? Как эксперты устанавливали это «определенное» направление и установили ли они его в данном случае? Тщательное изучение заключения, данного в суде, и других заключений, имеющихся в деле, не дает ответы на эти вопросы.

В заключении, данном в суде, эксперты вначале категорически утверждают, что ушиб затылочных долей и кровоизлияния в ствольном отделе головного мозга возникли в результате ударов кулаком в лицо, а затем дословно пишут: «Получение Пинховским повреждений, приведших его к смерти, от удара головой маловероятно». Такой ответ можно понять только так, что получение Пинховским повреждений, приведших его к смерти, от удара головой все-таки возможно, но с малой степенью вероятности. Если сопоставить оба ответа, то окажется, что повреждения, которые привели к смерти Пинховского, были причинены кулаком, но в то же время могли быть причинены и головой, хотя и с малой степенью вероятности. Такого рода суждения противоречат основным положениям элементарной логики.

В ответе экспертов на второй вопрос суда есть и другое очевидное противоречие: в первом абзаце этого ответа однозначно говорится, что ушиб затылочных долей и ствольного отдела мозга возник от ударов (!) кулаком в область лица, а в четвертом абзаце этого же ответа механизм излагается в виде альтернативы — «повреждения могли возникнуть как от одного (!) удара кулаком, так и от нескольких».

Таким образом, приведенное в заключении, данном в суде, «обоснование» механизма возникновения повреждений, нельзя признать правильным, соответствующим судебно-медицинской науке и основанным на имеющихся в данном деле объективных медицинских данных.

4. В заключении, данном в суде, эксперты указали, что рацемозный ангиоматоз «в значительной степени способствовал развитию травматического базального субарахноидального кровоизлияния», а в заключении № 75/п те же эксперты ответили, что это же заболевание «могло явиться способствующим фактором в развитии субарахноидальных кровоизлияний». Иначе говоря, в суде эксперты говорили об имевшем место влиянии болезненных изменений сосудов на развитие субарахноидального кровоизлияния, причем в значительной степени, а на предварительном следствии — лишь допускали такую возможность. Между тем никаких дополнительных исследований в период между этими экспертизами они не проводили.

Ответ экспертов в суде о том, что между упомянутыми заключениями в этой части (влияние ангиоматоза на развитие базального субарахноидального кровоизлияния) нет противоречий, весьма примечателен и может быть расценен либо как неумение, либо как нежелание признать совершенно очевидное противоречие. Данное экспертами «обоснование» отсутствия противоречий лишний раз убеждает в этом.

Во-первых, эксперты ссылаются на то, что имевшееся у Пинховского заболевание (ангиоматоз) никак его не беспокоило при жизни. Такой «аргумент» игнорирует целый раздел судебной медицины, который касается скоропостижной смерти. Такая смерть наступает неожиданно, среди кажущегося здоровья, от скрыто протекающего заболевания. Следовательно, если заболевание не проявилось и не беспокоило человека при жизни, это не значит, что оно не могло быть причиной его смерти.

Во-вторых, нельзя согласиться с тем, что «способствующий фактор и значительная степень — одно и то же», хотя бы потому, что «значительная степень» — это лишь частная количественная характеристика фактора.

Однако главный недостаток этого ответа заключается в следующем: эксперты не поняли или не захотели понять, о чем их спрашивают. Ведь суд интересовало, видит ли эксперт противоречие между «способствовал» (заключение в суде) и «мог способствовать» (заключение № 75/п). Ответа на этот вопрос в протоколе судебного заседания нет. Между тем здесь может быть только один ответ: да, различие существует, причем так же, как между диалектическими категориями «возможности» и «действительности».

Неполноценность проведенных экспертных исследований ограничила возможность категорических суждений о причине и генезе смерти Пинховского. По имеющимся данным можно лишь констатировать, что у Пинховского имелись:

- обширное субарахноидальное кровоизлияние, локализирующееся преимущественно на базальной поверхности головного мозга, с проникновением крови в желудочки головного мозга;
- заболевание сосудов мягких оболочек головного мозга — рацемозный ангиоматоз;
- алкогольная интоксикация;
- кровоизлияние в мягкие ткани правой височно-теменной области, ссадины верхнего века, левой половины лба и теменной области, ушибленная рана со стороны слизистой оболочки правой половины нижней губы;
- явления общего расстройства мозгового кровообращения в виде односторонних изменений в различных отделах головного мозга, разрыхления стенок сосудов, пропитывания их рыхлыми белковыми массами, периваскулярных кровоизлияний, полнокровия сосудов мозга, периваскулярного и, перипеллюлярного отека.

Не поддаются объективной оценке «поля» деструкции вещества мозга со скоплением «масс» свободно лежащих эритроцитов с немногочисленными лейкоцитами из-за неизвестной локализации этих «полей» (затылочная доля или мозжечок), их площади и расположения по отношению к коре мозга.

Можно утверждать, что смерть Пинховского наступила от обширного базального субарахноидального кровоизлияния с проникновением крови в желудочки головного мозга.

Судя по приведенным материалам, кровоизлиянию предшествовала травма головы, выразившаяся в поверхностных повреждениях мягких тканей лица и покровов черепа. В то же время погибший находился в состоянии алкогольной интоксикации, что создавало предпосылки для развития и более быстрого распространения кровоизлияния. Наряду с этим у Пинховского длительно существовала сосудистая неполноценность в виде рацемозного ангиоматоза сосудов мягких тканей головного мозга.

Рацемозный ангиоматоз у Пинховского сформировался задолго до конфликтной ситуации и, хотя не проявлялся никакими внешними симптомами, но создавал постоянную угрозу возникновения внутричерепного кровоизлияния. Эта угроза могла реализоваться под провоцирующим влиянием самых разнообразных неблагоприятных условий: физического перенапряжения, эмоционального возбуждения, алкогольной интоксикации, легкой травмы головы, острых инфекционных заболеваний и т. и.

В данном случае неблагоприятные условия ограничились относительно легкой травмой головы и алкогольной интоксикацией. Причем, если травма могла быть поводом к возникновению кровоизлияния, то алкогольная интоксикация способствовала его прогрессивному распространению и развитию. Здесь необходимо подчеркнуть два обстоятельства: 1) у больного с хронической неполноценностью сосудов головного мозга внутричерепное кровоизлияние могло возникнуть и без предшествующей травмы; 2) алкогольная интоксикация без

сосудистой патологии и травмы может привести к возникновению и развитию смертельного субарахноидального кровоизлияния. В данном случае нет объективных медицинских данных, могущих стать основанием для оценки влияния травмы и интоксикации в количественном отношении (в долях, в процентах и т. п.).

Поскольку невозможно определить степень влияния нанесенной Пинховскому травмы на формирование окончательного объема обнаруженного у него смертельного субарахноидального кровоизлияния, то невозможно определить и объем последствий этой травмы, а следовательно, установить и степень тяжести по отношению к обнаруженному кровоизлиянию.

Дело в отношении Ванина, в части, касающейся обвинения в убийстве (ст. 102 УК РСФСР), было прекращено.

Глава 10. УТОНУЛ ЛИ УТОПЛЕННИК?

Свадьба уже прошла свой «апогей». Застолье распадалось. Лишь жених с невестой продолжали обреченно сидеть во главе длинного стола, уже не реагируя на призывы «Горько!» Впрочем, и крикуны не настаивали на немедленном исполнении традиций. Пиршество происходило в просторном дворе большой усадьбы, находившейся на краю села.

Неожиданно застолье зашевелилось: кто-то зашушукался с соседом, другие замолкли; поднявшая было рюмку раскрасневшаяся женщина так и застыла с вытянутой рукой. И все, как по команде, повернулись к воротам, в которые входил молодой солдат — Николай Рюмин. Он только что демобилизовался и «с корабля на бал...» Парень был взволнован, в руке — большой букет цветов.

Невеста зарделась, жених нахмурился. Под взглядами присутствующих Николай подошел к новобрачным, положил цветы перед невестой, что-то тихо произнес, и не то, чтобы сказал, а скорее выдал из себя «Горько!». Это «Горько!» как бы сняло общее оцепенение: окружающие загалдели, парня подхватили молодые ребята и увлекли к дальнему концу стола.

Что же послужило причиной этой короткой тревожной паузы? Об этом знало все село. Знал об этом и жених. Провожая Рюмина в армию 2 года назад, девушка, сидевшая сейчас рядом с женихом, клялась Николаю ждать его. Потом была почти еженедельная переписка. Затем... все вдруг оборвалось. Заметив явное смятение своей молодой жены, муж не на шутку встревожился. Подозвал дружков, что-то быстро им втолковал. Они направились к Николаю, завели оживленный разговор. Зачастили стопки вина. Рюмин почти не закусывал, быстро захмелел. Ему помогли подняться и сильно шатающегося повели в сторону реки. Через 20-30 мин ребята возвратились... без Николая. Он не пришел домой ни в этот вечер, ни на следующий день.

Через 3 мес из речки в 4 км ниже по течению был выловлен труп молодого мужчины. Тело было совершенно обнажено, лишь туловище опоясывал поясной солдатский ремень, на внутренней поверхности которого было нацарапано «Рюмин Н. А., 1-я рота».

Дело о пропавшем без вести Николае Рюмине было возбуждено еще до обнаружения его трупа. Теперь следователь вынес постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы. Идентификация личности была проведена путем опознания Рюмина родителями, узнавшими сына по характерному родимому пятну на переднебрюшной поверхности правого бедра и дугообразному рубцу в нижней половине живота. Основное, что интересовало следователя, была причина смерти. Это представлялось особенно важным, поскольку на своде черепа был виден обширный дырчатый перелом.

При судебно-медицинском исследовании трупа было обнаружено следующее: «...Труп увеличен в объеме за счет вздутия тканей. Кожные покровы жемчужно-белого цвета, скользкие. Трупные пятна и трупное окоченение отсутствуют. Череп деформирован: в мягких покровах — обширная рана, кости свода черепа обнажены, подвижны в месте перелома. Волосы на голове почти полностью отсутствуют. В мягких покровах головы имеется обширная рана неопределенной формы с неровными краями. Часть раны, которая находится в

правой теменной области, расположена наклонно к среднему шву, длиной 7 см, затем рана продолжается к правой лобной области, где поворачивает влево и заканчивается у наружного угла левого глаза. В переднем отделе мягких покровов левой теменной области расположена сквозная, щелевидной формы, без дефекта ткани, с ровными краями рана, длиной 4,5 см. Один конец раны тупой, противоположный — острый. В центральной части раны на протяжении 0,6 см имеется дополнительный надрез с ровными краями и острым концом. Под нижней челюстью справа — щелевидной формы без выраженного дефекта ткани со сравнительно ровными краями повреждение длиной 2,4 см, концы слегка закруглены. Рана проникает в полость рта. В теменной области, преимущественно в правой, расположен обширный неопределенной формы дефект кости размерами 11x5,5 см. Края дефекта неровные, со стороны полости черепа местами скошены, наружная пластинка правого края шириной до 0,7 см, в некоторых местах вдавлена. Задний край дефекта образован трещиной и ламбдовидным швом. К лобному шву отходят трещины в количестве трех: две правые заканчиваются у шва, третья (левая) продолжается на основании черепа через разошедшийся лобный шов. Справа и сзади перелом также продолжается на основание черепа. Передняя и задняя трещины направляются к большому затылочному отверстию, за счет чего образуется, единый перелом костей свода и основания черепа. Мозговое вещество полностью отсутствует; отсутствует также твердая мозговая оболочка, обрывки которой лишь удерживаются в области турецкого седла. На наружной поверхности левого плеча, на тыльной поверхности левого лучезапястного сустава, на передних и наружных поверхностях бедер, на левой кисти, в правой подмышечной впадине, в области правого локтевого сустава, на шее сзади имеются по одному-двум повреждениям кожи, местами и подлежащих мягких тканей, без выраженного дефекта ткани, однотипной неправильной крестообразной формы с неровными краями, окруженными сероватым осаднением, форма которого приближается к квадрату, размерами от 1x1 см до 1,5x1,2 см. Глубина повреждений — от 2 до 6 см. Подлежащие ткани без кровоизлияний, при надавливании из повреждений выделяются пузырьки газа. На тыльных поверхностях ногтевых и частично средних фаланг II-V пальцев левой кисти и в области межфаланговых суставов между ногтевыми и средними фалангами II-V. правой кисти имеются обширные осаднения грязновато-серого цвета. Печень размерами 26x21x12x8 см, поверхность ее гладкая, ткань переднего края между долями разможена на глубину до 5 см. На разрезе ткань печени грязно-малинового цвета. Подъязычная кость, хрящи гортани, ребра, грудина, позвоночник и кости тазового пояса без повреждений. При вскрытии трупа ощущался резкогнилостный запах».

Обстоятельства исчезновения Рюмина в постановлении следователя излагались с явным криминальным оттенком. В тексте пестрели: «неприятные отношения между женихом и Рюминым», «напоили», «силой увели в сторону реки», «возвратились возбужденные».

Под впечатлением этих обстоятельств судебный медик так оценил секционные находки: 1) дырчатый перелом свода черепа возник от удара массивным тупым предметом со значительной силой; судя по размерам костного дефекта, предмет имел ограниченную ударяющую поверхность размерами 5,5 см (позднее следователь представил несколько предметов, одним из них — березовым поленом — оказалось, по мнению эксперта, возможно причинение обнаруженного перелома); 2) повреждения на конечностях причинены колющим предметом, имеющим квадратное сечение размерами около 1,5x1,5 см; длина колющего предмета — не менее 5 см; 3) ссадины на тыльной поверхности пальцев рук возникли от ударов каким-то тупым твердым предметом; 4) причиной смерти явилась тяжелая открытая черепно-мозговая травма с разрушением мозга.

Сосредоточив свое внимание только на интерпретации механизма возникновения перелома, ран и ссадин, эксперт не решил одну из важных исходных задач — не доказал прижизненность этих повреждений. В свою очередь, следователь, несколько не сомневаясь в прижизненном происхождении обнаруженных повреждений, начал работу по выявлению и изобличению преступников. Он установил пятерых молодых людей, с которыми Рюмин ушел со свадьбы в сторону реки. Показывал им фотоснимки изуродованного Рюмина, попутно выясняя, что сказал жених своим друзьям, куда они повели Николая, чем его били по голове, каким колющим предметом истязали, причиняя ранения в различных частях тела, кто

первым начал бить, чем били конкретно, зачем раздели погибшего, куда дели его одежду и др.

Парни отвечали, путаясь в мелочах. По поводу просьбы жениха говорили по-разному: то ли проследить, чтобы не натворил чего-нибудь и не испортил бы общее веселье, то ли увести со свадьбы. «Ну, а если добровольно не пойдет, то предлагалось силой увести?» — спрашивал следователь. Парни пожимали плечами: «может, и так...» Однако все твердо стояли на том, что Рюмина никто не бил и уж, конечно, в воду никто не то чтобы не сталкивал, но и не собирался этого делать. С Николаем пошли, чтобы успокоить его. Но он, обиженный, ушел в сторону реки. Больше его не видели.

Допросы, очные ставки, выезды на место происшествия продолжались несколько месяцев. Однако следствие не продвинулось ни на шаг: орудий убийства не было, никто в причинении повреждений не признавался.

Следователь вновь обратился к экспертам. На этот раз была назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза. Проведены эксгумация и повторное исследование трупа. Каких-либо дополнительных повреждений при исследовании останков не найдено. При вскрытии были изъяты свод черепа, участки кожи конечностей с колотыми повреждениями, участки кожи головы по краям повреждения.

После лабораторной обработки препарат свода черепа был подвергнут детальному исследованию. Установлено, что в области внутренних отделов обеих теменных костей обширный дефект кости, неправильной овальной формы, размерами 11,5х5,8 см. Передний край дефекта проходит в 1,4 см от переднего конца стреловидного шва и разделяется последним на 2 равные половины. Левый край спереди начинается в 1,7 см влево от стреловидного шва, направляется к точке соединения ламбдовидного и стреловидного швов и, продолжаясь в ламбдовидный шов, оканчивается в 4,3 см от точек соединения указанных швов. Правый край от точки окончания левого края направляется вначале вперед и несколько влево (на протяжении 2,5 см), затем поворачивают вправо в виде дуги, открытой влево, проходя на максимальном удалении от стреловидного шва, равном 5,3 см, заканчивается на уровне переднего края, в 1,9 см от стреловидного шва справа. От точек соединения переднего края с боковыми отходят 2 сквозных перелома: от левого угла — прямолинейный — вперед и влево до венечного шва, длиной 5,5 см; от правого — дугообразный (дуга открыта вправо) до соединения с венечным швом, общей длиной 4,6 см. Определяется расхождение оставшейся части стреловидного шва. От него в 5,7 см от переднего конца левого края влево и несколько назад отходит сквозной прямолинейный перелом длиной со стороны внутренней пластинки 4,8 см. У переднего конца правого края имеется террасовидный вдавленный перелом, обращенный к середине костного дефекта, располагающийся на площади 2,2х0,8 см. В 4,1 см от переднего конца правого края имеется такой же вдавленный перелом на общей площади 1,6х0,6 см. В 6,5 см от переднего конца правого края кзади и почти параллельно самому его краю отходит перелом наружной костной пластинки общей длиной 1,8 см. Внутренняя костная пластину сколота: по левому краю на участке протяженностью 6,2 см с максимальной шириной скола 1,5 см; по правому краю — на протяжении 9 см, с максимальной шириной скола 2,5 см. Все имеющиеся на препарате швы — с незначительным расхождением краев. Толщина костей: в лобной части — 0,6-0,5 см, в теменных — 0,5-0,3 см, в затылочной — 1,1-0,4 см, височные кости на препарате отсутствуют. Толщина костей по ходу переломов — от 0,9 до 1,5 см.

Приведенное детальное исследование, хотя и давало более подробное представление о характере переломов свода черепа, не позволяло сделать каких-то принципиально новых оценок: 1) повреждение свода черепа — обширный дырчато-террасовидный перелом теменных костей с радиальным растрескиванием свода черепа — возникло от тупого воздействия; 2) принимая во внимание расположение перелома на выпуклой поверхности свода черепа, не исключено, что он мог возникнуть от удара широкой поверхностью тупого твердого предмета с образованием вначале открытого многооскольчатого перелома и последующей утратой осколков при длительном пребывании трупа в водной среде; 3) место приложения силы — теменная область, направление удара — сверху вниз.

Кусочки кожи с повреждениями были восстановлены в спирто-уксусном растворе и в

дальнейшем подверглись лабораторному исследованию методом эпистереомикроскопии. Приведем результаты исследования: «...Кожа с левого бедра. Размеры лоскута — 10,6х5,2 см. В центре лоскута рана щелевидной формы, размерами 4,3х0,5 см, при сведении краев без дефекта ткани. Края и стенки повреждения в виде волнистых линий. Один угол острый, другой — П-образный с дополнительным прямолинейным разрезом — «усиком», имеющим направление, совпадающее с направлением длинника раны; длина «усика» — 0,3 см. В 1,9 см от острого угла одного из краев повреждения отходит поверхностный линейный надрез слегка дугообразной формы, длиной 0,6 см. Вблизи острого угла на участке 0,8х0,15 см и в 1,9 см от этого же угла на участке 0,5х0,25 см поверхностные слои кожи отсутствуют. Осаднений по краям повреждений не выявлено. Кровоподтечности краев и мягких тканей в окружности повреждения снаружи и изнутри лоскута кожи не обнаружено.

Кожа с правого бедра. Размеры лоскута — 6х4,6 см. В центре лоскута рана линейной, слегка волнистой формы, размерами 2,4х0,2 см. Края и стенки повреждения гладкие, слегка волнистые, углы острые. Стенки повреждения несколько вывернуты наружу, что создает впечатление повреждения поверхностных слоев кожи. При сопоставлении краев раны дефекта кожи не обнаруживается. Осаднение по краям не выявляется. Кровоизлияний в края, стенки повреждения и окружающие мягкие ткани (на поверхности кожи и изнутри) не установлено.

Кожа левого плеча. Размеры лоскута — 7,4х5,8 см. Вблизи от одного из краев лоскута рана неправильно-овальной формы, размерами 2,3х1,8 см, с неровными стенками и краями, имеющими мелкие короткие поверхностные линейные и слегка извилистые повреждения длиной до 0,5 см. От одного из краев отходят в косом направлении 3 параллельных друг другу, поверхностных, линейных повреждения кожи длиной от 0,9 до 0,4 см. От этого же края в направлении к противоположному несколько эксцентрично отходит лоскут вытянутой треугольной формы размерами 1,6х0,4 см. Этот лоскут, а также кожа, непосредственно прилегающая по всему периметру к краям раны, имеет поверхностные полосовидные повреждения шириной от 0,15 до 1,2 см. Площадь, занимаемая этими повреждениями, в совокупности с площадью раны имеет неправильную круглую форму и диаметр 2,6 см. Кровоподтечности в области краев и стенок раны не обнаружено. С внутренней поверхности вблизи краев раны в сохранившейся подкожной клетчатке отмечается прерывистое светло-бурое окрашивание на участке 3х3,5 см».

Повреждения действительно были похожи на колотые. Отсутствие описанного ранее осаднения по краям повреждений могло быть связано с длительной мацерацией кожи и отторжением эпидермиса, поэтому трудно было судить о форме и размерах сечения колющего предмета. Одно было ясно, что однотипность этих повреждений была связана только с неглубоким проникновением колющего предмета (или предметов) в мягкие ткани.

Найденные повреждения подвергнуты гистологическому исследованию. Микроскопические препараты изготовлены из участков кожи, включавших края повреждений и прилегающую к ним непосредственно неповрежденную кожу. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином и спиртовым гематоксилином по Гейденгайну. При микроскопическом исследовании выявлено, что во всех препаратах поверхностные слои кожи, вплоть до дермы, отсутствуют на всем протяжении. На поверхности кожи, со стороны сохранившихся участков подкожной клетчатки, обильное загрязнение мелкими инородными частицами, имеющими цвет от черного до светло-желтого и светло-серого. На отдельных участках эти инородные частицы выявляются в толще кожи и подкожной клетчатки. Ткань дермы всех препаратов гомогенизирована, волокна представляются утолщенными, извитыми, равномерной ярко-розовой окраски. Ядра клеток во всех препаратах отсутствуют, местами определяются лишь контуры клеток; признаки кровоизлияний ни в одном из препаратов не выявлены; при окрашке препаратов спиртовым гематоксилином по Гейденгайну изменения тинкториальных свойств ткани не обнаружено — препараты оказались равномерно окрашенными. Других особенностей при гистологическом исследовании не отмечено.

Изучив гистологические препараты, комиссия экспертов, пожалуй, впервые за время с момента начала судебно-медицинских исследований, обратила внимание на то, что ни в одном из повреждений не имелось ни прямых, ни косвенных признаков, которые указывали на

их прижизненное происхождение. Так в расследовании появилась новая версия, а в экспертизе — новое направление поисков. Коротко задача сводилась к ответу на вопрос: могли ли все обнаруженные на теле Рюмина повреждения возникнуть посмертно, принимая во внимание конкретные условия, в которых находился труп?

Само по себе отсутствие признаков прижизненности еще не указывало на посмертное происхождение повреждений у Рюмина. Ввиду длительного воздействия на тело водной среды и гнилостных процессов эти признаки могли быть утрачены или маскированы. Поэтому появилась необходимость изучить условия пребывания трупа в воде с тем, чтобы выяснить принципиальную возможность возникновения весьма разнообразных повреждений именно в этих условиях.

В судебно-медицинской литературе имеются только единичные сообщения о повреждениях, возникающих на трупах, попавших в быстротекущие реки. Так, В.С. Цветков (1964) изучил повреждения на 64 трупах, находившихся в горных реках Карачаево-Черкесской автономной области от 2 ч до 11 сут. Эти реки отличаются небольшой глубиной, быстрым течением, скалистыми обрывистыми берегами и неровным дном, покрытым бутовым камнем. Автор выявил различные повреждения, причиненные тупыми твердыми предметами. В основном это были ссадины и ушибленные раны. В единичных случаях встретились линейные переломы черепа и повреждения шейного отдела позвоночника. В.С. Цветков считает, что грубые повреждения образуются в момент падения тела в воду, а не в процессе его перемещения в реке. О посмертном отрыве руки трупа, извлеченного из быстротекущей реки Терек, сообщил М.И. Райский (1938).

Что же представляла собой речка от места предположительного попадания в нее Рюмина до места обнаружения его трупа?

Речка оказалась не речкой, а искусственным каналом. Следователь вместе с судебными медиками и инженером-гидротехником проехали вдоль канала по всему 4-километровому участку. В 1,5 км от села вниз по течению на канале имелось гидротехническое сооружение, представлявшее собой железобетонную конструкцию с угловатыми суживающимися внутренними тоннелями, вода в которых проходила под большим напором, достигая скорости 60 км/ч. На изгибах тоннелей мощные потоки воды разбивались о бетонные препятствия. Не оставалось сомнений в том, что при преодолении этого гидротехнического сооружения и движении трупа головой вперед он вполне мог получить сильный удар теменной областью об одно, из бетонных препятствий. От этого удара вполне мог образоваться обнаруженный у Рюмина обширный перелом свода черепа. Скорее всего целостность кожных покровов была нарушена в результате удара, а перелом носил характер оскольчатого. При последующем движении трупа в канале и длительном пребывании в водной среде осколки могли быть утрачены.

Не составило труда объяснить происхождение ссадин на тыльной поверхности пальцев рук. Еще старые авторы в различных судебно-медицинских публикациях обращали внимание на то, что трупы в воде чаще всего находятся в положении лицом вниз с опущенными руками. При движении трупа в такой позе в потоке воды вполне могут образоваться поверхностные повреждения от трения о грунт тыльными поверхностями кистей. Конечно, такая возможность становится весьма маловероятной, если дно водоема представляется мягким, покрытым водной растительностью. Поэтому было предпринято обследование водолазами дна канала на протяжении 4 км. Оказалось, что на дне канала имеется значительное число самых неожиданных бытовых предметов, металлической арматуры, колючей проволоки, осколков стекла и т. п. Поверхностный динамический контакт с этими предметами вполне мог привести к образованию поверхностных повреждений кожи.

Несмотря на то, что на дне канала было множество твердых предметов, в том числе и обладавших колющими свойствами, трудно было допустить образование обнаруженных у Рюмина колотых ран на конечностях от взаимодействия с имевшимися в воде острыми предметами. Раневые каналы всех колотых ран, хотя и были относительно короткими, но располагались преимущественно перпендикулярно к поверхности поврежденного участка кожи. Колотые раны имели разную локализацию, а некоторые из них располагались в скрытых участках тела (подмышечная впадина). Все это делало практически нереальным предпо-

ложение о возникновении имевшихся у Рюмина колотых ран в процессе перемещения его трупа в канале.

По просьбе экспертов следователь вновь допросил людей, обнаруживших труп Рюмина и принимавших участие в извлечении его из воды. Оказалось, что поначалу труп приближали к берегу шестью и пытались вытащить руками, одетыми в прорезиненные перчатки. Однако усилия были тщетными, поскольку кожа трупа была очень скользкой. И тогда кто-то предложил воспользоваться багром. После нескольких безуспешных попыток подцепить труп за конечности удалось подхватить его крюком багра за подмышечную впадину и вытянуть на берег. Так получило объяснение происхождение колотых ран.

Итак, условия и обстоятельства возможного посмертного происхождения всех обнаруженных на теле Рюмина повреждений были установлены. Но оставалась нерешенной одна важная задача: куда подевалась солдатская одежда? Конечно, можно было предположить, что нетрезвый Рюмин решил искупаться, вошел в воду, затем не смог выбраться на берег, и после безуспешных попыток, обессилев, утонул. Но в этом случае он должен был сначала снять с себя всю одежду, а затем надеть и застегнуть на голом животе поясной солдатский ремень и только после этого войти (или прыгнуть) в воду? Даже буйные фантазеры не настаивали бы на такой версии.

А что же происходит с одеждой людей, длительное время находящихся в воде? В учебниках и монографиях по судебной медицине об этом нет никаких сведений. Пришлось обратиться к практикам.

Давно работавший в районе гибели Рюмина судебно-медицинский эксперт рассказал, что в злополучном канале каждый год регистрируются 2-3 утопления. Он связывал это с быстрым течением, обрывистыми берегами и наличием нескольких гидротехнических сооружений, при преодолении которых еще никому не удавалось остаться в живых. Но как выглядели трупы, какие на них были повреждения, каково было состояние их одежды: никаких обобщений своей практики районный эксперт не проводил. Его рассказ не простирался дальше «воспоминаний о ...». Однако беседа с экспертом привела к необходимости изучить и обобщить (по архивам местного бюро судебно-медицинской экспертизы) аналогичные наблюдения.

Из архива были взяты акты судебно-медицинских исследований трупов, извлеченных из данного канала. Обращалось внимание на время пребывания в воде, характер имевшихся на трупе повреждений и состояние одежды. Вот несколько примеров:

- 1) Б., 27 лет, извлечен из воды в «районе шлюзов» через несколько часов после того, как нырнул в воду на глазах многих купающихся; в теменной области три раны размерами 3х5,3х3 и 1х2 см; одежда на трупе отсутствовала;
- 2) М., 43 лет, в пьяном виде упал в воду, извлечен через 2 сут; на лбу две раны размерами 1,5х0,5 и 2,5х1,5 см, множественные раны и ссадины на обеих голени; на теле обрывки комбинезона, остальная одежда вывернута наизнанку, снята с тела и удерживается застежками манжетов на запястьях;
- 3) С, 18 лет, извлечен из канала через сутки после утопления; на правой половине лба ушибленная рана и кровоподтек, состояние одежды не описано;
- 4) О., 16 лет, утонула в районе шлюза, найдена через 3 сут; на туловище множественные взаимно пересекающиеся длинные полосовидные и линейные ссадины, обширная рана на наружной поверхности левой голени размерами 10х6 см с разможенными в глубине мышцами;
- 5) К., 29 лет, рабочий шлюза, был в нетрезвом состоянии, сорвался в воду с высоты 4 м; труп найден в 500 м ниже по течению через 64 дня; на теле множественные поверхностные повреждения, одежда отсутствует.

Сопоставление этих сведений и результатов расследования «дела Рюмина» выявляет много сходного и позволяет сделать некоторые обобщающие выводы: 1) на трупах, извлеченных из каналов или рек, имеющих гидротехнические сооружения, могут быть обнаружены множественные разнохарактерные повреждения — от поверхностных ссадин и ушибленных ран до обширных переломов свода черепа; 2) быстрым течением; воды с трупа может быть частично или полностью снята одежда; 3) для исключения или подтверждения прижизненного происхождения выявленных на трупе повреждений обязательно должно быть прове-

дено их тщательное и целенаправленное гистологическое исследование, включая применение методов гистохимического анализа; 4) для решения вопроса о возможности посмертного возникновения всех обнаруженных на трупе повреждений должна быть учтена подробная гидрологическая характеристика конкретного водного канала или реки на конкретном их участке.

Итак, читатель, уже настроившийся «вычислить» убийцу Рюмина, будет разочарован. Это дело было прекращено из-за отсутствия состава преступления.

Глава 11. КУШЕРОВ ИЛИ БОКАРЕВ?

Утром 6 января после бурного скандала 30-летний Валентин Кушеров ушел на работу. Домой в этот день он не пришел. Не было его и на следующий день, и через неделю, месяц... По ходатайству родственников был объявлен розыск.

Примерно через полгода, 17 июня, из реки Фонтанки был извлечен труп молодого мужчины без одежды. Мать Кушеровой опознала в нем своего сына. Из протокола опознания: «...Я узнала его по форме тела, по форме пальцев на ногах (они очень похожи на мои пальцы на ногах) и по зубам. У сына сверху справа на одном месте выросли 2 зуба, один из которых был черным от пломбы».

Вскрытие трупа произведено 18 июня. Судя по «Акту», судебно-медицинское исследование было достаточно подробным. При наружном исследовании эксперт отметил следующее: «Длина тела — 178 см, волосы на голове светло-русые, длиной в лобной области до 0,5 см, в теменной — 21 см, в затылочной — 7 см, в височных — 8 см... Кожные покровы бурозеленые, на нижних конечностях — серозеленые с выраженным бурым рисунком подкожных вен, обильно покрытые серо-желтым влажным сыпучим веществом. Трупное окоченение отсутствует во всех обычно исследуемых группах мышц. Лицо вздуто, черты различимы плохо... Из отверстий носа и рта при переворачивании трупа вытекает бурокоричневая жидкость. На верхней губе, доходящие до углов рта короткие (до 1 см) светлые усики, на подбородке короткие светлые, редкие волосы до 1 см длиной. Все зубы целы... Мошонка и половой член вздуты... Волосы на голове и лобке, ногти пальцев рук и ног отделяются при потягивании с небольшим усилием. Надкожица на тыльной поверхности пальцев рук отсутствует. Кожа ладоней и стоп белесоватая, морщинистая. На передних поверхностях бедер и голеней зеленовато-желтый ил, толщина наложений которого достигает 1 см».

При внутреннем исследовании обнаружено следующее: «Брюшина сероватая, блестящая, с несколько зеленоватым оттенком, гладкая. Петли кишечника вздуты, свободно лежат в полости брюшины. Печень не выступает из-под края реберной дуги, дно мочевого пузыря ниже уровня лона. Петли кишок бурозеленого цвета. Легкие свободно лежат в плевральных полостях, полностью выполняя их и на 2/3 прикрывая область сердца. В больших серозных полостях незначительное количество буроватой жидкости. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа дряблая на ощупь, не увеличена, обе доли ее одинаковы, на разрезах ткань коричнево-красная, зернистая.

В трахее и крупных бронхах небольшое количество пенистой жидкости с примесью песка и ила. Слизистая оболочка их серовато-синюшная, гладкая, несколько тускловатая. Легкие дряблые на ощупь, на разрезах темно-красные, однородные. Из пересеченных кровеносных сосудов в области корней легких вытекает жидкая темно-красная кровь. С поверхности разрезов при умеренном надавливании стекает небольшое количество красной пенистой жидкости. На диафрагмальных поверхностях легких, под плеврой расплывчатые розовокрасные кровоизлияния. Плевра легких тонкая, гладкая.

Надпочечники обычной формы, на разрезах мозговой слой бурокрасный, кашицеобразный, граница его с подкорковым слоем не выражена. Почки по 12х8х4 см каждая, капсулы их тонкие, гладкие, снимаются легко, без потери почечного вещества, обнажая гладкую, несколько тускловатую поверхность. Ткань почек дряблая на ощупь, на разрезах коричнево-красная, со сглаженной границей мозгового и коркового слоев. Мочеточники проходимы. Слизистая оболочки лоханок и мочеточников сероватая, блестящая, гладкая. Мочевой пу-

зырь пуст. Слизистая оболочка его сероватая, несколько тускловатая, складки выражены хорошо. Предстательная железа не увеличена, плотноватая, на разрезах бледно-серая, слоистого вида.

В аорте жидкая темно-красная кровь. Внутренняя оболочка аорты цвета слоновой кости с буроватым оттенком, гладкая, несколько тускловатая. Ширина ее в грудном отделе — 4,5 см, расхождение поперечно пересеченных краев — 3 см. Внутренняя оболочка почечных, брыжеечной и сонных артерий гладкая. Перикард не напряжен, на внутренней поверхности сероватый, блестящий, гладкий. Сердце — 10,5х9х4,5 см, массой 330 г. Свободно лежит в полости перикарда. Эпикард сероватый, блестящий, под ним небольшое отложение жира в основном на передней стенке. В полости перикарда до 5 мл бледно-бурой жидкости. Венечные артерии режутся легко, стенки их тонкие, гладкие, на разрезах спадаются. В полостях сердца небольшое количество жидкой темно-красной крови. Внутренняя оболочка его тонкая, в правой половине сердца — буро-красная, в левой — менее насыщенного красного цвета. Трабекулы не уплощены, сосочковые мышцы не утолщены, клапаны сердца и крупных сосудов тонкие, полупрозрачные, эластичные. Толщина мышц левого желудочка—1,1 см, правого — 0,15 см. Мышца на ощупь несколько дрябловатая, на разрезах — коричнево-красная, однородная, тускловатая.

Язык бледно-коричневый, прикорневые сосочки выражены, на разрезах ткань его однородная. Пищевод пуст. Слизистая оболочка его серо-зеленая, тускловатая, покрыта небольшим слоем песка и ила, складчатость сглажена. В желудке до 600 мл мутноватой жидкости (после отстаивания объем прозрачной части жидкости составил 600 мл). Слизистая оболочка его серо-бурая, тусклая, складки отсутствуют. В тонкой и толстой кишках жидкое желто-зеленое содержимое. Слизистая оболочка тонкой кишки бурая, складки отсутствуют. Слизистая оболочка толстой кишки серовато-коричневая, складки сглажены. Селезенка 10х7,5х3 см, дряблая, капсула ее серая, морщинистая, на разрезах ткань бурая, с незначительным соскобом пульпы. Поджелудочная железа дряблая, буро-красная, на разрезах с едва заметной дольчатостью. Печень 26х17х11х9 см, дрябловатая, капсула ее тонкая, гладкая, на разрезах ткань коричнево-зеленая, рисунок долек не выражен. Желчные пути проходимы. Слизистая оболочка желчного пузыря темно-коричневая, бархатистая, тускловатая. В желчном пузыре до 10 мл темно-коричневой желчи. Кожно-мышечный лоскут головы на внутренней поверхности розово-красный, гладкий, блестящий. Кости свода и основания черепа целы. Твердая мозговая оболочка несколько напряжена, на внутренней поверхности сероватая, блестящая, гладкая. Мягкая мозговая оболочка тонкая, гладкая, в области теменных долей утолщена, белесоватая, сращена с твердой мозговой оболочкой. Рельеф извилин и борозд сглажен, ткань мозга на поверхности с зеленоватым оттенком. Артерии основания мозга, сильвиевой борозды тонкие, на разрезах спадаются. Ткань мозга на разрезах повышенной влажности с несколько сглаженной границей серого и белого вещества. На поверхности разрезом выступают расплывающиеся капельки жидкой темно-красной крови, легко снимающиеся ножом и появляющиеся вновь. В желудочках мозга умеренное количество желтоватой прозрачной жидкости. В крыше пирамид височных костей крупноочаговые, буро-красные' кровоизлияния. Вскрыта пазуха основной кости: в полости ее до 2 мл мутной сероватой жидкости. От вскрытых органов и из полостей трупа ощущался гнилостный запах. Каких-либо повреждений при внутреннем исследовании не найдено».

Гистологическое исследование выявило признаки отека легких, головного мозга и стромы миокарда, плазморрагии в миокарде, явления жировой дистрофии печени, выраженные аутолитические изменения миокарда, печени и почек.

Судебно-химическим исследованием в крови обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,3‰; в печени, почке, желудке и кишечнике летучих фенолов, формальдегида, метилового, бутилового, пропилового, амилового спиртов, ацетона, хлороформа, хлоралгидрата, дихлорэтана, четыреххлористого углерода, производных барбитуровой кислоты, ноксирона, алкалоидов опия, стрихнина, атропина, производных фенотиазина, соединений свинца, бария, марганца, хрома, серебра, меди, сурьмы, мышьяка, висмута, цинка, кадмия, ртути не установлено.

В минерализате легких обнаружены 8 панцирей диатомовых водорослей. В минерали-

затах почек и костного мозга панцирей диатомовых водорослей не найдено.

Обобщив результаты проведенных исследований, эксперт пришел к выводу, что смерть наступила от утопления в воде. Этот вывод он обосновал: присутствием жидкости в пазухе основной кости, наличием крупноочаговых кровоизлияний в крыше пирамид височных костей, расплывчатых кровоизлияний под плеврой легких (пятна Рассказова—Лукомского), острого вздутия легких, жидкости в желудке и начальных отделах тонкой кишки, переполнением кровью правой половины сердца (признак Понсоляда), наличием в почке панцирей диатомового планктона, а также признаками пребывания трупа в воде: наличием песка и ила на кожных покровах, в полостях носа, рта, трахеи и крупных бронхов, выраженной мацерацией кожи кистей и стоп.

Принимая во внимание температуру воды в реке Фонтанке в июне (+13...+15°C), температуру воздуха (+14...+ 16°C), степень мацерации кожи (начальные явления отторжения эпидермиса) и степень развития трупных явлений (отсутствие трупного окоченения, характер и выраженность гнилостных процессов), судебно-медицинский эксперт пришел к выводу, что труп находился в воде не менее 5 и не более 15 сут.

Поскольку труп находился в состоянии начавшихся явлений гнилостного разложения, результат судебно-химического анализа давал основание только для вывода о том, что погибший перед смертью находился в нетрезвом состоянии.

Казалось, основные вопросы решены и следствие посчитало возможным закончить расследование. Но, ознакомившись с материалами экспертизы, мать погибшего решительно потребовала новой, более компетентной экспертизы. Она рассуждала так: сын пропал более полугода назад, а экспертиза установила, что труп находился в воде не более 2 нед. Где же находился сын остальное время?

Следствие было продолжено. Назначена новая, на этот раз комиссия, судебно-медицинская экспертиза. Никаких дополнительных исследований комиссия не проводила. Эксперты лишь получили следующую метеорологическую справку о температуре воздуха и воды за предшествовавшие полгода. Температура воздуха: в январе -7,2°C; феврале -7,9°C; марте -2,5 °C; апреле +4,4°C; мае +11,2°C; июне +16,6°C. Температура воды: январь и февраль 0°C; март +0,2°C; апрель +1,6 °C; май +8,3°C; июнь +14,8°C.

Прежде всего, обращает на себя внимание тот факт, что эксперты получили сведения о среднемесячной температуре. Между тем не только в мае, но и в апреле бывают недельные повышения температуры выше среднемесячных, что могло иметь значение при интерпретации сроков, начала и динамики развития гнилостных процессов и мацерации кожных покровов. Во-вторых, некоторое сомнение вызывали сведения о температуре воды в январе—феврале — 0 °C. При такой температуре вода превращается в лед. В то же время известно, что температура подледной воды, как правило, не понижается менее +3...+ 4°C.

После этих вводных положений становится весьма интересным, как же сформулировала комиссия вывод о длительности пребывания трупа в воде. Он заслуживает цитирования: «...На основании имеющихся следственных материалов и данных судебно-медицинского исследования трупа можно допустить время пребывания трупа в воде около 4-5 мес. Этот вывод подтверждают данные информационного центра погоды Северо-Западного Управления гидрометеорологической службы, согласно которому температура воздуха и воды в период января-февраля и марта была ниже нуля, а с апреля по июнь не превышала +14...+16°C. Согласно литературным данным, при пребывании трупа в воде, температура которой не превышает +4°C, происходит задержка развития гнилостных изменений, труп как бы консервируется. В условиях постепенного повышения температуры, какое наблюдалось в мае-июне, гнилостные изменения охлажденного трупа Кушера также были замедлены и развились в последние 15-20 дней пребывания его в воде. Принимая во внимание причину смерти Кушера и допустимую давность пребывания трупа в воде, можно полагать, что смерть его наступила в январе».

Нагромождение ссылок на самые разнообразные источники, вероятно, по расчетам экспертов должно было создать видимость научного обоснования выводов. Но такое впечатление при ближайшем рассмотрении оказывается весьма обманчивым. Это становится очевидным, когда мы ставим и не находим ответа на следующие вопросы: какие конкретно

следственные материалы допускают пребывание трупа в воде в течение 4-5 мес? Если оценка фактов, содержащихся в следственных материалах, является исключительным правом следствия, то почему эксперты взяли на себя эту функцию? Какие конкретно данные судебно-медицинского исследования трупа допускают время его пребывания в воде в течение 4-5 мес? Каким именно образом вывод о длительности пребывания в воде могут «подтверждать» метеорологические данные? На каком основании эксперты произвольно исказили исходные метеорологические данные о том, что температура воды в январе, феврале и марте была ниже 0? Какие конкретно «литературные данные» имеют в виду эксперты, если в тексте заключения они не приводятся?

Однако, как ни печально констатировать, следователь был удовлетворен заключением синклита опытных специалистов. Теперь все «сходило»: и время исчезновения Кушера, и время обнаружения его трупа, и «установленные» экспертами давность смерти и продолжительность пребывания трупа в воде. Дело было прекращено.

Но заключение экспертов и вынесенное на основании результатов судебно-медицинской экспертизы постановление следователя о прекращении расследования никак не могли удовлетворить мать Кушера. В ее сознании никак не могло уложиться то, что ее сын, никогда в жизни не употреблявший спиртного, мог утонуть, будучи в нетрезвом состоянии. Материнское сердце было встревожено постоянными раздорами в семье сына, нежеланием невестки иметь детей, ее поздние, иногда за полночь, возвращения домой «после работы», появление в доме уже через несколько недель после исчезновения сына незнакомых мужчин и др. Все это сформировало у нее убеждение, что экспертиза была ошибочной, что ее сын не утонул, а был убит. Мать излагала свою тревогу, свои сомнения, свое предчувствие следователю, прокурору, обращалась в самые разные официальные и общественные организации, в газеты и журналы. В переписке и жалобах прошло 3 года, прежде чем постановление о прекращении уголовного дела о гибели Кушера не было отменено и назначено новое расследование.

Следователь, которому было поручено это дело, не видел особой необходимости в проведении каких-то повторных экспертиз. Трудно было даже предположить, что спустя 3 года можно получить какую-то дополнительную информацию о причине смерти Кушера. Но этот вопрос, в конечном итоге, должны были решить эксперты. Вот поэтому были проведены эксгумация и повторное судебно-медицинское исследование трупа. Исследование проводила новая экспертная комиссия.

Во время эксгумации по снятии крышки гроба обнаружено, что волосы на голове русой окраски, на значительном протяжении отсутствуют. В теменной области на мягких тканях видна плесень. Мягкие ткани лица бурой окраски, ослизлые, над верхней губой заметны короткие усы, рот открыт, губы несколько сплюснуты. Из ротовой щели видны два верхних передних резца. Кожные покровы в области шеи и верхней части груди местами бурого цвета, местами — бледно-зеленой окраски. Спереди мягкие ткани рассечены по средней линии, открывая широкий вход в грудную полость. При осмотре положение головы и частей тела не менялось. В связи с резким гнилостным изменением трупа детальный наружный, осмотр отложен и его решено произвести в условиях морга.

В морге предварительно труп был сфотографирован: общий вид спереди и сзади, снимки головы анфас, левый и правый профили. Затем исследование было продолжено. Измерена длина тела: она оказалась 176 см.

На голове трупа имелись волосы русой окраски длиной до 21 см. Волосы легко отделялись при потягивании пинцетом. На волосистой части головы обычный ушитый секционный разрез. Кожа головы на всем протяжении буро-коричневого цвета, суховатая, плотная. При ощупывании мягкие ткани волосистой части головы и лица тестоваты на ощупь. Правая глазная щель раскрыта, глазное яблоко выбухает из глазницы. Цвет радужки не различим. Кости и хрящи носа на ощупь целы.

При осмотре зубов установлено, что отсутствует шестой верхний левый зуб, на остальных шестых зубах пломбы, восьмые нижние и восьмой левый верхний зубы не видны, восьмой верхний правый зуб незначительно выступает из десны. Второй верхний правый зуб имеет вид тонкого перевернутого конуса и отличается от формы аналогичного зуба противо-

положной стороны. Изменений остальных зубов на данном этапе исследования не обнаружено.

На верхней губе редкие русые усы, шириной до 5,5 см, длина волос — до 1,5 см. Полости плевры и брюшины вскрыты обычным срединным секционным разрезом. В верхней и нижней части разрез ушит, в средней части груди — зияет. Кожные покровы пестрого вида, темно-бурые, суховатые; покрытые плесенью участки чередуются с участками серовато-желтой с зеленоватым оттенком осклизлой кожи. На задней поверхности шеи, в нижних отделах спины и боковых поверхностях туловища, на задневнутренних и передних поверхностях обоих бедер, на передневнутренних поверхностях обеих голеней, на задних поверхностях обоих голеностопных суставов, на ладонной поверхности кистей и частично на подошвенной поверхности стоп имеются поверхностные дефекты кожи с неровными истонченными краями и ослизненной поверхностью. Мягкие ткани в области этих дефектов не отличаются по цвету и консистенции от мягких тканей окружающих участков. Ногти на пальцах кистей отсутствуют, на стопах сохранились лишь на I—IV пальце правой стопы и II—IV — левой стопы. Сохранившиеся части мошонки и половой член частично гнилостно разрушены. Комплекс внутренних органов свободно лежит в полости плевры и брюшины. Он представляет собой однородную по цвету и консистенции массу, среди которой различаются гортань, трахея, бронхи, правое легкое, сердце, часть печени, часть тонкой и толстой кишок, мочевого пузыря с мочеточниками, большой сальник. Другие органы не обнаружены, в частности желудок с двенадцатиперстной кишкой, обе почки и головной мозг. Органы различимы лишь по особенностям внешнего анатомического строения, на разрезе их структура представляется однородной. Удалось исследовать венечные артерии сердца: стенка их тонкая, внутренняя поверхность гладкая. Лишь на отдельных небольших участках внутренних органов (печень, сердце, мочевого пузыря) ткань их на разрезах серо-розового цвета. Других видимых изменений на данном этапе исследования не обнаружено.

Базируясь на результатах первичного судебно-медицинского исследования трупа и данных судебно-химического анализа, эксперты пришли к выводу, что смерть человека, которому принадлежали эксгумированные останки, произошла от утопления в воде. На это указывали: явления вздутия и отека легких, нерезко контурированные кровоизлияния под плеврой (пятна Рассказова—Лукомского), более интенсивное красное окрашивание внутренней оболочки правой половины сердца, свидетельствующее о более значительном кровенаполнении этой половины сердца в момент смерти, наличие жидкости в пазухе основной кости, крупноочаговые кровоизлияния в крыше пирамид височных костей, значительное (до 600 мл) количество жидкости в полости желудка, наличие песка и ила на слизистой оболочке пищевода, а также отсутствие повреждений, признаков заболеваний и следов присутствия ядовитых веществ во внутренних органах, которые могли быть самостоятельной причиной смерти.

Отрицательные результаты исследования на предмет обнаружения элементов диатомового планктона в почке и костном мозге и наличие немногочисленных (8) панцирей диатомовых водорослей в минерализате ткани легких не противоречат выводу о смерти от утопления в воде, так как последнее, судя по морфологической картине, в данном случае протекало по асфиксическому типу и, следовательно, не сопровождалось аспирацией значительного количества воды. На возникновение утопления именно по этому типу указывают кровоизлияния в крышу пирамид височных костей, весьма значительное количество свободной жидкости в полости желудка (до 600 мл). Следует отметить, что течение утопления по асфиксическому типу довольно типично при гибели молодых субъектов, находящихся в момент утопления в состоянии алкогольного опьянения.

Оказалось возможным высказаться и о давности смерти при условии пребывания трупа в воде. Умеренная степень вздутия тела, сохранение волос на голове и лобке, далеко не полное отторжение надкожицы на кистях и стопах, сохранение атональных изменений (вздутие легких и кровоизлияния под плеврой), сохранение макроскопических структурных особенностей внутренних органов (особенно головного мозга), сохранение жидкой крови в полостях сердца и в просвете больших артерий при весьма умеренной, степени гнилостных изменений их внутренней оболочки, умеренное количество транссудата в серозных полостях, а

также сохранение микроскопической структуры миокарда, его патологических изменений, а равно и патологических изменений клеток печени — совокупность этих признаков указывала на то, что давность смерти при условии нахождения в воде трупа (при ее температуре +14...+15°C) не более 2—3 нед.

О невозможности длительных сроков (месяцы) нахождения трупа в воде, даже при более низкой температуре, наряду с описанной выше картиной, свидетельствует полное отсутствие даже минимальных, начальных превращений тканей трупа в жировоск.

Казалось, эксперты ответили на основные вопросы, интересовавшие следователя, но... Осматривая зубы погибшего, эксперты обратили внимание на отсутствие признаков стертости рабочего края зубов. Кушерову было 30 лет, и такое состояние зубов свидетельствовало о необычно хорошей их сохранности. Именно эта необычность побудила экспертов внимательнее осмотреть кости скелета. И вот здесь таилась главная неожиданность — в подавляющем большинстве костей скелета не завершились процессы их роста. А это означало, что исследуемые останки принадлежат человеку в возрасте до 18 лет, т. е. никак не могут быть останками Кушерева, которому было 30 лет, когда процессы окостенения завершены полностью.

Читатель уже прекрасно понял, что если, этот факт нашел бы свое подтверждение, то останки, которые подверглись повторному исследованию, не были бы останками Кушерева. Экспертиза приобрела новое направление. И хотя перед судебными медиками не ставилась, задача установления возраста погибшего, они воспользовались правом, предоставленным уголовно-процессуальным законодательством, и начали исследование этого вопроса в порядке экспертной инициативы.

Кости скелета были освобождены от мягких тканей и подвергнуты лабораторной термической и химической обработке. При исследовании полученных костных препаратов установлено следующее. Позвоночник: краевые валики тел всех позвонков, начиная с VI шейного, с четко выраженной линией приращения; на горизонтальных поверхностях тел большинства позвонков видна радиальная исчерченность, более выраженная в поясничных позвонках; поперечные и остистые отростки полностью сращены с телами позвонков; вершины поперечных отростков шейных и грудных позвонков сформированы полностью, поясничных позвонков — с заметными линиями приращения; вершины остистых отростков всех позвонков не сформированы. Крестец полностью сформирован; по краям боковых масс крестца четкая, но прерывистая линия приращения; на передней поверхности крестца границы между II—V позвонками в виде выступающих костных валиков, между телами I и II позвонков — неполностью заращенная щель; на задней поверхности неполностью заращена дужка I позвонка. Копчик отделен от крестца, его 4 позвонка сращены друг с другом. Тазовые кости полностью сформированы без следов сращения в области вертлужных впадин со стороны суставных поверхностей; сочленяющиеся поверхности лобковых костей имеют вид множественных отчетливых горизонтальных валиков, апофизы седалищных бугров со следами приращения передних ветвей седалищных костей; отчетливо видны следы приращения апофизов крыльев подвздошных костей в виде прерывистых, но достаточно глубоких щелей. Грудина представлена 5 фрагментами, на обращенных друг к другу поверхностях фрагментов заметна бугристость. Ключицы: грудинные и суставные поверхности представлены вогнутыми бугристыми площадками, эпифизы этих концов отсутствуют. Лопатки: отростки лопаток полностью сформированы, видны незначительные следы приращения на вершинах отростков левой лопатки; апофиз нижнего конца правой лопатки отсутствует, левый — частично приращен; неполностью сформированы внутренние края лопаток. Ребра: на головках I и XII левых и правых ребер следы частичного приращения, на остальных ребрах — головки отсутствуют; бугорки ребер сформированы, на некоторых ребрах — со следами приращения; нижние края части ребер сформированы неполностью; левое I ребро сформировано аномально. Плечевые кости: нижние эпифизы полностью приращены, без следов эпифизарных линий; в области верхних эпифизов видна четкая эпифизарная линия (больше на левой кости) на большей части окружности эпифиза. Кости предплечья: проксимальные эпифизы сформированы полностью, без следов приращения; в области дистальных эпифизов видна линия приращения почти на всем протяжении окружности. Правая бедренная кость: малый и боль-

шой вертелы полностью приращены, головка со следом приращения в виде прерывистой, слабо заметной полоски; на задней поверхности нижнего эпифиза бедра следы приращения в виде изолированных извилистых полосок; на внутренней поверхности в 2 см над внутренним мыщелком разрастание костного вещества в виде гриба с ножкой диаметром 0,5 см и ноздреватой «шляпкой» размерами 2х1,5х1,5 см. Кости голени с полностью приращенными эпифизами, верхние эпифизы всех костей и нижние эпифизы малоберцовых костей со следами приращения в виде коротких извилистых полосок.

Установленная степень развития и сформированности скелета эксгумированного трупа давала основание считать, что он принадлежал человеку в возрасте не менее 17 и не более 20 лет и, следовательно, не мог принадлежать 30-летнему Кушерову.

Перед следователем снова возникла, задача установления личности погибшего. В его распоряжении имелись немногие сведения об этом человеке: молодой мужчина, возраст в пределах 17-20 лет, ростом 176-178 см, пропавший за 2-3 нед до дня обнаружения трупа.

Среди зарегистрированных в городе пропавших без вести внимание следователя привлек 18-летний Владислав Бокарев, пропавший в промежуток между 30.05 и 04.06 того же года. Бокарев проживал в доме на Фонтанке, недалеко от места обнаружения трупа. К сожалению, информация о признаках личности Бокарева была очень ограниченной. Немногочисленные родственники не могли припомнить имевшихся у него каких-то индивидуальных признаков. Болел только простудными заболеваниями, не оперировался, к стоматологам не обращался. Мать Бокарева акцентировала внимание лишь на родимое пятно на левой половине подбородка сына. Она представила два фотоснимка Владислава, где было видно небольшое круглое родимое пятно.

Исходя из ограниченного объема исходной информации, было принято решение провести сравнительное исследование изображения лица Бокарева на прижизненной фотографии и однокурсных и одномасштабных изображений лица эксгумированного трупа.

Поскольку лицо трупа оказалось существенно измененным в течение 3-летнего захоронения, возникла потребность подготовить его для сравнительного исследования. С этой целью было произведено восстановление первоначального облика головы эксгумированного трупа.

Поначалу голова была помещена в холодную проточную воду для удаления поверхностных загрязнений (песка, опилок, стружек и т. п.). Затем поверхность головы была высушена в теплой струе вентилятора и целиком помещена в раствор Ратневского. Восстановление шло медленно и неравномерно, требовало ежедневного контроля. В какой-то момент под кожей в отдельных местах появлялись газовые пузыри. Их надо было удалять после рассечения слизистой оболочки рта, пункций с местным массажем тканей и отсасыванием газа. В зависимости от тургора кожи менялась концентрация уксусной кислоты. Регулирование процесса восстановления цвета кожных покровов осуществлялось варьированием концентрации перекиси водорода в растворе. Весь процесс восстановления занял полтора месяца.

Почему восстановление продолжалось полтора месяца, а не больший или меньший срок? Восстановление не преследовало художественные цели. Его задачей было получить такой объект для сравнительного исследования, в котором все элементы строения лица утратили деформирующие изменения и произвольно приобрели правильное анатомическое строение. Кроме того, мы очень надеялись так восстановить кожные покровы, чтобы на них могло проявиться родимое пятно. Именно этого и удалось достичь через полтора месяца.

Для сравнительного исследования были представлены фотоснимки Бокарева: две фотокарточки из его паспорта и военного билета. Для сравнительного исследования выбрана фотокарточка с белым уголком, на которой изображено лицо с более точным ракурсом анфас. На фотоснимке основные элементы лица видны достаточно четко. Ушные раковины скрыты длинными темными волосами. Линия роста волос также не видна, так как скрыта опущенными на лоб волосами. При увеличении фотоснимка в 3-4 раза выявились признаки ретуши по контурам основных элементов строения лица. Ретушь весьма умеренная и не изменяет особенностей строения основных элементов лица. На левой половине подбородка — родимое пятно.

На сравниваемых снимках лицо имеет левый тип асимметрии строения. Большинство

признаков элементов лица совпадает. Различаются признаки, характеризующие рот и красную кайму верхней губы. Эти различия могут быть объяснены тем, что вследствие многократных попыток осмотреть полость рта и зубы ротовая щель оказалась перерастянутой и вследствие потери эластичности не смогла принять первоначальную форму и размеры.

Одномасштабные фотоснимки лица Бокарева и лица эксгумированного трупа подвергались сравнительному исследованию методом фотомонтажа. Различия линейных и угловых размеров лица на фотографиях разрезался по произвольным прямым, ломаным и извилистым линиям так, чтобы линии пересекали до 3-5 элементов лица. После этого разрезанный фотоснимок накладывался на фотоснимок с изображением лица Бокарева так, чтобы достичь совпадения соответствующих друг другу элементов строения лица. В результате проведенных исследований установлено совпадение формы, размеров и локализации соответствующих одноименных элементов лица. Существенных различий не отмечено.

Одномасштабные фотоснимки лица Бокарева и лица эксгумированного трупа исследовались на приборе оптического наложения ПОН-2. Этот прибор имеет две оптические системы и отличается тем, что позволяет одновременно рассматривать на экране два изображения. Одно из них неподвижно, второе можно смещать по вертикали и горизонтали, а также вращать вокруг центра изображения. На экране прибора удалось совместить одновременно большинство одноименных точек изображения лица Бокарева и изображения лица эксгумированного трупа (за исключением углов рта).

Далее был применен метод построения графических идентификационных алгоритмов, основанный на законах соответствия подобных фигур и методах проективной геометрии. Сущность метода заключается в том, что если провести прямые линии (или выполнить идентичные геометрические построения) через одноименные точки двух сопоставляемых фигур, то они совместятся в одном центре перспективности, если фигуры подобны. Такое построение было выполнено на сравниваемых фотоснимках: получены прямые линии, проведенные через одноименные опознавательные точки элементов строения лица Бокарева и восстановленного лица эксгумированного трупа. Линии пересеклись в нескольких точках, находившихся в непосредственной близости друг от друга.

Результаты сравнительного исследования фотоснимков лица Бокарева и восстановленного лица эксгумированного трупа показали совпадение основных признаков элементов лица, их линейных и угловых параметров. Эти совпадения подтверждены результатами проведенных методов сопоставления, измерения, фотомонтажа, исследования на приборе оптического наложения, построения алгоритмов графических идентификационных. В то же время отмечено различие отдельных признаков, в частности размеров рта и формы красной каймы верхней губы. Последнее обстоятельство определило необходимость провести сравнительное исследование черепа эксгумированного трупа и прижизненной фотографии Бокарева.

С этой целью череп освобожден от мягких тканей и в течение 5 дней вываривался, а затем подвергался механической очистке от оставшихся мягких тканей и обесцвечивался в течение 1,5 ч в теплом растворе перекиси водорода слабой концентрации. При изучении строения лица Бокарева на выбранном фотоснимке установлено:

- общая форма лица (овальная, лицо вытянуто в вертикальном направлении);
- широкое межбровное расстояние;
- небольшой дугообразный изгиб спинки носа, обращенный выпуклостью влево;
- верхний край правого крыла носа выше левого;
- высокая верхняя губа;
- выраженный лукообразный изгиб верхнего края красной каймы верхней губы;
- малая ширина рта;
- незначительное выступление влево левой половины подбородка;
- более угловатый контур левой половины подбородка по сравнению с правой.

При сравнительном изучении прижизненной фотографии Бокарева и исследуемого черепа установлено, что особенности строения лица соответствуют строению подлежащих участков костей переднего отдела черепа.

С фотоснимка Бокарева были изготовлены диапозитивы на плоской фототехнической пленке, на которых были размечены: контур лица, наружные и внутренние углы глаз, конту-

ры крыльев носа, линия смыкания и углы рта. На черепе были размечены соответствующие им опознавательные точки.

Череп был укреплен на специальной подставке, позволяющей изменять его положение в 3 плоскостях. В глазницы вставлена черная бумага. Напротив черепа помещен фотоаппарат (13x18 см «Дорожная камера») так, что оптическая ось его объектива проходила через средние отделы грушевидного отверстия.

На матовом стекле фотоаппарата укреплен размеченный диапозитив лица Бокарева, по которому была проведена установка черепа в необходимом масштабе (½ длины диагонали кадра) и ракурсе. После достижения совпадения соответствующих опознавательных точек на черепе и фотоснимке лица Бокарева произведена фотосъемка на плоскую фототехническую пленку без изменения положения черепа и фотоаппарата.

Полученное негативное изображение черепа и негатив фотоснимка лица Бокарева совмещены по соответствующим опознавательным точкам и помещены в фотоувеличитель. Через два совмещенных негатива произведена фотопечать.

При изучении совмещенного изображения подтверждено совпадение соответствующих опознавательных точек.

Проведенное фотосовмещение можно отнести к категории качественных методов. В таких случаях впечатление от совмещения, даже столь наглядное, как это видно на рисунке, может оказаться обманчивым. Поэтому результаты фотосовмещения необходимо проверить методами количественного математического анализа. Такая методика разработана проф. М.М. Пяткевичем. В ее основе лежит метод корреляционного анализа.

На черепе и прижизненной фотографии Бокарева были размечены соответствующие точки: наружные и внутренние углы глаз, надпереносье, переносье, подносовая точка, ротовая точка, подбородочная точка.

Использованы для сравнения фотоснимки черепа и фотографии лица Бокарева, полученные в результате положительного фотосовмещения. Фотоснимки приведены к масштабу, при котором расстояние между точками надпереносья и подбородочной составили 60 мм.

С помощью измерителя получены следующие 18 размеров: 1) надпереносье — подбородочная точка; 2) переносье — подбородочная точка; 3) ротовая — подбородочная точка; 4) надпереносье — подносовая точка; 5) надпереносье — ротовая точка; 6) переносье — ротовая точка; 7) надпереносье — переносье; 8, 9) наружные углы глаз — подносовая точка; 10, 11) наружные углы глаз — надпереносье; 12, 13) наружные углы глаз — подбородочная точка; 14) расстояние между наружными углами глаз; 15, 16) длина главных щелей; 17, 18) наружные, углы глаз — ротовая точка. Вычисления проведены по методике М.М. Пяткевича. Вычисленная величина коэффициента корреляции 0,9994 дает основание для положительного вывода о том, что фотосовмещение достигнуто.

Результаты всех проведенных исследований давали достаточные основания для утверждения о том, что эксгумированные останки принадлежали 18-летнему Владиславу Бокареву. А что же Кушеров? Среди находившихся в архиве судебно-медицинских заключений по исследованию неопознанных трупов был обнаружен Кушеров. Причиной его смерти явились множественные колото-резаные ранения живота. Доказать принадлежность трупа Кушерову, установить механизм и обстоятельства нанесения ему ранений оказалось весьма многотрудным делом. Но ... это уже другая история.

Глава 12. КТО СИДЕЛ ЗА РУЛЕМ?

Это происшествие было похоже на многие другие, которые, к несчастью, еще нередко встречаются на автомобильных дорогах. Похоже, если бы...

03.09.85 г. около 19 ч. автомашина «Жигули» ВАЗ-2103 следовала по оживленному загородному шоссе с двусторонним движением. Шоссе было прямым, асфальтированным, шириной 7,5 м. В машине были два человека. На 27-м километре дороги «Жигули» стали медленно смещаться на левую встречную полосу движения, минуя сплошную разграничительную линию. Встречные машины притормаживали и шарахались в сторону. Проехав око-

ло 50 м, «Жигули», не снижая скорости, съехали по левому отлогому откосу высотой 0,5 м и ударились своим правым передним углом о полушаровидный камень, диаметром около 60 см. От удара камень был отброшен на расстояние 4 м, а автомобиль развернулся в горизонтальной плоскости по часовой стрелке на 180° и, упершись багажником в землю, перевернулся назад (через багажник) на крышу и застыл в таком положении (рис. 53).

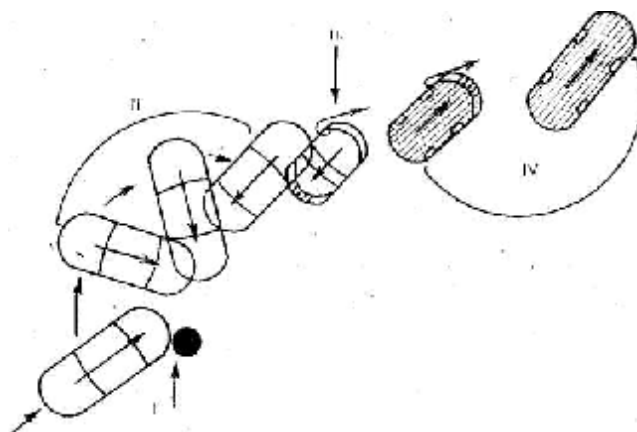


Рис. 53. Схематическое изображение этапов автомобильного происшествия.

Все происходило на глазах водителей и пассажиров машин, следовавших в этот момент на данном участке шоссе во встречных направлениях. Многие остановили машины и бросились на помощь.

Первой заметили женщину. Она лежала на земле под багажником на спине. Ее юбка задралась выше пояса, оголив черные, плотно облегающие тело колготки. Отбросив с лица юбку, люди увидели красивую юную девушку. Она была без сознания. Ее бережно взяли на руки, девушка застонала. Жива! Не теряя времени, попутной машиной пострадавшую срочно отправили в ближайшую больницу.

Тем временем у перевернувшихся «Жигулей» продолжали суетиться люди. В машине находился еще один человек. Не ставя машину на колеса, его пытались извлечь из машины. От деформации кузова все двери заклинило. Наконец, удалось отдавить правую заднюю дверцу. Через нее с трудом вытащили молодого мужчину. Если на этом закончить изложение обстоятельств, то фабула этого автомобильного происшествия не казалась бы необычной. Однако здесь была своя экстраординарность — молодой человек был абсолютно голым¹.

Мужчина — хозяин «Жигулей» был сильно пьян. Он постоянно бормотал, что убил девушку, совершив автомобильную аварию. Машину общими усилиями перевернули и поставили на колеса. На полу салона у заднего сидения валялись мужские брюки, трусы, рубашка и кроссовки. Молодого человека одели.

К этому времени подъехала машина ГАИ. Мужчина официально заявил, что находился за рулем и виноват в гибели девушки. Многочисленные свидетели подтверждали обстоятельства автомобильного происшествия. Молодой человек был задержан. Поврежденные «Жигули» транспортированы на штрафную площадку ГАИ.

Что дальше произошло с девушкой? В больницу она поступила через 40 мин после происшествия. К ней вернулось сознание. Но врачам и следователю она отказалась рассказывать о происшедшем. Назвала свое имя и возраст 17 лет; пояснила, что они с молодым человеком знакомы уже 4 мес, а в этот день днем обедали в ресторане, затем поехали «покататься».

При обследовании девушки в больнице оказалось, что «...во времени и пространстве ориентируется. На вопросы отвечает с опозданием, правильно. Правильного телосложения, среднего роста. На теле множественные ушибы, в частности в левой лобной области, на под-

¹ В этом случае мы не будем приводить ни фамилий, ни имен. Дикость и неприглядность этого случая могут показаться оскорбительными не только для близких этих двух молодых людей, но и для их небольшой, но целомудренной и гордой народности, которую они столь печально представили.

бородке, правой щеке, правом бедре в нижней его трети и наружной поверхности; на передней поверхности обеих голени отмечаются разных размеров кровоподтеки. На тыльной поверхности правой кисти — розовая царапина до 3 см. Движения в обоих плечевых суставах несколько болезненны и ограничены в объеме. В суставах обеих нижних конечностей движения частично ограничены. Пульс 88 уд/мин, ритмичный, хорошего напряжения и наполнения. Артериальное давление 125/85 мм рт.ст. Тоны сердца чистые. Грудная клетка нормальной конфигурации, дыхание 24 в 1 мин. Акт глотания свободный. Из полости рта запах алкоголя. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Признаков раздражения брюшины нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При рентгенографии головы, плечевых суставов, шейных позвонков, грудных — поясничных позвонков от 03.09.85 г.: 1) повреждений костей черепа не обнаружено; 2) не обнаружено повреждений костей, входящих в оба плечевых сустава; 3) компрессионный перелом IV шейного позвонка; 4) повреждений грудных и поясничных позвонков не обнаружено.

Осмотр невропатологом (03.09.85 г. 22 ч. 00 мин.): изо рта запах алкоголя. Движения в обеих верхних конечностях свободные. В нижних конечностях чувствительность снижена, сухожильные рефлексy снижены. Брюшные рефлексy не вызываются. Общее состояние больной средней тяжести, на вопросы отвечает с опозданием. О случившемся помнит неотчетливо. Жалуетсy на онемение и потерю чувствительности ниже поясницы. Объективно: чувствительность утрачена в обеих нижних конечностях, активные движения отсутствуют. В верхних конечностях пассивные движения в полном объеме, активные — ограничены. Мышечная сила верхних конечностей снижена.

Консультация окулистом (04.09.85 г.): органы зрения в пределах нормы.

Консультация нейрохирургом (04.09.85 г.): пульс 100 уд/мин, ритмичный, среднего напряжения и наполнения. Ушибы на лице, на шее и обоих коленных суставах. При пальпации область шеи резко болезненна. Неврологически: сознание ясное, ориентирована, речь не нарушена. Момент аварии амнезироваи. Настроение снижено. В контакт вступает неохотно. Зрачки круглые, равномерные. Реакция на свет и аккомодацию живая. Движения глазных яблок во всех направлениях в полном объеме. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Активность движения сохранена в верхних конечностях, в нижних конечностях — отсутствует. Заключение: у больной компрессия спинного мозга на уровне IV—V шейных позвонков и ушиб спинного мозга.

05.09.85 г. 24 ч. 00 мин.: общее состояние больной ухудшилось, оценивается как тяжелое. Предъявляет жалобы на боли в шейном отделе позвоночника, слабость, одышку, потерю чувствительности и движений в нижних конечностях, ограничение активных движений в верхних конечностях. Кожные покровы бледные; число дыханий 30 в 1 мин, поверхностное, при аускультации дыхание везикулярное; перкуторно легочный звук. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст.

06.09.85 г. 4 ч. 00 мин.: общее состояние больной еще более ухудшилось, выявились признаки отека шейного отдела спинного мозга и продолговатого мозга: выраженный цианоз губ, кончиков пальцев; число дыханий 32—34 в 1 мин, поверхностное; пульс 100 уд/мин, слабого наполнения; артериальное давление 100/70 мм рт.ст.

06.09.85 г. 6 ч. 00 мин.: общее состояние больной крайне тяжелое. Сознание затуманено, на вопросы отвечает лишь кивком головы. Жалобы на нехватку воздуха. Резко выраженный цианоз губ, кончиков пальцев. Пульс 104 уд/мин; артериальное давление 100/60 мм рт.ст.; дыхание ослабленное, поверхностное, 40 в 1 мин. Активные движения в верхних и нижних конечностях отсутствуют.

06.09.85 г. 6 ч. 30 мин. Больная в бессознательном состоянии; явления острой легочно-сердечной недостаточности. Несмотря на проводившиеся реанимационные мероприятия, в 6 ч 45 мин наступила остановка дыхания и сердца. Констатирована смерть больной».

Девушка прожила всего 3 дня. Она погибла при явлениях восходящего отека шейного отдела спинного мозга. С момента гибели девушки юридическая сторона дела приобрела неожиданное, скажем прямо, диаметрально противоположное направление. В течение первых 3 дней, в том числе и на допросах, молодой человек твердил, что он сидел за рулем в момент аварии и виноват в том, что девушка получила тяжелые увечья. Как только она умерла, он

изменил показания и заявил, что в момент происшествия, будучи пьян, спал на заднем сидении «Жигулей», а автомашиной управляла девушка. Вполне естественно, эта, новая, ситуация сделала ведущим, основным вопрос о том, кто же сидел за рулем «Жигулей» в момент аварии. Тому, как решалась эта задача, и посвящено это сообщение.

Нельзя сказать, что установить, кто сидел за рулем автомашины в момент происшествия, легко и просто. Методических рекомендаций, в сущности, нет. Повреждения у водителя и пассажиров очень разнообразны, зависят как от типа автомобиля, так и от механизма самого происшествия: скорости и точки соударения, последующей траектории автомашины, направлений смещения пострадавших в салоне автомашины и др. Вот поэтому в каждом конкретном случае требуется обстоятельный и творческий подход к решению данной задачи. Примером того, как разными экспертами по-разному решается этот вопрос, и является данное наблюдение.

Судебно-медицинское исследование трупа девушки проведено на следующий день. Из заключения эксперта: «...На левой половине лба у границы волосяного покрова — множественные ссадины размером 3х1,5 см. На верхнем левом веке ссадина 0,5х0,1 см. На подбородке справа кровоподтек 3х3 см. На подбородочной области кровоподтек 4х3 см. На середине левой щеки кровоподтек красного цвета 1,5х1,5 см и синевато-коричневого цвета 5х4 см. На шее справа линейные ссадины длиной 0,4; 0,5; 0,3 см. В области правой подвздошной кости кровоподтек 4х2 см. На передней поверхности средней части правого бедра подкожная гематома 1х0,8 см. В области передней поверхности правого колена кровоподтек 3х1 см. На передней поверхности правой голени в средней части подкожное кровоизлияние 4х2 см. На латеральной поверхности правого голеностопного сустава ссадина 0,2х0,2 см. В области грудины кровоподтек 6х2 см. На задней поверхности левой кисти ссадина 0,3х0,2 см, кровоподтек 2,5х2 см. На наружной поверхности верхней трети левого бедра кровоподтек 9х5,5 см. Там же 13 точечных ссадин, кровоподтек в области левой подвздошной кости 1х1 см и на передней поверхности левого коленного сустава 2х2 см. На внутренней поверхности правой голени в верхней трети кровоподтек 3,5х0,5 см. В области поясницы слева на уровне VI—VII ребра по лопаточной линии ссадина 6х3,5 см. На уровне III—IV поясничного позвонка ссадина 4,5х3 см. В области поясницы справа на уровне IV—V позвонков, подмышечной области ссадины размерами 1х1; 0,5х0,1х0,5 см. На задней поверхности левого плеча кровоподтек размером 5х1 см. На задней поверхности левого локтевого сустава ссадина 3х1,5 см. Все ссадины покрыты нежными красновато-коричневыми струпами, возвышающимися над уровнем окружающей кожи, а кровоподтеки имеют бледно-синеватый цвет и нечеткие границы.

В мягких тканях на уровне IV—V—VI шейных позвонков кровоизлияние 9х3 см темно-красного цвета, в области поясницы на уровне I крестцового позвонка такое же кровоизлияние размерами 5х6 см. После добавочных разрезов в области позвоночника и ягодич, а также и задней поверхности бедра дополнительных кровоизлияний не обнаружено. Кости верхних и нижних конечностей, тазовые кости и ребра целы. Диспозиция V шейного позвонка, между V—VI позвонками диастаз, куда помещается указательный палец. Позвонки целы. На внутренней поверхности кожно-мышечного лоскута головы в правой лобно-теменной области кровоизлияние красного цвета размером 5 см. Кости черепа целы. Твердая мозговая оболочка цела. Сосуды мягкой мозговой оболочки расширены. Головной мозг увеличен в объеме, на разрезе влажный, поверхность разрезов матовая. Граница между серым и белым веществом нечеткая. Белое вещество на разрезе с точечными кровоизлияниями... Спинной мозг беловатого цвета, в шейном отделе отечен...

Судебно-медицинский диагноз: закрытая черепная травма. Отек спинного и головного мозга. Множественные точечные кровоизлияния мозга и придатков мозгового вещества. Отек продолговатого мозга. Странгуляция внешнего слоя придатков мозга. Компрессионный перелом V шейного позвонка. Обширное кровоизлияние мягких тканей шеи в области V шейного позвонка. Кровоизлияние в области I поясничного позвонка. Кровоподтек мягких тканей головы в подкожном слое. Ссадины и кровоподтеки в разных областях тела. Умеренное кровенаполнение внутренних органов».

Не приводя никакой аргументации, эксперт записал в своих выводах, что на месте водителя находилась девушка.

Хотя вывод эксперта совпадал с измененными показаниями мужчины, следовательно вполне справедливо продолжил всестороннее и, что самое главное, объективное расследование. В первую очередь был освидетельствован подозреваемый (к сожалению, мужчина был обследован только на 5-е сутки после аварии) и осмотрены «Жигули».

У мужчины на уровне VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII ребер слева ссади́на 10х10 см, покрытая плотной корочкой, возвышающейся над уровнем интактной кожи. Такая же ссади́на 3х5 см на правой половине шеи. В области левого бедра кровоподтек 5х5 см красно-синего цвета с зеленоватым оттенком. Повреждения на автомобиле описаны экспертом-трассологом: «...передний бампер справа деформирован сзади под углом 80°. Капот деформирован сверху вниз и спереди назад, краска во многих местах повреждений отслоена. Переднее левое крыло в передней части согнуто вниз. Передняя левая дверь деформирована в верхней части и внизу сдвинута вправо (дверь не закрывается). Заднее левое крыло выстоит приблизительно на 10 см. Там же имеются множественные отслойки краски. Задняя багажная часть повреждена, верхняя часть сдвинута вперед. Справа отсоединено заднее крыло, здесь же множественные участки отслоения краски. Задний бампер частично передвинут вперед, его правый угол согнут вниз. На крышке багажника имеются множественные участки отслоения краски. Багажник передвинут вперед, отчего его средняя часть выгнулась вверх. На крышке багажника, на пылевом покрове множественные царапины. Заднее крыло в задней части деформировано. Задняя правая дверь в передней части повреждена и внизу деформирована, средняя часть выбухает кнаружи. Оконная рама деформирована. Стекло разбито. Переднее правое крыло повреждено. Повреждение начинается с передненижней части. Со второй половины этого крыла повреждение продолжается снизу вверх. Повреждение нижней части идет справа налево.

В этой области отмечаются множественные отслойки краски с царапинами под углом 45°. Переднее правое крыло сдвинуто назад и отклонено вправо. Диск этого колеса в наружной части в одном месте на 15—20 см вдавлен внутрь. Кузов деформирован за счет уплощения крышки. Место над сиденьем водителя сплюснуто по высоте приблизительно на 20 см. На кузове дугообразные царапины. Переднего стекла нет, а заднее разбито». Криминалисты определили механизм происшествия следующим образом: машина передним правым углом ударилась о небольшое плотное возвышение, отчего правая часть затормозилась, а левая начала движение по часовой стрелке; одновременно верхняя часть машины поднялась наверх, отчего задняя часть вошла в контакт с землей и была придавлена массой автомобиля. В результате этого автомобиль перевернулся на крышу кузова и остановился.

Криминалисты-трассологи на основании только (!) осмотра автомобиля пришли к выводу, что за рулем сидела девушка. Никаких оснований для этого осмотр автомобиля не давал. Мы уже не раз сталкивались с «желанием» экспертов «помочь» (несмотря ни на что) раскрытию преступления. Не составил исключения и этот случай.

Справедливости ради надо сказать, что эксперт выполнял свою работу объективно и не оказывал никакого давления на экспертов. Однако и он допустил тактическую ошибку: ознакомил экспертов со всеми полученными к этому времени материалами, в том числе заключением судебного медика и протоколом повторного допроса подозреваемого. Будучи под впечатлением этих материалов, криминалисты и дали свое безосновательное заключение.

Как часто приходится убеждаться в том, что излишняя информированность эксперта о собранных по делу доказательствах столь же вредна, сколь и его недостаточная осведомленность! Кто же определяет объем тех материалов, которые необходимы эксперту? Конечно же, эксперт имеет процессуальное право требовать необходимые для решения поставленных вопросов документы. Но очень важно, чтобы такие ходатайства сопровождались конкретной мотивацией. И следователю (главной фигуре в этом вопросе) принадлежит право удовлетворения или неудовлетворения ходатайства эксперта. Но и его отказ должен быть мотивирован. Одним из оснований для отказа может быть отсутствие гарантий того, что эксперт удержится в рамках объективной оценки экспертной информации.

Следователь назначил комиссионную судебно-медицинскую экспертизу, поручив ее специалистам республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы. Основной вопрос:

кто сидел за рулем в момент происшествия? Ответ: опираясь на характер повреждений у обоих пострадавших нельзя исключить, что на месте водителя сидела девушка, в то же время за рулем, возможно, находился и мужчина, т. е. категорически нельзя утверждать, кто управлял машиной в момент аварии — мужчина или девушка.

Понятно, что эта экспертиза не добавила ясности. Возможности республиканской инстанции были исчерпаны. Следующая экспертиза носила комплексный характер и была поручена специалистам (судебным медикам и криминалистам) двух ведущих в стране экспертных учреждений. Повторив тексты предыдущих экспертиз, протоколов осмотра места происшествия и автомобиля, не проводя никаких специальных исследований, они пришли к выводу, что в настоящее время судебно-медицинская и криминалистическая наука не располагает необходимыми знаниями для решения вопроса о том, кто и где сидел в салоне автомашины во время происшествия.

Заметим, что на каждом этапе следователь сталкивался с различной интерпретацией данного случая: первое заключение было категоричным, но не обоснованным; второе — неопределенным, однако последнее заключение привело его в изумление. Он рассуждал так: если научно обоснованной методики решения поставленного вопроса не существует, то почему эксперты добросовестно переписали подавляющую часть текста предыдущих экспертиз, создавая лишь видимость каких-то исследований?

Итак, следователь прошел все экспертные инстанции и был в затруднении. Он имел много косвенных данных за то, что за рулем в момент аварии был мужчина, поскольку получил достоверные данные о том, что девушка не имела водительских прав и никогда не садилась за руль движущегося автомобиля. Смущала «чехарда» выводов в разных экспертных заключениях. Все сводилось к тому, что преступление останется нераскрытым.

С тяжелым чувством он отправился в Ленинград в Институт усовершенствования следственных работников на краткосрочные курсы повышения квалификации. Шла лекция о современных возможностях судебно-медицинской экспертизы повреждений при автотранспортных происшествиях. Профессор излагал материал просто и понятно. Говорил и о повреждениях, возникающих у лиц, находящихся в момент происшествия в салоне автомашины. Следователь не удержался и заметил вслух: «Хорошая работа у ученого — читает лекции, в них все складно и научно, а коснись практики, здесь доктора наук с кандидатами также пасуют, как и эксперты, не имеющие ученых степеней и званий».

Реплика несколько не смутила профессора. Это была старая песня, авторы которой живут в экспертной среде, где очень нередко распространяется мнение о том, что преподаватели кафедр судебной медицины мало сталкиваются с практической экспертизой, изо дня в день вдалбливают студентам одно и то же и очень далеки от живой экспертной работы. Надуманная и скверная притча, служащая некоторым нерадивым практикам прикрытием своей малой экспертной грамотности! Удобная позиция и для некоторых руководителей экспертных учреждений как «средство» для укрепления псевдоавторитета. Но это — отдельный разговор.

А что же наш профессор? Он поступил так, как этого меньше всего ожидал следователь. Он предложил воспользоваться законом, назначить экспертизу, поручив ее профессору и его коллегам. Более того, помог по возможности точно и конкретно сформулировать основной вопрос.

Воспроизведем этот вопрос: «Кто, управляя автомашиной «Жигули», сидел на месте водителя во время автопроисшествия — мужчина или девушка, если принять во внимание следующие условия:

- локализацию, характер и происхождение повреждений на теле мужчины и девушки;
- отсутствие одежды на теле мужчины в момент происшествия;
- наличие на теле девушки в момент происшествия легкого платья, колготок, трусов и бюстгалтера;
- конструкцию салона автомашины ВАЗ-2103;
- массу тела мужчины около 75 кг, девушки — около 60 кг;
- скорость движения автомашины в момент автопроисшествия 80 км/ч;
- прямой характер шоссе шириной 7,3 м, ровное асфальтное покрытие;

— следующий механизм автопроисшествия: I этап — постепенное на протяжении 50 м движение автомашины, следовавшей по правой стороне дороги, на левую сторону; II этап — съезд с левого откоса дороги высотой около 0,5—1 м; III этап — удар правым передним углом автомашины о массивный камень, который от удара был отброшен вперед По движению автомашины на 4 м; IV этап — разворот автомашины в горизонтальной плоскости на колесах влево по часовой стрелке вокруг правого переднего угла автомашины; V этап — упор задней частью кузова в грунт; VI этап — переворачивание автомашины через багажник в продольной оси автомашины на крышу;

— факт нахождения после происшествия девушки под багажником перевернутой машины;

— факт извлечения мужчины после происшествия через правую заднюю дверцу автомашины;

— установленный факт, что в момент автопроисшествия в автомашине находились только мужчина и девушка?».

Вопрос поставлен необычно. И эта необычность заключается в следующем: Во-первых, следователь не предлагает экспертам выискивать в материалах дела частности обстоятельств дела, необходимых для решения основного вопроса, он сам излагает эти обстоятельства. Во-вторых, он не спрашивал, кто и где находился в салоне автомашины в момент происшествия; его интересует главное — кто из двоих сидел за рулем? Иначе говоря, следователь дает возможность экспертам проявить предусмотренную законом инициативу: если ими будет установлено, кто сидел за рулем, они (факультативно) могут установить, где сидел пассажир.

И еще одно обстоятельство было обсуждено на встрече следователя и эксперта — круг участников экспертизы. Одним судебным медикам на основании имеющихся материалов было невозможно ответить на поставленный вопрос. Не было объективных подтверждений скорости автомашины в момент происшествия, движения людей в салоне автомашины в момент происшествия. Все это требовало знаний в области криминалистики и прикладной математики. Эти специалисты и были привлечены к проведению исследований. Следователь вынес одно постановление о проведении комплексной экспертизы, поручив ее проведение судебным медикам, криминалистам и математикам.

В последние годы расширяется практика решения специальных вопросов в рамках комплексной экспертизы. Вышли методические рекомендации, определяющие круг медико-криминалистических экспертиз; опубликованы монографии и ряд статей. В то же время существует процессуальная неопределенность: с одной стороны, в уголовно-процессуальном законодательстве этот вид судебной экспертизы не предусматривается, а с другой — Верховный Суд СССР в своих «Бюллетенях» (№ 2 и 5 за 1971 г. и др.) положительно оценивает опыт проведения комплексных экспертиз по отдельным уголовным делам.

Обращает на себя внимание, что сторонники этого вида исследований недостаточно ясно формулируют свои взгляды на сущность понятия «комплексная экспертиза». Например, один из них [Шиканов В.И., 1976] пишет, что «...комплексная экспертиза — это исследование, проводимое в установленном законом порядке, в процессе которого эксперты решают вопросы совместно на основе кооперации знаний, почерпнутых из разных наук и относящихся соответственно к компетенции двух или более видов однородной экспертизы». Это определение вызывает следующие возражения: во-первых, уголовно-процессуальным законодательством «не установлен порядок» проведения комплексных экспертиз; во-вторых, эксперт не может быть компетентным в знаниях, «почерпнутых» из разных наук, так как это противоречит основному процессуальному положению о том, что эксперт дает заключение на основании знаний, присущих только его специальности.

В «Бюллетене Верховного Суда СССР» (№ 2 за 1971 г.) разъясняется, что при комплексной экспертизе эксперты дают либо отдельные заключения (но тогда это не комплексная, а несколько отдельных экспертиз), либо общее заключение. Причем экспертам дается право либо подписать общее заключение (т. е. в том числе и результаты исследований, выходящих за пределы его компетенции), либо ту его часть, которая отражает ход и результаты лично проведенных исследований (но тогда это тоже ряд отдельных экспертиз, объединенных лишь формально в одном экспертном документе). Ни Верховный Суд, ни сторонники

комплексных экспертиз не выдвигают никаких объективных оснований, которые обязывали бы эксперта подписывать общее заключение так называемой «комплексной экспертизы». Очевидно, что никто и не может заставить эксперта поставить подпись под таким документом, пока не будут изменены две кардинальные правовые нормы: «в качестве эксперта может быть вызвано лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения» (ст. 78 УПК РСФСР); «эксперт дает заключение. .. в соответствии с его специальными знаниями (ст. 80 УПК РСФСР).

Изучение многих примеров, показывающих «полезность» комплексных экспертиз, убеждает в том, что эти заключения представляют ряд вполне самостоятельных экспертных исследований, а «совместно» решаемые вопросы являются либо подменой функций следователя, так как не требуют никаких специальных знаний, кроме знания законов элементарной логики, либо являются методологически порочными в тех случаях, когда вероятные выводы каждого отдельного экспертного исследования «суммируются» в общий категорический вывод. Подписывая общее заключение, эксперт не может оценить исследования представителей другой специальности, так как, во-первых, просто не имеет соответствующих знаний, а, во-вторых, потому, что оценка заключения эксперта — прерогатива следствия.

Правильнее говорить о комплексных исследованиях объектов судебной экспертизы. Такое комплексное исследование предполагает рабочее совещание экспертов разных специальностей, уяснение задач экспертизы, определение пределов компетенции экспертов разных специальностей, отработку оптимальной последовательности исследования объектов экспертизы, установление правильной последовательности применения методик экспертного исследования и др.

Сейчас будет изложена суть проведенной экспертизы. Но с самого начала ответим на такой вопрос: как же собираются решать поставленную задачу специалисты, если однажды эксперты уважаемой высшей инстанции заявили, что судебно-медицинская и криминалистическая наука не достигла такого уровня, чтобы определить, кто и где сидел в салоне автомашины в момент автомобильной аварии? Да, частной методики не было к тому времени, когда возникла потребность решить много раз уже упоминавшийся вопрос. Но была общая методология судебно-медицинской характеристики и оценки повреждений. И профессора, взявшие за дело, владели этой методологией.

Теперь об экспертизе. Она началась с координационного совещания всех экспертов. Были изучены постановление и имевшиеся в уголовном деле экспертные материалы, определена степень обоснованности экспертных выводов, уяснены поставленные перед экспертами задачи. Это позволило определить круг необходимых исследований. Среди них: 1) определение объективными методами скорости «Жигулей» в момент столкновения с камнем; 2) установление векторов смещения тел в кабине автомашины на разных стадиях аварии; 3) эксгумация трупа девушки с целью составить объективное представление о действительных повреждениях; 4) проведение лабораторных и инструментальных исследований костных останков; 5) сравнительная характеристика повреждений на теле мужчины и девушки; 6) экспертный осмотр салона автомашины ВАЗ-2103; 7) сопоставление конструктивных особенностей салона автомашины «Жигули», векторов смещения тел, сидящих на разных местах кабины автомобиля данного типа, и судебно-медицинской характеристики повреждений на теле обоих пострадавших.

Поскольку предполагаемые исследования имели разноплановый характер и должны были выполняться разными специалистами, важно было определить последовательность проведения намеченных исследований. По окончании раздельно проведенных исследований планировалось заключительное обсуждение всех полученных результатов и подготовка экспертных документов.

Проведенные математико-криминалистические вычисления показали следующее. Принимая во внимание массу автомобиля ВАЗ-2103, массу полушаровидного камня и расстояние, на которое он переместился после удара автомашиной, было установлено, что скорость «Жигулей» в момент столкновения с камнем составляла около 22 м/с. Учитывая точку первичного контакта (правый передний угол) находившиеся в салоне люди должны были резко сместиться вперед и вправо со скоростями в пределах 12,2—14,9 м/с.

Во время разворота автомобиля по часовой стрелке вокруг его правого переднего угла тела смещались назад и влево, причем кратная весу тела нагрузка на водителя составляла 3,1, для пассажира правого переднего сидения — 2, для пассажиров заднего сидения — 4,1...4,3.

При ударе багажником о землю векторы смещения тел были направлены к левому заднему углу автомашины со скоростями 6,6—10,5 м/с. При переворачивании автомобиля на крышу скорость их поступательного движения была равна нулю.

Тем временем были проведены эксгумация и повторное судебно-медицинское исследование трупа девушки. При этом установлено: «...Труп легко разделяется на части. На передней поверхности — следы ушитого секционного разреза, на черепе — круговой секционный распил. После удаления остатков кожи с передней поверхности туловища все кости по отдельности легко извлечены из гроба и уложены на секционном столе. Они составляют полный скелет человека. Все кости промыты щеткой в проточной воде и высушены. Каждая кость тщательно осмотрена со всех сторон. Обнаружены секционные распилы дужек позвонков. Отпиленные дужки лежат в гробу отдельно. Изъяты для судебно-медицинского исследования I, II, III, IV... ребра, ключицы, позвоночник полностью, грудина без рукоятки».

Изъятые кости подверглись специальному лабораторному и рентгенологическому исследованию. Затем был смоделирован позвоночный столб на вертикальной подставке, изогнутой соответственно нормальному боковому профилю позвоночника. Оказалось, что все длинники полных и частичных распилов дужек позвонков находятся на двух параллельных друг другу вертикальных прямых линиях, соответствуют стандартной локализации секционных распилов, производящихся во время исследования трупа.

Обнаруженные переломы в верхнем и нижнем отделах этих распилов совпали с обычными секционными, которые применяют для отделения распиленного фрагмента, состоящего из отпиленных дужек вместе с остистыми отростками. Этот секционный прием заключается в том, что крючком ручки секционного молотка в нижних отделах распиленного фрагмента грубо захватывается дужка позвонка и сильным рывком в преимущественном направлении снизу вверх и несколько в сторону и кзади отделяется отпиленный фрагмент позвоночного столба. Сходное по направлению движение выполняется и в верхних отделах секционного распила позвоночника. Таким образом, все обнаруженные переломы позвоночного столба могли образоваться во время вскрытия позвоночного канала при первичном судебно-медицинском исследовании трупа.

На I—III правых ребрах в 0,5, 2,2 и 3,5 см от позвоночного конца имеются неполные косопоперечные переломы только задней половины ребра; края переломов относительно ровные с незначительно выраженной зубчатостью.

Эти переломы имеют не прямой характер, т.е. не связаны с непосредственным травмирующим воздействием на область расположения переломов. IV правое ребро не повреждено.

Тело и мечевидный отросток грудины не связаны между собой, их обращенные друг к другу поверхности сглажены. Признаков перелома не обнаружено. Разобщенное состояние мечевидного отростка и тела грудины связано с незавершившимися процессами окостенения этой кости.

Опираясь на сведения из истории болезни, данные первичного и повторного исследований трупа, можно было констатировать, что у девушки имелись следующие повреждения: — вывих в шейном отделе позвоночника (на уровне V—VI шейного позвонка) с повреждением спинного мозга на уровне его IV—V шейного сегмента и кровоизлияниями под оболочки спинного мозга с последующим развитием восходящего отека ткани спинного мозга и отека головного мозга с вклинением и ущемлением продолговатого мозга в большое затылочное отверстие;

— кровоизлияние в мягкие ткани задней поверхности шеи;

— кровоизлияние в мягкие ткани правой половины волосистой части головы и поясницы;

— кровоподтеки на левой половине лица, подбородка, в проекции грудины, на задней поверхности правого плечевого сустава, в проекции обеих подвздошных костей, на передней поверхности обоих бедер, коленных суставов, правой голени, тыльной поверхности левой кисти;

— ссадины на левой половине лба, верхнем веке левого глаза, левом локтевом суставе, на

пояснице, тыльной поверхности левой кисти, левом бедре, правом голеностопном суставе.

При тщательном осмотре V шейного позвонка не обнаружено, никаких повреждений его тела, отростков и других элементов его строения. При тщательном осмотре и посмертной рентгенографии обеих ключиц не обнаружено никаких повреждений их костной структуры.

При повторном исследовании останков обнаружены неполные переломы I, II, III правых ребер. В результате всех проведенных исследований не получено никаких объективных признаков, которые указывали бы на прижизненное происхождение этих переломов. Этот вывод подтверждается следующими основаниями:

- при рентгенографическом исследовании в больнице переломов ребер не обнаружено;
- как следует из истории болезни в течение 3 сут пребывания в больнице у девушки не наблюдалось никаких кровоизлияний в проекции I, II, III правых ребер;
- при первичном судебно-медицинском исследовании трупа переломов ребер не выявлено, а в зоне расположения найденных впоследствии переломов и на всем протяжении проекции этих ребер не обнаружено никаких кровоизлияний;
- при повторном секционном и лабораторном исследовании костных останков в зоне переломов I, II, III правых ребер не имелось никаких изменений цвета костной ткани, причем цвет костной ткани в зоне перелома не отличался от цвета костной ткани на других участках этих и других ребер;
- при повторном секционном и лабораторном исследовании костных останков не имелось каких-либо изменений костной структуры, которые указывали бы на явления заживления переломов.

В связи с этим переломы ребер, как не имеющие признаков прижизненности, не могли учитываться при решении вопроса об условиях возникновения повреждений у девушки во время автомобильного происшествия.

Все обнаруженные переломы позвоночного столба могли образоваться во время вскрытия позвоночного канала с целью извлечения спинного мозга, произведенного при первичном судебно-медицинском исследовании трупа; эти повреждения позвоночника не могли учитываться при решении вопроса об условиях возникновения повреждений на теле девушки во время автомобильного происшествия.

Раздельная оценка повреждений у обоих участников происшествия не дала существенных результатов, поэтому проведена их сравнительная оценка по одноименным параметрам (рис. 55). Результаты сопоставления приведены ниже.

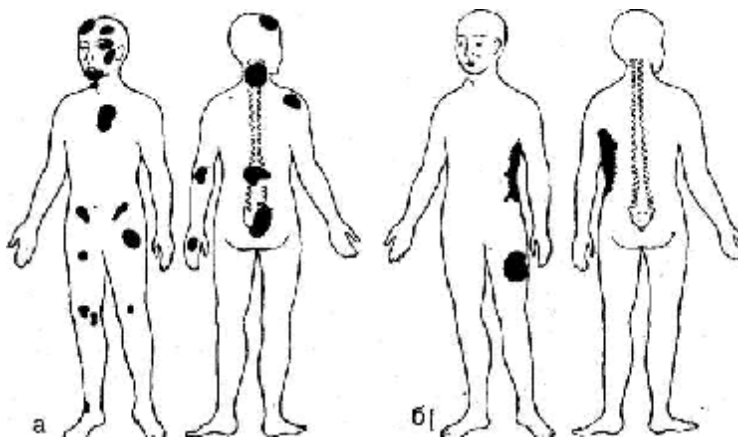


Рис. 55. Схематическое изображение повреждений на теле девушки (а) и мужчины (б).

Девушка:

- Множественность наружных повреждений (около 20 кровоподтеков и ссадин).
- Наличие множественных наружных повреждений при наличии одежды на теле пострадавшей во время автомобильного происшествия
- Многополюсное расположение повреждений.

- Наличие их в 14 различных областях тела (теменно-височная область, лицо, шея, спина, поясничная область, плечо, локтевой сустав, кисть, проекция подвздошных костей, оба бедра, оба коленных сустава, голень, стопа)
- Многосторонняя локализация повреждений (передняя, задняя, правая боковая поверхность тела).

Мужчина:

- Незначительное число повреждений (1 кровоподтек и 2 ссадины)
- Наличие единичных повреждений на теле при отсутствии одежды на теле во время автомобильного происшествия
- Наличие повреждений, только в трех областях тела (шея, бедро, заднебоковая поверхность туловища)
- Преимущественно односторонняя локализация повреждений (левая половина туловища и левое бедро при наличии единичной ссадины на правой боковой поверхности шеи)

Девушка и Мужчина:

- Сочетание множественных наружных повреждений с тяжелыми внутренними повреждениями (вывих в шейном отделе позвоночника, повреждение спинного мозга, кровоизлияния под оболочки спинного мозга)
- Множественность и многосторонность повреждений в сочетании с их относительно небольшими размерами
- Наличие только наружных повреждений (1 ссадина и кровоподтеки)
- Единичный характер повреждений в сочетании с их значительными размерами

Как видно, характер повреждений у мужчины и девушки существенно различаются. Сопоставляя приведенный характер повреждений, принимая во внимание условия автопроисшествия, изложенные в постановлении следователя, можно было сделать два следующих вывода: 1) во время автомобильного происшествия девушка имела значительную свободу перемещения в салоне автомашины (на это указывают множественность и многосторонняя локализация повреждений на теле, сочетание наружных повреждений с тяжелой внутренней травмой позвоночника и спинного мозга, множественность и многосторонность повреждений в сочетании с их небольшими размерами, расположение повреждений в многочисленных областях тела, наличие множественных повреждений у находившегося в одежде человека; 2) возможность перемещения в салоне автомашины мужчины во время автомобильного происшествия была ограничена (на это указывают незначительное число повреждений на его теле, наличие единичных повреждений при отсутствии одежды на его теле в момент травмы, наличие повреждений в ограниченном числе областей и поверхностей тела, наличие только наружных повреждений, единичный характер повреждений в сочетании с их значительными размерами).

Единственным местом в кабине автомашины ВАЗ-2103, где находящийся в салоне этой автомашины человек в наибольшей степени фиксирован элементами конструкции салона, является место водителя.

Как следует из приведенных ранее результатов математических расчетов, в момент удара о камень тела находившихся в салоне людей должны были смещаться вперед и вправо. При этом находившийся на месте водителя человек, фиксируя положение своих рук, ног и туловища, мог получить повреждения от движения вперед и вправо относительно свободной (подвижной, не фиксированной) головой, например от скользящего (касательного) удара шей о верхний край рулевого колеса. Повреждение именно такого характера и локализации обнаружено у мужчины на правой боковой поверхности шеи.

Как следует из тех же математических расчетов после удара о камень в момент разворота автомашины и последующего удара о грунт кузовом, находившиеся в салоне кабины автомашины тела людей должны были смещаться назад и влево. При этом находившийся на месте водителя человек должен был получить удар левой заднебоковой поверхностью туловища о поверхности, образующие угол между передней левой дверцей автомашины и спин-

кой сидения водителя. Повреждение именно такого характера и локализации обнаружено у мужчины на левой заднебоковой поверхности туловища.

При переворачивании автомашины на крышу в момент прохождения ею вертикального положения находившиеся в салоне автомашины тела должны были свободно падать в сторону заднего окна по законам свободного падения. Препятствием к свободному падению человека с места водителя могло быть рулевое колесо, которое своим нижним краем должно было задерживать движение бедра человека. Именно в этой области (левое бедро) у мужчины было обнаружено повреждение (кровоподтек).

Характер и тяжесть обнаруженных у мужчины повреждений допускали возможность их образования при рассчитанных векторах смещения тел людей в салоне кабины автомашины применительно к указанным в постановлении этапам автомобильного происшествия.

Таким образом, все обнаруженные у мужчины повреждения соответствовали: 1) фиксированному положению его тела в момент автомобильного происшествия; 2) взаимному положению частей его тела и элементов конструкции салона кабины автомашины ВАЗ-2103, составляющих и окружающих место водителя автомашины; 3) условиям автотранспортного происшествия, изложенным в постановлении следователя; 4) математически рассчитанным векторам смещения тел в салоне автомашины при условиях автомобильного происшествия, изложенных в постановлении следователя о назначении экспертизы.

Все это указывало на то, что в момент автомобильного происшествия, имевшего место 03.09.85 г., на месте водителя находился мужчина.

Проведенный аналогичным путем (применительно к заданным следователем условиям) анализ повреждений у девушки позволил установить, что она в момент происшествия полулежала на месте пассажира переднего сидения, причем ее голова была на коленях у мужчины.

У экспертов нередко возникает вопрос, как же оформлять подобные комплексные исследования. Процессуально выдержанно и, следовательно, целесообразно отдельно оформлять несколько самостоятельных экспертных заключений. Однако если в силу ряда обстоятельств следователь настаивает на составлении единого документа, можно рекомендовать следующую форму (применительно к данному случаю).

Вводная часть:

1. Сведения об экспертах и условиях выполнения экспертизы.
2. Обстоятельства дела, сообщенные следователем в постановлении о назначении экспертизы.
3. Вопросы, поставленные следователем перед экспертами (вводную часть заключения подписывают все эксперты).

Исследовательская часть:

1. Изучение медицинских документов: истории болезни, заключений судебно-медицинских экспертов и др. (этот раздел подписывают судебно-медицинские эксперты).
2. Изучение материалов дела: протокола дорожно-транспортного происшествия, протокола осмотра автомашины и др. (этот раздел подписывают все эксперты).
3. Расчет движения тел в салоне автомашины при заданных следствием условиях (этот раздел подписывают специалисты в области прикладной математики и криминалист).
4. Исследование технической причины дорожно-транспортного происшествия (этот раздел подписывает эксперт-автотехник).
5. Эксгумация и исследование эксгумированного трупа: секционное исследование, лабораторные исследования (этот раздел подписывают судебно-медицинские эксперты).
6. Сравнительный судебно-медицинский анализ конструкции салона автомашины, локализации и характера повреждений элементов конструкции салона, векторов смещения тел в салоне автомашины при заданных условиях автотранспортного происшествия, характера и локализации повреждений на теле пострадавших с составлением аналитических таблиц, пространственным макетированием и/др. (этот раздел подписывают судебно-медицинские эксперты).

Выводы соответствуют структуре исследовательской части, причем каждый отдельный вывод подписывается только теми экспертами, которые проводили соответствующее

исследование.

Если следователь не отобрал заранее специальную у экспертов подписку, предупреждающую о даче заведомо ложного заключения, то такая подписка может быть дана в конце «Заключения». Она подписывается всеми экспертами.

Глава 13. ГДЕ СТОЯЛ УБИЙЦА?

Это произошло в январе 1975 г. Около 9 ч утра шофер молоковоза Греков при выезде из города обратил внимание на милицейскую автомашину «Волга», стоявшую на противоположной обочине дороги и обращенную в сторону города. Шофер и пассажиры в машине отсутствовали. Грекова это удивило, поскольку место было пустынное, поблизости никаких строений, а людей не видно.

Возвращаясь через полтора часа, уже издалека заметил машину в том же положении. Подъезжая, притормозил. Поравнявшись с «Волгой», увидел на заднем сидении лежащего в неудобной позе "милиционера. Проехав вперед десятков метров, остановился, вышел из кабины и, подойдя к милицейской машине, заглянул в окошко: милиционер лежал на правом боку головой к правой задней двери, мертвенно-бледное лицо его было обращено вверх, один глаз полуоткрыт, из правого угла рта к уху тянулась полоска темно-красной крови. На левой половине лица увидел маленькую круглую рану. Было ясно, что милиционера застрелили.

Греков выбежал на дорогу, «тормознул» попутную машину. «Звони 02, милиционера убили, а я здесь подожду». Первой подъехала автомашина ГАИ, а вслед за ней — оперативная группа городского отдела милиции.

В лежащем на заднем сидении тотчас узнали шофера патрульной милицейской «Волги» Кошкина. Вместе со старшим патруля Курнаковым он заступил на дежурство накануне вечером. Их дежурство заканчивалось в 8 ч 30 мин утра.

Все окна в машине были закрыты; на дверях и стеклах следы пулевых пробоев отсутствовали. Кошкину как шоферу оружия не полагалось. Пистолетом Макарова был вооружен отсутствовавший старший патруля Курнаков. Что же между ними произошло?

Тем временем дежурный судебно-медицинский эксперт определил давность наступления смерти — около 3 ч (по состоянию на 11 ч утра: бледно-синие трупные пятна располагались на левой и правой боковых поверхностях туловища, при надавливании динамометром полностью исчезали и восстанавливали первоначальный цвет через 1-2 с; трупное окоченение отсутствовало; температура в прямой кишке в 11 ч была 34,8°C, в 12 ч — 34°C). Иначе говоря, смерть наступила около 8 ч утра.

Кошкина извлекли из машины, положили на носилки. Порядок в его одежде не был нарушен. Пуговицы полушубка застегнуты, часы, деньги и документы целы. Расстегнуты были только пуговицы галстука брюк. На левой руке была надета перчатка, на правой руке перчатка отсутствовала. С заднего сидения подняли шапку-ушанку. Повреждений и следов крови на ней не было. Небольшое пятно крови было обнаружено на крае ткани заднего сидения у правой двери.

Осмотр продолжали с зарождавшимся предчувствием вины Курнакова. На месте водителя и переднем сидении пассажира никаких следов. На снежном покрытии обочины также никаких следов. Осматривая окружающую территорию, отошли на несколько метров от машины и тут увидели на снегу под багажником несколько слившихся между собой капель крови. На полу салона крови не было. Неужели она просочилась через задний край сидения в багажник? Открыли багажник — в багажнике находился... мертвый Курнаков.

В левой скуловой области была видна входная пулевая рана со следами действия порошинок на окружающей коже. Одежда была в порядке. Кобура расстегнута и пуста. Деньги, часы, документы целы. На левой руке была перчатка, на правой перчатка отсутствовала. Пуговицы на галстуке брюк расстегнуты.

Давность смерти Курнакова определили в пределах 3-3,5 ч, т.е. его смерть также могла наступить около 8 ч утра.

На спинке полушубков обоих погибших милиционеров обнаружены пулевые входные

отверстия. Для осмотра грудной клетки одежда была расстегнута. При этом из складок майки Кошкина и нательной рубашки Курнакова выпали по одной пуле. Пули были тупоконечные, калибра 9 мм, со следами от полей нарезов. Их изъяли, поместили в конверты, опечатали, маркировали и направили в научно-исследовательскую криминалистическую лабораторию. Трупы транспортировали в судебно-медицинский морг.

Но группа с места обнаружения трупов не уезжала. Еще и еще раз осматривали обочину. Снежный покров не был нарушен. Само дорожное полотно осматривать казалось бессмысленным, хотя дорога и была не слишком оживленной. Движение на ней было двусторонним. С каждой стороны в снегу четко контурировались две неглубокие, наезженные и немного оледеневшие колеи. Осматривая дорогу в противоположном от города направлении, в 60 м от автомашины Кошкина на снежном покрове между колеями от колес обнаружили небольшое пятно крови. Снежный покров был покрыт плотной, хотя и тонкой, ледяной коркой, поэтому пятно крови не расплылось. Оно было почти круглое (около 1 см в диаметре); его край, обращенный к машине, был зазубрен, а противоположный — ровно закруглен. Круглая форма и небольшие размеры пятна говорили о том, что оно образовалось от упавшей капли крови, причем с небольшой высоты. Зазубренность одного из краев пятна при ровных закругленных контурах противоположного края указывала на то, что капля падала не строго вертикально, а под углом. Это могло быть при движении источника крови. Зазубренные края показывали это направление — в сторону города. Значит, раненых везли в сторону города. Но откуда?

Группа двинулась по дороге в противоположном от города направлении. Через каждые 80—100 м находили подобные пятна от капель крови на протяжении 4 км. Следы обрывались около короткого тупикового ответвления дороги (рис. 56), где были обнаружены на расстоянии 1,5 м друг от друга два пятна крови размерами соответственно 10x12 и 15x20 см. Позднее будет установлено, что кровь на дороге и в одном из этих пятен совпадает с группой крови Курнакова, а в другом пятне — с группой крови Кошкина. Недалеко от пятен крови, на краю снежного обрамления съезда имелись в двух местах лунки со следами мочи. На снегу были видны следы волочения в направлении из глубины съезда ко входу в него.

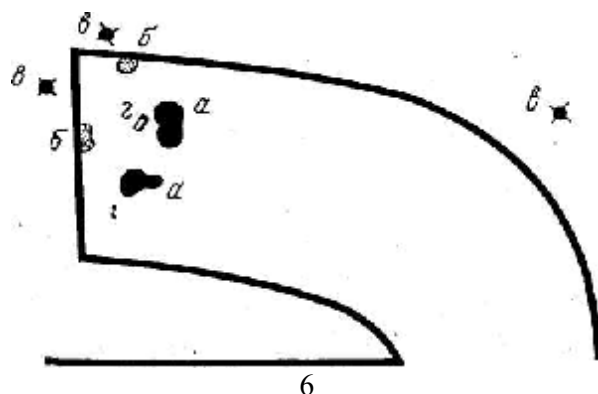


Рис. 56. Схема места происшествия.

а — пятна крови; б — следы мочи; в — местоположение гильзы; г — местоположение пули.

Из заключения эксперта по судебно-медицинскому исследованию трупа Кошкина: «...на левой половине лица в проекции левой половины нижней челюсти, в 154 см от подошвенной поверхности стоп и в 7 см от передней срединной линии круглая рана диаметром 0,8 см с дефектом ткани в центре диаметром 0,6 см, окруженным кольцевидным осаднением шириной 0,71 см. Вокруг раны на участке 8x10 см густо расположены точечные следы от действия порошинок. После препарирования мягких тканей лица и слизистой оболочки рта обнаружен огнестрельный дырчатый перелом левой половины нижней челюсти в 1 см книзу от лунки I малого коренного зуба. Перелом правильной круглой формы, его диаметр—0,9 см. На внутренней поверхности имеется концентрический скол кости, что придает перелому во-

ронкообразную форму. От краев перелома отходят три сквозные трещины длиной 1; 1,5 и 6 см. Раневой канал продолжается в направлении снизу вверх, слева направо и спереди назад. В центральных отделах основания черепа — дырчатый перелом. Со стороны нижней поверхности черепа он имеет диаметр 0,9 см и воронкообразно расширяется внутрь. По вскрытии полости черепа установлено, что на внутренней поверхности отверстие располагается слева от турецкого седла. Раневой канал пересекает варолиев мост и левую затылочную долю и заканчивается у внутренней поверхности затылочной чешуи, где обнаружена тупоконечная 9-мм пуля со следами полей нарезков... На правой половине спины, в 125 см от подошвенной поверхности стоп и в 4 см вправо от задней срединной линии, располагается рана округлой формы с дефектом ткани в центре, диаметром 0,5 см, окруженная концентрическим осаднением шириной 0,1- 0,2 см. На правой половине груди, в 124 см от подошвенной поверхности стоп и в 6 см от передней срединной линии, рана щелевидной формы размерами 1х0,6 см. Раневой канал соединяет обе раны, он проникает в правую плевральную полость, насквозь пересекает медиальные отделы нижней доли правого легкого. Костных повреждений не выявляется, направление раневого канала почти горизонтальное — сзади наперед и несколько слева направо. В правой плевральной полости 1250 мл жидкой крови и свертков...».

Экспертные выводы были краткими: 1) у Кошкина два огнестрельных ранения: слепое пулевое, проникающее в полость черепа ранение с повреждением варолиева моста и левой затылочной доли и наличием пули в конце раневого канала вблизи внутренней поверхности, затылочной кости; сквозное пулевое, проникающее в правую плевральную полость, ранение грудной клетки со сквозным повреждением правого легкого и обильным (1250 мл) гемотораксом; 2) оба ранения причинены двумя выстрелами 9-мм пулей, выстреленной, возможно, из пистолета Макарова; 3) входными огнестрельными отверстиями являются раны на левой половине лица и на спине, выходным — на правой половине груди; 4) выстрел в голову произведен с близкой дистанции; для определения расстояния выстрела, причинившего ранение грудной клетки, необходимо специальное исследование одежды, в которой находился пострадавший в момент получения ранений; 5) выстрел в голову произведен в направлении спереди назад, слева направо и снизу вверх, а выстрел в грудную клетку—почти горизонтально, сзади наперед и несколько слева направо (направления указаны по отношению к вертикально стоящему человеку); 6) взаимное расположение пострадавшего и оружия в промежутке между выстрелами, причинившими обнаруженные у Кошкина ранения, существенно изменилось.

Из заключения судебно-медицинского эксперта по исследованию трупа Курнакова: «...В левой скуловой области в 164 см от подошвенной поверхности стоп и в 6 см от передней срединной линии рана с круглым дефектом кожи в центре, диаметром 0,7 см, окруженным концентрическим осаднением шириной 0,1 см. Вокруг раны на площади 8х8 см — копоть и множественные следы от действия порошинок. В затылочной области, в 137 см от подошвенной поверхности стоп и в 1 см влево от задней срединной линии рана щелевидной формы размерами 1,5х2 см без дефекта и осаднения краев... По вскрытии полости черепа установлено, что обе раны соединены одним раневым каналом, проходящим через левое большое полушарие в направлении спереди назад, слева направо и несколько сверху вниз. Левая скуловая кость, наружная и нижняя стенки левой орбиты разрушены и представлены мелкими осколками. На левой половине затылочной чешуи в 1 см книзу от ламбдовидного шва — дырчатый перелом в виде воронки, расширяющейся наружу. Со стороны внутренней костной пластинки дырчатый перелом имеет круглую форму, его диаметр — 0,9 см. От края перелома кверху до ламбдовидного шва распространяется короткая трещина, длиной 1 см, с неровными мелкозазубренными краями... На спине по задней срединной линии в 129 см от подошвенной поверхности стоп, на уровне V грудного позвонка, имеется рана с круглым дефектом в центре, диаметром 0,5 см, окруженным сплошным кольцевидным осаднением шириной 0,2 см. Каких-либо дополнительных следов и повреждений вокруг этой раны не выявляется. На передней поверхности правой половины груди в 133 см от подошвенной поверхности стоп и в 4 см от передней срединной линии рана трехлучевой формы размерами 1х0,8 см без дефекта ткани и осаднения краев... По вскрытии правой плевральной полости уста-

новлено, что обе раны соединены одним раневым каналом, проходящим в направлении сзади наперед, несколько снизу вверх и слева направо. По ходу раневого канала обнаружены сквозной дырчатый перелом правой половины тела V грудного позвонка, сквозные повреждения правого легкого и краевой перелом верхнего края хрящевой части V правого ребра. В правой плевральной полости 1800 мл жидкой крови».

Подводя итоги своему исследованию, эксперт пришел к следующим выводам: 1) у Курнакова два сквозных пулевых ранения: одно проникает в полость черепа и пересекает преимущественно в переднезаднем направлении левое большое полушарие головного мозга, другое проникает в правую плевральную полость и сопровождается повреждением правого легкого, тела V грудного позвонка, краевым переломом хрящевой кости V правого ребра и обширным кровоизлиянием в правую плевральную полость; 2) оба ранения причинены 9-мм пулей, возможно, выстреленной из пистолета Макарова; 3) выстрел в голову произведен с близкой дистанции; суждение о расстоянии выстрела в грудную клетку может быть сделано только после исследования одежды, в которой находился Курнаков в момент получения ранения; 4) входными пулевыми отверстиями являются раны на спине и в левой скуловой области, выходными — раны в затылочной области и на правой половине груди; 5) выстрел в голову произведен в Направлении спереди назад, а также несколько слева направо и сверху вниз, в то время как второй выстрел произведен в спину в преимущественном направлении сзади наперед, а также несколько слева направо и снизу вверх (по отношению к вертикально стоящему человеку); 6) взаимное расположение направления ствола оружия и пострадавшего в промежутке между двумя выстрелами существенно изменялось.

Сопоставляя фактические данные, полученные при обоих вскрытиях, и выводы эксперта, вполне можно обратить внимание на однотипный характер огнестрельных повреждений у обоих погибших и сходный механизм их возникновения. Это укрепляло сформировавшееся к этому времени предположение следствия о том, что убийство обоих милиционеров произошло в короткий промежуток времени и совершено, вполне вероятно, одним человеком. Однако экспертные исследования этим не ограничились, поскольку оставались неясными вопросы о расстоянии выстрела, о конкретном экземпляре оружия, из которого производились выстрелы, о месте, где совершено преступление, о действиях пострадавших и стрелявшего, в частности, в каком положении относительно друг друга они находились.

Следы близкого выстрела на лице обоих погибших (копоть, порошинки) свидетельствовали о том, что выстрелы, которыми были причинены ранения головы, производились из второй зоны близкого выстрела (зона преимущественного действия копоты, порошинок и металлических частиц). Однако протяженность этой зоны составляет от 2-3 до 25-30 см. Каким было расстояние в данных случаях? Отвечая на этот вопрос, разные эксперты поступают по-разному: одни ориентируются на публикации в различных судебно-медицинских изданиях, другие пользуются имеющимися почти в каждом экспертном учреждении комплектами мишеней, отстрелянных из разных видов оружия и с разных расстояний близкой дистанции, подбирая среди них мишени, сходные по характеру действия дополнительных факторов выстрела с исследуемыми ранениями; третьи, не имеющие таких комплектов, отстреливают мишени из предполагаемого образца оружия с различных расстояний конкретной зоны близкого выстрела и затем уже среди них подбирают сходные с исследуемыми.

Во всех трех случаях ошибка неизбежна, поскольку исследуемое ранение и экспериментальное повреждение на мишенях образовались в разных условиях. Главными факторами, которые могут повлиять на характер распределения дополнительных факторов выстрела, являются оружие и боеприпасы. Иначе говоря, только в том случае, если экспериментальные выстрелы и выстрелы, которыми были причинены реальные ранения у пострадавших, производятся из того же экземпляра оружия и патронами той же партии, то сравнительное исследование отложений дополнительных факторов выстрела на экспериментальных мишенях и реальных ранениях становится корректным, а определение расстояния выстрела — наиболее точным. Но для этого был необходим пистолет, из которого стреляли в Кошкина и Курнакова; для этого, в свою очередь, необходимо было узнать, какой партии патроны при этом использовались. Вот по этой причине эксперт не спешил высказывать более точные сведения о расстоянии выстрела.

Что же касается расстояния, с которого были произведены выстрелы в спину обоих погибших, то предварительный вывод носил исключительно качественный характер и ограничивался лишь указанием на неблизкую дистанцию, поскольку следов от действия продуктов выстрела (так называемых следов близкого выстрела или дополнительных факторов выстрела: копоти, порошинок и т. п.) на лицевой поверхности полушубков обоих милиционеров не имелось.

Надо было искать пистолет как орудие преступления и хозяина этого пистолета как возможного преступника или соучастника преступления.

Найти пистолет можно было по пулям, найденным в одежде Кошкина и Курнакова. Криминалисты определили, что пули являются частью штатных 9-мм патронов к пистолету Макарова. По следам нарезов на пулях установили, что они выстрелены из одного экземпляра пистолета Макарова. Конечно, такой пистолет мог быть похищен в милиции или войсковой части в любом уголке страны. Но, следуя принципу всестороннего исследования материалов дела, следователь должен был проверить и возможность применения пистолета Макарова как работником милиции, так и военнослужащим, которые, как известно, вооружены именно этим образцом ручного огнестрельного оружия.

Следователь начал поиски пистолета с городского отдела милиции. Пистолеты изымались поочередно и направлялись на криминалистическую экспертизу: эксперты последовательно исключили 7 из 12 пистолетов, закрепленных за сотрудниками городского отдела милиции. Небольшие трудности возникли при исследовании восьмого пистолета, который был закреплен за старшим инспектором уголовного розыска Аграновым.

Несколько слов о серьезности идентификации оружия по стреляной пуле. В момент выстрела, продвигаясь по стволу, пуля врезается в поля нарезов канала ствола. При этом края нарезов ствола, изготовленные из прочной стали, оставляют на боковой поверхности пули полосовидные следы. При рассмотрении этих следов под микроскопом видно, что они состоят из чередующихся параллельных валиков и бороздок. Валики и бороздки отличаются друг от друга по глубине и ширине, что создает индивидуальную неповторимость следа и является основой для установления конкретного экземпляра оружия, из которого и выстрелена исследуемая пуля. На практике из предполагаемого оружия проводится экспериментальный отстрел в пулеулавливатель. Затем следы от полей нарезов на экспериментальных пулях и пулях с места происшествия сопоставляются на сравнительном микроскопе. При совпадении микроструктуры следов на обоих сравниваемых объектах делается вывод о том, что пуля (пули) с места происшествия выстрелена из исследуемого оружия.

Вот это и установили эксперты-криминалисты относительно пистолета Агранова. Но они встретились с определенными сложностями: помимо типичных следов, на поверхности экспериментальных пуль устойчиво отображались дополнительные грубые следы. Осмотрев с помощью гибкой световолоконной оптики внутреннюю поверхность ствола пистолета Агранова, эксперты обнаружили несколько небольших круглых локальных нарушений целостности внутренней поверхности металла ствола. Они напоминали электрометки. Спектральное исследование «электрометок» выявило в них повышенное содержание алюминия. Кроме того, на внутренней поверхности ствола было обнаружено множество поверхностных царапин, расположенных преимущественно в продольном направлении. Конец ударника был подпилен.

На пулях, извлеченных из одежды Кошкина и Курнакова, никаких следов, кроме полей нарезов, не было. Следовательно, «электрометки» появились в канале пистолета Агранова после того, как из него стреляли в двух милиционеров.

На запрос следователя был получен ответ о том, что Агранов в день гибели милиционеров находился на оперативном задании и имел при себе закрепленное за ним оружие.

Все сходилось к тому, что Агранов виновен в гибели милиционеров. Как выяснилось впоследствии, будучи прекрасно осведомленным и о том, что милиционеры найдены, и о том, что пистолеты всех сотрудников милиции будут отправлены на экспертизу, зная методику криминалистической идентификации оружия по следам от полей нарезов, он попытался коротким замыканием электродов, введенных в канал ствола, вызвать дополнительные повреждения, которые должны были маскировать следы от полей нарезов. Однако это не уда-

лось, и края полей нарезов, оставляющие следы на пуле, сохранили свою исходную микро-структурную характеристику.

Не без основания полагая, что Агранов — серьезный противник, следователь решил не предъявлять ему результаты криминалистической экспертизы, а продолжить экспертные исследования, которые с максимальной подробностью позволили бы обрисовать обстоятельства происшествия.

Проведен повторный осмотр места происшествия: в снегу, у края тупикового съезда дороги, были обнаружены 5 гильз, а на глубине 2 см, вблизи одного из пятен крови,— 9-мм тупоконечная пистолетная пуля.

На гильзах, так же как и на пулях, остаются следы — как результат взаимодействия гильзы с различными частями оружия в момент выстрела и выбрасывания гильзы. Такие следы были обнаружены и на гильзах с места происшествия. Криминалистической экспертизой установлено совпадение микроструктуры этих следов и соответствующих следов на гильзах, выстреленных из пистолета Агранова. Таким образом, на месте происшествия было произведено не менее 5 выстрелов из пистолета Агранова.

Для того, чтобы «успокоить» Агранова, следователь заявил, что криминалисты не смогли идентифицировать оружие по выстреленным пулям (соответствующие инструкции получили и криминалисты).

На гильзах имеются обозначения, указывающие на партию боеприпасов, поэтому появилась возможность уточнить расстояние выстрелов. Судебными медиками проведена экспериментальная стрельба в мишени из пистолета Агранова патронами той же серии, что и гильзы патронов с места происшествия. Установлено, что картина отложения копоти и порошинок на лицах погибших соответствует отложению копоти и порошинок на мишенях, отстрелянных с расстояния 20-25 см.

Так же путем экспериментального отстрела было установлено, что факторы близкого выстрела не действуют за пределами 100 см от дульного среза исследуемого пистолета. На спинке полушубков Кошкина и Курнакова следов близкого выстрела вокруг входных пулевых отверстий не обнаружено; следовательно, выстрелы в них проводились с расстояния, превышающего 100 см. На правой половине спинки полушубка Курнакова, в 19 см от срединного шва, обнаружено входное пулевое отверстие. Вокруг него следов действия факторов близкого выстрела не найдено. Значит, это повреждение причинено выстрелом с расстояния более 100 см. Выходное пулевое отверстие располагалось на правой поле в 22 см от линии застежки полушубка. На подлежащих предметах одежды огнестрельных повреждений не было. Это означало, что пуля, не задев тело Курнакова, проследовала лишь по достаточно толстому первому слою одежды Курнакова — его полушубку.

Принимая во внимание значительный объем кровоизлияний в правые плевральные полости Кошкина и Курнакова (соответственно 1250 и 1800 мл крови), отсутствие скоплений крови в полости черепа и незначительный объем наружного кровотечения из ран головы, можно было полагать, что ранения грудной полости предшествовали ранениям головы.

Наибольшие усилия потребовались при определении местоположения стрелявшего на месте совершения преступления. К сожалению, методика решения этого вопроса практически не отработана. Известно лишь, что гильзы в момент выстрела вылетают в определенном направлении для каждого вида оружия, причем на вполне определенное расстояние. Но в момент падения на твердый грунт гильза может рикошетировать от него и оказаться далеко от места своего первоначального контакта с грунтом. Именно это обстоятельство существенно ограничивает возможности использования положения гильз на месте происшествия для решения вопроса о местоположении стрелявшего. Но наш случай можно было считать исключением с экспертной точки зрения — ведь гильзы попали в снег, который и зафиксировал место их первоначального контакта.

Как же конкретно поставил задачу следователь по определению местоположения стрелявшего? Он рассуждал так: 1) в момент получения повреждений оба пострадавших находились в пределах съезда дороги; об этом свидетельствовали расположение пятен крови и следов волочения от середины съезда ко входу в него); 2) поверхность снежного покрова по краям съезда не была нарушена; на ней, в частности, не было следов ног человека; следова-

тельно, стрельба велась в направлении от входа в сторону тупиковой части съезда; 3) ранения грудной клетки обоим погибшим, вероятнее всего, причинены непосредственно одно за другим, на что указывал их однотипный характер (одинаковые локализация и высота расположения входных и выходных пулевых отверстий на спине и груди, одинаковые, почти горизонтальные, направления раневых каналов, причинение обоих выстрелов с расстояния более 100 см); 4) возможно, находясь спиной к стрелявшему в момент выстрела, оба пострадавших мочились, стоя у противоположных сторон съезда, поскольку в снегу у противоположных краев съезда были обнаружены ямки от мочи, а застёжки гульфиков брюк у обоих были растегнуты, на правых руках обоих перчаток не было, в то время как на левых руках были надеты перчатки. Исходя из всего изложенного, вопрос перед экспертами был поставлен так: где в пределах рукава должен был находиться стрелявший, если пострадавшие находились в глубине съезда, а выстрелы производились горизонтально?

Итак, какие же действия были выполнены для решения вопроса о местоположении стрелявшего?

Сначала был произведен отстрел из пистолета Агранова с целью определить зону падения гильз на грунт. Выполнено несколько серий опытов. Высота расположения оружия выбиралась с учетом роста Агранова (162 см), горизонтального положения ствола оружия и обычного положения стрелка в момент проведения стрельбы стоя. На рис. 59 показана зона падения гильз при стрельбе в горизонтальном направлении.

Приведенная на рис. 60 схема была построена на прозрачной кальке (можно также воспользоваться органическим стеклом, отмытой плоской фотопленкой и т. п.). Получился рабочий планшет. Планшет и план-схема места происшествия выполнены в одинаковом масштабе. После этого планшет накладывался на план-схему так, чтобы зона расположения гильз на планшете совпадала с местами расположения гильз на схеме, а показанное на планшете направление выстрела не выходило бы за границы съезда дороги (последнее обстоятельство было связано с тем, что пятна крови, совпадавшей с группой крови Кошкина и Курнакова, находились в пределах границ съезда дороги). Оказалось, что в пределах съезда дороги имеется лишь одно место, ограниченное радиусом 50 см, в пределах которого мог находиться человек, производивший выстрелы в направлении тупиковой части съезда (рис. 61). В этом случае два выстрела могли быть произведены в направлении одного пятна мочи и пятна крови, совпадающей с группой крови Курнакова, а один выстрел — в направлении другого пятна мочи и пятна крови, совпадающей с группой крови Кошкина.

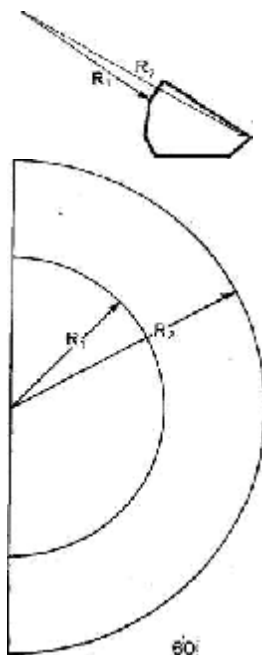


Рис. 59. Результаты экспериментальной стрельбы из пистолета Агранова. Стрелкой показано направление стрельбы; в пределах многоугольника — зона разброса

гильз при горизонтальной стрельбе.

Но на месте происшествия обнаружены еще две гильзы. Как показали дальнейшие исследования, проведенные по той же методике, эти гильзы могли быть выброшены из пистолета Агранова при стрельбе с расстояния 20—25 см в голову лежащих на земле милиционеров. Результаты этих исследований также были оформлены в виде «Заключения экспертов».

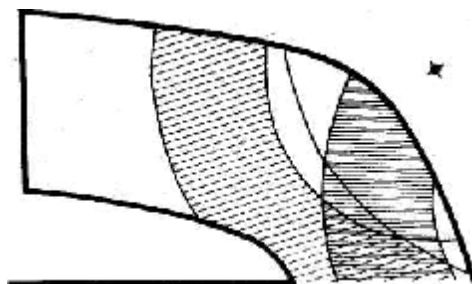


Рис. 61. Графический поиск местоположения стрелявшего

Убийца стоял у правого края входной части рукава в месте пересечения трех полос. Таким образом, следователь получил достаточную совокупность объективных фактов об обстоятельствах гибели двух милиционеров: ему была известна причина их смерти, пистолет, из которого причинены выстрелы, попытки видоизменить ствол пистолета механическим и электрическим воздействием с целью сделать невозможной идентификацию оружия, место гибели милиционеров, местоположение погибших и стрелявшего на месте совершения преступления, действия стрелявшего на месте происшествия, путь перемещения трупов к автомашине «Волга». Опираясь на эти данные, следователь провел допрос Агранова в присутствии экспертов. К концу допроса Агранов сознался в убийстве своих сослуживцев. Почему же это произошло?

За несколько лет до этого события Агранову пришлось участвовать в расследовании драки, в ходе которой были причинены тяжкие телесные повреждения гражданину Ермакову, от которых он впоследствии умер. После того, как Агранов получил доказательства причинения этих повреждений ранее судившимся Ахтямовым, он подвергся шантажу, сопровождавшемуся угрозами убить его детей. Поддавшись шантажу, он прекратил дело «из-за отсутствия доказательств». В течение полутора лет Агранова никто не беспокоил. Однако в последние месяцы к нему стали обращаться от имени Ахтямова с предложением дать информацию о ходе расследования уголовного дела, находившегося в производстве городского отдела милиции. Вначале Агранов сопротивлялся, затем уступил... Вечером накануне убийства он встретился в кафе с преступниками. Сюда же случайно зашли поужинать Кошкин и Курнаков, несшие, как мы знаем, патрульную службу. Их приход показался Агранову подозрительным. Опасаясь разоблачения, Агранов решил их убить. Сославшись на служебную необходимость, он сел в патрульную машину к Курнакову и Кошкину. В течение ночи, под видом выполнения оперативных заданий, Агранов упросил Кошкина и Курнакова несколько раз съездить в пригород. Удобная ситуация сложилась под утро. Кошкин остановил машину у начала съезда дороги. Они с Курнаковым вышли помочиться. Прошли в глубину съезда. Находясь в «Волге», Агранов достал пистолет, передернул затвор, вышел из машины. Он находился в 2 м от милиционеров, они стояли к нему спиной. После выстрелов Кошкин и Курнаков упали. Агранов приблизился к ним: оба лежали на животе, лицо каждого было обращено влево. Неожиданно Кошкин забормотал, Агранов резко шагнул к нему и почти вертикально выстрелил в голову, возвратился к Курнакову и произвел в него второй выстрел. Трупы волоком оттащил к машине, Кошкина бросил на заднее сидение, Курнакова — в багажник. Подъезжая к городу, машину бросил на обочине и пошел пешком до ближайшей автобусной остановки. Там сел в автобус и приехал в городской отдел милиции. Когда стало известно о происшествии, вместе с оперативной группой выехал на место обнаружения трупов и принимал участие во всех последующих следственных действиях. Проявлял показную активность. Просил, чтобы расследование поручили ему. Был обеспокоен, когда за дело взя-

лись работники городской прокуратуры. Узнав о предстоящей криминалистической экспертизе оружия и зная сущность методики идентификации оружия по стреляным пулям, попытался повредить внутреннюю поверхность ствола своего пистолета, подпилив конец ударника, произведя царапины в стволе круглым напильником и создавая короткое замыкание внутри ствола электропроводниками, включенными в бытовую электросеть напряжением 220 В. На время успокоился, когда в милиции стали поговаривать, что после исследования его оружия продолжали исследовать другие пистолеты. обстоятельный допрос, из которого вытекало, что следователь весьма подробно осведомлен почти обо всех деталях происшествия при отсутствии каких бы то ни было свидетелей, был для него ошеломляющей неожиданностью. Но он ошибся, когда считал, что свидетели его преступления отсутствовали — против него свидетельствовала экспертная наука.

Глава 14. ЧТО СЛУЧИЛОСЬ С ДЕВОЧКОЙ?

Нам стало известно об этом случае спустя примерно 17 мес. после смерти 9-месячной Светланы Стародумовой, когда следствием было вынесено постановление об эксгумации ее трупа и назначении повторной судебно-медицинской экспертизы. Этому предшествовали следующие события.

Небольшой поселок в сельской местности. Два деревянных дома на окраине. Соседи — Ермаковы и Стародумовы. Семья Стародумовых — муж, жена и 9-месячная дочь.

В начале 9-го часа вечера к Ермаковым вбежала взволнованная Стародумова: «Светочка выпала из коляски, разбила лицо и зубик выпал». Соседи кинулись в поселковую больницу, Стародумова со слезами помчалась домой. Через 30 мин появился врач, начал делать закрытый массаж сердца и искусственное дыхание. Минут через 10 приехала бригада «скорой медицинской помощи» и констатировала смерть ребенка. Со слов матери, она оставила в комнате ребенка в коляске около 17.00, отправившись за продуктами в магазин. Возвратилась около 20.00 и нашла окровавленного ребенка на деревянном полу комнаты рядом с коляской. За несколько минут до возвращения Стародумовой домой пришел ее муж. Он был в нетрезвом состоянии.

Вскрытие трупа было выполнено районным судебно-медицинским экспертом на 3-й сутки после смерти девочки. На следующий день после вскрытия труп был захоронен на местном кладбище.

Из заключения судебно-медицинского эксперта: «Труп ребенка правильного телосложения, хорошего питания, ростом 72 см, массой 8,6 кг. Общий оттенок кожных покровов бледный. Трупные пятна отсутствуют. Трупное окоченение в исследуемых группах мышц отсутствует. Глаза закрыты, соединительнотканые оболочки глаз бледные, роговицы тусклые, зрачки неравномерные: правый — 0,3 см, левый — 0,4 см. Отверстия ушей, носа и рта свободные, чистые. На лбу справа, у волосистой части головы, синеватый кровоподтек неправильной овальной формы, размером 1,5х1,5 см. На лбу по средней линии четыре линейные желтоватые ссадины, расположенные в продольном направлении, размерами от 0,5х0,1 до 0,3х0,1 см. На правой щеке два синеватых кровоподтека размерами по 2х0,6 см, продолговатой формы, расположенных продольно, параллельно на расстоянии 0,6 см друг от друга. В области правой скуловой кости кровоподтек синеватого цвета, неправильной формы, размером 1,8х1 см. На правой щеке у угла рта два округлых кровоподтека синеватого цвета, размерами по 0,5х0,5 см. На правой щеке ссадина желтоватого цвета, неопределенной формы, размером 0,4х0,4 см. В области кончика носа и правого крыла три синеватых кровоподтека размерами по 0,2х0,2 см. На левой щеке синеватый кровоподтек неправильной круглой формы размером 1х1 см. На нижнем веке левого глаза синеватый кровоподтек размером 2х1,3 см. В окружности рта желтоватые сливающиеся ссадины, переходящие на левую щеку на участке 4х2,3 см. На слизистой оболочке десны верхней челюсти продольная рана, проходящая по средней линии, распространяющаяся между зубами и переходящая по продольной складке на слизистую оболочку губы. Края раны ровные, углы острые, длина — 0,9 см, глубина — 0,3 см. На нижней челюсти слева отсутствует один резец, в зубной альвеоле —

кровь. Нижний резец справа шатается. На шее повреждений нет. Грудная клетка цилиндрической формы. На левой боковой поверхности грудной клетки по заднеключичной линии на уровне I — II ребер два кровоподтека округлой формы, размерами 0,6х0,6 см. В левой подреберной области по среднеключичной линии желтовато-синий кровоподтек размером 3х3 см, на уровне X ребра по передней подмышечной линии синеватый кровоподтек размером 1,5х4,5 см, на фоне которого ссадина размером 0,8х0,3 см.

На передней поверхности левого коленного сустава кровоподтек синеватого цвета, неправильной круглой формы, 1х1 см. Кровоподтеки такого же характера: на передней поверхности правого коленного сустава размерами 2х1,5 см и на тыльной поверхности левой стопы размерами 0,5х0,5 см. На передней поверхности средней трети левого плеча четыре овальных кровоподтека размерами от 0,7х0,5 до 0,4х0,4 см, синеватого цвета. Три кровоподтека на задней поверхности левого предплечья размерами от 0,6х0,4 до 0,4х0,5 см. На спине от лопаток до поясничной области около 12 синевато-красных овальных кровоподтеков размерами от 3,5х1,5 до 1,5х0,5 см. Слева у заднего края подвздошного гребня синий кровоподтек овальной формы, размером 3х1,5 см. Живот на уровне груди. Наружные половые органы сформированы правильно. Окружность прямой кишки чистая. В левой теменной области кровоподтек размером 4х4 см, в затылочной области слева синеватый кровоподтек 4х4,5 см, мягкие ткани вокруг него отечны.

В подкожной клетчатке по левой передней подмышечной линии слева на уровне VIII — XI ребер обнаружено кровоизлияние размером 5х3 см. По левой переднеподмышечной линии имеются переломы VII и VIII ребер. Слева по околопозвоночной линии переломы IV—X ребер. Наружные отломки ребер примерно на 0,3 см выступают в сторону плевральной полости. В области V и IV ребер париетальная плевра надорвана на протяжении 0,5 см. По правой околопозвоночной линии имеются переломы III—X ребер, отломки без особого смещения. В окружности всех переломов — кровоизлияния.

Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа светло-красного цвета. В трахее и бронхах небольшое количество сероватой массы (содержимое желудка), больше в левом бронхе, слизистая оболочка желтовато-синюшная. Под плевральной оболочкой обоих легких мелкоочаговые кровоизлияния, больше у корня легких. На задней и наружной поверхностях правого легкого под плеврой крупноочаговые кровоизлияния. Легкие на ощупь воздушны. Ткань легких на разрезе светло-красного цвета, в нижней доле правого легкого участки темно-красного цвета.

Почки размерами 6х3, 5х2 см. Под капсулой правой почки по всей передней поверхности кровоизлияние. На передней поверхности этой почки разрыв длиной 3 см, глубиной 0,9 см, начинающийся от ее ворот и идущий поперечно. Края разрыва неровные, пропитаны кровью. Ткань почек на разрезе красноватого цвета, рисунок строения виден. Мочевой пузырь пуст; слизистая оболочка лоханок, мочеточников, мочевого пузыря сероватого цвета. В правой доле вилочковой железы кровоизлияние в виде полосы 1х1 см. Сердечная мышца на разрезе серовато-красная. Печень размером 14х11х8х6 см, поверхность гладкая, ткань на разрезе красновато-коричневая. Селезенка размером 6,5х4х2,5 см, ткань на разрезе темно-вишневого цвета, соскоба не дает. В желудке около 50 мл сероватого содержимого, слизистая оболочка желудка серовато-синюшная. Ткань поджелудочной железы дольчатого строения, розоватого цвета. В окружности хвоста поджелудочной железы в мягких тканях кровоизлияние 3х2 см. В кишечнике обычное содержимое, слизистая оболочка сероватого цвета.

На внутренней поверхности кожно-мышечных лоскутов головы обширные кровоизлияния в затылочной, обеих височных и теменных областях. Более толстые скопления крови — в затылочной области слева и в левой теменной области. На своде черепа — трещины, начинающиеся в средней части левой теменной кости и расходящиеся в стороны: одна кпереди книзу на левую височную кость, длиной 8 см; другая — фронтально на правую теменную кость до стреловидного шва, по стреловидному шву кпереди и далее под прямым углом на правую теменную кость, общая длина трещины — 16,5 см; третья трещина отходит кпереди и кверху длиной 2,5 см; четвертая — книзу, кзади на чешую затылочной кости, пересекает чешую в нижней части и переходит на ее правую половину. Длина этой трещины — 12 см; от нее отходят кверху на чешую затылочной кости: влево от средней линии две параллель-

ные трещины длиной 1,9 и 3,5 см, расстояние между ними — 2 см; вправо от средней линии две трещины длиной 1,5 и 2,5 см, расстояние между ними — 3,5 см. Твердая мозговая оболочка напряжена, паутинная — гладкая, тонкая. Под паутинной оболочкой в бороздах лобных, обеих теменных и височных долей — кровоизлияния. В желудочках мозга жидкая кровь. В левой теменной доле точечные кровоизлияния. Такие же кровоизлияния также в ткани левого полушария мозжечка. Позвоночник и тазовые кости целы. Взяты кусочки внутренних органов на гистологическое исследование, а также кости свода черепа с переломом».

В заключение эксперта приведены результаты гистологического исследования внутренних органов ребенка. В 19 гистологических препаратах ткани головного мозга наблюдается умеренное и неравномерное полнокровие венозных сосудов и капилляров. Местами довольно выраженный периваскулярный и перицеллюлярный отек. Ганглиозные клетки и их ядра на большем протяжении видны отчетливо. Во многих препаратах в субарахноидальном пространстве видны тонкие пласты и скопления свежих эритроцитов. В двух гистологических препаратах ткани миокарда венозные и артериальные сосуды крови почти не содержат. Мышечные волокна и их ядра видны отчетливо. Умеренный отек интерстициальной ткани миокарда. На некоторых участках небольшое утолщение эндокарда.

В семи гистологических препаратах легочной ткани умеренное и неравномерное полнокровие сосудов и капилляров межальвеолярных перегородок. Легочная ткань воздушна. Встречаются небольшие участки эмфизематозного вздутия и частичного ателектаза. В просветах некоторых сосудов повышенное количество лейкоцитов.

В препарате печени центральные вены и внутридольковые капилляры крови почти не содержат. Протоплазма печеночных клеток мелкозерниста, местами просветлена. На некоторых участках в просветах капилляров имеется повышенное количество лейкоцитов. Местами печеночные клетки плотно прилегают друг к другу.

В трех гистологических препаратах поджелудочной железы на большом протяжении эпителий концевых отделов железы с четкими контурами и хорошо видимыми ядрами. Во всех препаратах среди концевых отделов железы хорошо видны скопления мелких клеток островков Лангерганса. Эпителий выводных протоков хорошо сохранился. Во всех препаратах в жировой клетчатке, прилегающей к железе, местами по ходу соединительнотканых прослоек видны хорошо выраженные очагово-диффузные кровоизлияния. В одном препарате небольшое диффузное кровоизлияние в паренхиме железы. Эритроциты в очагах кровоизлияния с четкими контурами и хорошо окрашены.

В семи гистологических препаратах почечной ткани имеется умеренное и неравномерное полнокровие капилляров клубочков и сосудов стромы. Клубочки имеют нормальное анатомическое строение. Эпителий извитых канальцев эозинофилен, мелкозернист, местами с удовлетворительно сохранившимися ядрами. В двух препаратах видно довольно большое очагово-диффузное кровоизлияние в околопочечной жировой клетчатке. В двух других препаратах видна щель в ткани почки, заполненная свежими эритроцитами.

В двух гистологических препаратах селезенки имеется умеренное полнокровие синусов красной пульпы. Фолликулы небольшие, некоторые с хорошо выраженными центрами размножения. В красной пульпе обычный клеточный состав.

В двух гистологических препаратах вилочковой железы дольчатое строение сохранено, дольки состоят из лимфоподобных клеток по периферии и более крупных клеток со светлой протоплазмой в центральной части, где в большом количестве видны тельца Гассала. В области капсулы железы, более по ходу междольковых соединительнотканых прослоек, видны значительные очагово-диффузные кровоизлияния. Диффузные кровоизлияния видны в паренхиме некоторых долек.

Эксперт сформулировал следующий судебно-медицинский диагноз: «Тупая травма головы, перелом костей свода и основания черепа; перелом теменных костей, левой височной и затылочной кости. Ушиб мозга: разлитые субарахноидальные кровоизлияния; точечные кровоизлияния в ткань мозга; жидкая кровь в желудочках мозга; обширные кровоизлияния на внутренней поверхности кожно-мышечного лоскута головы. Травматическое удаление I нижнего резца слева. Кровоподтеки, ссадины в области лица. Тупая травма груди: переломы III — X ребер справа и IV—X ребер слева по околопозвоночным линиям, кровоиз-

лияния в мягкие ткани в области переломов. Очаговые кровоизлияния в ткани легких. Кровоподтеки в области передней и задней поверхности грудной клетки и поясничной области. Кровоизлияние в ткань вилочковой железы. Разрыв ткани правой почки с кровоизлиянием под капсулу. Кровоизлияние в мягкие ткани в окружности хвоста поджелудочной железы. Кровоподтеки кожи конечностей».

Следует объективно отметить, что эксперт дал обычную в таких случаях характеристику повреждений, удовлетворительно сформулировал диагноз. Однако при внимательном изучении оказалось, что описание носит в основном формальный характер, не учитывающий как особенности повреждений, так и особенности организма грудного ребенка.

Выводы эксперта оказались столь же формальными и явились отражением протокольной части заключения: «1) смерть ребенка наступила от повреждений головного мозга при обширных переломах костей свода и основания черепа; 2) при исследовании трупа ребенка обнаружены множественные переломы ребер с наличием кровоизлияний в мягкие ткани в области переломов, кровоизлияния в вилочковую железу, в ткань легких и надрыв ткани правой почки; 3) повреждения костей черепа и головного мозга произошли при сильном ударе твердым тупым предметом или от удара о твердый тупой предмет; учитывая эластичность костей черепа, свойственную детскому возрасту, маловероятно, чтобы такие повреждения произошли при свободном падении ребенка с высоты около 1 м; 4) двусторонние множественные переломы ребер произошли вследствие сдавления грудной клетки; вероятнее всего, сдавление было в переднезаднем направлении; 5) разрыв правой почки мог произойти как от удара твердым тупым предметом в эту область, так и от сдавления этой области; 6) все найденные при исследовании трупа повреждения прижизненные, о чем свидетельствуют кровоизлияния по ходу их; принимая во внимание характер повреждений, можно считать, что они произошли с небольшим промежутком времени и соответствуют менее суточной давности; 7) принимая во внимание множественность повреждений и различную локализацию их, можно считать, что в данном случае имело место неоднократное воздействие твердого тупого предмета на области головы, туловища и конечностей».

Главным недостатком выводов является то, что они никак не аргументированы. Только на первый взгляд может показаться, что этот упрек не справедлив. Например: «принимая во внимание характер (?) повреждений, можно считать, что они произошли с небольшим промежутком времени...». Если не задаться вопросами: что же эксперт имеет в виду? что он понимает под характером повреждения: его форму, размеры, цвет и т. п.? — то становится очевидным, что мотивировка неопределенна, а попросту — отсутствует.

Не могла удовлетворить следователя и форма ответа о том, "что возникновение переломов черепа у девочки могли произойти при падении с высоты 1 м, т. е. при выпадении из коляски и ударе головой об пол. Эксперт не исключает полностью возможность возникновения таких переломов у ребенка при падении его на пол. Говоря о малой вероятности такого варианта получения повреждений, он, в сущности, допускает такую возможность. В заключении не было достаточных объяснений механизма возникновения других повреждений: переломов ребер, разрыва правой почки, кровоизлияний в ткань легкого, наружных повреждений и др. Не оценил должным образом эксперт и желтоватый оттенок одного из кровоподтеков (в левом подреберье), что указывало на одновременность (!) возникновения повреждений.

Следователь предъявил экспертное заключение Стародумовым и предложил им объяснить происхождение повреждений, рассказать об условиях, в которых они произошли. Стародумовы отвечали, что повреждения головы могли образоваться только при падении на пол, так как в доме больше никого из посторонних не было; другие условия для возникновения повреждений также отсутствовали; для возникновения повреждений у ребенка, — говорили родители, — «много силы не надо». Да и эксперт не исключает такую возможность. Что же касается повреждений на туловище, то ребенку делали массаж сердца — вот и повредили ребра, легкие, почку.

Пришлось допросить врача. Она рассказала, что явилась к Стародумовым по вызову около 21.00 и обнаружила: «...что ребенок синюшный, конечности его холодные, тоны сердца не прослушивались, пульса не было или он был очень слабым. Сразу стала производить

закрытый массаж сердца, искусственное дыхание. По приезде врача «скорой помощи» было установлено, что роговичные рефлексы отсутствуют».

Врач «скорой помощи» дополнила этот рассказ: «Будучи на дежурстве, около 21 ч получила вызов к Стародумовым. Когда пришла, ребенок лежал на двuspальной кровати, а поселковый врач делала ему искусственное дыхание. Пульс у ребенка не прощупывался. Кожа была синюшной. Сделала инъекцию 0,2 мл цититона, отсосала из носа спринцовкой слизь со сгустками крови и стала давать кислород. Сделала наружный массаж сердца и искусственное дыхание «рот в рот». Манипулируя с ребенком, ощущала, что он теплый. Его обложили грелками и сделали инъекцию 0,2 мл 20 % масляного раствора камфоры. Зрачки ребенка на свет не реагировали. Была констатирована смерть».

В протоколе осмотра места происшествия отмечено, что «детская кровать стояла у окна в углу. В ней находились детский матрац, простыня и подушка. Длина кровати 124 см, ширина 67 см, высота от пола до горизонтальной сетки 43 см, высота спинок 130 см, высота до верха оградительной сетки 100 см. Пол в комнате деревянный; расстояние от кровати до близко стоящих предметов: до печки 67 см, до стола 62 см.»

Поначалу следователя удовлетворили объяснения родителей —они не противоречили другим материалам расследования, и он вынес постановление о прекращении дела из-за отсутствия состава преступления.

Однако районный прокурор не санкционировал это решение, поскольку все выводы эксперта были голословными. Расследование было продолжено. Проведена эксгумация. Назначена новая экспертиза.

При повторном судебно-медицинском исследовании эксгумированного трупа, несмотря на выраженные гнилостные изменения тканей, в основном были подтверждены находки первичного вскрытия.

Вместе с тем удалось сделать ряд уточнений, касающихся механизма и давности возникновения повреждений (именно это последнее обстоятельство и послужило основанием отнести данный случай к разряду судебно-медицинской казуистики).

Прежде всего — о переломах черепа. Поначалу исследован изъятый при первичной экспертизе трупа свод черепа. Он был представлен тремя фрагментами: 1) первый фрагмент состоит из части чешуи лобной кости с частично заращенным в нижних отделах срединным швом, большей части обеих теменных костей, части чешуи затылочной кости. Большой родничок представлен плотной полупрозрачной тканью размером 2х2,4 см, малый родничок заращен; 2) второй фрагмент в виде отломка плоской кости размером 2,6х4 см, овальной формы, с неровными, местами зазубренными, краями; 3) третий фрагмент в виде отломка плоской кости, вытянутой продолговатой формы, размером 10,5х3,1 см с одним относительно ровным краем и остальными неровными. В 3,2 см от одного из концов третьего фрагмента поперечно проходит костный шов.

После сопоставления и склеивания представленных костных фрагментов образовался единый свод черепа ребенка, почти на всем протяжении отделенный круговым распилом. В области чешуи затылочной кости, несколько левее задней срединной линии, круговой секционный распил прерывался зубообразным выпячиванием размером 2,6х3 см с неровными краями. Размеры свода— 15х1,3х,2 см; расстояние между теменными буграми — 10,2 см. При рассматривании на просвет кости свода черепа просветлены равномерно с обеих сторон. В 8,8 см кзади по периметру от передней срединной линии от отпиленного края начинается перелом левой теменной кости (рис. 63) в направлении кзади и несколько кверху. В 4,3 см от линии распила кпереди и кверху от перелома отходит трещина длиной 2,7 см. После отхождения трещины линия перелома направляется кзади через всю теменную кость, пересекает теменно-затылочный шов, переходит на чешую затылочной кости и в 1 см от шва расходится дугообразно влево вверх и вниз так, что в центре чешуи затылочной кости образуется осколок (рис. 63), описанный выше как второй фрагмент. На чешуе затылочной кости от линии данного перелома вверх и несколько вправо отходят три трещины, располагающиеся соответственно в 1,5, 4 и 8,4 см от линии пересечения перелома и ламбдовидного шва. В области левого теменного бугра от линии первого перелома отходит второй, идущий направо через всю левую теменную кость до встречи со стреловидным швом, где перелом переходит

кпереди в расхождение стреловидного шва на протяжении 2,3 см, далее под прямым углом к стреловидному шву переходит на правую теменную кость до правого теменного бугра (рис. 63в), где поворачивает под прямым углом назад и заканчивается в 1,1 см от точки последнего поворота.

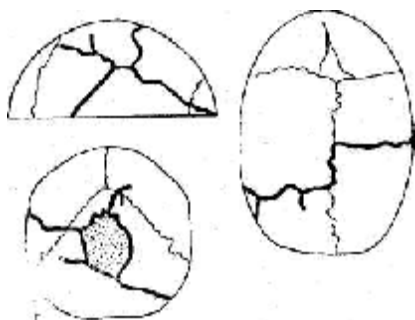


Рис. 63. Переломы черепа девочки (схема).

Фрагменты свода черепа совмещены между собой и сопоставлены с основанием черепа. При этом установлено, что они разделены круговым секционным распилом и ранее составляли единое целое. Линии перелома со свода переходили на основание черепа: перелом левой теменной кости от края распила уходил вниз и оканчивался у левого теменно-височного шва; в области чешуи затылочной кости отмечался дефект кости неправильной треугольной формы (соответственно выступу на своде черепа); от этого дефекта вперед и вниз отходила трещина, которая оканчивалась у заднего края чешуи правой височной кости. Переломы черепа показаны на фотоснимках и схеме (рис. 63).

Анализируя эти данные и материалы первичной экспертизы, можно прийти к однозначному выводу о том, что переломы черепа возникли не менее чем от двух самостоятельных ударов: одно место приложения силы — затылочная область, на что указывает наличие оскольчатого перелома в центральных отделах затылочной чешуи и расположение в проекции осколка кровоизлияний в мягкие покровы головы; второе — левая теменная область, о чем свидетельствуют крестообразный перелом левой теменной кости в области ее бугра и массивные кровоизлияния в мягкие покровы головы в проекции этого перелома. Направление одного удара — сзади наперед, другого — слева направо. Этот вывод подтверждается соответствующим направлением трещин. Установленный механизм возникновения переломов черепа имел для следствия важное значение — он опровергал версию о возможности получения повреждений головы при однократном падении с кровати. Эта версия Стародумовых оказалась несостоятельной.

Для обеспечения целенаправленного поиска переломов ребер выполнена рентгенография грудной клетки. На снимке видны переломы шеек ребер, однако гнилостные изменения тканей не позволяли провести детальное изучение переломов. Поэтому ребра и позвоночник были отделены от мягких тканей, мацерированы и обезжирены. Приготовлен костный препарат. При изучении костного препарата выявлены множественные переломы ребер, позвоночник был цел. Но, пожалуй, самым интересным и неожиданным было то, что переломы ребер отличались друг от друга, причем весьма существенно. По морфологическим особенностям их можно было разделить на несколько групп.

Первая — полные косопоперечные переломы шеек II, IV — VI правых и V—VII левых ребер, перелом суставного бугорка VI правого ребра. Со стороны наружной пластины линии переломов были крупнозубчатыми, с незначительным выкрашиванием компактного вещества. На противоположных поверхностях ребер линии переломов были более ровными. Выявленные свойства переломов свидетельствовали об их прямом характере, т. е. о том, что они возникли в месте приложения силы. Вторая — неполные переломы внутренних пластинок VIII—XI правых, VIII—X левых ребер по окологрудинным линиям вблизи шеек этих ребер. Такой характер переломов указывал на то, что они также возникли в месте приложения силы. Третья — неполный перелом наружной костной пластинки III левого ребра по

передней подмышечной линии. Такой перелом был расценен как не прямой. Он образовался от воздействия на какой-то другой участок этого ребра, возможно, на его задние отделы.

Все переломы первой, второй и третьей групп имели острые, четко очерченные края без каких-либо признаков заживления костной ткани. Четвертая — полные переломы шеек IV—VI и XI правых и тела IX левого ребер. Эти переломы существенно отличались от предыдущих: обращенные друг к другу поверхности и края переломов были сглажены, концы отломков расширены, просвет костных канальцев на поверхности изломов не определялся. Такой характер переломов не позволял высказаться о механизме их возникновения, зато со всей определенностью можно было утверждать, что с момента образования этих переломов прошло немало времени. Сколько? Это еще предстояло установить. Одно становилось ясным, что на протяжении своей очень короткой жизни ребенок неоднократно получал тяжелые травмы. Пятая — костная мозоль на внутренней поверхности VIII левого ребра по передней подмышечной линии. Принимая во внимание локализацию костной мозоли на внутренней поверхности ребра, можно было предположить, что этот перелом мог быть прямым, т.е. образовался в месте приложения силы. Понятно было и то, что этот перелом образовался еще раньше, чем переломы, объединенные в четвертую группу.

Выполнена рентгенография препарата ребер. Воспользовавшись рентгенологическими архивами Ленинградского педиатрического медицинского института и ряда детских лечебных учреждений Ленинграда, сопоставляя степень заживления переломов у Светланы Стародумовой с фазами заживления переломов в достоверно известных случаях, представилось возможным прийти к заключению, что переломы первой, второй и третьей групп — «свежие», четвертой — возникли за 2-5 нед до смерти, пятой — за 3-4 мес до смерти.

Несмотря на то, что Стародумовы отказались давать объяснения по поводу установленного экспертами факта, следствию удалось их успешно использовать. Была изучена переписка Стародумовых с бабушкой Светы, которая постоянно приглашала родителей привезти внучку в деревню. Стародумовы выражали свое согласие. Но... дважды поездка откладывалась: примерно за 1 и 3 мес до смерти ребенка. При этом родители ссылались на то, что девочка «неожиданно заболела».

Продолжая выявлять механизм травмы, было обращено внимание на то, что «свежие» переломы располагались вдоль позвоночника по двум почти параллельным линиям, отстоявшим друг от друга на 4,5-5 см.

Учитывая особенности анатомического строения задних отделов ребер ребенка, можно было констатировать, что «свежие» переломы у погибшей девочки располагались внутри и глубже максимально выступающих назад точек ребер. Это позволяло прийти к выводу, что первая и вторая группы переломов могли образоваться одновременно от одного удара каким-то тупым удлинненным предметом с ограниченной травмирующей поверхностью. Принимая во внимание расстояние между линиями переломов, можно было считать, что ширина травмирующей поверхности предмета была не более 5 см. Расстояние от нижнего перелома этой группы (XI ребро) до верхнего (II ребро) — 25 см, а до оскольчатого перелома затылочной кости — 35 см. Оскольчатый перелом затылочной кости находится в пределах полосы, образованной линиями левых и правых паравerteбральных переломов. Это позволяло допустить, что длина травмирующей поверхности предмета могла быть не менее 35 см. И что было весьма важно, что эти переломы не могли возникнуть во время манипуляций по закрытому массажу сердца и искусственному дыханию.

Получив эту информацию, следователь вновь осмотрел квартиру Стародумовых. Нашел ножку от сломанного табурета. Ее размеры — 40x5x5 см. Ножка была предъявлена Стародумовым в качестве предполагаемого травмирующего предмета. Стародумовы отказались давать показания по этому поводу.

Осматривая лунку левого нижнего центрального резца, удалось обнаружить небольшой осколок апикальной части корня зуба. Сопоставление этого осколка с корнем резца, найденного на месте происшествия, показало, что они составляли единое целое. Было обращено внимание на наличие дефекта передней (!) стенки лунки этого резца. А это указывало на то, что он был «удален» движением изнутри наружу или сзади наперед. Этот факт был бесспорен! Но как это могло произойти? Не пытался ли кто-то выламывать зуб ребенку?

Впрочем, травматическая экстракция центрального резца (при условии перелома передней стенки зуба) возможна, если, например, плачущий или кричащий ребенок получил удар по лицу ладонью взрослого человека в направлении сверху вниз (конечно же, это — предположение, вариант, но вполне возможный во время бытового конфликта).

Получив заключение экспертов, следователь предъявил его Стародумовым. Вымышленный характер их версий об обстоятельствах получения повреждений Светланой был очевиден. Стародумовы согласились с нелепостью своих объяснений. Сославшись на нездоровье, обещали дать правдивые показания, попросив отложить допрос на завтра.

А завтра... Товарный поезд набрал скорость. Стрелка указателя скорости колебалась около 75 км/ч. Поезд сделал крутой поворот, и машинист увидел в 200-250 м двух людей, медленно шедших по путям. Один из них обернулся на шум поезда, они обнялись и легли на рельсы. Протяжный сигнал локомотива и резкий скрежет тормозов слились в единый безысходный рев. Было поздно. Так Стародумовы распорядились своей жизнью.

У них дома была найдена предсмертная записка: вначале была обычная семья, детей не заводили, хотели пожить для себя, развлечения, алкоголь, муж стал попивать систематически, «может ребенок образумит», не образумил, скандалы, побои, иногда жена от ударов защищалась ребенком.... Вот и конец этой трагедии. И добавить к этому нечего.

Глава 15. КТО УБИТ? КТО УБИЙЦА?

На улице Новая в подвале дома № 70 под квартирой № 2, принадлежавшей Сучковой, среди груды угля соседи случайно обнаружили череп человека и скелетированные кости. Даже при беглом осмотре были заметны рубленые повреждения и следы, которые свидетельствовали о действии пилящего предмета. Были все основания предположить, что речь идет об убийстве человека с попыткой последующего расчленения его трупа.

Основные задачи, которые возникают у следствия в такой ситуации; кто убит? кто убийца? В их решении существенную помощь может оказать судебно-медицинская экспертиза.

Первая задача была решена относительно быстро. Строение костей не оставляло сомнений, что они принадлежат человеку. Особенности анатомического строения черепа и тазового кольца указывали на то, что костные останки принадлежат мужчине. По степени формирования скелета, неполной завершенности процессов синостозирования костей было установлено, что возраст мужчины колеблется в пределах 18-20 лет. Сопоставление длины длинных трубчатых костей со специальными справочными табличными данными, а также вычисление по ряду принятых математических уравнений позволили опровергнуть рост молодого человека — 168-172 см.

Среди лиц, пропавших без вести и находившихся в розыске, числились 6 мужчин со сходными показателями возраста и роста. Характеризующие их материалы были переданы экспертам. Из них обратил на себя внимание 18-летний Сарычев. В его медицинских документах оказалась флюорограмма. Она и подверглась самому тщательному судебно-медицинскому анализу.

Прежде всего, ее осмотрели рентгенологи — никаких признаков заболеваний легких они не обнаружили, точно так же, как и не выявили никаких изменений сердца, крупных сосудов и органов средостения, не заметили никаких свежих и старых изменений костных образований. Это была важная информация. Но, к сожалению, этим помощь рентгенологов и ограничилась.

Справедливости ради надо заметить, что нередко судебные медики ограничиваются консультацией рентгенолога, оставляя на его усмотрение объем рентгенологического исследования и интерпретацию выявленных им изменений. Думается, это не совсем верная позиция. Цели и задачи клинической и судебно-медицинской рентгенологии, во многом совпадая, имеют и своя особенности. Если в данном случае удовлетвориться упомянутыми результатами рентгенологического обследования, то можно было бы лишиться решающей информации идентификационного свойства. Вероятно, в каждом случае (не только при идентифика-

ции личности, но и при интерпретации механизма и давности образования повреждений, определении свойств травмирующих предметов и т. п.) исследование рентгенограмм должны проводить совместно судебный медик и рентгенолог. При этом ведущая роль в определении приоритетного направления исследований должна принадлежать судебно-медицинскому эксперту. Более того, специфика рентгенологических исследований в экспертной практике дает основания для выделения специального раздела «Судебно-медицинская рентгенология», содержание которого должны составить: а) сведения, позволяющие решать прикладные экспертные задачи по рентгенологической картине; б) методические приемы, адаптированные к решению судебно-медицинских задач.

В описываемом случае судебные медики, изучая флюорограмму Сарычева, пытались найти какие-нибудь индивидуальные признаки костей грудной клетки. Их взгляд скользил по контурам костных образований, сопоставляя с вариантами анатомического строения костей, сравнивая на соответствующих участках контуры парных образований,

Поскольку флюорограмма была небольших размеров, с нее были сделаны увеличенные фотоотпечатки. Это облегчало поиск. Эксперты обратили внимание на то, что контуры I и II левых ребер представляют собой плавную дугообразную линию, в то время как контуры I и II правых ребер имели выступ по внутреннему краю). Это была большая удача!

Среди костных останков были найдены I и II ребра: левые имели правильное строение, в средней части правых по их внутреннему краю имелось небольшое локальное возвышение. Были выполнены рентгенограммы этих ребер в том же ракурсе, что и на флюорограмме. При сопоставлении прижизненных и посмертных рентгеновских изображений ребер их контуры совпали.

Конечно, было интересно, что же собой представляют эти два возвышения. На рентгенограммах с прямым увеличением изображения была изучена структура кости в месте возвышений. Признаков склероза костной ткани не обнаружено, внешний слой компактного вещества имел одинаковую ширину на всем протяжении, губчатое вещество в области возвышения имело крупноячеистую структуру. Такая картина позволяла исключить это образование как костную мозоль, сформировавшуюся на месте перелома, и допускало возможность врожденного индивидуального варианта развития первых двух правых ребер.

Выявленный индивидуальный признак давал серьезные основания считать, что останки принадлежат Сарычеву. Тем не менее были выполнены фотосовмещения черепа и прижизненной фотографии Сарычева. Получено совпадение локализации одноименных опознавательных точек строения лица. Положительный результат фотосовмещения был подтвержден данными корреляционного анализа.

Таким образом, экспертиза пришла к категорическому выводу, что останки принадлежат Сарычеву. В качестве обоснования этого вывода она указала на: «...1) совпадение общих признаков (пол, возраст, рост), характеризующих Сарычева и неизвестного мужчину, которому принадлежат останки; 2) совпадение индивидуальных признаков строения первых и вторых правых ребер, отобразившихся на флюорограммах Сарычева и ребрах неизвестного мужчины; 3) положительный результат фотосовмещения лица Сарычева, изображенного на его прижизненных фотографиях, и черепа неизвестного мужчины; 4) положительный результат математико-статистического корреляционного анализа при сопоставлении лица Сарычева, изображенного на его прижизненной фотографии, и черепа неизвестного мужчины».

Личность умершего была установлена. Теперь надо было установить, кто же расчленил труп. Следователь посчитал возможным решить эту задачу (а это была исключительно его обязанность) следующим образом. Имея в виду, что на найденных костях имелись следы распила и разруба, он изъяс соответствующие орудия труда у всех жильцов дома № 70, в подвальном помещении которого были обнаружены останки. Он рассуждал так: если экспертиза установит, каким из изъятых топоров произведены разрубы, а какой из представленных пил — распила, то он сможет вести последующие целенаправленные следственные действия и, в частности, допросить владельцев данных предметов о том, каким образом принадлежащими им орудиями труда были нанесены повреждения, обнаруженные на трупе Сарычева. Со своими соображениями следователь ознакомил экспертов. Однако для того, чтобы укрепить свою убежденность в объективности экспертных исследований, он не стал сообщать

экспертам сведений о том, кому конкретно принадлежат изъятые им топоры и пилы. Он лишь присвоил им условные порядковые номера.

При исследовании скелета оказалось, что имеющиеся на костях повреждения не ограничиваются только разрубами и распилами. Приведем описание повреждений, изложенное в заключении экспертов. Помимо характеристики повреждений, это описание представляет самостоятельный интерес как вариант изложения свойств повреждений при их значительном числе и разном происхождении.

Череп. На правой скуловой кости с переходом на скуловой отросток правой верхнечелюстной кости перелом (№ 1) клиновидной формы размером 24x2x7 мм. Длинник перелома располагается косогоризонтально. Задний конец перелома расположен выше переднего. Плоскость перелома ориентирована сверху вниз и открыта острым углом вверх и влево по отношению к выпуклой поверхности правой скуловой кости. Края перелома относительно ровные, верхняя стенка скошена, нижняя — подрыта, концы повреждения относительно острые. Компактное вещество по ходу перелома представлено тонкой пластинкой шириной менее 0,5 мм, каких-либо валиков и бороздок на нем не обнаружено. В 5 мм от заднего конца перелома от его нижнего края отходит книзу и кзади прямолинейная трещина, которая на нижней поверхности скулового отростка поворачивает вперед и влево и соединяется другой трещиной, отходящей от нижнего края перелома в 2 мм от его переднего конца. За счет этих соединяющихся между собой трещин образуется подвижный осколок неправильной овальной формы размером 26x13,5 мм. В передних отделах осколка косовертикально проходит шов между скуловой и верхнечелюстной костями.

На правой верхнечелюстной кости от места соединения правого и нижнего краев грушевидного отверстия косогоризонтально расположен перелом (№ 2) клиновидной формы размером 8,5x2x1,5 мм. Передний конец повреждения имеет ширину 2 мм, задний конец острый. Края перелома относительно ровные. Стенки скошены под углом, приближающимся к прямому. У нижнего края перелома на участке длиной 3 мм имеется выкрашивание костного вещества на площади 3x1,5 мм. Наибольшая глубина перелома у переднего его конца, к заднему концу глубина его сходит «на нет».

Длинники переломов № 1 и № 2 находятся на одной прямой линии. Расстояние между передним концом перелома № 2 и задним концом перелома № 1 — 54 мм.

На глазничном отростке правой верхнечелюстной кости в области собачьей ямки дырчатый перелом (№ 3) передней стенки верхнечелюстной пазухи, прямоугольной формы, размером 9,5x8 мм. С верхним краем перелома соединен прямоугольный осколок размером 9,5x6 мм. У нижнего края перелома дефект кости размером 9,5x2 мм также прямоугольной формы. От нижнего края перелома отходит книзу и кзади одна трещина длиной 4 мм и книзу и впереди другая трещина длиной 10,5 мм, оканчивающаяся у верхнего края перелома № 2. Обе трещины — в виде тонких извилистых дугообразных линий.

На наружном крае правой орбиты горизонтально расположен перелом (№ 4) клиновидной формы размером 7x2x1,5 мм. Его края относительно ровные. Задний конец по форме приближается к острому, ширина переднего конца — 2 мм. Верхняя стенка почти горизонтальная, нижняя — скошена.

Правая носовая косточка повреждена (№ 5) — ее нижняя треть отсутствует, линия повреждения проходит косовертикально, неровная, остро зазубренная.

Повреждение № 5 располагается на 10-12 мм выше прямой линии, являющейся продолжением длинника перелома № 4.

На наружной поверхности задних отделов правого носовидного отростка вдавленный перелом (№ 6) в виде перевернутой неправильной, трехгранной пирамиды (рис. 75). Основание «пирамиды» имеет размеры 7x7 мм, высота «пирамиды» — 3,5 мм. Ее верхняя и передняя стенки образуют прямой угол, передняя и нижняя — острый: верхний выражен наиболее четко, нижний — закруглен.

На левой половине чешуи затылочной кости, в непосредственной близости от лямбовидного шва, перелом № 7 в виде вдавления костной ткани, неправильно овальной формы, размером 39x15,5x3 мм. Перелом образован двумя стенками: верхняя — в виде единой костной пластинки и нижняя — в виде трех уступов, параллельно длиннику повреждения. Схо-

дящиеся под тупым углом друг к другу стенки образуют мелко зазубренную линию, имеющую преимущественно ориентацию в горизонтальном направлении. На всей поверхности мозгового черепа и скуловых отростках обеих височных костей — множественные поверхностные прямолинейные повреждения (№ 8), расположенные преимущественно во фронтальных плоскостях. Длина повреждений колеблется от 3 до 12 мм. Глубина повреждений не превышает 0,5 мм. Края и стенки повреждений гладкие, углы острые. На дне повреждений единичные валики и бороздки, расположенные параллельно длинникам повреждений.

Нижняя челюсть разделена на два фрагмента полным переломом (№ 9), начинающимся между резцами и заканчивающимся в 22 мм вправо от средней линии. Протяженность перелома — 49 мм. На нижней челюсти 12 зубов: 3-8 правые и 3-8 левые. Отсутствуют 4 резца. Частично сохранена лунка II правого зуба, лунки остальных резцов отсутствуют. Фрагменты нижней челюсти были сориентированы по прикусу не соответствующими зубами верхней челюсти и закреплены в этом положении. При этом оказалось, что имеется значительный костный дефект, ширина которого у основания лунок зубов 16 мм, в средних отделах — 5 мм (на протяжении 17 мм) и в нижних отделах — 12 мм. По передней поверхности линия разделения кости неровная, преимущественно крупно зазубренная. По верхнему краю дефектов на протяжении 19,5 мм имеется скол компактной пластинки шириной до 4 мм. По задней поверхности края дефекта в нижних (верхний край) и средних отделах (верхний и нижний края) ровные, на остальном протяжении — мелко зазубренные. От верхнего края по задней поверхности вверх и назад отходят две трещины длиной 12 и 9 мм, соединяющиеся между собой дополнительной трещиной, проходящей параллельно верхнему краю дефекта. Образующийся при этом осколок неподвижен и плотно соединен с подлежащей костью. По нижнему краю с задней поверхности в средних отделах имеется участок, на котором компактное вещество кости отсутствует — стенка этого дефекта ровная, гладкая и ориентирована в вертикальной (фронтальной) плоскости. На наружной поверхности правой половины дуги нижней челюсти в 23 мм кпереди от угла челюсти поверхностное углообразное повреждение (№ 10), представляющее собой две полосы шириной до 1,2 мм, длиной 9 и 13 мм, сходящиеся верхними концами под острым углом, открытым книзу. В этой же области в 6 мм кпереди от этого повреждения аналогичное повреждение (№ 10a), расположенное на нижней поверхности дуги нижней челюсти. Длина этого повреждения — 5 мм.

На задней поверхности правого восходящего отростка нижней челюсти, у основания шейки суставного отростка, три поперечно расположенных повреждения (№ 10b), аналогичных по характеру повреждения № 8. Длина повреждений № 10b — от 2 до 5 мм.

II шейный позвонок. На верхней поверхности правого реберно-поперечного отростка с переходом на верхнюю поверхность правой половины дуги позвоночника и правую верхнюю суставную поверхность компактное вещество отсутствует и образуется площадка, поверхность которой представлена группой параллельных чередующихся прямолинейных валиков и бороздок шириной 1-1,5 мм; общая площадь этого участка составляет 30x9 мм (повреждением 11).

На воображаемой прямой линии, проведенной через отдельные бороздки повреждения № 11 в переднебоковых отделах правого реберно-поперечного отростка имеются два глубоких и два поверхностных повреждения (№ 12, 13, 14, 15) в виде костных дефектов щелевидной формы. Поперечное сечение этих дефектов имеет прямоугольную форму с подчеркнутыми углами. Максимальная, глубина повреждения в области реберно-поперечного отростка — 2 мм, в области остистого — 5,5 мм. Ширина костных дефектов — около 1,1 мм.

На боковой поверхности правого реберно-поперечного отростка повреждение (№ 16), аналогичное повреждению № 11, занимающее площадь 8x3,5 мм.

Через верхнюю правую суставную поверхность в продольном направлении проходит дугообразная трещина (№ 17), которая спускается на переднюю поверхность правого реберно-суставного отростка и поворачивает кзади, образуя неполный отломок кости размером 10,5x12,5 мм.

В передней половине нижней поверхности тела II шейного позвонка — повреждение (№ 18), аналогичное повреждению № 11, занимающее общую площадь 15,5x9,5 мм. Валики и бороздки на поверхности этого повреждения (№ 18) отобразились лишь по периферии по-

вреждения на узких полосках компактного костного вещества. Направление этих валиков и бороздок перпендикулярно направлению валиков и бороздок повреждения № 11.

III шейный позвонок. На верхних поверхностях обоих суставных отростков и правой половине верхней Поверхности тела позвонка — повреждения (№ 19, 20, 21), аналогичные повреждению № 11, размерами соответственно 9,5х5 мм; 9,5х4 мм; 10х4 мм. Направление валиков и бороздок этих повреждений и повреждения №. 11 совпадает. На боковой поверхности правого верхнего сустава отростка — повреждение (№ 22), аналогичное по характеру повреждениям № 12, 13, 14, 15. Размеры повреждения № 22 — 3,5х 1х1,2 мм.

V шейный позвонок. На верхней поверхности остистого отростка в косопоперечном направлении, на боковой поверхности правых верхнего и нижнего суставных отростков, в передне-заднем направлении располагаются 8 поверхностных параллельных повреждений (№ 23) прямолинейной формы, длиной от 1,5 до 9 мм, с ровными краями и острыми концами.

VI шейный позвонок. На боковой поверхности левого верхнего суставного отростка — два расположенных под острым углом друг к другу поверхностных прямолинейных повреждения. В 3,5 мм кверху от них располагается повреждение (№ 25) в виде углообразного костного дефекта. Горизонтальная стенка этого дефекта ровная и гладкая, вертикальная, неровная, с зазубринами. Общие размеры повреждения № 25 — 3х3 мм.

Правая плечевая кость. У основания большого бугорка на передненаружной поверхности кости косогоризонтально располагается вдавление костной ткани (повреждение № 26) размерами 26х9 мм. Вдавление представлено двумя осколками, сходящимися под тупым углом. Верхний осколок образован сверху двумя тонкими трещинами в виде дугообразных извилистых линий: внутренняя «дуга» более протяженная, внутренний конец наружной дуги нависает над наружным концом внутренней дуги. Нижний край прямолинейный, с мелкими зазубринами- в средних отделах. Нижняя стенка представлена осколком, который уступообразно опущен по отношению к окружающей поверхности кости. Верхний осколок нависает над нижним. Наибольшая глубина вдавления в средней части достигает 2,5 мм, к концам вдавления глубина сходит «на нет». На передней поверхности диафиза кости—15 повреждений (сверху вниз № 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41) в виде поверхностных костных дефектов желобоватой формы. Длинники повреждений параллельны друг другу. Длина повреждений колеблется от 3,5 до 9,5 мм, ширина — от 1,2 до 2 мм. Форма поперечного сечения преимущественно треугольная или М-образная. Края и стенки повреждений относительно ровные, на дне отдельных повреждений единичные продольные и косопродольные валики и бороздки. Дно повреждений максимально углублено в средней части и сходит «на нет» к концам повреждений. По верхнему краю повреждений № 31 и 41—по два двойных углообразных откола, придающих верхнему краю этих повреждений М-образную форму. Расстояние между вершинами «М» составляет соответственно 3,5 и 3 мм.

Правая ключица. На нижней поверхности ключицы в 66, 33 и 28 мм от ее реберного конца косопоперечно к длиннику ключицы располагаются три костных дефекта (№ 42, 43, 44) желобоватой формы, длиной 13; 11,5 и 7 мм, шириной — 3,5; 1,2; 2,6 мм, глубиной — менее 0,5 мм. Дно дефектов № 42 представлено поперечными короткими валиками и бороздками; на дне других дефектов — единичные валики и бороздки, располагающиеся вдоль длинника дефектов. Края дефектов извилистые, концы закруглены, глубина максимальная в средней части и сходит «на нет» к их концам.

Фрагмент № I диафиза длинной трубчатой кости. Размеры фрагмента — 23,5х23х20 мм. Один торец заклеен полоской медицинского пластыря и не исследовался. Противоположный торец представляет собой площадку, расположенную почти поперечно по отношению к длиннику диафиза. Площадка представляет собой неправильной формы кольцо со стенками шириной от 3,5 до 5,5 мм. На торцевой поверхности стенок множественные параллельные и пересекающиеся друг с другом под острыми углами валики и бороздки. В целом торцевая поверхность представляет собой плоскость, у одного из краев которой имеется костный выступ высотой 2,5 мм, длиной 10 мм и шириной 2 мм. Поверхность выступа неровная (поврежденная торцевая поверхность обозначена как повреждение №45).

На боковой поверхности кости, противоположной по отношению к описанному выступу, в 0,5 мм и 4 мм от края торцевой поверхности (повреждение № 45) и параллельно

плоскости этой поверхности — два костных дефекта (повреждения № 46, 47) продолговатой желобчатой формы, размерами 7х2х1,2 мм, с М-образными концами и ровными краями. Максимальная глубина повреждений отмечается в их средней части и сходит «на нет» к их концам. На стенках дефектов единичные продольные по отношению к их длиннику прямолинейные поверхностные бороздки. Поперечное сечение повреждений имеет форму, приближающуюся к М-образной. В 8 мм от этих повреждений — два поверхностных прямолинейных повреждения (№ 48, 49) длиной по 2,5 мм, с острыми концами. Повреждения расположены под тупым углом друг к другу.

Фрагмент № 2 диафиза длинной трубчатой кости. Размеры фрагмента — 35х30х22 мм. Одна его торцевая поверхность заклеена полоской пластыря и не исследовалась. Противоположная торцевая поверхность (повреждение № 50) представляет собой площадку, расположенную косопоперечно к длиннику диафиза. На поверхности этого торца — множественные поверхностные параллельные и пересекающиеся друг с другом прямолинейные валики и бороздки. У одного из краев торца на участке 3,5 мм отмечаются мелкие зазубрины. В 0,5 мм от противоположного края торца параллельно ему располагается повреждение (№ 51), аналогичное повреждениям № 46 и 47, длиной 13 мм. В 8 мм от повреждения № 51 группа повреждений (№ 52), аналогичных повреждениям № 48 и 49, длиной от 3 до 8,5 мм.

Фрагменту левой бедренной кости представляет собой головку и часть метафиза. Длина фрагмента — 118 мм. В области метафиза косопоперечная плоскость отделения (повреждение № 53), на поверхности которой поверхностные валики и бороздки. У одного края поверхности отделения костный выступ размерами 14х1х0,5 мм, переходящий в скол наружной массы компактного вещества. На внутренней поверхности метафиза, с противоположной от выступа стороны, — множественные поверхностные единичные и двойные прямолинейные, параллельные плоскости отделения повреждения (№ 54), длиной от 1 до 9,5 мм, располагающегося как непосредственно у края повреждения № 53, так и на удалении 7 мм от него.

Фрагмент правой бедренной кости представляет собой головку, оба вертела и часть метафиза бедренной кости. Длина фрагмента — 90 мм. Поверхность отделения этой кости (повреждение № 55) по своему характеру аналогична повреждению № 53, а располагающиеся на внутренней поверхности кости края плоскости отделения повреждения (№ 56), занимающие площадь 8х6 см, сходны по своему характеру с повреждениями № 54.

Из приведенного описания следует, что на скелете, были обнаружены повреждения от различного травмирующего воздействия: тупого, рубящего, пилящего. Это требовало группировки однотипных повреждений с целью определить свойства травмирующих предметов.

Разрубы правых скуловой и верхнечелюстной костей (в области грушевидного отверстия, правой скуловой кости, скулового отростка правой верхней челюсти и наружной стенки правой глазницы) образовались от действия лезвия клина рубящего предмета, о чем свидетельствуют клиновидная форма этих повреждений, их ровные края и относительно острые концы, преобладание длины повреждений над их шириной и глубиной. Расположение длинников повреждений правых скуловой и верхнечелюстной костей у края грушевидного отверстия на одной прямой линии допускает возможность их возникновения от одного удара лезвием клина топора длиной не менее 54 мм. Ориентация плоскости этих разрубов указывает на то, что они образовались от удара сверху вниз и справа налево (ориентация всех направлений здесь и далее производится по отношению к вертикально стоящему человеку), причем плоскость клина топора находилась по отношению к правой половине лицевого черепа под острым углом, открытым кверху.

Повреждение правого носовидного отростка образовалось от действия острого клина, имевшего в следообразующей части форму неправильной пирамиды; таким предметом могли быть пятка или носок топора. Основанием для такого вывода являются форма повреждения в виде перевернутой пирамиды с наличием клиновидного вдавления у заднего края этого повреждения, а также относительно ровные края повреждения и четко обозначенные углы и линии схождения граней этого вдавленного перелома.

Разделение нижней челюсти произошло в результате действия лезвия и щечек клина рубящего предмета, например топора. На это указывают разрушение кости на ограниченном участке полосовидной формы и наличие ровных краев на отдельных участках. Обширное

разрушение кости в виде дефекта полосовидной формы может быть связано с тем, что в момент удара рубящим предметом нижняя челюсть была плотно фиксирована к какой-то твердой основе. Расширение размеров дефекта по направлению от задней к передней поверхности кости, наличие ровных по форме участков краев на задней поверхности при отсутствии таких участков на передней поверхности кости свидетельствуют о том, что в момент удара рубящий предмет перемещался в преимущественном направлении сзади наперед, причем плоскость клина была ориентирована под острым углом, открытым влево.

В случае, если все перечисленные рубленые повреждения были нанесены одним рубящим предметом, то он имел острое лезвие клина топора длиной не менее 54 мм, и в этом случае они не могли возникнуть от действия тех представленных экспертам топоров, которые имели затупленное лезвие. Из всех топоров остро заточенное лезвие имел один — № 8 (как оказалось впоследствии, он принадлежал гражданке Сучковой). Проведенное сопоставление с помощью сравнительного микроскопа, сопоставление рельефа валиков и бороздок, оставшихся от микродефектов и микрозазубрин топора на поверхности разруба нижней челюсти с соответствующими следами, оставленными на экспериментальном материале лезвием топора № 8, показало их полное совпадение.

Вдавленные переломы затылочной головки правой плечевой кости и правого сосцевидного отростка, оскольчато-дырчатый перелом передней стенки правой верхнечелюстной пазухи, оскольчатый перелом правой носовой кости образовались от действия тупых твердых предметов; на это указывали вдавленный характер переломов и зазубренность их краев.

Вдавленные переломы затылочной и правой плечевой костей образовались от действия ребра тупого предмета, на что указывают вдавленный характер этих переломов, наличие террасовидных уступов на стенках перелома и преимущественно прямолинейная форма дна этих повреждений. Оба повреждения могли быть причинены одним предметом, например ребром обуха топора. В этом случае длина обуха топора была не менее 39 мм. Судя по ориентации длинника и стенок переломов, повреждение затылочной кости образовалось в результате удара сзади наперед и несколько сверху вниз, а повреждения правой плечевой кости — сзади наперед и справа налево. Вдавленный перелом области правого сосцевидного отростка возник от действия трехгранной вершины тупого предмета, о чем свидетельствует форма вдавленного перелома в виде трехгранной пирамиды. Это повреждение могло возникнуть от действия угла обуха топора.

Оскольчато-дырчатый перелом передней стенки верхнечелюстной полости образовался от действия предмета с ограниченной ударяющей поверхностью, о чем свидетельствует дырчатый характер перелома в сочетании с его локализацией в углубленном участке кости.

Оскольчатый перелом правой носовой кости возник от действия тупого предмета, о форме которого из-за отсутствия характерных признаков по краю перелома и отсутствия осколка носовой кости определенно высказаться не представляется возможным.

Линейные повреждения на своде черепа, правой половине нижней челюсти, II, III, V и VI шейных позвонках образовались от действия острого края твердого режущего предмета, например лезвия ножа. Основанием для такого вывода являются: прямолинейная форма, острые углы, ровные края этих повреждений. Вопрос о возможности нанесения этих повреждений представленным на экспертизу столовым ножом не решался, так как, согласно следственным данным, этот нож в период времени после происшествия затачивался.

Углообразные повреждения левого верхнего суставного отростка VI шейного позвонка возникли в результате комбинированного действия — надреза с последующим отколом осколка, на что указывают плоская и ровная горизонтальная площадка (повреждения в результате режущего действия) и неровная мелко зазубренная вертикальная площадка (откалывающее действие) этого перелома. Значительный интерес представляли повреждения, причиненные пилящим предметом.

Удлиненные клиновидные повреждения на правой половине нижней челюсти, II и III шейных позвонках правой плечевой кости, ключице и двух фрагментах диафиза длинной трубчатой кости возникли от поверхностного пилящего действия зубцов какого-то пилящего предмета и являются надпилами, на что указывают продолговатая форма этих повреждений,

их относительно ровные края, наличие костных дефектов по всей длине повреждения, наличие валиков и бороздок на дне части этих повреждений.

М-образная форма концов части повреждений указывает на то, что они были причинены пилящим предметом с простым разводом зубцов. По этой причине исключается возможность возникновения повреждений от действия всех представленных пил, имеющих волнистый развод зубцов (ножовки по металлу).

М-образная форма поперечного профиля части повреждений свидетельствует о том, что зубцы пилящего предмета имели клиновидную форму. Подчеркнутые углы поперечного профиля большинства повреждений этой группы указывают на достаточную степень остроты зубцов пилящего предмета.

По расстоянию между вершинами треугольных костных отколов в области повреждений № 31 и 41 диафиза правой плечевой кости можно судить о том, что расстояние между вершинами отдельных смежных зубцов пилы («шаг пилы») было 3-3,5 мм. Принимая во внимание эти данные, представилось возможным исключить возможность возникновения повреждений № 31, 41 от действия тех представленных экспертам зубцов пил, «шаг зубцов», которых на всем протяжении был более 4 мм.

На II и III шейных позвонках, обеих бедренных костях и двух фрагментах длинной трубчатой кости имеются повреждения, которые имеют вид отпилов и образовались в результате полного разделения диафиза костей и выступающих костных образований позвонков. Об этом свидетельствуют плоская поверхность отделений упомянутых костей с наличием линейных валиков и бороздок в сочетании с надпилами у одного из краев этих поверхностей и наличием костных выступов или отколов кости у противоположного края, а также преимущественная ориентация валиков и бороздок параллельно длинникам надпилов и длинникам костных выступов.

Наличие пересекающихся между собой валиков и борозд на поверхности отпила указывает на то, что высота зубцов пилящего предмета была более 2 мм.

Направление движения пилящего предмета при образовании отпилов было преимущественно поперечным по отношению к длиннику трубчатых костей и горизонтальным на шейных позвонках.

Таким образом удалось исключить подавляющее большинство из представленных пилящих предметов. Оставались неисключенными только 2 пилы под № 3 и № 4.

Было предпринято экспериментальное исследование, целью которого стало изучение ширины надпилов, образуемых пилами № 3 и № 4. В качестве объекта для опытов были взяты аналогичные кости (диафизы длинных трубчатых костей). Глубина экспериментальных надпилов соответствовала сравниваемым исходным повреждениям. Надпилы производились начальным, средним и конечным участками полотна пилы. В каждой серии выполнялось не менее 10 опытов. Полученные данные были оценены методом вариационной статистики. В результате оказалось, что исходные надпилы, обнаруженные на костных останках, не могли быть причинены пилой № 4, устойчиво оставлявшей существенно более широкие надпилы, чем исследуемые. Пилой № 3 исходные надпилы могли быть причинены. Если допустить, что все повреждения от пилящего действия были причинены одним пилящим предметом, то из всех представленных пил они могли возникнуть только от действия пилы № 3. Оказалось, что эта пила принадлежит также Сучковой.

Линейные повреждения на боковых поверхностях обеих бедренных костей и двух фрагментов длинных трубчатых костей образовались от действия либо острорежущего края твердого режущего предмета, например ножа, либо острого конца колющего предмета, например острых вершин зубцов пилящего предмета. Об этом свидетельствуют ровные края, острые концы, линейная форма и поверхностный характер этих повреждений. Расположение упомянутых повреждений в непосредственной близости от надпилов и отпилов костей можно объяснить действием зубцов пилы при ее соскакивании с плоскости основного надпила или отпила.

Итак, владельцем топора и пилы, которыми были причинены повреждения, обнаруженные на останках Сарычева, была семья Сучковых.

После обстоятельного допроса, в ходе которого следователь умело использовал ре-

зультаты судебно-медицинской экспертизы, сын Сучковой сознался в совершении убийства своего приятеля Сарычева, которому он во время пьяной драки нанес несколько ударов по голове обухом топора. Желая скрыть следы преступления, попытался расчленить труп: скальпировал голову ножом, пробовал безуспешно отделить голову ножом и топором, затем сделал неудачную попытку распилить конечности и шею ножовкой. После этого разгреб груды угля, хранившуюся в подвале под своей квартирой и засыпал останки углем. И если бы не соседи, попросившие у матери Сучкова в долг немного угля...

Боясь ответственности за содеянное, Сучков покончил жизнь самоубийством, повесившись в тюремной камере.

Глава 16. MINIMIS CURAT MEDICINA FORENSIS

Фраза, вынесенная в заголовке этой главы, принадлежит французскому ученому Лакассаню. Ее почти дословный перевод: «судебной медициной руководят мелочи». Его современник, наш выдающийся судебный медик Николай Сергеевич Бокариус, обращая внимание на суть этой фразы, дал такой краткий перевод: «Внимание мелочам!». Справедливо-сти ради надо сказать, что эта, несколько вольная, интерпретация весьма удачно подчеркивает смысловую сторону лакассаниевской фразы. Она акцентирует внимание на том, что каждый «криминал», каждая экспертиза имеют свои индивидуальные черты. И вот это обстоятельство должно настраивать специалиста на нестандартные, нешаблонные подходы даже к самым заурядным, самым типичным, самым «ординарным» экспертизам. Эта фраза предлагает экспертам такую повседневную задачу: путем творческого поиска выявлять, исследовать отличительные индивидуальные черты каждого отдельно взятого случая.

С другой стороны, фраза должна побуждать стремление не оставлять без самого пристального внимания все, даже кажущиеся на первый взгляд незначительными, факты. Они должны подвергаться столь же серьезному научному исследованию и всесторонней оценке, как и такие постоянно важные вопросы, как причина смерти, свойство травмирующего предмета, механизм его действия, идентификация личности и т. п. Факты, кажущиеся второстепенными к моменту первичной экспертизы, могут приобрести решающее значение при последующем расследовании, в ходе которого возникает потребность в проведении дополнительных и повторных экспертиз. Иначе говоря, при проведении судебно-медицинской экспертизы не может быть «мелочей», не может быть незначительных фактов, которые эксперт мог бы оставить без внимания. Вот о каких «мелочах» и их роли в расследовании уголовных дел пойдет речь в этой заключительной главе. Это будут «судебно-медицинские миниатюры», в которых будет опущено все, кроме того, что подчеркивает решающее значение «мелочей».

ЭХО ВОЙНЫ

Шел 1944 г. Боевые действия перешагнули границу страны. По всему чувствовалось приближение конца войны. Командир отделения стрелкового взвода Евдокимов слыл бывалым солдатом: на войне с июня 1941 г., дважды был ранен, оба раза возвращался в строй, имел орден Славы и медаль «За отвагу». И вот незадача — третье ранение. Да и не столько в нем оказалось дело.

Готовилась атака. Сжимая правой рукой карабин, Евдокимов, весь в напряжении, готов был в любую секунду выпрыгнуть из траншеи. «Вперед!» — хрипло и резко крикнул командир. Евдокимов вскочил на бруствер и в тот же миг в правую руку ударило — он выронил карабин. Вгорячах наклонился и схватил его. Но кисть прожгла резкая боль. «Ранен» — мелькнуло в голове. Подхватив оружие левой рукой, он по инерции пробежал еще несколько шагов, но споткнулся, упал. Правую кисть ломило сильнее и сильнее. Скатившись в какую-то воронку, достал перевязочный пакет. Разорвал зубами. Перевязывая руку, все вытягивал шею в том направлении, где слышались удаляющееся «Ура» и сплошной треск выстрелов.

Он весь был там, с ними, боевыми друзьями, и в то же время, испытывая досаду и горечь, на чем свет костерил вражескую пулю.

Пригибаясь к земле, подбежала санитарка: «Дойдешь сам?» Он кивнул в ответ и, по-минутно оглядываясь назад, туда, где затихала атака, поплелся в санбат.

Фельдшер разбинтовал руку. Подошел хирург, мельком взглянул на рану, затем как-то странно посмотрел на Евдокимова. Снова оглядел кисть с ладони, затем с тыльной поверхности — ранение было сквозное. Врач еще раз повернул кисть ладонью вверх, снова, на этот раз строго посмотрел в лицо солдату и коротко бросил: «В операционную!».

Что же вызвало необычную реакцию врача? Да и не только реакцию. Возвратившись из операционной, он взял чистый лист бумаги, схематически нарисовал правую кисть и пометил на ней ранение, обнаруженное у Евдокимова (рис. 87). Входное отверстие он разметил на ладонной поверхности, вокруг него нарисовал черное окопчение. Выходное отверстие зарисовал на тыльной поверхности. Вокруг него копоты не было. То, что копоть располагалась вокруг входной раны, указывало на близкий выстрел. И хирург записал в медицинской карточке роковое слово: «Самострел».

При таком «диагнозе» материалы передаются в военную прокуратуру. Вести дело поручили молодому следователю. На допросе Евдокимов подробно рассказывал об обстоятельствах получения ранения. Говорил спокойно, подробно, рассудительно. Он импонировал следователю: бывалый храбрый солдат, имеет боевые награды, от вражеских пуль не прятался (дважды был ранен), но... следователь не мог уйти от медицинского диагноза, который прямо указывал на членовредительство. Разыскал хирурга. «У меня самого не лежала душа портить жизнь этому солдату, но от фактов не уйдешь», — и врач протянул следователю схему ранения... Приговор трибунала был скор и суров — 10 лет лишения свободы и то... с учетом прежних заслуг.

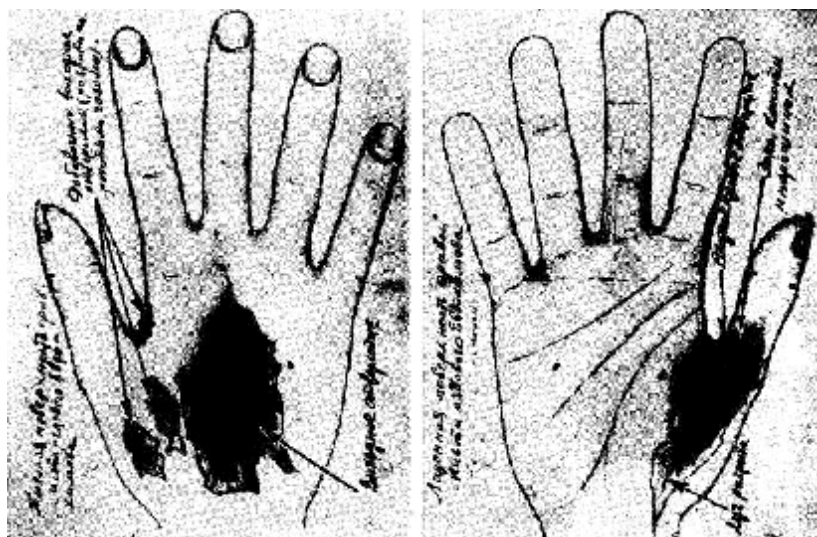


Рис. 87. Схематическое изображение повреждений правой кисти Евдокимова, зарисованное врачом.

На свободу Евдокимов вышел лишь в 1954 г. И сразу же стал обивать пороги во всех юридических инстанциях. Так он «проходил» до 1966 г., пока по поручению Главного военного прокурора не была назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза. Ее поручили специалистам кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии.

Поначалу казалось, что экспертизу назначили формально, да и в прокуратуре особых сомнений не было: есть диагноз, есть схема — все убедительно и, по всей видимости, эксперты подтвердят мнение хирурга военной поры. Эксперты осмотрели правую руку (рис. 88). Кисть была деформирована за счет стягивающих рубцов, расположенных в области возвышения I пальца и на тыльной поверхности в промежутке между III и IV пястными костями.

Рубцы располагались косо продольно по отношению к длиннику кисти. Это были продолговатые (длиной до 5 см), втянутые, малоподвижные образования. Вероятно, рубцовые изменения захватили большинство сухожилий II-V пальцев, поскольку сгибание и разгибание в их суставах были резко ограничены. Подвижность в I пястно-фаланговом суставе и межфаланговом суставе I пальца в основном была сохранена. Кисть была осмотрена в инфракрасных лучах — каких-либо дополнительных инородных включений в области рубцов и вокруг них не имелось. Было принято решение выполнить рентгенографию области обоих рубцов в мягких лучах, так как предполагалось, что такая съемка может выявить мелко-дисперсные отложения металла вокруг входного отверстия. Такая рентгенограмма была выполнена, «о диффузного отложения металла выявить не удалось, зато неожиданно для экспертов были обнаружены в мягких тканях множественные инородные тела металлической плотности. После этого была выполнена рентгенография в обычном режиме. Помимо деформации III, и V пястных костей и отсутствия большей части IV пястной кости, были обнаружены инородные тела металлической плотности. Их размеры и форма были неодинаковы, что позволяло их рассматривать в двух группах. Первую группу представляли относительно крупные осколки с неровными фестончатыми краями и заостренными выступами. При сопоставлении осколков на рентгенограммах, выполненных в двух взаимно перпендикулярных проекциях, было заметно, что эти осколки имеют преимущественно плоскую форму. Принимая во внимание общий огнестрельный характер ранения, можно было предположить, что эта группа осколков может быть фрагментом том разрушившейся оболочки пули. Другая группа инородных тел металлической плотности отличалась небольшими размерами (1 мм и менее), круглой формой, относительно сглаженными краями и могла быть расценена как фрагменты разрушившегося свинцового сердечника или свинцовой рубашки. Инородные тела располагались в мягких тканях преимущественно со стороны ладонной поверхности.

Форма, размеры, число, поверхностное расположение инородных тел были необычными для входной раны, даже причиненной выстрелом в упор или с близкого расстояния. Такие осколки наблюдаются в том случае, если пуля взаимодействовала с какой-то очень прочной, возможно металлической преградой. Но что же за металлический предмет мог быть в руках у Евдокимова в момент ранения? Да он о нем говорил еще более 20 лет назад! Это был карабин. Евдокимова попросили показать, как он держал оружие в момент ранения. Он показал — это положение было зафиксировано. При таком положении кисти можно было прийти, с учетом данных рентгенологического исследования, к следующему вполне обоснованному выводу: входным было отверстие на тыльной поверхности кисти, раневой канал имел направление от тыльной поверхности к ладонной, пройдя кисть, пуля ударилась «в металлическую часть карабина и разорвалась на мелкие фрагменты, которые внедрились в поверхностные слои кожи со стороны ладонной поверхности и создали ложную картину окопчения, что и послужило причиной ошибочного вывода о близкой дистанции выстрела и локализации входного отверстия. Так, спустя 22 года, был реабилитирован невинный человек. Почему же ошибся хирург? Конечно же, ранение было непростое. Но и такие ранения описаны в учебниках судебной медицины. Их знают студенты, о них должны знать и хирурги. Этот случай со всей очевидностью показывает, что ошибочно оцененная «мелочь» может привести к трагическим последствиям, и в то же время правильная оценка может спасти достоинство человека.

ЕДИНСТВЕННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ

В этом случае не так уж и важно, когда, в каком регионе, во время каких боевых действий было получено солдатом смертельное огнестрельное пулевое, проникающее в полость плевры, сквозное ранение правой половины грудной клетки с повреждением нижней доли, правого легкого, острым массивным кровоизлиянием в правую плевральную полость. В боевой обстановке, к несчастью, такие ранения нередки. В чем же особенность этого наблюдения?

Аутопсия проведена патологоанатомом. Запись в протоколе: «...на правой половине

спины по лопаточной линии на уровне VIII ребра круглое входное отверстие диаметром 1 см с пояском осаднения и дефектом кожи; выходное отверстие на правой половине груди зияет, края его вывернуты наружу... На нижней доле правого легкого сквозное пулевое повреждение, окруженное массивным кровоизлиянием. Легкое поджато. В правой плевральной полости около 2 л жидкой крови...». Эти «находки» можно было расценить только как выстрел в спину. Но как это могло произойти: испугался, бежал и получил выстрел в спину, а может быть кто-то из своих выстрелил в спину? В обоих случаях — криминал.

К тому времени, когда было возбуждено уголовное дело и назначена судебно-медицинская экспертиза, труп был захоронен. Перед экспертами была поставлена задача установить локализацию входного и выходного отверстий, а также направление раневого канала. Эксгумация состоялась в общей сложности спустя 3,5 мес после смерти. После извлечения трупа проведено повторное судебно-медицинское исследование. Кожные покровы сохранились только на кистях и подошвенной поверхности. Огнестрельные повреждения мягких тканей спины и груди были утрачены полностью. Казалось, с этим потеряна возможность решения поставленных задач. Однако при скрупулезном осмотре костей грудной клетки был обнаружен перелом IX правого ребра в 2,5 см от грудины. Определить характер перелома на посмертно выполненных рентгенограммах грудной клетки не удалось. Было решено взять все кости грудной клетки для лабораторного исследования.

После приготовления костных препаратов представилось возможным более детально исследовать перелом ребра. Оказалось, что он имеет в целом оскольчато-дырчатый характер с наличием в центре костного дефекта. С внешней стороны ребра костный дефект имел овальную форму и размеры 1,2х0,8 см. Наибольшим был горизонтальный размер. По мере продвижения в глубину дефект расширялся и в средних отделах имел поперечник размерами 1,8х0,9 см.

Под бинокулярным стереомикроскопом обнаружено смещение костных структур по стенкам канала снаружи внутрь. Задняя стенка ребра представляла собой костный дефект неправильной четырехугольной формы.

Наличие воронкообразно расширяющегося внутрь дефекта в сочетании со смещением костных структур по стенкам раневого канала внутрь свидетельствовало о том, что входным является конец раневого канала на наружной поверхности ребра, а выходным — соответственно на внутренней поверхности. Большой многоугольный дефект на внутренней поверхности ребра, по всей видимости, возник в связи со сколом и выбросом костного вещества при проникновении пули в плевральную полость. Таким образом, общее направление раневого канала в кости горизонтальное спереди назад и несколько справа налево.

Мы снова сталкиваемся с единичным небольшим повреждением. На первый взгляд — с мелочью. Но с мелочью, которая в данном случае оказалась решающей, снявшей все подозрения и с солдата, и с его товарищей.

В этом наблюдении была еще одна находка, являющаяся важным аргументом в защиту необходимости того положения, что исследования эксгумированных останков должны проводиться полно, всесторонне и достаточно внимательно, независимо от состояния тканей.

Так, осматривая левую кисть, мы обратили внимание на неясное поверхностное повреждение на тыльной поверхности. Это повреждение скорее всего могло иметь посмертное происхождение. Но всякое, даже весьма очевидное, предположение остается всего лишь возможностью и требует доказательств. После восстановления Мягких тканей кисти выявилось интересное поверхностное желобоватое повреждение, начинавшееся в проекции середины диафиза III пястной кости и оканчивавшееся у основания V пальца. Проксимальный конец был закруглен, имел полукольцевидное осаднение и овальный дефект. Глубина раны была наибольшей у этого конца и постепенно сходила «на нет» к основанию V пальца. Микрохимическими реакциями, проведенными в гистологических срезах, в краях проксимального конца выявлена медь. Кости кисти на рентгенограммах были интактными. Таким образом, повреждение оказалось касательным пулевым ранением мягких тканей тыльной поверхности кисти, причиненным оболочечной пулей. Эти сведения мало что прибавили к расследованию. Но мы их все-таки приводим, надеясь, что столь неожиданная находка представит интерес в первую очередь для судебно-медицинских экспертов.

«ПЕРЕЕЗД» БЕЗ ПЕРЕЕЗДА

Принято считать, что наличие признаков сдавления тела и отпечатка рисунка протектора на одежде или теле пострадавшего, безусловно, свидетельствует о переезде тела колесами автомобиля. Приводим наблюдение, в котором после эксперимента этим признакам была дана иная оценка.

При маневрировании крупного бензовоза со скоростью около 5 км/ч на широкой бетонной площадке шофер и пассажир, находившийся рядом с шофером в кабине, заметили гражданина, неожиданно появившегося вблизи левого конца переднего буфера. Шофер немедленно затормозил, машина быстро остановилась. Тормозной путь 1,9 м. Вышедшие из бензовоза шофер и пассажир обнаружили гражданина лежащим на левом боку между спаренными средними и задними колесами. Голова была под автомобильной рамой, ноги — снаружи. Шофер и пассажир (шофер-инструктор) категорически отрицали переезд через тело.

На лицевой поверхности передка и спинки кожаной куртки погибшего — четкие следы протектора, совпадавшие с рисунком протектора бензовоза. Судебно-медицинским исследованием трупа установлены выраженные признаки сдавления груди и живота с закрытыми двойными двусторонними переломами ребер, поперечным переломом грудины, размождением подкожной клетчатки передней поверхности груди и мышц спины, разрывами перикарда и задней стенки желудочка сердца, отрывом легкого у корня, участками разрушения ткани правого легкого и правой доли печени. Повреждения головы, таза, верхних и нижних конечностей отсутствуют.

В ходе расследования было высказано суждение о том, что пострадавший упал на задние спаренные колеса, оказался затянутым в пространство между ними и после проворачивания колес упал на бетонное покрытие. На первый взгляд эта версия казалась маловероятной ввиду весьма малого расстояния между наиболее сближенными поверхностями колес (менее 15 см), а также вследствие того, что при движении автомобиля взаимно обращенные поверхности средних и задних колес смещаются по отношению друг к другу во взаимно противоположных направлениях.

Эта версия была проверена в ходе эксперимента с полужестким манекеном, одетым соответственно одежде погибшего и имевшим с телом пострадавшего сходные размеры.

В одной серии опытов манекен укладывался в верхнюю широкую часть пространства между средними и задними колесами конкретного бензовоза боковой поверхностью и в другой серии — «спиной» при скорости движения последовательно 3, 5, 10 и 15 км/ч. В каждом из опытов манекен оказывался затянутым в пространство между колесами и после вращения колес на 73% их периметра падал на грунт. При этом манекен совершал неполный оборот вокруг своей продольной оси на 90-270°.

На одежде манекена во всех случаях отображались четкие следы протектора на передней, задней и(или) боковой поверхностях. Металлические конструкции манекена оказывались сдавленными в переднезаднем или боковом направлении. В одном опыте эти конструкции оказались скрученными.

При сопоставлении данных, полученных в ходе эксперимента, с результатами судебно-медицинского исследования трупа установлено их принципиальное сходство. Это позволило в конкретном случае допустить вероятность особого варианта механизма автомобильной травмы, при котором было возможно сдавление тела и возникновение следов протектора на одежде без переезда колесами автомобиля.

Приведенное наблюдение еще раз подчеркивает необходимость всестороннего и полного обследования случаев автомобильной травмы, при которой результаты эксперимента могут оказать существенную помощь при решении вопроса о механизме и обстоятельствах возникновения повреждений в конкретно предлагаемых условиях.

КТО ЭТО?

Особенно часто приходится убеждаться в решающем значении мелочей при проведении судебно-медицинских экспертиз, связанных с необходимостью идентификации личности человека. Вот несколько примеров.

В декабре 1985 г. при расчистке акватории одного из западноевропейских портов со дна была поднята легковая автомашина. После извлечения на берег в ней был обнаружен труп мужчины в состоянии завершившихся процессов жировоска. Значительная часть мягких тканей лица была уничтожена морской фауной. После проведенных исследований западные коллеги пришли к выводу, что останки не могут принадлежать ни одному из местных жителей, разыскивавшихся в этот период времени полицией как без вести пропавшие. Вместе с тем полиции было известно, что за 2 года до обнаружения автомашины с останками мужчины в этом порту исчез моряк советского торгового флота. Об этом было официальное заявление, поэтому идентификационные исследования были продолжены в нашей стране.

Единственным медицинским документом, который удалось разыскать, оказалась рентгенограмма головы пропавшего моряка, выполненная за 3 года до его исчезновения. Рентгенография, выполненная в передней прямой проекции, произведена в связи с подозрением на черепно-мозговую травму. Осмотр рентгенограммы не выявил каких-либо повреждений костей лицевого и мозгового черепа. Вместе с тем при детальном изучении анатомического строения черепа было обращено внимание на наличие атипичных дополнительных швов в задней половине черепа. После физико-оптического и фотохимического улучшения качества рентгенограммы швы стали видны более отчетливо. После удаления мягких тканей на подготовленном препарате черепа обнаружили два «ламбдовидных» шва, соединенных двумя дополнительными вертикальными швами. В результате между затылочной и теменными костями оказались три крупных дополнительных кости. Сопоставление одномасштабных и одноракурсных изображений черепа и рентгенограммы показало полное совпадение формы, протяженности, локализации и взаимного расположения как атипичных швов, так и дополнительных костей на сравниваемых изображениях. Личность моряка была установлена.

В одном из заброшенных подвалов на окраине Караганды обнаружили полностью скелетированные останки человека. Исследование общих признаков показало, что останки принадлежат мужчине-европеоиду 18-20 лет, ростом около 170 см. Каких-либо особенностей анатомического строения как скелета в целом, так и отдельных костей выявить не представилось возможным. И лишь на концевой фаланге I пальца левой стопы был обнаружен краевой костный дефект. Поверхность дефекта была ноздреватой, с незначительной сглаженностью костных структур. На рентгенограммах установлены явления нерезко выраженного лизиса костной ткани и начинающегося местного остеопороза по краям дефекта. Было высказано предположение, что выявленные изменения могут быть следствием перенесенного костного панариция, давность которого, возможно, не превышала 1—1,5 мес, что подтверждалось характером поверхности дефекта и описанными особенностями рентгенологической картины.

Хорошо известно, что такой локальный воспалительный процесс на высоте развития заболевания отличается резко выраженной болезненностью. Больные в связи с этим всегда обращаются за медицинской помощью, чаще всего — хирургической. Приведенные экспертные данные позволили следствию провести целенаправленный поиск историй болезни соответствующих больных в медицинских учреждениях региона. Таких больных за обследованный период времени оказалось более трех десятков. И только одного из них не удалось разыскать — 19-летнего парня среднего роста. Будучи наладчиком электронной аппаратуры, он находился в этом городе в служебной командировке. Уехал домой полгода назад. Постоянное место жительства — один из областных городов Белоруссии. На запрос следователя оттуда сообщили, что из командировки наладчик не возвратился и числился пропавшим без вести. Запрошены прижизненные фотографии, проведено их фотосовмещение с черепом — личность была установлена.

В августе из реки извлечен труп мужчины в состоянии резко выраженных гнилостных изменений. Принимая во внимание степень развития разрушающих трупных явлений и летний сезон года, можно было думать, что время пребывания трупа в воде находится в преде-

лах от 2 нед до 2 мес. При осмотре позвоночника выявлена грубая патология (болезнь Бехтерева), свидетельствующая о почти полной невозможности движений в его грудном и поясничных отделах.

Экспертными исследованиями установлено, что мужчине было 40-50 лет. Высказана рабочая гипотеза для поиска: в связи с тяжестью страдания больной должен был обращаться за специализированной неврологической помощью, а в этом случае должны были обязательно выполняться рентгенографические исследования. Имея в виду грубый характер патологии позвоночника у мужчины, находящегося в далеко не старческом возрасте, и относительную редкость этого заболевания, можно было допустить, что специалист-рентгенолог должен был запомнить картину патологических изменений на рентгенограммах.

Для предъявления рентгенологам и невропатологам соответствующих медицинских учреждений была выполнена рентгенограмма с костного препарата позвоночника трупа неизвестного человека. Первый же рентгенолог (заведующий рентгенологическим отделением областной клинической больницы которому показали посмертную рентгенограмму, заявил, что на одном из пленарных заседаний научного общества рентгенологов снимки с очень похожим заболеванием демонстрировал доцент, кафедры рентгенологии местного медицинского института.

Разыскать доцента и демонстрировавшие им рентгенограммы оказалось несложно. Это были снимки пациента, который в течение длительного времени наблюдался невропатологами одной из институтских клиник. Сравнение прижизненной и посмертной рентгенограмм показало идентичность отобразившихся на них органических изменений позвоночника. Так была установлена личность человека, труп которого был извлечен из водоема.

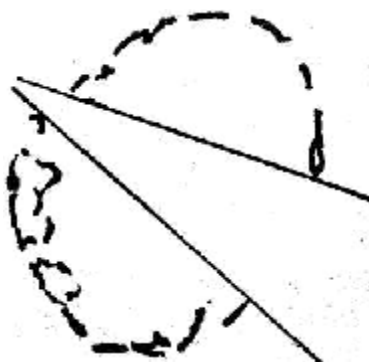
В городе «орудовал» неуловимый сексуальный маньяк. Он всегда "появлялся неожиданно, нападал на женщину сзади, резко поднимал юбку или свитер на голову, закрывая жертве лицо, и, угрожая ножом подавлял сопротивление. Был очень груб, щипал, кусал. Как правило, отпускал. Но в течение двух последних недель в «зоне его действий» были обнаружены трупы двух женщин. Их смерть наступила от удушения руками. У обеих на молочных железах имелись повреждения от действия зубов человека. Обращала на себя внимание однотипность этих повреждений: ссадины и поверхностные раны, окруженные кровоподтечным ореолом, располагались по двум типичным дугам, но имели четкие очертания только в центральных и правых (по отношению к зубам человека) боковых отделах; следов от левых боковых резцов, клыков и, возможно, премоляров как на верхней, так и на нижней челюсти не было. Для консультации был приглашен профессор стоматологии. Его помощь потребовалась в связи с необходимостью попытаться объяснить необычную однотипность следов зубов. Прежде всего, был обоснован вывод о причинении повреждения зубами человека. Это было несложно, поскольку действия зубов человека подтверждались наличием двух полукольцевидных дуг, образованных ссадинами, поверхностными ранами и кровоподтеками, взаимным расположением повреждений на близком расстоянии друг от друга, ориентацией выпуклых частей полуколец в противоположные стороны друг от друга, наличием неповрежденной кожи между двумя полукольцевидными рядами повреждений. После внимательного осмотра повреждений и их сопоставления между собой специалист пришел к выводу, что повреждения причинены, скорее всего, одним человеком, причем, если это так, то у этого человека имелась прогнатия нижней челюсти (зубы нижней челюсти по отношению к зубам верхней челюсти несколько выстоят вперед) и открытый левосторонний прикус (при смыкании челюстей между левыми резцами, клыками и, возможно, первыми премолярами остается щель). Из музея клиники были принесены муляжи, которые наглядно показывали, как должны выглядеть зубы у человека, причинившего исследуемые повреждения.

С этими данными были ознакомлены сотрудники уголовного розыска, что позволило придать розыскной работе целенаправленный характер. Среди подозреваемых лиц был выявлен мужчина 30 лет, имевший сходное строение зубов.

При его обследовании оказалось: у пациента 28 зубов, все восьмые зубы отсутствуют; на втором, четвертом и шестом верхних правых, на первом, шестом и седьмом нижних правых, на втором и шестом верхних левых и на первом, шестом и седьмом нижних левых зубах пломбы, на первом верхнем левом и обоих шестых нижних зубах кариес под пломбой; зубы

нижней челюсти по отношению к зубам верхней челюсти выстоят вперед на 1,5—2 мм (прогнатия нижней челюсти); при сопоставлении зубов в положении прямого прикуса левые вторые, третьи и четвертые зубы не соприкасаются. С зубов обеих челюстей в присутствии следователя и понятых были сняты оттиски, с которых были приготовлены гипсовые слепки. Сlepки были сопоставлены с натуральными зубами подозреваемого — они были идентичны. В соответствии с прикусом подозреваемого слепки были смонтированы в разъемном артикуляторе.

В связи с тем, что подозреваемый отказался дать следы своих зубов для сравнительного исследования, соответствующие следы были получены с помощью слепков его зубов, смонтированных в артикуляторе. Для воспроизведения экспериментальных следов были использованы как пластичные, так и эластичные модели (в том числе и биологические). В отдельных сериях опытов между моделью и зубами прокладывалась тонкая писчая бумага, покрытая копировальной бумагой. Изучались как непосредственно следы на моделях, так и следы на писчей бумаге. В целом все следы представлялись достаточно однотипными (рис. 103).



103. Следы от зубов подозреваемого на модели.

Сопоставляя характер следов, видно их совпадение по общим признакам. Отсутствие частных признаков в следах зубов не позволяло высказать однозначное суждение о том, что повреждения от действия зубов на теле погибших женщин оставлены зубами подозреваемого. Однако результаты проведенных экспертных исследований, вполне допускавших возможность причинения повреждений подозреваемым, послужили важным начальным звеном в цепи следственных действий, приведших в конечном итоге к изобличению преступника.

МОЛОТОК АВИАЦИОННОГО ТЕХНИКА

Был уже 10-й час, а Семеныч все еще не появлялся на «боевом посту» — была его очередь сдавать посуду из-под алкогольных напитков. Давно занявшие очередь приятели томились от нетерпения. Наконец, послали «гонца», который возвратился через несколько минут в потрясенном состоянии. «Убит», — только и вымолвил. Бросив очередь, ватага двинулась к несчастному.

Семеныч лежал в своей постели, которая была в крайнем беспорядке. Подушка была на полу, простыня сдернута к ногам, матрац под головой пропитан кровью, на прикроватной стене — множественные брызги крови.

Вбежавшие в комнату остолбенели от ужаса представшей перед ними картины. Но это было лишь началом испытания. Неожиданно левый глаз Семеныча приоткрылся и из-за верхнего века стал выкатываться зрачок, который, скользя по потолку и стене, добрался до вошедших. Остолбение сменилось неожиданной паникой: мешая друг другу, столь же стремительно, сколь и беспорядочно, они стали выкатываться из комнаты. Только на улице кто-то вспомнил о существовании «скорой помощи». В больницу пострадавший поступил в бессознательном состоянии. Произведена срочно левосторонняя декомпрессивная трепана-

ция черепа. Удалена массивная субдуральная гематома. Однако, несмотря на проведенную активную хирургическую помощь, пострадавший умер через 3 ч после операции.

То, что здесь произошло убийство, было понятно и участковому. Возбуждено уголовное дело, назначена судебно-медицинская экспертиза. На вскрытии были обнаружены множественные ушибленные раны на левой половине волосистой части головы, ушибленная рана верхней губы и единичные ссадины на шее. Все повреждения имели однотипный характер и представляли собой повреждения в виде прямого угла, пространство между лучами которого было осаднено. В целом (осаднение и углообразные раны местами имели почти правильную квадратную форму, размерами 3х3 см. Принимая во внимание близкую по протяженности длину лучей ушибленных ран, можно было вполне обоснованно допустить, что повреждения были нанесены одним и тем же предметом. Наличие в проекции ряда ушибленных ран, вдавленных переломов в виде неглубоких трехгранных пирамид свидетельствовало о значительной силе ударов и, в совокупности с формой и размерами ушибленных ран, указывало на то, что предполагаемый предмет имел квадратную ударяющую поверхность. Чаще всего таким предметом оказывается молоток.

До сих пор, несмотря на трагизм происшедшего, с судебно-медицинской точки зрения ситуация не представляется из ряда вон выходящей. Как правило, подобной характеристикой предмета ограничивается экспертное заключение и следственные органы вполне этим удовлетворяются. Однако в этом случае был применен метод цветных отпечатков. И если бы в зоне повреждений были бы обнаружены локальные следы железа, повторяющие форму ударной поверхности молотка, то и это не было бы неожиданным. Но каково же было изумление экспертов, когда они обнаружили в проекции повреждений наслоения меди (1) квадратной формы, имевшие размеры ударной поверхности молотка. Именно это обстоятельство позволило следователю в течение нескольких часов «вычислить» и задержать убийцу. Как он построил свой поиск? Если обычных молотков бесчисленное множество, то молотки с медным ударником представляют большую редкость и относятся к числу инструментов специального назначения. Такими молотками пользуются, в частности, авиационные техники. Изучив круг ближайших знакомых погибшего, следователь выявил среди них пенсионера, который прежде работал в аэропорту по техническому обслуживанию самолетов. При обыске у него в квартире был обнаружен молоток с медным ударником и следами крови на рукоятке. Дополнительные комментарии здесь излишни.

УБИЙСТВО НА КОЛХОЗНОМ РЫНКЕ

При внешней похожести (продавцы, прилавки, обильный или скудный ассортимент) многие колхозные рынки живут по своим, скрытым от постороннего глаза, правилам, мало похожим на общепринятые законы. Здесь свои понятия о правах, приоритетах, ответственности и наказании. И формы разрешения конфликтов самые разные. Нередки и трагедии...

Утренний конфликт на рынке был коротким, бурным, вспыхнул неожиданно и почти мгновенно погас, без традиционных предварительных угроз, криков и скандалов. Поначалу никто не обратил внимания на пятерых молодых людей, сбившихся в плотную группу у одного из прилавков с дарами южной природы. Группа разрушилась вдруг: четверо кинулись в стороны, а один рухнул на землю между рядами прилавков. После короткой (лишь казавшейся мучительно долгой) паузы к парню стали с явной опаской приближаться, как бы подкрадываясь, очевидцы. Постепенно окружили его плотным кольцом. Парень лежал на спине, глаза были открыты, мертвенно белело лицо. Поначалу остолбеневшие продавцы уже через какие-то секунды подняли невообразимый гвалт, свойственный только базарной обстановке, и практически не поддающийся описанию...

Смерть молодого парня наступила в машине «скорой помощи». При судебно-медицинском исследовании трупа на спине погибшего, в правой подлопаточной области, была обнаружена рана трехлучевой формы, размерами 1,5х1,5 см. Кожа между лучами раны была осаднена в форме равностороннего треугольника. Раневой канал через правую плевральную полость и правый купол Диафрагмы проникал в полость брюшины и заканчивался в

печени. В полости брюшины было 1,5 л крови.

Как и во всех подобных случаях, основная задача эксперта сводилась к максимально полной характеристике травмирующего предмета. Чем точнее и полнее будет эта характеристика, тем больше надежд у следствия отыскать травмирующий предмет и, естественно, его владельца.

Небольшие размеры раны на коже, ее неровные и осадненные края, значительное превышение глубины раневого канала над наружными размерами раны указывали на то, что повреждение возникло от удара колющим предметом. Трехлучевая форма раны, а также общая треугольная форма осаднения свидетельствовали, о том, что колющий предмет имел треугольную форму поперечного сечения. Принимая во внимание размеры раны на коже, можно было утверждать, что размеры поперечного сечения погруженной в тело части колющего предмета не превышают 1,5х1,5 см. Общая протяженность раневого канала (16 см) позволяла высказаться о длине колющего предмета — она была не менее 16 см. Специальными лабораторными исследованиями установлено, что предмет был изготовлен из железа и что на его поверхности не было наслоений каких-либо посторонних частиц, смазки и др. Надо сказать, что все эти выводы не представляются для эксперта чем-либо из ряда вон выходящим. До сих пор все это — повседневная судебно-медицинская практика.

Однако в данном случае был и один нюанс (та решающая «мелочь»), позволивший реконструировать вид колющего предмета. Вспомним, что раневой канал заканчивался в печени, т. е. в органе, который имеет плотную паренхиматозную ткань. Это позволило полагать, что поврежденная паренхима печени должна была отобразить форму и размеры концевой части колющего предмета. Массивное кровотечение в полость брюшины, приведшее к смерти в относительно короткий промежуток времени, говорило о том, что раневой канал пересекает какой-то крупный кровеносный сосуд.

Экспертная модель колющего предмета оказалась весьма полезной в последующей розыскной работе — у одного из подозреваемых лиц был изъят шабер, конструктивные характеристики которого совпали с построенной экспертами моделью. На поверхности клинка шабера вблизи рукоятки была найдена кровь человека, совпавшая с групповой характеристикой крови погибшего. Дальнейшее расследование подтвердило виновность задержанного.

ПРОИСШЕСТВИЕ В «ПОДСОБКЕ» МАГАЗИНА

Пришедшие ранним утром на работу сотрудники продовольственного магазина обнаружили в подсобном помещении лежавший в луже крови труп молодого человека — грузчика этого магазина¹. Имея ключ от «подсобки», он нередко задерживался там с приятелями и малознакомыми собутыльниками после закрытия магазина (благо завмаг смотрела на эти «художества» сквозь пальцы).

Большие размеры лужи крови под телом погибшего свидетельствовали о том, что смерть наступила на месте обнаружения трупа. На его правой щеке, с переходом на правую боковую поверхность шеи, имелось несколько повреждений, длинники которых располагались в целом по одной дугообразной линии, которая выпуклой частью была обращена кпереди. Повреждения представляли собой несколько глубоких резаных и колото-резаных ран, разделенных узкими полосками интактной кожи.

Правильная, почти полукольцевидная общая форма всех повреждений и однотипный колотый и колото-резаный характер повреждений наталкивали на предположение, что они причинены одновременно каким-то предметом, имевшим острые края, вероятнее всего, с острыми выступами, и соответственно общую полукольцевидную (возможно, кольцевидную) форму травмирующего края. Через несколько минут санитар возвратился с молочной бутылкой. Когда ее дно приложили к повреждению, то край дна по форме совпал. Получив сведения об экспертной находке, следователь немедленно отправился на место обнаружения трупа и провел тщательный повторный осмотр его. На полу в разных углах подсобки валялась битая посуда. Тщательно и последовательно осматривая все предметы, следователь обратил внимание на буроватые следы на одной из молочных бутылок с отколотым дном. Бутылка

была изъята и направлена на экспертизу. В судебно-медицинской лаборатории прежде всего были исследованы буроватые пятна. Они оказались кровью человека, совпавшей по групповой принадлежности с кровью погибшего. Затем проведено сопоставление поврежденных краев бутылки и осколков стекла, извлеченных из ран, и выяснено что они ранее составляли одно целое. Таким образом, стало ясно, что именно этой бутылкой было нанесено смертельное повреждение пострадавшему.

Если на этом этапе закончились бы экспертные исследования то вряд ли этот случай вышел бы из разряда тривиальных. Но Мария Яковлевна предложила следователю провести дополнительное криминалистическое исследование разбитой бутылки. Зачем? С какой целью? Что должно было стать предметом криминалистических поисков?

Дело в том, что, разглядывая бутылку на просвет, эксперт обратила внимание на следы, похожие на отпечатки пальцев человека. Конечно же, это могли быть и отпечатки пальцев погибшего, и отпечатки пальцев людей, не имевших никакого отношения к гибели. Но (с теми же основаниями) нельзя было исключить, что эти отпечатки мог оставить и убийца. Вот для подтверждения или опровержения этого предположения и потребовалось дактилоскопическое исследование.

Криминалисты без труда выявили несколько следов пальцев рук на поверхности бутылки. Один из них оказался пригодным для идентификаций. В таких случаях выявляется дактилоскопическая формула отпечатка Пальца, которая сравнивается с соответствующими, имеющимися в регистрационной картотеке, сведениями об особенностях строения пальцевых узоров людей, ранее привлекавшихся к ответственности за уголовные преступления. Во всех странах существуют такие картотеки. Существуют быстрые и рациональные способы отыскания нужного следа. Поиск по картотеке привел к положительному результату — оказалось, что, обнаруженный на поверхности бутылки отпечаток пальца оставлен указательным пальцем ранее зарегистрированного преступника.

То, что все это оказалось решающим в раскрытии преступления, не требует дальнейших пояснений. Остается лишь заметить: «Браво, Мария Яковлевна!»

ЭТОТ «УЖАСНЫЙ» МУЖ

Конфликты в квартире Ефремовых за последний год стали печальной системой: в смежные квартиры доносились женские крик, брань, грохот падающих предметов. Однако 13 апреля скандал выплеснулся на лестничную клетку. Надежда Николаевна выбежала с истошным криком: «Убийца! Негодяй! Садист!» Из своих дверей вывалились изумленные соседи. Всклокоченная женщина, вся в слезах, размазывала по лицу то ли кровь, то ли косметику, призывала соседей в свидетели. Из квартиры Ефремовых выглянул смущенный и растерянный Евгений Петрович: «Надя, иди домой, прекрати спектакль!» Ответом был взрыв рыданий. Махнув рукой, Ефремов скрылся в глубине квартиры. Неожиданно Надежда Николаевна всплеснула руками, привалилась к стене и медленно сползла на пол...

Вызванный соседями участковый милиционер составил протокол. Пришедшая в себя Надежда Николаевна срывающимся голосом вновь и вновь рассказывала окружающим жуткую историю систематических драк в квартире и ужас того, что произошло в этот день, когда во время скандала муж избил ее, нанося по голове удары бутылкой и кулаками. Евгений Петрович не отрицал натянутых до предела отношений в семье и происшедшего конфликта, но факт избиения жены отверг категорически. Соседи подтвердили не только финальную сцену, но и предшествовавший скандал в семье Ефремовых. Участковый дал Ефремовой направление на судебно-медицинское освидетельствование, где просил установить характер и степень тяжести полученных ею телесных повреждений.

Ефремова не пошла сразу же к экспертам (впоследствии она объяснила это тем, что в течение 2 дней после конфликта была в тяжелом состоянии, испытывала головокружение и несколько раз теряла сознание). 16 апреля она вызвала на дом врача, который затем сделал такую запись в амбулаторной карте: «Жалобы на тошноту, боль в ушах, головную боль, головокружение при резких движениях. Это состояние -появилось после того, как муж 13 ап-

реля сильно ударил бутылкой по голове. Объективно: больная плаксива, раздражительна. На месте удара гематомы нет. Тоны сердца ясные, систолический шум в верхушке. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Диагноз: сотрясение головного мозга? Необходима консультация невропатолога». Врач выдал бюллетень с 16 апреля. В течение 17-21 апреля Ефремова находилась дома, имея больничный лист. 21 апреля осмотрена невропатологом: «Жалобы на головные боли, головокружение, шум в ушах. Со слов больной, 13 апреля избита пьяным мужем. Артериальное давление 130/80 мм рт.ст. Пульс — 80 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. Сердце и легкие в норме. Неврологический статус: у больной шаткая походка, зрачки равновеликие с хорошей реакцией на свет, лицо симметричное, со стороны черепных нервов изменений не выявляется, парезов и атаксии нет, сухожильные рефлексы одинаковые с обеих сторон, менингеальные симптомы отсутствуют, патологические рефлексы не вызываются. Диагноз: сотрясение головного мозга».

В дальнейшем, вплоть до 14 мая, в амбулаторной карте краткие записи о наличии сотрясения головного мозга и о продлении больничного листа. 14 мая вновь осмотрена невропатологом: «В объективном неврологическом статусе без видимых органических знаков. Корнеальные и сухожильные рефлексы снижены с обеих сторон. Сила мышц конечностей достаточная, сон спокойный. Диагноз: состояние после сотрясения головного мозга, умеренная травматически обусловленная астения. Больничный лист закрыть». Позднее 14 мая в амбулаторной карте записей нет.

В период с 16 апреля по 14 мая Ефремова по собственной инициативе неоднократно посещала различных медицинских специалистов. 18 апреля обратилась к офтальмологу с жалобами на снижение остроты зрения после травмы головы — офтальмолог не нашел изменений со стороны органов зрения. В тот же день ее осмотрел ЛОР-специалист, которому Ефремова пожаловалась на шум в ушах и снижение остроты слуха — врач не нашел изменений со стороны органа слуха. 21 апреля Ефремову осмотрел ассистент кафедры нервных болезней медицинского института и составил следующее заключение: «13 апреля в течение дня неоднократно избивалась мужем, который наносил множественные сильные удары по голове, от которых теряла сознание; когда приходила в себя, муж вновь начинал избивать; только к вечеру больной удалось вырваться на лестничную клетку и позвать соседей на помощь, после чего она вновь потеряла сознание. После избиения отмечает рвоту, головокружение, головную боль. В настоящее время тошнотное состояние, головокружение и головная боль продолжают. Неврологический статус: неустойчива в позе Ромберга, повышенная вегетативная лабильность, со стороны черепных нервов отклонений нет, лицо симметрично; сухожильные рефлексы несколько снижены, одинаковы с обеих сторон; патологических рефлексов нет; эмоционально неустойчива, плаксива, раздражительна. Диагноз: состояние после сотрясения головного мозга средней тяжести, посттравматическая энцефалопатия».

5 мая Ефремова обследована нейрохирургом областной клинической больницы, который выдал справку о том, что у нее имеются «остаточные явления сотрясения головного мозга»; кроме того, он рекомендовал провести физиотерапевтическое лечение, назначил прием элениума внутрь, инъекции 40% раствора глюкозы с витаминами С и В.

11 мая Ефремова направилась в бюро судебно-медицинской экспертизы, где предъявила милицее направление, амбулаторную карту, справки невропатолога и нейрохирурга.

Эксперты бюро не стали обследовать Ефремову и составили заключение, опираясь только на данные медицинских документов. Они выдали заключение Ефремовой. В заключении имелись следующие выводы: «1) Ефремова Н. Н. 13 апреля получила сотрясение головного мозга, осложнившееся в последующем травматической энцефалопатией; 2) поскольку потеря трудоспособности продолжалась до 14 мая, т. е. более 21 дня, причиненные ей повреждения относятся к категории менее тяжких».

Ефремова предъявила экспертное заключение в прокуратуру, что послужило основанием для возбуждения уголовного дела. В числе прочих действий по расследованию этого происшествия была назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза. В состав комиссии включены судебные медики, невропатолог, нейрохирург и терапевт.

При опросе Ефремовой было предложено рассказать о «неблаговидных действиях» ее

мужа 13 апреля. При этом ей был задан такой вопрос: «Может быть, Вы теряли, сознание и не помните, как именно Вас избивал муж; может быть, это только Ваша догадка, Ваше предположение?» Ефремова решительно заявила, что она прекрасно помнит «хулиганское поведение» мужа, и подробно рассказала о конфликтной ситуации, о конкретных «преступных» действиях мужа, о своих субъективных ощущениях до, в момент и после «избиения». Этот вопрос и был решающей тактической «мелочью», использованной экспертами.

При обследовании Ефремовой отмечена эмоциональная лабильность; признаков нарушения функции внутренних органов и центральной нервной системы не выявлено.

Была запрошена амбулаторная карта Ефремовой. Изучение этого документа показало, что за 8 мес до конфликта пациентка обращалась к врачу. Она жаловалась на головную боль в затылке, ощущение «свища» в голове. Объясняла появление болей сменой климата в связи с переездом на новое место жительства. Затем она обращалась еще трижды, присоединились Жалобы на тошноту, головокружение, слабость. В декабре в течение 3 нед лечилась в специализированном неврологическом стационаре по поводу «общего невроза». Выводы из заключения комиссии экспертов:

1. Единственным документом, регламентирующим порядок определения степени тяжести телесных повреждений, являются общесоюзные «Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений», введенные в практику 11.12.78 г. приказом министра здравоохранения № 1203. В соответствии с пунктом, 30 этого документа, «судебно-медицинский эксперт, оценивая характер и продолжительность заболевания (речь идет, конечно же, не о «заболевании», а о повреждении — В.П.) или нарушении функций, связанных с повреждением, должен исходить из объективных данных, установленных в процессе проведения экспертизы. Если продолжительность заболевания (расстройства функций организма — В.П.), указываемая в медицинских документах, не отвечает характеру причиненного телесного повреждения и не подтверждается объективными данными, эксперт отмечает в своих выводах это обстоятельство. В соответствии с пунктом 31, «обострение предшествующих заболеваний после причинения телесных повреждений, не должно служить основанием для изменения квалификации телесных повреждений». Следовательно, «Правила» предписывают при определении степени тяжести телесных повреждений, прежде всего, установить объективные медицинские данные, подтверждающие факт причинения повреждения. Применительно к Ефремовой это положение сводится к необходимости установить объективные данные, подтверждающие выставленный ей диагноз «сотрясение головного мозга». Каких-либо объективно проявившихся изменений в состоянии ее здоровья, подтверждающих диагноз «сотрясение головного мозга», в медицинских документах и при комиссионном экспертном обследовании Ефремовой не установлено: а) в амбулаторной карте имеется запись о том, что в месте удара по голове у Ефремовой каких-либо наружных повреждений при осмотре 'на следующий день после инцидента не было; б) при динамическом медицинском обследовании Ефремовой в течение месяца после конфликта врачи разных специальностей, в том числе и невропатолог, не нашли каких-либо объективных симптомов травмы головы; диагноз: «сотрясение головного мозга» был поставлен только на основании субъективных жалоб Ефремовой и ее заявления о полученной травме. При обследовании Ефремовой, проведенном экспертной комиссией, получены данные, противоречащие диагнозу «сотрясение головного мозга»: сознания после травмы Ефремова не теряла и подробно помнит как все обстоятельства, предшествовавшие конфликту, происходившие во время и после конфликта, так и свои субъективные ощущения. Отсутствие объективного подтверждения у Ефремовой диагноза «сотрясение головного мозга» исключает возможность оценки степени тяжести применительно к этому диагнозу.

2. В медицинских документах Ефремовой зафиксировано, что и до 13 апреля она предъявляла жалобы невротического характера и лечилась стационарно по поводу невроза. Поэтому можно допустить, что предъявленные Ефремовой жалобы после 13 апреля также могут быть проявлением невротического состояния.

3. Судебно-медицинский подход к оценке степени тяжести телесных повреждений отличается от клинического подхода к установлению диагноза «сотрясение головного мозга». Судебно-медицинские эксперты обязаны базировать свое заключение только на объективно

установленных данных. Лечащие врачи, даже при отсутствии объективной симптоматики, только на основании характерных жалоб и заявлений пациента о полученной травме головы вполне могут предписать постельный режим и даже госпитализацию. Эта мера диктуется клиническими соображениями и направлена на профилактику возможных неблагоприятных последствий травмы головы, предполагаемой у пациента. Это и послужило основанием для выдачи Ефремовой листка временной нетрудоспособности. Поскольку при последующем медицинском наблюдении у Ефремовой не проявилось никаких признаков травмы головы, диагноз «сотрясение головного мозга» должен быть снят как не подтвердившийся.

Вот такие «мелочи» (в данном случае — удачно поставленный вопрос) позволяют не только раскрывать преступления, но и защищать невиновных.

ВЗРЫВ В НОВОГОДНЮЮ НОЧЬ

Этот случай оказался последним среди тех, о которых рассказывает эта книга. Его особенность заключается в трагизме события и характере экспертного исследования, позволившего установить причину случившегося.

Ленинград. Новогодняя ночь 1989 г. Пересечение Невского проспекта и улицы Восстания у здания метрополитена. 4 ч утра. Лишь недавно установившаяся традиция шумных ночных новогодних праздников: залитая ярким светом центральная улица города, бойкая мелкая торговля, импровизированные эстрады с ряжеными, полные надежд веселые люди, на время забывшие о повседневных заботах.

Проспект еще шумел, когда Владимир Григорьевич с 10-летним сыном собрались возвращаться домой. В глазах мальчика светилось счастье от впервые испытанных праздничных впечатлений, и это наполняло радостью отца. Под аккомпанемент хлопушек и искрящихся бенгальских огней они приближались к зданию метро. Неожиданно под ногами отца что-то резко грохнуло, и он упал. Еще не понимая того, что произошло, попытался вскочить, но все вокруг, даже сын, стали вдруг недостижимо высокого роста. Владимир Григорьевич еще раз рывком попытался встать, и все его тело прожгла нестерпимая боль, которая стремительно вливалась в него откуда-то снизу. Он бросил взгляд на ноги... ног не было. Мелькнула последняя мысль: «Что с сыном?». Мальчик, стоял над отцом. Он был растерян, испуган, но цел и невредим. «Слава богу» — и отец потерял сознание.

В клинике, куда был доставлен пострадавший, было установлено разрушение средней и нижней трети правой голени и почти полное разрушение левой стопы. Врачам удалось спасти жизнь пострадавшего, >но поврежденные конечности сохранить не удалось.

Что произошло? Кто это сделал? Вот две основные задачи, которые встали перед следователем. Мало что дали допросы свидетелей. Все видели финал происшедшего. На то, что предшествовало ему, никто не обратил внимания, что само по себе неудивительно в новогоднюю ночь. Ничего не дал и осмотр места происшествия: милиция не приняла мер по сохранению обстановки происшествия, да и толпа «затоптала» все следы. Оставалось надеяться на экспертов.

В сложившейся ситуации роль основного источника информации приобрели медицинские данные. В истории болезни имелись следующие записи. «При осмотре конечностей обнаружена обширная циркулярная рана в средней трети правой голени с размозжением мягких тканей и переломами обеих костей. Из размозженных мягких тканей продолжается слабое паренхиматозное кровотечение. Правая голень, начиная с уровня средней трети, висит на кожном лоскуте. Левая стопа размозжена и соединена с голенью лишь кожным лоскутом. Из размозженных тканей также продолжается слабое паренхиматозное кровотечение. Пульсации на левой стопе нет. На рентгенограммах правой голени определяется многооскольчатый перелом обеих берцовых костей в нижней трети с разрушением мягких тканей голени. Большеберцовая кость утолщена, в средней ее трети тень, похожая на свободнолежащий осколок. Заметна выраженная периостальная реакция в верхней трети кости. На рентгенограммах левой голени виден перелом обеих лодыжек берцовых костей и разрушение костей в голеностопном суставе, размозжение мягких тканей в области перелома. После об-

следования пострадавшему проведена, ампутация нежизнеспособных поврежденных нижних конечностей.»

И хотя приведенное описание оказалось достаточным для постановки приведенного выше клинического диагноза, для экспертных целей оно было далеко не полным. Поэтому судебные медики провели дополнительное исследование ампутированных конечностей.

Правая голень ампутирована на уровне верхней трети. На передневнутренней поверхности ее средней трети имеется звездчатая рана на площади 18x14 см. Нижний край раны в 14 см, а верхний — в 28 см от подошвенной поверхности. Края раны неровные, местами осадненные, преимущественно в области верхнего края раны, где осаднение достигает ширины 1,5 см. Стенки раны отвесные, ее дном является сломанная большеберцовая кость и поврежденные мягкие ткани голени. Рана имеет 5 лучей-разрывов, направленных кверху, I — книзу и I — слева направо (по отношению к обычному вертикальному положению тела человека). Мягкие ткани раны и сломанная большеберцовая кость сплошь загрязнены черной копотью. В области нижнего луча раны на ограниченном участке имеется окопчение кожи овальной формы площадью 4x1,5 см. В области лучей, направленных кверху, отмечается отслоение кожи и подкожной жировой основы от подлежащих тканей в виде Широкого кармана. Внутренняя поверхность отслоенных участков кожи и подкожной жировой основы кровоподтечная, обильно закопчена. Кости правой голени сломаны в нижней трети, линия перелома расположена в 15 см от подошвенной поверхности. На передней поверхности большеберцовой кости линия перелома имеет выраженную зазубренность с участками мелких костных дефектов и сколов компактного вещества. Со стороны внутренней поверхности нижней трети правой голени расположен ромбовидный отломок большеберцовой кости, имеющий общие размеры 6,5x4x2,5 см и связанный с периферическим концом сломанной кости только надкостницей. На передней поверхности, нижней трети правой голени участок слущенного эпидермиса неправильной овальной формы площадью 5x3,5 см, желтоватозеленый в центре и багровый по периферии. На тыльной поверхности правой стопы аналогичные участки измененной кожи размерами от 1,5x1 до 2,5x1 см. В первом межпальцевом промежутке звездчатая рана с 4 лучами-разрывами общей площадью 2x1 см с ровными, неосадненными, некроподтечными краями и отвесными стенками. Дно раны составляют разможенные мягкие ткани стопы. Препаровкой сосудистого пучка выявлено его полное разрушение (в том числе и задней большеберцовой артерии) в проекции кожной раны со стороны внутренней поверхности голени. При сопоставлении и сшивании разрывов кожи в области раны на правой голени выявлен дефект кожи общими размерами 8x7 см.

Левая нижняя конечность ампутирована на уровне нижней трети левой голени. На подошвенной поверхности левой стопы — обширная звездчатая рана с пятью лучами-разрывами, общими размерами 18x15 см. Лучи-разрывы ориентированы на 2, 3, 5, 7 и 12 часов условного циферблата (при обычном вертикальном положении тела). Края раны мелко-неровные, неосадненные, некроподтечные. Дном раны являются разрушенные кости, сухожилия и мышцы стопы. Мышцы и разрушенные кости обильно покрыты черной копотью. Луч-разрыв, ориентированный на 12 часов, имеет длину 5 см и оканчивается в 6 см от основания I пальца. Луч-разрыв, ориентированный на 2 часа, имеет длину 6 см, переходит на тыльную поверхность стопы и оканчивается в 5 см от основания V пальца. Параллельно ему на тыл стопы переходит луч-разрыв, ориентированный на 3 часа. Его длина 7,5 см. Луч оканчивается в 8,5 см от основания V пальца. Луч-разрыв, ориентированный на 5 часов, имеет длину 4 см, огибает пяточное сухожилие и оканчивается на наружной поверхности пяточной области в 3 см от наружной лодыжки. Луч-разрыв, направленный к 7 часам, имеет длину 5,5 см, переходит на внутреннюю поверхность стопы и оканчивается на передней поверхности левого голеностопного сустава. Концы всех лучей-разрывов острые, их преимущественное направление — снизу вверх. Внутренняя поверхность кожных лоскутов, преимущественно в области краев раны, покрыта черной копотью. Препаровкой мягких тканей в области раны выявлено полное разрушение латеральной подошвенной артерии. В глубине раны обнаружены обрывки серо-черной текстильной ткани. При сопоставлении и последующем сшивании всех разрывов краев раны выявлен дефект кожи общими размерами 10x8 см, расположенный в центре подошвенной поверхности.

Кости ампутированной части левой нижней конечности были отпрепарованы и подвергнуты остеоскопическому исследованию. При этом оказалось, что правая большеберцовая кость сломана в нижней трети. Линия перелома на передней поверхности кости начинается в центре этой поверхности в 11 см от суставной поверхности правого голеностопного сустава. Из центра крестообразно расходятся четыре трещины, переходящие на заднюю и боковую поверхности. Здесь же расположены два участка дефекта компактного вещества кости, имеющие соответственно неправильную треугольную форму и овальную форму. Их размеры 3,5х1,5 см и 3х1,2 см. Линии переломов на передней поверхности кости в основном мелкозубчатые с хорошо сопоставляемыми краями, лишь на отдельных участках имеются небольшие поверхностные дефекты компактного вещества. Трещины, отходящие к боковой поверхности, расходятся под углом около 120°, переходят на боковую поверхность и соединяются там, формируя ромбовидный отломок, размерами 8,5х4,5х1,5 см, который частично захватывает и заднюю поверхность правой большеберцовой кости. Отсюда книзу отходит трещина компактного вещества длиной 7 см, переходящая на суставную поверхность правой большеберцовой кости. Трещины на передней поверхности кости, отходящие кнутри, расходятся под углом около 90°. Верхняя трещина длиной 13 см достигает верхней трети задней поверхности правой большеберцовой кости, нижняя трещина на задней поверхности проходит перпендикулярно длиннику кости и заканчивается у внутреннего края ромбовидного отломка. На задней и боковой поверхностях линии переломов с выраженной зубчатостью, участками выкрашивания и скола компактного вещества. Толщина компактного вещества правой большеберцовой кости 0,7-0,8 см. По краям правой большеберцовой кости отмечаются многочисленные очаговые наросты кости и козырькообразные нависания компактного вещества. Кости стопы не повреждены.

На рентгенограмме левой стопы (прямая проекция) определяется частичное разрушение костей предплюсны: многооскольчатый перелом пяточной кости, частичное разрушение и косо-поперечный перелом таранной кости, а также частичная травматическая деформация кубовидной кости. Суставная щель левого голеностопного сустава прослеживается отчетливо на всем протяжении. Кости левой голени не повреждены.

Дополнительная важная информация была получена при исследовании одежды и обуви, в которых находился пострадавший во время происшествия.

По нижнему краю шубы-дубленки, в нижней половине нательных трикотажных шаровар и брюк из джинсовой ткани обнаружены обширные краевые дефекты ткани и множественные, преимущественно продольно расположенные разрывы ткани, в основном достигавшие уровня середины средней трети бедра. Лицевая поверхность брюк была обильно покрыта черной копотью, копоть меньшей интенсивности имела на внутренней поверхности брюк, на изнаночной и лицевой поверхности шубы (на участках, прилегающих к зоне дефектов и разрывов), на лицевой поверхности шаровар. Копоть на внутренней поверхности шаровар была бледно-серой, пятнистой.

Более подробно были исследованы ботинки. Правый ботинок был представлен 7 фрагментами из черного кожаменителя (головка, берца, задник) и черной микропористой резины (подошва и каблук). На внутренней поверхности в месте соединения берцы и задника желтая металлическая застежка-«молния». С внутренней поверхности берца утеплена ворсистой серо-белой тканью. Стелька светло-коричневая из кожаменителя, твердая, с круглыми отверстиями по периферии. Мягкая стелька из светло-серого кожаменителя, на внутренней ее поверхности белая ворсистая ткань. Левая берца отсутствует, отделена по линии застежки-«молнии» и далее по шву между берцой и задником, а также между берцой и носком. Союзка полностью отсутствует, отделена по шву с правой берцой и носком. В месте соединения носка и союзки дефект неправильной овальной формы размером 5х3 см с четырьмя разрывами, длиной от 0,7 до 2 см. Задняя часть мягкой стельки отсутствует, край дефекта неровный, разволокненный с надрывами и разрывами длиной от 2,3 см до 5 см. Каблук отслоен вдоль внутреннего края подошвы. Края отслоенных участков подошвы неровные. В области носка разрыв кожаменителя длиной 3 см с неровными разволокненными краями.

Левый ботинок представлен фрагментом левой берцы. Его размеры 15х14 см. Линия отделения проходит по швам между берцой и задником, берцой и подошвой, берцой и союз-

кой. Линия отделения неровная. В передней части берцы участок поверхностного растрескивания кожаменителя размерами 6х5 см. В пределах этого участка два сквозных дефекта неправильной овальной формы размерами 2х1 см и 1,8х0,6 см с неровными закопченными краями. Кожамениатель по краям повреждений несколько расслоен. При исследовании в инфракрасных отраженных лучах на наружной и внутренней поверхностях берцы обнаружены участки поглощения инфракрасных лучей.

Теперь представилось возможным дать судебно-медицинскую оценку всем обнаруженным на теле, одежде и обуви повреждениям.

Судебные медики прежде всего подтвердили, что травма конечностей вызвана взрывом. Этот вывод подтверждался наличием повреждений от разрушающего и разрывного действия газов в виде обширных дефектов костей и мягких тканей, мелкораздробленным характером переломов костей и разможжением мышц, наличием обширных разрывов и отслойки кожи в зоне, непосредственно прилегающей к дефектам, наличием обширного окопчения раневых поверхностей.

Представилось возможным доказать, что взрыв произошел при непосредственном контакте взрывного устройства с передней поверхностью правой голени и подошвенной поверхностью левой стопы. Об этом свидетельствовала локализация наиболее выраженных очагов разрушения и наиболее интенсивного окопчения именно в этих местах. Все это позволяло предположить, что пострадавший наступил левой стопой на взрывное устройство, возможно, упал на правое колено, соприкоснувшись с взрывным устройством передней поверхностью правой голени: в этот момент и произошел взрыв. Такое предположение позволяло считать, что скорее всего взрывное устройство имело удлиненную форму.

В ранее выполненных научных судебно-медицинских исследованиях удалось установить соотношение между величиной заряда и объемом разрушения биологических тканей при контактном взрыве. Зона разрушения имела диаметр около 20 см. Это позволяло заключить, что размер заряда взрывного устройства составлял около 8-10 см. Мощность такого типа взрывных устройств условно оценивается как средняя. К этому классу относятся прежде всего ручные гранаты. Однако проведенное рентгенологическое исследование не выявило на конечностях и других участках тела каких-либо осколков. Граната как возможное взрывное устройство отпала.

Итак, удалось дать следующую предварительную характеристику повреждающего фактора: взрывное устройство средней мощности, размер заряда около 8-10 см, устройство лишено металлической оболочки, скорее всего имеет продолговатую форму.

Эта информация врачу и даже опытному судебно-медицинскому эксперту представляется весьма общей и имеющей ограниченное экспертное значение, но специалисту-пиротехнику позволяет сразу определить конкретный класс и тип взрывных устройств: патрон «П-2. Сигнал бедствия». Этими патронами снабжаются почти все морские суда.

К этому времени «подоспела» и другая удача. Нашелся еще один пострадавший, находившийся от центра взрыва на расстоянии нескольких метров: у него имелся небольшой ушиб мягких тканей плеча. Из рукава его куртки был извлечен пластмассовый осколок (вот та решающая «мелочь», прояснившая окончательно все происшествие). Он представлял собой фрагмент стенки полого цилиндра из твердой и прочной пластмассы коричневого цвета. Общие размеры осколка 3,9х2,7 см, толщина стенки — 0,3 см. Выпуклая поверхность осколка гладкая. На поверхности в 0,8 см от дугообразного ровного края и параллельно ему имеется коническая резьба с шагом 0,2 см, глубиной 0,1 см и 5 витками. Вогнутая поверхность покрыта черным налетом. Масса осколка 3,212 г. Описанная характеристика осколка не оставила у пиротехников никаких сомнений: это фрагмент патрона «П-2. Сигнал бедствия».

Вместе с тем в связи с обнаружением осколка возникли два дополнительных вопроса:

- 1) является ли найденный осколок типичным вариантом дробления корпуса патрона «П-2»?
- 2) на каком расстоянии сохранял свои поражающие свойства найденный осколок и какова максимальная дальность его полета?

Ответ на первый вопрос потребовал проведения эксперимента в условиях специального стенда в виде замкнутого цилиндра с прочными стенками и эластичным внутренним амортизационным слоем, позволяющим сохранять форму и размеры осколков, образуя-

щихся при взрыве. При нескольких последовательно проведенных экспериментальных подрывах патронов «П-2» в условиях описанного стенда, образовались осколки, сходные по форме, размерам и массе с тем, который был извлечен из куртки одного из свидетелей.

Ответ на второй вопрос дали инженеры-пиротехники на основании расчетных данных. При этом ими учитывалась техническая характеристика патрона «П-2». Принято во внимание что патрон приводится в действие от терочно-воспламенительного устройства, расположенного в донной части изделия: от луча пламени этого устройства воспламеняется вышибной заряд, при срабатывании которого контейнер с сигнальным составом выбрасывается из пусковой трубки с одновременным воспламенением замедлительного устройства контейнера; после сгорания замедлителя (в течение 3 с) воспламеняется светозвуковой состав, горение которого протекает во взрывном режиме. При вылете из пусковой трубки контейнер сначала сохраняет свою целость. Скорость взрывного горения свето-звучкового состава достигает 1500—2000 м/с. Начальная скорость расширения газа 345 м/с. Согласно теории, предел расширения продуктов взрыва взрывчатого вещества примерно равен 12 радиусам его первоначального объема. В данном случае этот предел составляет около 28 см. Поскольку начальная скорость осколков с низкой плотностью (разрушающийся пластмассовый корпус контейнера) практически не отличается от начальной скорости расширяющихся газов, она также определена как 345 м/с. В связи с тем, что площадь поверхности осколка, испытывающая сопротивление воздуха, с определенностью не может быть установлена из-за непредсказуемости положения летящей деформированной пластины, специалисты не посчитали возможным связывать сопротивление воздуха с квадратом скорости и провели расчет, в котором сопротивление воздуха было условно принято пропорциональным скорости осколка в первой степени. В ходе этих исследований получены данные о том, что при скорости порядка 6-7 м/с и удельной энергии около 1-1,5 Дж/см² пластмассовые осколки массой до 5 г не способны причинить заметных повреждений тела человека и разрывов текстильных тканей. Отсюда был сделан вывод, что расстояние 10-11 м является максимальной границей, далее которой исследуемый осколок не может причинять повреждений. Это значит, что свидетель, в рукав куртки которого внедрился осколок контейнера патрона «П-2», находился не далее 10-11 м от центра взрыва. Исходя из результатов тех же научных исследований при действии через одежду пластмассовых осколков массой 3-4 г ушибленные раны образуются при скорости осколка около 150-200 м/с и удельной кинетической энергии 25- 30 Дж/см². Следовательно, свидетель находился от центра взрыва на расстоянии не менее 2-3 м.

Что же это за злополучный патрон? Прежде всего он не относится к огнестрельному оружию или боеприпасам. Предназначен для подачи звуковых сигналов морскими судами, терпящими бедствие, находящимися в аварийном или беспомощном состоянии.

Для «выстрела» (подачи сигнала) патрон вкладывается в специальное стационарное устройство, имеющееся на судне. При неосторожном или неумелом обращении возможно получение повреждений за счет ударной волны, расширяющихся взрывных газов и осколков пластмассового корпуса. «Выстрелить» патроном П-2 без специального устройства, удерживая его только руками, возможно. Но из-за сильной отдачи трубка вырывается из рук и способна причинить повреждения как окружающим, так и самому стреляющему. Повреждающее действие взрывных газов, образующихся при взрывном горении содержимого патрона П-2, распространяется на расстояние до 20 см от центра взрыва.

Полученные результаты были проверены в ходе натурных экспериментов на специальном полигоне. Экспериментальные данные подтвердили сведения, полученные экспертным путем.

Дальнейшее расследование и установление истины было «делом техники» следователя: определение штатных потребителей этого патрона, источников снабжения, условий хранения . патронов, установление фактов и путей хищения, круга возможных похитителей, работа с подозреваемыми и выявление истинных виновников.

Ими оказались несколько лоботрясов, сколь беспечных, столь и малограмотных. Из-за отсутствия порядка на складе хранения сигнальных патронов, они легко прошли в помещение хранилища и похитили несколько патронов, приняв их за осветительные ракеты, с помощью которых и попытались устроить фейерверк в новогоднюю ночь... Следствие не забы-

ло и других виновников случившегося — тех, кто обязан был, но не обеспечил надежных условий хранения опасных патронов, тех, кто своими действиями (а точнее бездействием) допустил саму возможность их беспрепятственного хищения.

Беспорядок, беспорядок, беспорядок... То здесь, то там, то в той, то в иной форме. Люди, привыкшие жить надеждой на лучшее завтра, наивно рассчитывают, что, заснув с тревогой, можно утром проснуться во всеобщем благоденствии, без несчастий, без трагедий, без преступлений. В этом случае и я, отдавший творческую жизнь судебной медицине, готов был бы первым похоронить свою специальность вместе с уголовным розыском, криминалистикой и тому подобными структурами. Но боюсь, что это случится не слишком скоро. И, вероятно, еще будут написаны и опубликованы другие книги, в которых будет рассказано о том, как судебная медицина помогает раскрывать преступления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотя мы коснулись всех основных разделов судебной медицины (судебно-медицинской травматологии, судебно-медицинской танатологии и судебно-медицинской идентификации личности), но смогли привести только небольшую часть из того множества случаев, которые с полным основанием можно отнести к судебно-медицинской казуистике.

В сущности, экспертная практика ежедневно сталкивает нас с чем-то необычным. Внимательный и пытливый специалист, взявший себе за правило всесторонне и полно подходить к исследованию каждого объекта, каждой поставленной задачи» в каждом единичном наблюдении находит присущие только ему индивидуальные черты. Как нет одинаковых людей, так и нет одинаковых экспертных наблюдений. Каждый случай является неповторимым. Знания и искусство как раз и состоят в том, чтобы пытаться и находить эту неповторимость. Случаи могут оказаться весьма сходными, но никогда не будут идентичными. Умение в рядовом наблюдении заметить и объективно продемонстрировать их особенности — это необходимое качество врача, посвятившего себя судебной медицине.

Предпосылками к умению находить атипичное в «заурядном», на первый взгляд, явлении служат не только специальные экспертные знания, не только фундаментальная врачебная подготовка, но и широкий кругозор, способность интеллектуально и эмоционально ощущать гармонию окружающего мира. Эти и многие другие качества закладываются еще в детстве и осознанно или подсознательно формируются в течение всей жизни в общении с родителями, близкими, товарищами, коллегами, учителями и учениками. Все это, в конечном итоге, дает человеку, врачу, эксперту важнейший из всех необходимых инструментов — инструмент познания. Этот инструмент открывает широкие возможности и обладает большой силой, но требует к себе постоянного внимания, постоянного совершенствования. Сошлемся на М.Я. Мудрова: «Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку».

Это издание является первой попыткой показать изнутри работу судебно-медицинского эксперта. Казуистика практически неохватна, безгранична, поэтому, завершая книгу, следует говорить не столько об окончании работы, сколько о выполнении ее начального этапа. Хочется надеяться, что идея будет подхвачена. *No fed, quod potui, faciant meliora potentes.*

Вячеслав Леонидович Попов
Судебно-медицинская казуистика

Зав. редакцией В. Л. Л а р и н
Редактор В. Л. Л а р и н
Переплет художника А. Г. У г н и ч
Художественный редактор Т. Г. К а ш и ц к а я
Технический редактор И. М. Ж а р и к о в а
Корректор Р. И. Г о л ь д и н а

И Б № 6062. Монография
Сдано в набор 25.09.90. Подписано в печать 14.03.91. Бумага типографская № 2. Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 19,0. Уч.-изд. л. 19,96. Тираж 20 000 экз.
Заказ № 1349. Цена 2 руб.

Ленинград, ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Ленинградское отделение. 191104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10.
Ленинградская типография № 4 Государственного комитета СССР по печати. 191126 Ленинград, Социалистическая ул., 14.