

если пострадавший и нападавший обращены лицом друг к другу.

При захвате шеи плечом и предплечьем нападающий находится сзади пострадавшего; давление на боковые поверхности шеи оказывается плечом и предплечьем, на переднюю поверхность — локтевым сгибом. Возможен как один, так и другой механизм воздействия в отдельности, так и оба в совокупности. При нахождении пострадавшего в положении лежа к сдавлению шеи рукой присоединяется сдавление груди и живота массой тела нападавшего.

Случаи сдавления шеи ногами встречаются в экспертной практике редко и возможны только при положении пострадавшего лежа на какой-либо поверхности. Давление коленом, верхней частью голени или стопой происходит в основном за счет части массы тела нападавшего. Если травмирующим объектом является стопа, то может быть только давление стопы на шею или удар с последующим сдавлением.

Установление причины смерти, оружия и механизма травмы сдавления шеи частями тела человека представляет большие трудности, так как убийства часто происходят в условиях неочевидности; наружные повреждения шеи бывают иногда незначительными или могут вообще отсутствовать. Поэтому важное значение для диагностики имеет выявление внутренних повреждений шеи путем послойного исследования мягких тканей шеи на месте (до извлечения комплекса) после предварительного обескровливания сосудов и повреждений хондроэпиглоттотрахеального комплекса на скелетированных объектах.

УДК 340.624.417

## НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ СЛУЧАЕВ НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

Ю. Г. Забусов, А. М. Хромова

Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы (начальник — Ю. П. Калинин)  
Министерства здравоохранения Татарстана

Главная задача судебно-медицинского исследования трупа — точная диагностика насильственной смерти с получением максимальной информации для правоохранительных органов. Случаям, насильственная причина которых в ходе исследования исключается, обычно уделяется относительно меньше внимания, соответственно в типовых отчетах судебно-медицинских бюро

При указанных механизмах сдавления шеи время наступления смерти зависит главным образом от силы и длительности воздействия. Чаще причиной смерти является механическая асфиксия от сдавления дыхательных путей. Реже смерть наступает спустя один час и более от асфиксии вследствие закрытия дыхательных путей, обусловленного отеком мягких тканей гортани и глотки.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бакинская Р. Е. Сборник рефератов докладов расш. научн. конф., посвященной 25-й годовщине со дня смерти проф. Н. С. Бокариус.— 23—26 декабря 1956 г.— Харьков, 1956.
2. Белых А. Н. Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики.— Ижевск, 1989.— Вып. IV.
3. Мишин Е. С. Удушение. Судебно-медицинская экспертиза механической асфиксии.— Руководство/Под ред. А. А. Матышева и В. И. Витера.— Л., 1993.
4. Молин Ю. А./Суд. мед. эксперт.— 1982.— № 3.— С. 53.
5. Denk W., Misslewitz J./Z. Rechtsmed.— 1988.— Bd. 100.— S. 165—176.
6. Srivastava A. K., Das Gupta S. M., Tripathi C. B./The Amer. J. of Forensic Medicine and Patology.— 1987.— Vol. 8.— P. 220—224.

Поступила 04.02.94.

### MECHANISMS OF SQUEEZE OF THE NECK BY THE PARTS OF UNARMED PERSON'S BODY

E. S. Mishin, E. E. Podporinova

#### Summary

Based on the literature and conclusions of experts it is stated that the neck can be squeezed not only by hands but by a forearm, arm and forearm, knee, crus, foot. The basic mechanisms of squeeze of the neck by these parts of the body and possible positions of a victim and an attacking person in the moment of strangling are shown.

ро для них предусмотрено лишь упрощенное нозологическое группирование. Очень редки анализы ненасильственной смерти в журнале «Судебно-медицинская экспертиза» [1], а в имеющихся статьях приводится лишь процентный анализ без абсолютных цифр и интенсивных показателей или предпринимается попытка исследования корреляции внезапной смерти с факторами внешней среды [4, 5]. В остальных работах рассматриваются отдельные нозологии, прежде всего смерть от ишемической болезни сердца (ИБС).

Если результаты патологоанатомических вскрытий обобщаются и используются на клинко-анатомических конференциях, то в судебно-медицинской службе такая работа практически не проводится. В этой связи мы проанализировали данные годовых отчетов Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ Татарстана за 1962—1992 гг. За это время произведены 132 662 судебно-медицинские экспертизы трупов, из них 38 230 (28,8%) отнесены к ненасильственной смерти, данные за 1963 г. отсутствуют. Доля ненасильственной смерти колебалась от 35,4% (1971) до 20,2% (1991). Максимальное число их исследований достигло в 1978 г. 1709 (32,2%), минимальное в 1962 г.— 664 (28%) и в 1988 г.— 914 (21,3%). Само по себе количество исследований ненасильственной смерти не дает понятия о распространенности феномена внезапной смерти, так как оно во многом зависит от административных влияний и тактики дежурных следователей и судмедэкспертов. Некоторое снижение количества исследований ненасильственной смерти в 80-х годах объясняется возложением на патологоанатомов обязанности исследовать трупы лиц, умерших внезапно при условии их нахождения на поликлиническом учете и отсутствии наружных телесных повреждений.

Таким образом, количество судебно-медицинских исследований в случаях ненасильственной смерти значительно и составляет заметную часть смерти от болезней вообще. Материалы Государственного комитета по статистике Татарстана (Казань, 1992) свидетельствуют о том, что в 1980 г. в РТ умерли от болезней 30930 человек, из них исследованы в РБСМЭ — 1965 (5,4%), а в 1990 г.— соответ-

ственно 34876 и 1086 (3,1%). В 1991 г. в Казани умерли от болезней 9678 человек, из них в судебно-медицинском порядке исследованы 406 (4,2%), смертность до одного года не учтена. Столь обширный материал, сопоставимый с числом патологоанатомических исследований трупов, нуждается в изучении в силу следующих особенностей.

1. 40—45% лиц погибают в состоянии алкогольного опьянения разной степени, в том числе и в тяжелой.

2. Определенная часть умерших относится к той части населения, которая при сложившихся социальных условиях оказалась вне системы здравоохранения.

3. Из числа умерших 66% лиц были моложе 60 лет, 51% — 50 лет, а 27% — 35 лет, то есть речь идет о трудоспособном возрасте.

4. Характерно почти полное отсутствие катамнеза и медицинских документов. Судмедэксперт, лишенный клинических, а иногда и других предварительных сведений, вынужден опираться только на анатомические и лабораторные данные. Но мы считаем, что недостаток исходной информации отчасти можно восполнить, если вменить в обязанность дежурному судмедэксперту заполнение разработанной нами анкеты, содержащей вопросы по катамнезу, в том числе о предыдущих госпитализациях, жалобах, отношении к алкоголю, поведении умершего накануне смерти [2]. Опыт показал, что полученная таким образом информация ценнее той, которую можно почерпнуть из амбулаторных карт, особенно если получить интересные сведения на месте обнаружения трупа.

Из приведенной таблицы следует, что преобладающей причиной смерти остается ишемическая болезнь сердца, причем 42,5% умерших были в состоянии опьянения, нередко со столь высокой алкоголемией, что возникала необходимость в дифференцировании с алкогольным отравлением. Последнее, традиционно относимое к насильственной смерти, также встречалось очень часто. За 5 лет (1988—1992) наблюдались 506 случаев отравлений этанолом и 239 — другими спиртами и спиртосодержащими жидкостями. Во всех этих случаях у умерших среднего и пожилого возраста возникала необходимость в дифференцировке с

**Ненасильственная смерть по данным Казанского отделения РБСМЭ МЗ РТ**  
(Казань и прилегающие районы)

Нозологические группы	1986 г.	1987 г.	1988 г.	1989 г.	1990 г.	1991 г.	1992 г.	Всего	Про- центы
ИБС	242	239	270	247	271	282	308	1859	67,7
ИБС+алкоголемия	142	68	95	101	126	115	143	790	28,8
АКМП	44	33	28	32	35	24	38	234	8,5
АКМП+алкоголемия	29	26	19	21	26	12	28	190	6,9
Другие КМП	1	1	2	4	11	1	2	12	0,4
Врожденные пороки сердца	—	5	1	—	—	2	—	8	0,3
Ревматические пороки сердца	2	6	5	5	—	5	1	24	0,9
Спонтанные разрывы аорты	1	6	5	5	—	4	3	24	0,9
Геморрагический инсульт	22	22	17	25	19	11	11	127	4,6
Ишемический инсульт	—	3	3	5	4	5	6	26	0,9
Прочие ЦРБ	—	11	3	11	1	—	11	7	0,2
Базальные субарахноидальные кровоизлияния	8	2	1	6	2	6	6	31	1,1
Геморрагический панкреатит	9	15	6	5	12	10	11	68	2,5
Прочие панкреатиты	1	2	—	1	2	—	11	6	0,2
Диабетические комы	—	—	2	—	1	2	3	8	0,3
Опухоли	12	16	6	5	8	9	8	64	2,3
Крупозная пневмония	2	5	3	8	6	4	11	39	1,4
Очаговая пневмония	7	12	7	8	6	13	13	66	2,4
Бронхиальная астма	2	2	2	2	3	1	1	12	0,5
Хронические неспецифические заболевания легких	4	3	1	4	7	5	1	25	0,9
Туберкулез	4	11	8	6	5	5	12	41	1,5
Болезни почек	5	—	2	11	—	1	1	10	0,4
Цирроз печени	6	2	2	3	11	—	3	17	0,6
Прочие	7	7	8	8	9	8	24	79	2,9
Всего (без детской смертности)	375	382	374	380	388	393	453	2745	

ИБС. Все факты смерти от ИБС в судебно-медицинской практике можно условно разделить на две группы. Примерно в трети наблюдений постановка диагноза относительно проста в связи с обнаружением инфаркта миокарда, хронической аневризмы, постинфарктных рубцов с нарушениями гемодинамики, тромбов в ветвях коронарных артерий. Однако в большинстве наблюдений морфологические изменения минимальны и сходны с таковыми при алкогольной кардиомиопатии (АКМП) или дилатационной кардиомиопатии (КМП). Обнаружение атеросклеротических бляшек в коронарных артериях или склероза миокарда для суждения об ИБС как о причине смерти недостаточно, осо-

бенно при алкоголемии. Учитывая непостоянную выраженность признаков алкогольного отравления, повторяемость деталей патоморфологии в большинстве случаев ИБС, АКМП и отравлений алкоголем, наличие признаков острой смерти и общего фона (алкогольная болезнь, возрастные изменения), мы в 1991 г. опубликовали и внедрили экспертно-диагностическую систему «Постмортальная дифференциальная диагностика ишемической болезни сердца, алкогольной кардиомиопатии, острого отравления алкоголем», ориентированную на персональные компьютеры или безмашинную обработку данных, получившую сертификат МЗ РФ [6]. Программу используют 14 бюро судмедэксперти-

зы России; она основана на принципах накопления информативных признаков с последующим созданием ранговых систем оценки катamnестических, макроскопических, патогистологических и гистохимических деталей.

Как следует из данных таблицы, АКМП встречается относительно часто, кроме катamnеза и морфологических деталей этот диагноз косвенно подтверждается иными проявлениями алкогольной болезни.

Для судебно-медицинских исследований трупов, в отличие от большинства патологоанатомических, весьма характерна слабая выраженность макроскопической патологии, что объяснимо острым течением, отсутствием явлений репарации, компенсации и адаптации. Это уже подчеркивалось в отношении ИБС. Мы согласны с мнением [3], что необходимо выделение особой нозологической единицы — «внезапная коронарная смерть» (ВКС) для случаев ИБС с минимальной макрпатологией, клиническая картина которых (если она известна) укладывается в понятие «внезапная смерть». В диагностике таких случаев ВКС решающую роль играют гистологические и гистохимические методы. Минимальность макрпатологии также характерна для острых пневмоний, болезней печени и почек, ишемических инсультов, мозговых сосудистых дисплазий и ряда других болезней, при которых микроморфологические методы исследования превращаются из дополнительных в основные, решающие для постановки диагноза.

Таким образом, для судебно-медицинской экспертизы трупов лиц при ненасильственной смерти необходим особый методический подход, который, по нашему мнению, должен складываться из следующих этапов.

1. Максимальное выяснение катamnеза и ознакомление с имеющимися медицинскими документами.

2. При оценке установленных морфологических изменений следует учитывать признаки быстрого наступления смерти, проявления хронической алкогольной болезни, хронических заболеваний, которые по своему харак-

теру не могли повлиять на наступление смерти.

3. Для определения основной причины смерти при ИБС, АКМП и отравлениях алкоголем целесообразно применение экспертно-диагностической системы, разработанной в нашем отделении.

4. При диагностике пневмоний особое внимание надо уделять поиску оппортунистических инфекций как маркеров иммунодефицитов.

5. Внедрение страховой медицины требует налаживания связей судебно-медицинской службы с органами здравоохранения, прежде всего с поликлиниками и медсанчастями. Необходимо добиться, чтобы в летальных случаях судебно-медицинский диагноз завершал медицинскую карту амбулаторного больного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Велишева Л. С., Гольдина Б. Г. // Суд.-мед. эксперт. — 1959. — № 4. — С. 32 — 34.
2. Забусов Ю. Г., Хромова А. М., Калинин Ю. П. Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. — Ижевск, 1991.
3. Кактурский Л. В. // Итоги науки и техники. — Патологическая анатомия. — М., 1985. — Том 5. — С. 51 — 100.
4. Поркшеян О. Х., Дынкина И. З. // Суд.-мед. эксперт. — 1982. — № 2. — С. 22 — 23.
5. Синельников В. В., Саломатин А. П., Самотейкин М. А. и др. // Суд.-мед. эксперт. — 1981. — № 3. — С. 26 — 28.
6. Хромова А. М., Забусов Ю. Г. и др. // Казанский мед. ж. — 1991. — № 2. — С. 94 — 96.

Поступила 01.02.94.

#### SOME PROBLEMS IN FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF INVIOLENT DEATH CASES

Yu. G. Zabusov, A. M. Khromova

#### Summary

The basic differences between pathoanatomical and forensic medical examinations of corpses are surveyed. The importance of histological examinations for diagnosis is stressed, the measures to provide catamnestic findings and the concept of systematic approach to the pathology detected in sudden death cases using forensic medical data are proposed, the diagnostic system developed and introduced by the authors to differentiate ischemic heart disease, alcoholic cardiomyopathy and acute alcoholic poisoning is characterized.