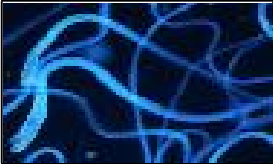
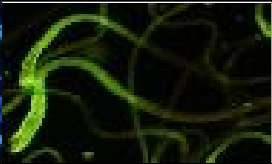
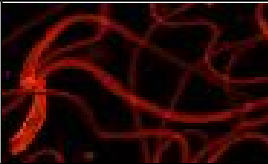
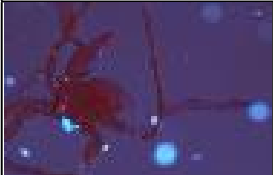




Окончание табл.

| Фильтр 1 | Фильтр 2 | Фильтр 3 |
|---|---|---|
| Цвет люминесценции ТОД шерстяного волокна, окрашенного кислотным зеленым Ж | | |
|  |  |  |
| Цвет люминесценции ТОД ПЭФ-волокна, окрашенного дисперсной алой Ж пастой | | |
|  |  |  |

Фотоснимки цвета люминесценции различных участков термодеструктивных волокон, представленные в таблице, получены в следующих условиях: свет отраженный, увеличение 100 \times , 200 \times , светофильтры для флуоресценции в трех областях света – фильтр 1 – ультрафиолетовая (UV-2A (EX (длина волны возбуждения) 330–380, DM (дихроматическое зеркало) 400, BA (длина волны пропускания) 420)), фильтр 2 – голубая (B-2A (EX 450-490, DM 500, BA 520)), фильтр 3 – зеленая (G-2A(EX 510-560, DM 575, BA 590)).

При исследовании влияния открытого источника огня на окрашенные текстильные волокна получены следующие результаты.

При термическом воздействии на окрашенные волокна кроме изменения морфологических особенностей наблюдается изменение цвета отдельных участков волокон независимо от состава красителей (индивидуальные, смесовые), сопровождаемое изменением спектрофотометрических и люминесцентных характеристик. У ПЭФ-волокон, окрашенных термостойкой пастой, изменения отсутствуют. В волокнах, окрашенных смесовыми красителями, по мере усиления термического воздействия происходит последовательное разрушение отдельных компонентов красителей в порядке, соответствующем их термостойкости.

Таким образом, кроме различий в морфологии и цвете термодеструктивных волокон наблюдаются изменения спектров поглощения, цвета и спектров люминесценции, которые могут иметь большое значение при сравнительном исследовании представленных остатков от сожжения.

Поскольку закономерности изменения комплекса спектральных характеристик термодеструктивных волокон не изучены, вопрос об использовании спектров в процессе производства экспертиз целесообразно решать путем проведения серии модельных испытаний, в которых условия максимально соответствуют экспертному случаю.

УДК 340.626

Г.В. Мережко

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЕШЕНИЯ КАК ПРИЧИНЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

Среди всех видов насильственной смерти механическая асфиксия составляет 28–30 %, при этом на долю повешения приходится 62–64 % [10]. По нашим данным, повешение составило 70,1 % всех механических асфиксий. По данным американских авторов [14, 15], удушение составляет 10 % всех насильственных смертей в США.

Повешение – это не только самоубийство, но и убийство, и имитация самоубийства с целью сокрытия иной причины смерти. Э. Гофман в 1891 г. писал: «В тех случаях, когда обнаружено тело, висящее в петле – случаи повешения, или с петлей на шее – случаи удушения, при разрешении вопроса, если первоначальное выяснение обстоятельств не разрешает такового достаточно обоснованно и определенно, что предлежит – убийство, самоубийство или несчастный случай, приходится тщательно разрабатывать весь возможный доступный материал» [5].

В ряде случаев отличить прижизненную странгуляционную борозду от посмертной довольно трудно, а иногда и невозможно [2–4, 7, 12].

Именно по этой причине наибольший научный интерес представляет диагностика прижизненности странгуляции. Актуальность изучения причины смерти в результате механической асфиксии обусловлена и частотой этого вида насильственной смерти. Так, С. Huang в 1998 г. после анализа 3 130 смертельных случаев в судебно-медицинской практике г. Шаньтоу привел данные о том, что 92,3 % были вызваны механическими травмами, механической асфиксией, внезапной смертью и отравлениями, из них 39,2 % связаны с несчастными случаями, 29,8 % с убийствами и 21 % с самоубийствами [16].

Повешение как один из видов странгуляционной асфиксии сопровождается образованием странгуляционной борозды на шее. В связи с тем, что странгуляционная борозда возникает от сугубо механических

причин, она образуется как у живого человека, так и на трупе. Время проявления борозд различно и зависит от условий повешения [11].

В экспериментах с подвешиванием трупов отчетливо выявлялась роль материала петли в формировании борозды. Она возникала и стойко сохранялась после 1 мин висения в веревочной петле; после 5 мин пребывания трупа в удавке из полотенца борозда была слабовыраженной и появлялась не всегда; увеличение времени наложения широкой мягкой петли до 30 мин не гарантировало возникновения борозды [4, 7, 8].

Повешение как категория смерти – это насильственная смерть, а как род смерти это может быть убийство, самоубийство, несчастный случай либо подвешивание трупа с целью сокрытия истинной причины смерти. Именно поэтому вопрос о прижизненном образовании странгуляции при исследовании трупов лиц, извлеченных из петли, является для судебной медицины актуальной проблемой.

С целью выявления состояния диагностики странгуляционных асфиксий на практике был произведен анализ заключений экспертов. Нами была сделана сплошная выборка случаев смерти от механической асфиксии за 10 месяцев 2013 г. При этом было установлено, что из 2 602 погибших и умерших зафиксирована смерть от механической асфиксии в 97 случаях (4,2 %). По видам механическая асфиксия распределялась следующим образом: повешение – 68 случаев (70,1 % всех механических асфиксий); утопление – 14 случаев (14,4 %); закрытие дыхательных путей – 13 случаев (13,4 %), из них: кусками пищи (преимущественно мясом) – 9 случаев (9,3 %), рвотными массами – 3 случая (3,1 %), корнем языка во время эпилептического приступа – 1 случай (1 %); задушение руками – 1 случай (1 %); сдавление груди и живота – 1 случай (1 %).

С диагнозом «механическая асфиксия в результате сдавления органов шеи петлей при повешении» зафиксировано: лиц мужского пола – 50 (73,5 %), из них 30 (60 %) с наличием алкоголя в крови; лиц женского пола – 18 (26,5 %), из них 4 (22 %) с наличием алкоголя в крови. По возрастному признаку у лиц мужского пола среди повешенных установлено следующее соотношение: до 29 лет – 10 %; от 30 до 49 лет – 46 %; от 50 до 69 лет – 40 %; от 70 и более лет – 4 %. У лиц женского пола выявлено следующее соотношение: до 29 лет – 5,5 %; от 30 до 49 лет – 16,7 %; от 50 до 69 лет – 50 %; от 70 и более лет – 27,8 %.

Во всех 68 заключениях констатируется причина смерти – механическая асфиксия в результате сдавления органов шеи петлей при повешении. Учитывая литературные данные о возможности сдавления шеи петлей не только при повешении, но и при задушении петлей, а также при посмертном сдавлении петлей шеи мертвого тела при имитации повешения, нами был проведен анализ 68 заключений экспертов с диагно-

зом «механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении». Исследованию подвергались судебно-медицинский диагноз и раздел выводов, обосновывающий причину смерти.

Морфологические признаки, приводимые в заключениях экспертов в качестве обоснования судебно-медицинского диагноза и подтверждающие причину смерти, были разбиты на две группы: признаки, характеризующие странгуляционную борозду; признаки общеасфиксического характера.

Признаков, характеризующих странгуляционную борозду в заключениях экспертов, было установлено 14. Эти признаки отмечались с характеристикой следующих ее свойств и количественных проявлений: количество (одиночная – 94 %, двойная – 4,5 %, множественная – 1,5 %) – 100 %; отношение к вертикальной оси тела (косовосходящее) – 100 %; характер (незамкнутая – 54,5 %, замкнутая – 42,6 %, прерывистая – 2,9 %) – 100 %; расположение на поверхности шеи (средняя треть шеи – 1,5 %, верхняя треть шеи – 73,5 %) – 75 %; прижизненная – 22 % (без морфологического обоснования); иные свойства борозды (пергаментная – 16,2 % и хорошо выраженная – 17,6 %) – 33,8 %.

Таким образом, в своих заключениях эксперты объективно и обоснованно в 75–100 % признаков странгуляционной борозды отображали факт висения тела в петле и лишь в 22 % заявляли о прижизненности странгуляционной борозды без морфологических обоснований. Вышеперечисленные описания странгуляционной борозды не являются признаками ее прижизненности. Эти признаки возможно установить лишь при гистологическом исследовании. Несмотря на это, материал для гистологического исследования (более чем в 90 %) берут в архив.

Вторая группа признаков (общеасфиксические), приводимых в заключениях в подтверждение диагноза и причины смерти, по отношению к общему количеству диагнозов «повешение» имела следующее отображение: кровоизлияния под плевро (пятна Гардые) – 80,8 %; темная жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах – 75 %; венозное полнокровие внутренних органов – 72 %; кровоизлияния в соединительные оболочки глаз – 52,9 %; острое вздутие легких – 30,9 %; отек головного мозга – 23,5 %; разлитые темно-фиолетовые трупные пятна – 20,5 %; отек легких – 13,2 %; синюшность лица – 10,2 %; прикус языка – 8,8 %; кровоизлияние под эпикард – 4,4 %; кровоизлияния в преддверье полости рта – 4,4 %; кровоизлияния в мышцу языка – 1,5 %; наличие кала и спермы – 1,5 %.

Перечисленные общие признаки смерти от механической асфиксии не постоянны и не строго патогномичны. В разных сочетаниях они встречаются и при других видах смерти, особенно при первичной оста-

новке дыхания, а также при скоропостижной смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы, поэтому иногда их называют признаками быстро наступившей смерти. В связи с этим очевидно, что для вывода о смерти от механической асфиксии недостаточно наличия даже комплекса указанных признаков. В каждом случае необходимо обнаружить еще частные признаки, свойственные тому или другому виду механической асфиксии. Вопрос о прижизненности странгуляционной борозды решается только по совокупности макро- и микроскопических особенностей данной борозды в сочетании со всеми другими изменениями, обнаруженными на трупе.

Только состояние общих и частных диагностических признаков с учетом сведений об обстоятельствах данного случая позволит медицинскому судебному эксперту прийти к выводу о смерти от механической асфиксии и определить ее вид. Однако все перечисленные изменения не являются постоянными. Наличие и степень их выраженности зависят от характера петли, способа повешения, длительности пребывания трупа в петле и других условий. Многие из этих изменений связаны не только с прижизненным сдавлением шеи, но и с ее растяжением вследствие того, что труп висел в петле [13].

Как видно из наших наблюдений и литературных данных [12], обнаружение на трупе странгуляционной борозды не всегда свидетельствует о смерти от повешения или удушения петлей. Повешение может быть посмертным (при инсценировке самоубийства). Известны многочисленные случаи посмертного возникновения борозд, как истинных (при сдавлении шеи трупа), так и ложных (опрелости, компрессия элементов одежды и т. д.). Поэтому для установления причины смерти помимо секционного используют гистологическое исследование с целью выявления признаков компрессии и прижизненности борозды. Как показывают результаты анализа заключений экспертов, при странгуляционной асфиксии (повешении) гистологическому исследованию странгуляционные борозды подвергаются лишь в незначительном проценте случаев (менее 10 %).

Распознать инсценировку самоповешения нередко помогает осмотр места происшествия, при котором следует активно искать следующие признаки: расположение трупных пятен и потеков биологических жидкостей, противоречащее позе трупа; отсутствие подставки, без которой невозможно закрепить свободный конец петли на данной высоте; несоответствие между материалом и характером странгуляционной борозды; встречное расположение волокон на закрепленном конце петли и опоре; наличие нескольких вдавленных бороздок на опоре; чистые руки потер-

певшего при загрязненной петле и опоре и наоборот; наличие на трупе и вокруг него следов борьбы; признаки удушения или иных смертельных повреждений на трупе [11]. Для установления вида странгуляции и наложения петли собственной или посторонней рукой большую ценность имеет медико-криминалистическое исследование, для которого с помощью липкой ленты изымают отпечатки с ладоней трупа и поверхности странгуляционной борозды. При повешении на руках самоубийцы нередко остаются микроскопические частицы материала петли, особенно полужесткого и мягкого [9]. Для выявления металлических микрочастиц можно применить метод цветных отпечатков [1]. Наличие наложений биологического происхождения, (клеток эпидермиса, помарок высохшей крови и лимфы, волос) на предполагаемом орудии странгуляции позволяет посредством серологических и цитологических методик определить их видовую, групповую и половую принадлежность и таким образом отождествить петлю как орудие травмы. При гнилостных изменениях мягких тканей шеи необходимо восстановление первоначального вида повреждений (странгуляционных борозд, ссадин, кровоподтеков, ран). Для этого используется обработка кожных лоскутов по методу А.Н. Ратневского, промывание кожных лоскутов проточной водой (с последующим подсушиванием), воздействие 15%-го раствора едкой щелочи с дальнейшим воздействием 15%-й уксусной кислоты. Существуют методы био- и гистохимического исследования, предназначенные для использования при отсутствии четких признаков прижизненности странгуляции для дифференциальной диагностики прижизненного или посмертного характера возникновения борозды. Доказано, что при сдавлении шеи гликогенолиз, анаэробный гликолиз и мышечное напряжение при судорогах вызывают повышение концентрации глюкозы и молочной кислоты в крови сосудов туловища, но вследствие изоляции церебральных отделов сосудистой системы содержание этих веществ в крови остается низким [6]. Определение разницы содержания глюкозы может быть использовано в качестве дополнительного критерия при диагностике странгуляционной асфиксии. Одни авторы утверждали, что при механической гипоксии происходит быстрое и резкое истощение запасов гликогена в миокарде, но не в печени, другие находили при повешении снижение уровня гликогена в печени в среднем на 27 % при сохранении его в скелетной мышце и сердце. Высказывались предложения исследовать перикардальную жидкость и кровь, чтобы выявить дополнительные признаки прижизненности странгуляции. Биохимические маркеры гипоксии были обнаружены не только в крови, но и в стекловидном теле глаза. Содержание и соотношение некоторых макро- и

микроэлементов в коже борозд определяли при помощи эмиссионного спектрального анализа. Однако на практике эти методы не нашли широкого применения.

Таким образом, несмотря на множество исследований, проводимых в различных странах и в различное время, проблема повешения остается актуальной в судебной медицине по сей день.

1. Абрамов С.С. О применении метода непосредственных фотоотпечатков для судебно-медицинских исследований // Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия : расшир. совещание судеб.-мед. экспертов Север. Кавказа. Ставрополь, 1971. Вып. 6. С. 102–104.
2. Атлас по судебной медицине / под ред. Ю.И. Пиголкина, И.Н. Богомоловой. М., 2006. 312 с.
3. Витер В.И., Пермяков А.В., Мельников Н.И. Микроскопическая диагностика прижизненности странгуляционной борозды // Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Ижевск, 1994. Вып. VII. С. 77–80.
4. Гамбург А.М. Симуляция самоповешения // Криминалистика и научно-судебная экспертиза / под общ. ред. Д.Х. Панасюк. Киев, 1948. Сб. 2. С. 253–259.
5. Гофман Э. Руководство по судебной медицине / пер. с нем. значительно испр. и доп. А.Г. Фейберга. СПб. : Изд. журн. «Практ. медицина», 1891. 804 с.
6. Климова О.Ю. Биохимические критерии диагностики некоторых причин смерти // Судеб. мед. экспертиза. 2007. Т. 50. № 4. С. 19–20.
7. Концевич И.А. Материалы к вопросу о прижизненности странгуляции // Тр. судеб.-мед. экспертов Украины. Киев, 1962. С. 57–61.
8. Концевич И.А. Судебно-медицинская диагностика странгуляций : монография. Киев, 1968. 156 с.
9. Мастеров В.Ф. Экспертное значение наложений на ладонях при самоповешении // Судеб.-мед. экспертиза. 1972. № 1. С. 19–21.
10. Матышев А.А., Витер В.И. Судебно-медицинская экспертиза механической асфиксии : руководство. СПб., 1993. 219 с.
11. Молин Ю.А. Судебно-медицинская экспертиза повешения : монография. СПб., 1996. 336 с.
12. Семенов Г.Г., Богомол И.Н., Барина М.Я. Возможности судебно-медицинской диагностики прижизненности странгуляционной борозды морфологическими методами // Проблемы экспертизы в медицине. 2007. Вып. 27. С. 47–50.
13. Судебная медицина : учебник / под ред. А.Р. Деньковского. Л., 1976. 365 с.
14. Ely S.F., Hirsch C.S. Asphyxial deaths and petechiae : a review// J. Forensic Sci, 2001. № 46.
15. Gardiner E., Newberry R., Keng J. Avian vitreous humor concentrations of inosine hypoxanthine, xanthine, uric acid, uracil and uridine as influenced by age and sex: Their relevance as indicators of ante-mortem hypoxia // Forensic Sci. Int. 1990. Vol. 47. P. 123–127.
16. Huang C. Analysis of 3130 cases of medicolegal postmortem // Fa Yi Xue Za Zhi. 1998. № 14.

УДК 343.951

Л.Е. Мун

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ СВОБОДЫ И ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

В настоящее время приняты три формы использования специальных психологических знаний в уголовном процессе: судебно-психологическая экспертиза и комплексные с ней виды судебных экспертиз, привлечение психолога в качестве специалиста, справочно-консультационная деятельность (непроцессуальная форма).

Практика использования специальных психологических знаний в форме судебной экспертизы насчитывает не одно десятилетие. Одним из крупнейших теоретиков судебной психологии профессором Ф.С. Сафуановым специальные знания эксперта-психолога определяются как психологические теоретические и методологические знания о закономерностях и особенностях протекания и структуры психической деятельности человека, имеющих юридическое значение, полученные в результате специальной профессиональной психологической подготовки и внедренные в практику судебной экспертизы, которые используются при расследовании преступлений и рассмотрении уголовных дел в суде в целях содействия установлению истины по делу по основаниям и в порядке, определенном уголовно-процессуальным законодательством [3].

При расследовании преступлений против половой свободы и половой неприкосновенности несовершеннолетних наиболее часто назначаются судебно-психологические экспертизы потерпевших по вопросам, обозначаемым в судебной психологии и судебной психиатрии как «процессуальная дееспособность» и «виктимная дееспособность».

Вопрос виктимной дееспособности решается при производстве экспертизы потерпевших по делам о половой свободе и половой неприкосновенности, определяет способность потерпевшего понимать характер и значение совершаемых с ним действий и (или) оказывать сопротивление, что релевантно вопросу юридической квалификации состояния беспомощности по ст. 166 «Изнасилование» и ст. 167 «Насильственные действия сексуального характера» УК Республики Беларусь. Анализ практики показывает, что за все время действия УК 1999 г. в Республике Беларусь не было ни одного экспертного решения о том, что потерпев-