



**ЦЕНТР  
МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ**

Автономная некоммерческая организация  
115280 г.Москва, Велозаводская ул.д.4 офис 415/2  
тел. (495)675-01-64(ф), (495)723-41-69, 8-905-586-30-71  
cmki@mail.ru  
ОГРН 1117799017995      ИНН 7725350534

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА № 03/15**

« 10 » февраля 2015 года

г. Москва

В период с «02» февраля 2015 года по « 10 » февраля 2015 года, на основании письменного заявления адвоката МКА г.Москвы АК №25 Рыбчинского С.В., от «02» февраля 2015 года, без исходящего номера (поступило в АНО «Центр медико-криминалистических исследований» 21 октября 2013 года)

Специалист Центра медико-криминалистических исследований:

– **Фокина Екатерина Валерьевна**, врач – судебно-медицинский эксперт, имеющая высшее медицинское образование, последипломное образование по специальности – «судебно-медицинская экспертиза», сертификат специалиста по специальности – «судебно-медицинская экспертиза», первую квалификационную категорию, ученую степень кандидата медицинских наук, стаж профессиональной деятельности по специальности («судебно-медицинская экспертиза») с 1999 года;

изучила и проанализировала копии представленных документов, для ответов на вопросы входящих в ее компетенцию, в отношении

**трупа гр. Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 года рождения**

**Вопросы поставленные перед специалистами:**

1. Какова давность наступления смерти с учетом данных осмотра места происшествия, гр. Халилова Р.У., 25.02.1958 г.р. (согласно представленным документам)?

**Объекты (материалы) представленные на исследование:**

1. Светокопия протокола осмотра места происшествия от 01.06.2013 г., на имя гр. Халилова Рустама Уляшовича, 1958 г.р.
2. Светокопия заключения эксперта № 607 от 03 июня 2013 года, на имя гр.

Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. (учреждение: *Танатологическое отделение № 10, ГБУЗ г. Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы»*).

3. Светокопия заключения эксперта № 3426-х от 19.06.13 года (судебно-медицинской экспертизы трупа), трупа гр. Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. (учреждение: *отделение общих химических исследований ГБУЗ Бюро СМЭ ДЗМ г. Москвы*).

4. Светокопия заключения эксперта № 9195 от 3 июня 2013 года (судебно-медицинской экспертизы трупа), трупа гр. Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. (учреждение: *судебно-гистологическое отделение ГБУЗ Бюро СМЭ ДЗМ г. Москвы*).

5. Светокопия заключения эксперта № 10802-г/3426-х судебно-химической экспертизы трупа гр. Халилова Р.У., 55 лет (*отделение газохроматографический методов исследования ГБУЗ Бюро СМЭ ДЗМ г. Москвы*).

*Материалы, представленные на исследование, доставлены в Центр медико-криминалистических исследований в неупакованном виде, 02 февраля 2015 года, адвокатом – Рыбчинским С.В.*

### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Из письменного заявления адвоката Рыбчинского С.В., известно следующее: «... Расследованием установлено, что 01.06.2013 г. примерно в 04 часа 00 минут, в павильоне «Горячая выпечка», расположенном по адресу: г. Москва, пересечение ул. Нижняя-Масловка и ул. Бутырская, обнаружен труп Халилова Рустама Уляшовича. 25.02.1958 г.р., с признаками насильственной смерти, ножевыми ранениями в области шеи, живота, груди...».

### ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Исследование данных представленных материалов было проведено по общепринятой в судебной медицине методике исследования такого рода объектов (общенаучные методы, визуальный, описательный, сравнительный, метод сопоставления данных представленных материалов между собой и с данными судебно-медицинской науки, аналитический, клинический, структурный, логический), опубликованной в соответствующих руководствах и руководящих документах по проведению судебно-медицинских исследований в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Представленные материалы изучены, имевшиеся в них фактографические данные проанализированы, сгруппированы, сопоставлены, произведена их оценка с целью ответов на поставленные вопросы.

При формулировке своих ответов на поставленные вопросы, специалистами была использована следующая литература и нормативные правовые акты:

– Федеральный Закон Российской Федерации № 73 от 31 мая 2001 года (ФЗ-73) «О Государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

– Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 346н от 12 мая 2010 года «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

– «Построение судебно-медицинского диагноза, клинко-анатомического эпикриза и алгоритмы экспертной диагностики повреждений». Саркисян Б.А., Янковский В.Э., Зорькин А.И., и др. Барнаул – 2003. 122 с.

– «Руководство по судебной медицине». Под редакцией проф. В.В.Томилина, проф. Г.А. Пашиняна. Москва. «Медицина». 2001.

– «Принципы организации работы и алгоритмы проведения экспертных

исследований в медико-криминалистическом отделении Бюро судебно-медицинской экспертизы». Саркисян Б.А. Методическое пособие. Барнаул .2011 г.

– «Судебная медицина». Руководство для врачей. Под редакцией проф. А.А. Матьшева. Издание 3. Санкт-Петербург. Издательство «Гиппократ». 1998 г.

– «Установление давности смерти». Методическое пособие. Саркисян Б.А., Янковский В.Э., Барнаул – 2008.

– «Судебно-медицинская танатология». Монография. Э.В.Туманов, Е.М. Кильдошов, З.Ю. Соколова. Москва 2012 г.

– «Судебная медицина». Под редакцией В.М. Смолянинова. Москва. «Медицина» 1975 г.

– «Судебно-медицинская диагностика резаных ран». Пособие. Б.А. Саркисян, Д.А. Карпов, А.Л. Кочорян, Барнаул, 2013 г.

### **Исследование представленных документов**

**1. 1. Светокопия протокола осмотра места происшествия от 01.06.2013 г., на имя гр. Халилова Рустама Уляшовича, 1958 г.р.** известно следующее: «... 01.06.2013 года примерно в 04 часа 00 минут. в павильоне «Горячая выпечка», расположенной на пересечении ул. Нижняя Масловка и ул. Бутырская в г. Москве, обнаружен труп Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р., с признаками насильственной смерти, ножевыми ранениями в области шеи, живота, груди». В протоколе осмотра места происшествия (осмотр начат 04:40, осмотр окончен 08:40), составленном 01.06.2013 года старшим следователем Коптевского МРСО СУ по САО ГСУ СК РФ по г. Москве старшим лейтенантом юстиции Молостовым С.Г. при участии СМЭ Глущенко К.А. записано: « Объектом осмотра является павильон с вывеской «Горячая выпечка 24 часа» расположенный на пересечении ул. Бутырская и ул. Нижняя Масловка в г. Москве от угла дома около печи находится нож 44x5 см... Напротив окна для продажи продукции практически вдоль него на спине лицом вверх лежит труп Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р.,... На трупе надето... Кожные покровы прохладные на ощупь, кожа лица, шеи, грудной клетки и живота, а также кистей и предплечий обильно опачкана подсохшей и полужидкой крови. Трупное окоченение хорошо выражено в мышцах лица и шеи и умеренно в остальных группах мышц. При ударе по мышце плеча образуется валик мышечного сокращения высотой около 1 см. Трупные пятна бледные, красновато-фиолетовые, крупноочаговые, расположены на спине, при надавливании исчезают и появляются через 90 сек. температура в прямой кишке на 07 ч 00 мин +35С, с учетом того, что в помещении +30С, небольшой сквозняк и рядом с трупом находится разогретая печь, встроенная в пол... Описаны повреждения... Температура тела в прямой кишке на 08 часов 00 минут чуть меньше +35С при том же температурном фоне...». В сопроводительном листе № 601194, п11/с СМП г. Москвы записано, что вызов принят 01.06.2013 г. в 03:21. В графе «Когда и что случилось» записей нет. Диагноз врача скорой помощи: «Констатация смерти». Труп доставлен в ИТО «Службой по перевозке умерших и погибших граждан СС и НМЛ им. А.С. Пучкова г. Москвы» 01.06.2013 года в 10:00 52 п/с, по вызову принятому 01.06.2013 года в 08:02, сопроводительный лист № 565305, талон № 13586, в котором имеется запись:«Денег, ценностей, зубов желтого металла нет...».

**2. Из светокопии Заключение эксперта № 607 от 03 июня 2013 года (судебно-медицинской экспертизы трупа), трупа гр. Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. (учреждение: Танатологическое отделение № 10, ГБУЗ г. Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы»),** известно что: «...перед экспертом поставлены следующие вопросы: 1. Какие повреждения имеются на трупе, их количество, локализация, механизм образования, каков причиненный вред здоровью.

Через какой промежуток времени после нанесения (получения повреждения) наступила смерть. 2. Какие повреждения причинены прижизненно, какие - посмертно? 3. Чем могли быть причинены установленные повреждения? 4. Какова последовательность причинения повреждения. 5. С какой силой наносились повреждения? 6. Каково было возможное расположение пострадавшего и нападавшего и момент нанесения (получения) повреждений? 7. Каково количество травматических воздействий? 8. Каково направление раневых каналов? 9. Какова причина и время наступления смерти, находится ли наступление смерти в прямой причинной связи с полученными повреждениями (какими именно)? 10. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь? Если принимал, то какова степень опьянения? 11. Обнаружены ли крови и органах потерпевшего какие-либо наркотические, психотропные или отравляющие вещества? Если обнаружены, то какие именно и находятся ли они в прямой причинной связи с наступлением смерти?.

Предварительные сведения. В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы вынесенного 01.06.2013 года следователем Савеловского МРСО СУ по САО ГСУ СК РФ по г. Москве Кондаренко А.В. записано: « 01.06.2013 года примерно в 04 часа 00 минут. в павильоне «Горячая выпечка», расположенной на пересечении ул. Нижняя Масловка и ул. Бутырская в г. Москве, обнаружен труп Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. с признаками насильственной смерти, ножевыми ранениями в области шеи, живота, груди». В протоколе осмотра места происшествия (осмотр начат 04:40, осмотр окончен 08:40), составленном 01.06.2013 года старшим следователем Коптевского МРСО СУ по САО ГСУ СК РФ по г. Москве старшим лейтенантом юстиции Молостовым С.Г. при участии СМЭ Глущенко К.А. записано: « Объектом осмотра является павильон с вывеской «Горячая выпечка 24 часа» расположенный на пересечении ул. Бутырская и ул. Нижняя Масловка в г. Москве от угла дома около печи находится нож 44x5 см... Напротив окна для продажи продукции практически вдоль него, на спине лицом вверх лежит труп Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р.,... На трупе надето... Кожные покровы прохладные на ощупь, кожа лица, шеи, грудной клетки и живота, а также кистей и предплечий обильно опачкана подсохшей и полужидкой крови. Трупное окоченение хорошо выражено в мышцах лица и шеи и умеренно в остальных группах мышц. При ударе по мышце плеча образуется валик мышечного сокращения высотой около 1 см. Трупные пятна бледные, красновато-фиолетовые, крупноочаговые, расположены на спине, при надавливании исчезают и появляются через 30 сек. температура в прямой кишке на 07 ч 00 мин +35С, с учетом того, что в помещении +30С, небольшой сквозняк и рядом с трупом находится разогретая печь, встроенная в пол.... Описаны повреждения.... Температура тела в прямой кишке на 08 часов 00 минут чуть меньше +35С при том же температурном фоне...». В сопроводительном листе № 601194, п11/с СМП г. Москвы записано, что вызов принят 01.06.2013 г. в 03:21. В графе «Когда и что случилось» записей нет. Диагноз врача скорой помощи: «Констатация смерти». Труп доставлен в ИТО «Службой по перевозке умерших и погибших граждан СС и НМЛ им. А.С. Пучкова г. Москвы» 01.06.2013 года в 10:00 52 п/с, по вызову принятому 01.06.2013 года в 08:02, сопроводительный лист № 565305, талон № 13586, в котором имеется запись: «Денег, ценностей, зубов желтого металла нет». Других сведений на момент исследования трупа не поступало. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ. Наружное исследование. На правом предплечье трупа имеется зеленая бумажная бирка с надписью «607 Халилов...»; здесь же две оранжевые бумажные бирки с надписью «Халилов...». С трупа снята и осмотрена следующая одежда. 1. Костюм (рубашка и брюки) светло-коричневый в узкую черно-белую клетку. Рубашка с короткими рукавами, по всем поверхностям обильно пропитана влажной и подсохшей кровью. Также на рубашке имеются наложения рыхлых темно-красных свертков. Рубашка имеет застежку с 3-мя пуговицами, третья пуговица сверху отсутствует, на месте пришива нити. На левой половине по передней поверхности имеется один накладной карман. Имеются сквозные

линейные повреждения ткани с относительно ровными, сопоставимыми краями. На правой половине ворота линейное повреждение длиной 4,2 см, ориентированное параллельно нижнему краю ворота справа налево и сзади наперед. Задний конец повреждения расположен на 4 см от шва пришива ворота и на 6,5 см от переднего края ворота. На 1 см кнутри от данного повреждения имеется дополнительное линейное повреждение длиной 1 см, расположенное в области переднего конца и соединенное с ним дополнительным разрезом. На планке ворота справа, на 5 см от переднего края и на 1 см от шва пришива планки, повреждение длиной 4,8 см, несколько извилисто-линейной формы, ориентированное спереди назад и снизу вверх. В области планки ворота слева, на 2 см кзади первой петли, повреждение длиной 2 см, ориентированное спереди назад и незначительно снизу вверх. На планке застежки, на 2 см от внутреннего края и на 3 см ниже второй пуговицы, повреждение длиной 5 см, ориентированное снизу вверх и слева направо и незначительно изогнутое по дуге, открытой вправо и вниз. На правой половине планки застежки, на 2,5 см от внутреннего края и на 7 см от места пришива 3-й пуговицы, линейное повреждение длиной 3,5 см, ориентированное слева направо и сверху вниз. На правой половине по передней поверхности, на 3 см правее планки застежки и на 1 см ниже нижнего края застежки, практически вертикальное повреждение длиной 3,7 см, ориентированное снизу вверх. На 2,7 см ниже вышеописанного и на 1,2 см правее него повреждение длиной 4 см, ориентированное слева направо и снизу вверх и несколько изогнутое по дуге, открытой вправо и вниз. На передней поверхности, на 2,5 см ниже нижнего края планки застежки и на 1,5 см левее срединной линии, извилисто-линейное повреждение длиной 5 см, ориентированное сверху вниз и справа налево. На передней поверхности, на 24 см от левого бокового шва и на 7 см от нижнего края, линейное повреждение длиной 1,5 см, ориентированное справа налево и снизу вверх. На задней поверхности левого рукава, в области шва проймы на 2,5 см выше шва рукава, дугообразное повреждение длиной 5 см, высотой 2 см, длинником ориентированное справа налево и снизу вверх; дуга открыта вправо и вверх. Брюки с кулиской, во всех отделах неравномерно опачканы влажной и подсохшей кровью, без видимых повреждений. 2. Пояс черный шерстяной машинной вязки, ткань влажная. 3. Наколенники циркулярные, эластичные со вставками из рыжего меха по внутренней поверхности, пропитаны пятнами крови. 4. Трусы темно-синие в узкую горизонтальную голубую полосу, пропитаны кровью. 5. Носки черные трикотажные, со стороны подошвенных поверхностей пропитаны кровью. 6. Шлепанец левый с матерчатыми ремешками, резиновый, по всем поверхностям опачкан кровью, толщина подошвенной поверхности в области пятки 2,5 см. Одежда ношенная, оставлена для передачи следователю. Труп мужчины правильного нормостенического телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 171 см. Кожные покровы, вне зоны трупных пятен, бледно-смуговые, равномерно холодные во всех отделах тела, включая паховые и подмышечные области. Кожные покровы умеренной влажности, эластичности. Голова, шея, туловища, верхние конечности, а также подошвенные поверхности стоп, более выражено справа, неравномерно опачканы пятнами, помарками и потеками влажной и подсохшей крови. Кроме того, на груди имеются наложения сухих черно-красных корочек и студневидных темно-красных кровяных свертков. Трупное окоченение определялось до снятия одежды. Трупное окоченение хорошо выражено в жевательных мышцах, в мышцах шеи, верхних и нижних конечностей (включая пальцы кистей). При механическом воздействии по передней поверхности плеч справа и слева валика и вмятины не образуется. Трупные пятна мелкоостровчатые, слабо интенсивные, бледно-сизюшно-фиолетовые, расположены на задней поверхности шеи, на спине, на задних поверхностях конечностей. При надавливании пальцем в поясничной области своей окраски не изменяют. Голова правильной формы. Волосы на голове черные с проседью, выющиеся, длиной до 3 см. Кости свода черепа, лицевого скелета, хрящи носа и ушных раковин на ощупь целы. Глаза приоткрыты. Глазные

яблоки дрябловаты. Роговицы полупрозрачные, без видимых участков подсыхания. Радужки коричневые. Зрачки округлые, по 0,5 см в диаметре каждый. Склеры белые, с несколько расширенными кровеносными сосудами. Конъюнктивы век серые, с не расширенными кровеносными сосудами, без кровоизлияний. Выделений из отверстий ушей нет. При переворачивании трупа выделений из отверстий носа и рта нет. Рот приоткрыт. Переходная кайма губ серо - розовая, слегка подсохшая. Слизистая преддверия полости рта серая, гладкая. Челюсти слегка разомкнуты. Слизистая полости рта серого цвета, влажная. Язык за линией смыкания зубов. Зубы естественные, без травматических повреждений, многие отсутствуют. Лунки отсутствующих зубов зарощены. На верхней челюсти 3 зуба под коронками желтого металла, имеется съемный пластмассовый протез нижней челюсти. Шея средней длины и толщины, соразмерна длине туловища. Грудная клетка цилиндрической формы. Ребра и грудина на ощупь целы. Живот чуть ниже уровня реберных дуг, не напряжен. Оволосение на теле по мужскому типу, умеренно развито. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Головка полового члена обнажена. Крайняя плоть отсутствует давно. Отверстие мочеиспускательного канала щелевидной формы, расположено по центру головки. Выделений из наружного отверстия мочеиспускательного канала нет. Яички находятся в мошонке, к отверстиям паховых каналов не подтянуты, легко подвижны. Кожа мошонки морщинистая, с плотноватыми буроватыми полосовидными участками подсыхания на гребнях складок. Задний проход сомкнут, кожа вокруг него калом не опачкана. Ногтевые пластинки пальцев кистей коротко острижены. Повреждения: Рана №1 - расположена в лобно-височной области справа, на границе роста волос, на 9 см выше наружного угла правой глазницы на 1 см кзади от него. Рана дугообразной формы, длиной 3 см, высотой 0,4 см, дуга открыта кзади и вверх. Длинник раны ориентирован слева направо сверху вниз и спереди назад. Концы раны заострены, края со слабо выраженной крупноволнистостью, с образованием мелких полудуг длиной до 0,7 см. По нижнему краю раны определяется незначительное осаднение на ширину до 0,1 см. От раны отходит щелевидный раневой канал, идущий подкожно, в направлении спереди назад, снизу вверх и несколько слева направо, длина раневого канала 3 см. Раневой канал заканчивается выходной раной дугообразной формы, длина дуги 3 см высота около 0,4 см. Края выходной раны относительно ровные, концы заострены, дуга открыта вправо, книзу и кпереди, длинник раны ориентирован практически параллельно входной ране. Рана №2- расположена в лобной области влево от срединной линии. Внутренний конец раны находится на 3,5 см выше проекции лобно-носового шва. Рана неправильно веретенообразной формы, размерами 1,6x0,3 см, длинником ориентирована справа налево и сверху вниз. При сопоставлении краев рана линейная длиной 1,6 см, нижний конец заострен, верхний П-образный. От раны отходит щелевидный раневой канал в направлении спереди назад, длиной 0,8 см. По ходу раневого канала имеется насечка на наружной костной пластинке чешуи лобной кости, размерами 0,3x0,1 см, ориентированная справа налево и сверху вниз. В мягких тканях вокруг раневого канала очагово-сливные красные кровоизлияния. Рана №3 расположена в проекции левой носогубной складки, ее наружный конец находится на 1,5 см выше и на 1 см кзади левого угла рта. Рана размерами 4x0,2 см, при сопоставлении краев линейная с ровными неосаженными краями, длиной 4 см, ориентирована слева направо и снизу вверх правый конец раны представлен кожным дорезом длиной около 0,5 см, сходящим «на нет». От раны отходит щелевидный раневой канал в направлении спереди назад и снизу вверх, длиной 4,5 см по ходу которого повреждены мягкие ткани и передняя стенка левой верхнечелюстной пазухи. В стенках раневого канала очагово-сливные темно-красные кровоизлияния. Раневой канал слепо заканчивается в полости пазухи. Рана №4- расположена в ротовой области, начинается от левого угла рта, ориентирована справа налево и снизу вверх. Рана длиной 1,2 см. Края раны ровные,

неосажденные, концы раны ближе к заостренным. От раны отходит щелевидный раневой канал в направлении спереди назад несколько справа налево и снизу вверх, длиной 4 см, по ходу которого повреждены мягкие ткани. В стенках раневого канала очагово-сливные темно-красные кровоизлияния. Рана №5- расположена на левой боковой поверхности шеи в нижней трети и на 146 см выше уровня стоп. Рана веретенообразной формы, размерами 3,5x0,5 см. Края раны ровные, неосажденные. При сопоставлении краев линейная, длиной 3,6 см с заостренными концами, ориентирована горизонтально справа налево и спереди назад. От раны отходит щелевидный раневой канал в направлении слева направо, снизу вверх, практически во фронтальной плоскости, длиной 7,5 см. По ходу раневого канала повреждены мягкие ткани. Яремная вена и сонная артерия не повреждены. Раневой канал проникает в полость гортани. По ходу раневого канала имеется пересечение пластин щитовидного хряща, плоскость которого ориентирована слева-направо снизу вверх. В мягких тканях вокруг очагово-сливные темно-красные кровоизлияния. Рана №6 - расположена на правой боковой поверхности шеи в средней трети на 4 см от срединной линии и на 145 см выше уровня стоп. Рана веретенообразной формы, размерами 5,5x0,5 см, при сопоставлении краев длиной 5,5 см. длинником ориентирована практически горизонтально слева направо, спереди назад. Концы раны заострены. Края раны ровные, неосажденные. От раны отходит щелевидный раневой канал в направлении сверху вниз, сзади наперед и несколько справа налево длиной 6,5 см. По ходу раневого канала полностью пересечена правая наружная яремная вена, края пересечения ровные, в мягких тканях разлитые темно-красные кровоизлияния по типу пропитывания и из свертков крови. Сонная артерия не повреждена. Рана №7- расположена в эпигастральной области ее внутренний конец находится на средней линии на 120 см выше уровня стоп. Рана веретенообразная, размерами 5x2 см. Края раны ровные, неосажденные. При сопоставлении краев, рана представлена основной раной и дополнительным разрезом. Основная рана вертикальная данной 3 см, верхний конец П-образный, нижний продолжается влево и вниз дополнительным разрезом длиной 2 см. От раны отходит щелевидный раневой канал в направлении слева направо, спереди назад, сверху вниз. Длина раневого канала в мягких тканях 2,5 см. Раневой канал в брюшную и плевральные полости не проникает. В мягких тканях вокруг очагово-сливные темно-красные кровоизлияния. Рана №8- расположена на груди справа в верхней трети между среднеключичной и передней подмышечной линиями, на 13 см от средней линии и на 138 см выше уровня стоп. Рана вертикальная, линейная длиной 0,7 см, кожа вокруг равномерно осаднена на ширину до 0,3 см, от раны отходит короткий раневой канал длиной 1 см в направлении спереди назад и несколько справа налево. Рана №9 - расположена на груди справа в средней трети между среднеключичной и окологрудинной линиям на 2,5 см от срединной линии и на 127 см выше подошвенной поверхности стоп. Рана углообразной формы, представлена основной раной и дополнительным разрезом. Основная рана вертикальная длиной 3 см, ориентирована сверху вниз. Верхний конец заострен. От нижнего конца раны под прямым углом отходит дополнительный разрез в направлении слева направо и незначительно снизу вверх, постепенно сходящий «на нет», длиной 4 см. От основной раны подкожно отходит раневой канал, длиной 4 см в направлении слева направо и сверху вниз. В результате чего образуется кожный лоскут, откидывающийся вверх и вправо. В дне раны мелкоочаговые красные кровоизлияния. Рана №10- расположена в правом подреберье между средней ключичной и окологрудинной линиями на 4,5 см от срединной линии и на 107 см выше уровня стоп, вертикальная, размерами 1,5x0,3 см. Нижний конец П-образный, верхний конец заострен и сходит на «нет». от раны отходит короткий раневой канал длиной 1 см, в направлении спереди назад. Раневой канал слепо заканчивается в подкожно-жировой клетчатке. Рана №11 расположена на правой боковой поверхности живота чуть кнутри от передней подмышечной линии, на 12 см от срединной линии и на 104 см от подошвенной стоп, горизонтальная, поверхностная, с

ровными краями, длиной 1,2 см с заостренными концами. Рана №12 – расположена на наружной поверхности левого плеча в средней трети веретенообразной формы, размерами 1,2x0,3 см, ориентирована практически вертикально. При сопоставлении краев рана линейная размерами 1,3 см с заостренными концами. От раны отходит раневой канал длиной 1 см, в направлении сверху вниз и слева направо. В стенках раневого канала мелкоочаговые красные кровоизлияния. Повреждений крупных сосудов и нервов по ходу раневого канала не определяется. Рана №13 – Расположена на задней поверхности левого плеча в верхней трети на 138 см выше уровня стоп и на 24 см от срединной линии, неправильно веретенообразной формы, размерами 6,5x2,5 см. при сопоставлении краев дугообразной формы, длина дуги 6,5 см. высота около 0,5 см, дуга открыта вправо и вверх, края ее заострены, концы ее несколько мелковолнистые. От раны отходит щелевидный раневой канал в направлении слева направо, незначительно сверху вниз, который идет подкожно имеет длину 9 см и заканчивается выходной раной. Выходная рана длиной 1,1 см вертикальная расположена на 13 см левее срединной линии и на 130 см выше уровня стоп. В стенках раневого канала очагово-сливные темно-красные кровоизлияния. Повреждений крупных сосудов и нервов по ходу раневых каналов не определяется. Раны №№14-18 расположены на ладонной поверхности левой кисти вдоль условной оси, идущей снизу вверх и слева направо. Линия начинается на средней фаланге 2 пальца, а заканчивается у основания 5 пальца. Раны имеют длину от 1,5 см до 2,5 см, нижние стенки их подрывты, верхние пологие, максимальная глубина ран до 1 см, дном раны являются мягкие с мелкоочаговыми красными кровоизлияниями, концы ран заострены. Других повреждений при наружном осмотре трупа не обнаружено. Кости конечностей на ощупь целы. Внутреннее исследование. Мягкие ткани головы вне зоны описанных повреждений по внутренней поверхности бледно серо-красного цвета, суховаты без кровоизлияний. Височные мышцы серо-красно-коричневые, несколько суховаты. Продольный размер черепа 15 см, поперечный 13 см. Толщина костей черепа на распиле: лобной 0,3-0,5 см, височных 0,2-0,3 см, теменных 0,4-0,5 см. В пазухе клиновидной кости содержимого нет. Других повреждений костей свода и основания черепа, помимо описанной насечки на чешуе височной кости нет. Твердая мозговая оболочка белесовато-серого цвета, гладкая, блестящая. Оболочка рыхло сращена с костями черепа, не напряжена. В синусах оболочки следы темной жидкой крови. Кровоизлияний над и под твердой мозговой оболочкой нет. Головной мозг дрябловатый, но при исследовании форму сохраняет, массой 1310 г. Мягкие мозговые оболочки вдоль продольной щели головного мозга утолщены, белесовато-серого цвета, зернистого характера. В остальных отделах мягкие мозговые оболочки тонкие, полупрозрачные. Сосуды оболочек не расширены. Под мягкими мозговыми оболочками в цистернах головного мозга следы желтоватой, прозрачной жидкости. Кровоизлияний под мягкие мозговые оболочки нет. Полушария головного мозга симметричны, поясные извилины в межполушарную щель не выступают. Борозды и извилины головного мозга сглажены, симметричны. Миндалины мозжечка умеренно подчеркнуты. Вещество головного мозга на разрезе влажное, блестящее липнет к ножу. На поверхности разрезов головного мозга выступает жидкая кровь, в виде единичных точек и полосок красного цвета, которые легко снимаются обухом ножа. Границы между серым и белым веществом выражены хорошо. Подкорковые ядра расположены симметрично. Желудочки мозга не расширены. В желудочках мозга содержится умеренное количество прозрачной жидкости. Выстилка желудочков гладкая блестящая с нерасширенными кровеносными сосудами. Сосудистые сплетения серо-розового цвета. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение. Артерии головного мозга частично спавшиеся, частично заполнены жидкой кровью. Стенки артерий тонкие. Гипофиз плотноэластический ни ощупь, размерами 0,8x0,5x0,3 см неправильно бобовидной формы, с поверхности серо-розового цвета. Гипофиз на разрезах с различной границей между долями, без видимых



кровоизлияний. При исследовании головного мозга очаговых размягчений и кровоизлияний не обнаружено. В мягких тканях шеи груди и живота вне описанных раневых каналов кровоизлияний не обнаружено. Мышцы шеи груди и живота серовато-красно-коричневого цвета умеренно влажные. Толщина подкожно-жировой клетчатки на уровне груди 1 см, на уровне живота 3,5 см. толщина кожи около 0,2 см. Между листками большого сальника и брыжейки кишок умеренное количество жировой ткани. Расположение внутренних органов правильное. Свободной жидкости и спаек в полостях нет. Пристеночная плевра тонкая, гладкая блестящая. Легкие занимают 2/3 объема плевральных полостей, передними краями сердце не прикрывают. Правый угол диафрагмы расположен на уровне 4 межреберья, левый на уровне 5. Пристеночная брюшина серого цвета, тонкая, гладкая блестящая. Серозная оболочка кишок серого цвета, гладкая, влажная без наложений. Петли кишок не вздуты прикрыты большим сальником. Внутренняя оболочка общих сонных артерий серо-желтого цвета, гладкая с небольшим количеством желтоватых плотных круглых и овальных бляшек, которые располагаются на всем протяжении артерий. Отдельные бляшки и в области бифуркации аорты имеют каменистую плотность. Кроме того единичные бляшки имеет разрушенные покрывки и изъязвленные поверхности грязно-серо-красного цвета. Бляшки занимают около 25-30% внутренней поверхности оболочек. Внутренняя оболочка вен, в том числе наружных яремных вен белесовато-серого цвета, гладкая. Стенки вен эластичные. В просвете аорты и ее ветвей, в просвете крупных артерий и вен, в том числе в просвете верхней и нижней полых вен, следы темно-красной жидкой крови и единичные рыхлые темно-красные свертки крови. В проекции солнечного сплетения кровоизлияний нет. Щитовидная железа плотно эластической консистенции, размерами долей справа 3x1x1 см слева 2,5x1x1 см. перешеек железы не выражен. На разрезе щитовидная железа серовато-желтого цвета, мелкозернистая, сухая. Паращитовидные железы не определяются. Лимфатические узлы шеи круглой и овальной формы, мелкоэластической консистенции, не увеличены не сращены между собой. На разрезах лимфатические узлы серовато-красного цвета, без кровоизлияний. Язык с хорошо выраженными прикорневыми сосочками. Слизистая языка серо-красного цвета местами покрыта белесоватым налетом, который легко удаляется обухом ножа. Мышца языка на разрезе серовато-красно-коричневого цвета, без кровоизлияний. Небные миндалины мягкоэластической консистенции. На разрезах серо-розового цвета без кровоизлияний. Вход в гортань и пищевод свободен. В пищеводе содержимого нет. Слизистая глотки и пищевода белесовато-серая, гладкая без дефектов. Складчатость слизистой пищевода умеренно выражена. Стенки пищевода не утолщены. Голосовая щель не сужена. Голосовые складки тонкие, эластичные. В просвете трахеи и главных, долевых и частично сегментарных бронхов следы темно-жидкой крови. Слизистая трахеи и крупных бронхов серо-розового цвета, гладкая блестящая. Органная плевра тонкая, гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Под органной плеврой умеренно выраженный серо-черный мелкопятнистый сетчатый рисунок. Легкие с поверхности несколько не ровные, мелкобугристые серовато-розового цвета, более интенсивной окраски в задних отделах. При надавливании пальцем на поверхности легких остаются ямки. Крепитация легочной ткани умеренно выражена. Легкие на разрезах бледно-серо-красные, пестрого вида за счет большого количества темно-синюшно-красных пятен. В результате чего легочная ткань имеет вид леопардовой шкуры. Перерезанные бронхи и сосуды несколько выступают над поверхностями разрезов. В сосудах легких следы темной жидкой крови. Перерезанные сегментарные бронхи имеют утолщенные стенки. С поверхности разрезов, преимущественно из задних отделов, стекает скудное количество прозрачной пенистой жидкости, окрашенной кровью. Масса правого легкого 370 г, левого 320 г. Лимфатические узлы трахеи и легких серовато-черного цвета, не сращены между собой, шаровидной формы до 1,1 см в поперечнике. На ощупь плотноэластической консистенции, на разрезах серовато-черного цвета. Селезенка

размерами 12x1x3,5см, массой 130 г., неправильно-уплощенно-овоидной формы, плотнoэластическая на ощупь. Капсула селезенки тонкая, морщинистая. На разрезах ткань селезенки серо красного цвета, с сероватым сетчатым рисунком, дает скудный тканевой соскоб. Надпочечники неправильно-треугольной формы, размерами по 4x2,7x0,5см, на разрезе корковое вещество тонкое, желтого цвета, мозговое в состоянии распада, коричневато-бурого цвета, кашицеобразное. Фиброзная капсула с почек снимается без дефекта почечной ткани. Почки дряблые на ощупь, неправильно бобовидной формы, с поверхности бледно-серого коричневого цвета, с едва заметной зернистостью, с небольшим количеством рубцовых втяжений по наружным краям. Почки размерами правая 0,5x6x4 см, массой 90 г, слева 9x6x4 см, массой 80 г. На разрезе граница между корковым и мозговым веществом различима. Корковое вещество толщиной на уровне основания пирамид 0,8см, бледно - желтовато-серого цвета. Мозговое вещество бледно-серо-розового цвета в центре и бледно-серо-красного цвета по краям. Слизистая лоханок и мочеточников белесовато - серого цвета, гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Полости чашечек и лоханок не расширены, содержат небольшое количество желтоватой прозрачной мочи. Мочеточники проходимы. В мочевом пузыре не более 30 мл желтоватой, мутноватой мочи. Слизистая мочевого пузыря серого цвета, гладкая. Предстательная железа плотнoэластической консистенции, не увеличена, овоидной формы, на разрезе серовато-белесого цвета, слоистого строения. Пузырьки уретральных желез заполнены коричневатой прозрачной жидкости. Просвет мембранной части уретры проходим. Яички опальной формы, мягко-эластической консистенции, размерами по 3x2x1,5 см, ив разрезе желтоватого цвета, крупнозернистого строения. Семенные нити тянутся за пинцетом. Придатки яичек без видимых аномалий. Сосуды семенных канатиков не утолщены. Вилочковая железа замещена жировой тканью. Кровоизлияний в клетчатке средостения нет. Сердечная сорочка цела, не напряжена. В полости сердечной сорочки небольшое количество желтоватой, прозрачной жидкости. Внутренний листок сердечной сорочки белесовато-серого цвета, гладкий, блестящий, без кровоизлияний и наложений. Спаек в полости сердечной сорочки нет. Сердце конической формы, дряблoе на ощупь, с умеренно расширенными полостями, при исследовании форму сохраняет. Верхушка сердца умеренно заострена. Сердце размерами 11x11,5x5 см, массой 340 г. Наружная оболочка сердца тонкая, гладкая, блестящая. Под наружной оболочкой преимущественно по ходу кровеносных сосудов умеренное количество жировой ткани, максимальной толщиной до 0,5 см. Кровоизлияний под наружной оболочкой сердца нет. В полостях сердца следы темно-красной, жидкой крови и единичные рыхлые темно-красные свертки. Внутренняя оболочка сердца тонкая, гладкая, блестящая, не изъязвлена. Кровоизлияний под внутренней оболочкой сердца нет. Наложений на внутренней оболочке сердца нет. Клапанный аппарат сердца и крупных сосудов сформирован правильно. Створки клапанов гладкие. Створки клапанов легко подвижны, не сращены между собой. Хоордальные нити не укорочены, тонкие, не сращены между собой. Сосочковые мышцы не уплотнены. Трабекулярные мышцы не утолщены. Периметр аортального клапана 7см, периметр митрального клапана 9см. Периметр трехстворчатого клапана 12,5см. Артерии сердца проходимы. Внутренняя оболочка серого цвета, с большим количеством желтоватых плотных и овальных бляшек занимающих до 60% площади внутренней оболочки. Единичные из бляшек в бассейне левой венечной артерии имеют очаги каменистой плотности. Бляшки суживают просвет артерий максимально на 1/2. Толщина мышцы левого желудочка 1,3 см, правого - 0,3 см толщина межжелудочковой перегородки 1 см. Мышца сердца дряблая, на разрезе серовато-красно-коричневого цвета, тусклая малокровная с небольшим количеством белесоватых очажков. Желудок содержит около 200мл коричневато-серой мутной жидкости с единичными рыхлыми белесоватыми частицами. Слизистая желудка бледно-серого цвета, слабоскладчатая без кровоизлияний. В 12 перстной кишке белесовато-желтая кашицеобразная масса.

Слизистая оболочка 12 перстной кишки грязно-серого цвета, умеренно складчатая, без кровоизлияний, покрыта вязкой сероватой слизью. При надавливании на желчный пузырь и общий желчный проток из большого сосочка 12-перстной кишки выделяется желто-коричневая полупрозрачная желчь (желчные пути проходимы). Поджелудочная железа плотноэластическая на ощупь, размерами 13x3x2 см, на разрезах бледно-серовато-розового цвета, дольчатого строения. Между долек имеется разрастание белесоватой ткани виде прослоек. Печень размерами 27x16x12x8см, массой 1450г, на ощупь дряблая. Капсула печени гладкая, тонкая. Передний край печени заострен. На разрезах печень желто-серо-коричневого цвета. Сосуды печени содержат следы жидкой крови. В желчном пузыре следы серо-коричневой полупрозрачной желчи. Слизистая пузыря бархатистая, цвета желчи. Стенки пузыря не утолщены. В остальных отделах тонкой кишки желтовато-коричневое кашицеобразное содержимое, и толстой кишке неравномерно расположенные, оформленные и неоформленные грязно-зеленовато-коричневые каловые массы. Слизистая кишок на всем протяжении грязновато-серого цвета, умеренно складчатая. Червеобразный отросток слепой кишки расположен над куполом кишки, длиной 6,5см, простил его пуст. Лимфатические узлы остальных групп не увеличены, округлой и овальной формы, не сращены между собой, мягко-эластические на ощупь на разрезе серовато-розового цвета. При исследовании позвоночного канала в шейном отделе кровоизлияний под оболочки и в вещество головного мозга не обнаружено. Твердая мозговая оболочка спинного мозга серого цвета гладкая, блестящая. Мягкие мозговые оболочки спинного мозга тонкие полупрозрачные. Вещество спинного мозга на разрезе влажное блестящее, с различимой границей между серым и белым веществом. Других повреждений при внутреннем исследовании трупа не обнаружено. Остальные кости скелета целы. Посторонних запахов от вскрытых полостей и органов не ощущалось. Мягкие ткани в зоне имеющихся ран отсепарованы послойно. До вскрытия полостей и органов проведена проба на воздушную эмболию по стандартной методике, проба отрицательная. Мягкие ткани головы вскрывались фронтальным разрезом. Разрез произведен через верхушки сосцевидных отростков височных костей, через задние отделы теменной области. Кожно-мышечный лоскут отсепарован кпереди до надглазничных краев и кзади до затылочного бугра. Затем отсепарованы мягкие ткани левой половины лица с извлечением левого глазного яблока. Кости свода черепа вскрыты косым углообразным распилом. Вскрыта пазуха клиновидной кости. Твердая мозговая оболочка вскрывалась до линий костного распила. Головной мозг исследовался фронтальными разрезами (по методу Фишера). Для исследования мягких тканей и внутренних органов шеи, груди и живота произведен дугообразный разрез (между плечевыми суставами) от центра которого вниз сделан продольный разрез до лонного сочленения с обходом пупочного кольца слева (метод Лешке). Для вскрытия плевральных полостей ребра пересечены в хрящевых отделах, грудина удалась. Внутренние органы извлекались единым комплексом (по методу Шора) и исследовались отдельно. Межреберные промежутки отсекались. Аорта и крупные сосуды исследовались продольными разрезами. Пищевод отсекался продольным разрезом. Горлань не вскрывалась. Главные бронхи, долевые и часть сегментарных бронхов вскрывались продольными разрезами. Легкие вскрывались плоскостными разрезами. Селезенка вскрывалась продольным разрезом. Почки вскрыты фронтальными разрезами. Мочеточники вскрывались продольными разрезами. Сердечная сорочка вскрыта продольным разрезом по передней поверхности. Сердце исследовалось по методу Автандилова. Венечные артерии покрывались поперечными разрезами с дальнейшим продольным рассечением их просветов. Желудок вскрывался по большой кривизне. Тонкая и толстая кишки вскрывались продольными разрезами. Надпочечники исследовались фронтальными разрезами. Поджелудочная железа исследовалась продольными и поперечными разрезами. Для исследования задних отделов шеи и спины сделан задний продольный разрез. Вскрыт позвоночный канал в

шейном отделе. При проведении вскрытия использовались штатные инструменты (большой и малый ампутационные ножи, реберный нож, кишечные ножницы, пинцеты, электродрель с циркулярной фрезой). Измерение линейных размеров производилось металлической линейкой и деревянным ростомером (цена деления шкалы 0,1 см). Для измерения массы органов использовались механические весы с ценой деления шкалы 5 г. Проводилось фотографирование цифровым фотоаппаратом «Canon EOS 1100 D» с объективом «Canon EFS 18-55 mm». Для гистологического исследования взяты кусочки внутренних органов: головного мозга -1, сердце-1, легкое -2, почка - 1, щитовидная железа -1. В гистоархиве оставлены; головной мозг - 3, легкие - 2, надпочечник - 1, селезенка 1, почка 2, поджелудочная железа -1, сердце 2, печень - 1. Кусочки внутренних органов фиксировались в растворе нейтрального формалина (10%). В судебно-химическую лабораторию направлены кровь и моча для определения наличия алкоголя; часть печени, почка, желудок с содержимым и тонкой кишкой для определения наркотиков, снотворных и транквилизаторов. В биологическую лабораторию направлена кровь и желчь для определения групповой принадлежности. Для передачи следователю оставлены кожные лоскуты с ранами №№№5,6,7,13, образцы волос, не вскрытая гортань и подъязычная кость. Государственный врач СМЭ А.В.Лукьянов. Судебно-медицинский диагноз: *Основной*. Множественные колото-резаные ранения. Четыре колото-резаных ранения лица с повреждением мягких тканей, наружной костной пластинки лобной кости, левой верхнечелюстной пазухи. Два колото-резаных ранения шеи с повреждением правой яремной вены и хрящей гортани. Колото-резаные ранения груди, живота и левой верхней конечности с повреждением мягких тканей. *Осложнения*. Малоокровие внутренних органов. Аспирация крови легкими. Острая эмфизема и отек легких. Отек головного мозга. *Сопутствующие заболевания*. Атеросклероз аорты (4 стадия, 2 степень). Атеросклероз венечных артерий (4 стадия, 3 степень). Мелкоочаговый кардиосклероз. Артериоартериолонефросклероз. Выдано окончательное свидетельство о смерти. Множественные колото-резаные раны Ia.T01.0. г. нападение с применением острого предмета X99...Данные лабораторных исследований. 11.06.2013 г. получено заключение эксперта №10802г/2434 от 04.04.2013 г. судебно-химического исследования, произведенного экспертом химиком ГБУЗ БСМЭ ДЗМ Фомкиным А.С. из которого следует, что газохроматографическим методом крови и мочи трупа гр. Халилова Р.У., 55 лет метиловый, этиловый и пропиловый спирты не обнаружены. 21.06.2013г. получен акт № 9105 от 18.06.13 г. *судебно-гистологического исследования*, из которого следует, что при исследовании органов и тканей гр. Халилова Р.У., 55 лет, судебно-медицинским экспертом ГБУЗ БСМЭ ДЗМ Самсоновой В.В. обнаружено следующее. Кровоизлияние в мягкие ткани раневого канала и в жировой клетчатке, прилежащей к стенке правой яремной вены №1, в мягких тканях лица (раневого канала 3) (№3) с единичными лейкоцитами около единичных сосудов перифокальной зоны, с мелкоочаговым отеком жировой клетчатки. Кровоизлияния в мягких тканях слева №2 с немногочисленными лейкоцитами около некоторых сосудов перифокальной зоны. Неравномерное кровенаполнение сосудов органов с преимущественным малоокровием миокарда почки, щитовидной железы. Скопление эритроцитов в просветах мелких бронхов и в просвете части альвеол легких, очаги острой эмфиземы и дистелектаза в легких. Очаговый отек головного мозга. Очаговая атрофия, дистрофические изменения миокардиоцитов, мелкоочаговый периваскулярный кардиосклероз. Слабо выраженный артериоартериолосклероз в почке. Хронический интерстициальный нефрит с признаками обострения. Микрофолликулярная тиреопатия. 25.06.2013 года получено заключение эксперта №3426-х от 19.06.13 г. При судебно-химическом исследовании внутренних органов от трупа Халилова Р.У., 55 лет установлено: - желудке, печени и почке, исследованных поразнь, не обнаружено: производных барбитуровой кислоты, морфина и его производных, паикарпина, папаверина, никотина, кокаина, клозапина, элениума, тозепамы, седуксена, аминазина,

дипразина, мажептила, тизерцина, трифтазина, имизина и его аналогов, эксперт – химик Ковалевская Л.Ю. Выводы: На основании данных судебно-медицинской экспертизы трупа гр-на Таджикистана Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р., 55 лет, результатов газохроматографического, гистологического и общехимических исследований, изучив обстоятельства дела, изложенные в Постановлении, прихожу к следующим выводам: При судебно-медицинской экспертизе обнаружены следующие повреждения: 1.1. Сквозное колото-резаное ранение в лобно-височной области справа, на 9 см выше наружного угла правой глазницы на 3 см кзади от него. Рана дугообразной формы, длиной 3 см, высотой 0,4 см, дуга открыта кзади и вверх. Длинник раны ориентирован слева направо сверху вниз и спереди назад. Концы раны заострены, края со слабо выраженной крупноволнистостью, с образованием мелких полудуг длиной до 0,7 см. По нижнему краю раны определяется незначительное осаднение на ширину до 0,1 см. От раны отходит раневой канал, в направлении спереди назад, снизу вверх и несколько слева направо. Длина раневого канала 3 см., раневой канал заканчивается выходной раной дугообразной формы, длина дуги 3 см, высота около 0,4 см. края выходной раны относительно ровные, концы заострены, дуга открыта вправо, книзу и кпереди, длинник раны ориентирован параллельно входной ране. Указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего, клинком ножа, ширина клинка на уровне погружения около 3 см, длина не менее 3 см. Данное повреждение не состоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до 3-х недель (п.8.1. приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.2. Колото-резаное ранение лобной области с повреждением мягких тканей и наружной костной пластинки чешуи лобной кости. Рана №2 расположена в лобной области влево от срединной линии. Внутренний конец раны находится на 3,5 см выше проекции лобно-носового шва. Рана ориентирована справа налево и сверху вниз, при сопоставлении краев длиной 1,6 см, нижний конец заострен, верхний П-образный. От раны отходит раневой канал в направлении спереди назад, длиной 0,8 см. Указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего, кончиком ножа. Данное повреждение не состоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до 3-х недель (п.8.1. приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.3. Колото-резаное ранение лица с повреждением мягких тканей и левой верхнечелюстной пазухи. Рана №3 – расположена в проекции левой носогубной складки. Рана при сопоставлении краев длиной 4 см, ориентирована слева направо и снизу вверх. Правый конец раны представлен кожным дорезом длиной около 0,5 см, сходящим на нет от раны отходит раневой канал в направлении спереди назад и снизу вверх, длиной 4,5 см, который заканчивается в полости верхнечелюстной пазухи. Указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием плоского твердого предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего, клинком ножа, ширина клинка на уровне погружения около 4 см, длина не менее 4,5 см. данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти и не является причиной смерти. Квалифицировать данное повреждение по степени причиненного вреда здоровью не представляется возможным, так как смерть наступила до того, как определился исход травмы. 1.4. Колото-резаное ранение ротовой области с

повреждением мягких тканей. Рана №4 – расположена в ротовой полости, начинается от левого угла рта, ориентирована справа налево и снизу вверх. Рана длиной 1,2 см. края раны ровные, неосаженные, концы раны ближе к заостренным. От раны отходит раневой канал в направлении спереди назад несколько справа налево и снизу вверх, длиной 4 см. указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего клинком ножа, ширина клинка на уровне погружения около 1,2 см, длина не менее 4 см. данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до 3-х недель (п.8.1. приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.5. Проникающее в полость гортани колото-резаное ранение левой боковой поверхности шеи с повреждением мягких тканей и щитовидного хряща. Рана №5 – расположена на левой боковой поверхности шеи в нижней трети и на 146 см выше уровня стоп. При сопоставлении краев линейная, длиной 3,6 см с заостренными концами, ориентирована горизонтально справа налево и спереди назад. От раны отходит раневой канал в направлении слева направо, снизу вверх, практически во фронтальной плоскости, длиной 7,5 см. Указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего клинком ножа. Ширина клинка на уровне погружения около 3,6 см, длина не менее 7,5 см. данное повреждение состоит в причинной связи с наступлением смерти, причинило тяжкий вред здоровью опасный для жизни человека (п. 6.1.4. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.6. Колото-резаное ранение правой боковой поверхности шеи с повреждением мягких тканей и наружной яремной вены. Кожная рана №6 – расположена на правой боковой поверхности шеи в средней трети на 4 см от срединной линии и на 145 см выше уровня стоп. Рана при сопоставлении краев длиной 5,5 см, ориентирована практически горизонтально слева направо, спереди назад. Концы раны заострены. От раны отходит раневой канал в направлении сверху вниз, сзади наперед и несколько справа налево длиной 6,5 см. указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего клинком ножа. Ширина клинка на уровне погружения около 5,5 см, длина не менее 6,5 см. данное повреждение стоит в причинной связи с наступлением смерти, причинило тяжкий вред здоровью опасный для жизни человека (п.6.1.26. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.7. Непроникающее колото-резаное ранение эпигастральной области с повреждением мягких тканей. Рана №7 – расположена в эпигастральной области, ее внутренний конец находится на средней линии на 120 см выше уровня стоп. При сопоставлении краев рана представлена основной раной и дополнительным разрезом. Основная рана вертикальная длиной 3 см, верхний конец П-образный, нижний продолжается влево и вниз дополнительным разрезом длиной 2 см. от раны отходит раневой канал в направлении слева направо, спереди назад, сверху вниз, длиной 2,5 см. Указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего клинком ножа. Ширина клинка на уровне погружения около 3 см, длина не менее 2,5 см. П-образный конец кожной раны свидетельствует о наличии обушка, в дополнительный разрез – о повороте клинка об извлечении. Данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти.

При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до 3-х недель (п. 8.1. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.8. Непроницающее колото-резаное ранение правой половины груди с повреждением мягких тканей. Рана №8 - расположена на груди справа в верхней трети между среднеключичной и передней подмышечной линиями, на 13 см от средней линии и на 138 см выше уровня стоп. Рана вертикальная, линейная длиной 0,7 см, от раны отходит короткий раневой канал длиной 1 см в направлении спереди назад и несколько справа налево. Указанное повреждение причинено одним ударным, с незначительной силой воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего, кончиком ножа. Данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до трех недель (п. 8.1. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.9. Непроницающее колото-резаное ранение правой половины груди с повреждением мягких тканей. Рана №9 - расположена на груди справа в средней трети между среднеключичной и окологрудной линиями на 2,5 см от срединной линии и на 127 см выше подошвенной поверхности стоп. Основная рана вертикальная длиной 3 см. ориентирована сверху вниз. Верхний конец заострен. От нижнего конца раны под прямым углом отходит дополнительный разрез в направлении слева направо и незначительно снизу вверх постепенно сходящий «на нет», длиной 4 см. От основанной раны подкожно отходит раневой канал, длиной 4 см в направлении слева направо, спереди назад и сверху вниз. Указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего, клинком ножа. Ширина клинка на уровне погружения около 3 см, длина не менее 4 см. Дополнительный разрез свидетельствует о повороте клинка при извлечении. Данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до трех недель (п. 8.1. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.10. Непроницающее колото-резаное ранение живота с повреждением мягких тканей. Рана №10 - расположена в правом подреберье между средней ключичной и окологрудной линиями на 4,5 см от срединной линии и на 107 см выше уровня стоп вертикальная, размером 1,5x0,3 см. Нижний конец П-образный верхний конец заострен и сходит «на нет». От раны отходит короткий раневой канал длиной 1 см, в направлении спереди назад. Указанное повреждение причинено одним ударным, с незначительной силой воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего кончиком ножа. Данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до трех недель (п. 8.1. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.11. поверхностная резаная рана правой боковой поверхности живота. Рана №11 - расположена на правой боковой поверхности живота чуть кнутри от передней

подмышечной линии на 12 см от срединной линии и на 104 см от подошвенной стоп, горизонтальная длиной 1,2 см, с заостренными концами. Указанное повреждение причинено одним скользяще-давящим, с незначительной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего режущей кромкой, вероятнее всего, лезвием ножа. Данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до 3-х недель. (п. 8.1. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.12. колото-резаное ранение левого плеча с повреждением мягких тканей. Рана №12 – расположена на наружной поверхности левого плеча в средней трети веретенообразной формы, ориентирована практически вертикально. При сопоставлении краев рана линейная, длиной 1,3 см, с заостренными концами. От раны отходит раневой канал длиной 1 см в направлении сверху вниз и слева направо. Указанное повреждение причинено одним ударным, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего колюще-режущими свойствами, вероятнее всего кончиком ножа. Данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до 3-х недель. (п. 8.1. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.13. сквозное колото-резаное ранение левого плеча с повреждением мягких тканей. Рана №13 (входная) расположена на задней поверхности левого плеча в верхней трети на 138 см выше уровня стоп и на 24 см от срединной линии, неправильно веретенообразной формы, размерами 6,5x2,5 см. при сопоставлении краев дугообразной формы, длина дуги 6,5 см высота около 0,5 см дуга открыта вправо и вверх, концы ее заострены, края ее несколько мелковолнистые. От раны отходит раневой канал в направлении слева направо, незначительно сверху вниз, который идет подкожно имеет длину 9 см и заканчивается выходной раной. Выходная рана длиной 1,1 см вертикальная, расположена на 13 см левее срединной линии и на 130 см выше уровня стоп. Указанное повреждение причинено одним ударным, возможно с режущим компонентом, с достаточной силой воздействием твердого плоского предмета обладающего колюще режущими свойствами, вероятнее всего клинком ножа, ширина клинка на уровне погружения около 6,5 см, длина не менее 9 см. Данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья продолжительностью до 3-х недель. (п. 8.1. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). 1.14. пять резаных ранений ладонной поверхности левой кисти с повреждением мягких тканей. Раны №№ 14-18 – расположены на ладонной поверхности ладонной кисти вдоль условной оси, идущей снизу вверх и слева направо. Раны имеют длину от 1,5 до 2 см, нижние стенки их подрывты, верхние пологие, максимальная глубина ран до 1 см, дном раны являются мягкие с мелкоочаговыми красными кровоизлияниями, концы ран заострены. Указанные ранения причинены одним скользяще-давящим, с достаточной силой, воздействием твердого плоского предмета, обладающего режущей кромкой. Вероятнее всего лезвием ножа. Данное повреждение не стоит в причинной связи с наступлением смерти. При экспертизе живых лиц такие повреждения, обычно, квалифицируются причинившими легкий вред здоровью, как вызывающие кратковременное расстройство здоровья



продолжительностью до 3-х недель. (п. 8.1. Приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 года №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени и тяжести вреда, причиненного здоровью»). Все перечисленные повреждения прижизненные, образовались незадолго до наступления смерти (в интервал времени исчисляемый десятками минут). По имеющимся данным достоверно судить о последовательности причинения повреждений не представляется возможным. Смерть гр. Таджикистана Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. (55 лет) наступила от колото-резаных ранений шеи с повреждением правой яремной вены и гортани (повреждений указанных в п.1.5, 1.6.), осложнившихся шоком, кровопотерей и аспирацией крови легкими, сочетание которых и послужило непосредственной причиной смерти. Принимая во внимание степень выраженности трупных явлений при осмотре трупа на месте обнаружения и при исследовании в морге, считаю, что давность наступления смерти составляет около 3-5 часов. С момента фиксации ранних трупных изменений на месте происшествия. 2. Локализация обнаруженных ранений предполагает большое количество взаиморасположений потерпевшего и нападавшего (нападавших). 3. Обнаруженные ранения причинены не менее чем 14 травматическими воздействиями. 4. При судебно-химическом исследовании внутренних органов от трупа Халилова Р.У., 55 лет установлено: в желудке, печени и почке, исследованных порознь не обнаружено: производных барбитуровой кислоты, морфина и его производных, пахикарпина, папаверина, никотина, кокаина, клозапина, элениума, тазепама, седуксена, аминазина, дипрозина, можептила, тизерцина, трифтазина, имизина и его аналогов. 5. Газохроматографическим методом в крови и моче трупа гр. Халилова Р.У., 55 лет, метиловый, этиловый и пропиловые спирты не обнаружены. 6. В биологическую лабораторию направлены кровь и желчь для определения групповой принадлежности. Для передачи следователю оставлены кожные лоскуты с ранами №5,6,7,13, образцы волос, не вскрытая гортань и подъязычная кость. Государственный врач судебно-медицинский эксперт Лукьянов А.В. 27 июня 2013 г....». Таблица №1 схематического изображения повреждений и фототаблица к заключению эксперта №0607 от 03.06.2013 г. труп гр. Таджикистана Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. (55 лет).

**3. Из светокопии заключения эксперта № 3426-х от 19.06.13 года (судебно-медицинской экспертизы трупа), трупа гр. Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. (учреждение: отделение общих химических исследований ГБУЗ Бюро СМЭ ДЗМ г. Москвы) известно:** «...Краткое обстоятельство дела: «убийство». Вопросы поставленные на разрешение эксперта: определение наркотических, снотворных веществ и транквилизаторов. Описание объектов исследования. Доставлено 2 пластмассовых банки емкостью 0,5л, закрытых завинчивающимися крышками в неопечатанном виде. Этикетки на банках стандартные (форма 192у 04.10.80г) с надписью от руки синими чернилами: «10м Халилов Р.У., 55лет Закл. 607 печень+почка 03.06.13г Лукьянов». В банке содержалось 330г печени и 180г почки. Этикетка на второй банке отличается перечнем вложенных объектов: банка №2 желудка и 240г тонкой кишки. Цвет и запах органов без особенностей, рН 6-7 по универсальному индикатору. Химическое исследование. 1. 25г печени измельчались, заливались 50мл бн раствора соляной кислоты и проводился гидролиз на глицериновой бане при T=120 °C в течение 1 часа и колбе с обратным холодильником. По окончании гидролиза холодильник промывался 5мл бн раствора соляной кислоты и промывные воды присоединялись к гидролизату. Охлажденный гидролизат фильтровался, фильтр промывался 5мл бн раствора соляной кислоты и промывные воды объединялись с гидролизатом, который экстрагировался хлороформом 2 раза по 10мл, Хлороформные извлечения отделялись, а гидролизат подщелачивался 25% раствором аммиака до рН 8-9, насыщался кристаллическим бикарбонатом натрия и 3 раза извлекался смесью н/бутанол-хлороформ (1:0) порциями 20мл, 15мл и 15мл. Полученные извлечения объединялись, фильтровались через слой безводного сульфата натрия (2г) в мерную колбу на 50мл, где объем

доводился до метки смесью н/бутанол-хлороформ (1:9), 25мл полученного извлечения испарялись при комнатной температуре и полученный остаток подвергался хроматографическому исследованию на пластинке с закрепленным слоем силикагеля марки ЛС 5/40 меш в системе растворителей: этилацетат - метанол -25% раствор аммиака (85:10:5), время насыщения камеры 30 минут, пробег фронта растворителей - 14см, в присутствии свидетелей - спиртных растворов оснований морфина и кодеина. После просушивания пластинки при комнатной температуре, хроматограмма детектировалась реактивом Марки (1 капля формалина в 1мл концентрированной серной кислоты), при этом в области прохождения свидетелей наблюдались окрашенные пятна с Rf: морфина-0,31 (красно-фиолетового цвета), кодеина 0,45 (сине-фиолетового цвета), в области продвижения исследуемого извлечения подобных пятен не наблюдалось. 25г почки измельчались, заливались 50мл 6н соляной кислоты, и далее исследование проводилось, как описано в пункте 1. (гидролиз проводился в течение 1 часа) с теми же результатами хроматографического исследования. 25г желудка измельчались, заливались 50мл 6н соляной кислоты, и далее исследование проводилось, как описано в пункте 1. (гидролиз проводился в течение 1,5 часа) с теми же результатами хроматографического исследования. 25г Печени измельчались, заливались 50мл 18% раствора соляной кислоты и гидролизовались на глицериновой бане при 120°C в течение 1 часа в колбе с образным холодильником. По окончании гидролиза холодильник промывался 5мл 6н раствора соляной кислоты и промывные воды присоединялись к гидролизату. Охлажденный гидролизат фильтровался через складчатый фильтр, подщелачивался кристаллическим едким натром до pH = 9-10 по универсальному индикатору и трижды извлекался н/гептаном порциями, 10мл, 10мл и 5мл. Полученные извлечения объединялись, фильтровались через слой безводного сульфата натрия (1 г) в мерную колбу на 25мл, объем извлечения доводился до метки н/гептаном, 5мл полученного извлечения испарялись при комнатной температуре и остаток / неокрашенный/ подвергался хроматографическому исследованию на пластинке марки «Silufol». Хроматографирование проводилось восходящим способом в системе: «бензол» пробег фронта растворителя 10см, свидетели - спиртовые растворы продуктов гидролиза седуксена -2-метиламино-S-хлорбензофенона (МХБ), элениума и тазепама- 2-амино-хлорбензофенона (АХБ). После просушивания пластинки при комнатной температуре, на хроматограмме в области продвижения свидетелей наблюдались желтые пятна со следующими значениями Rf; АХБ-0,37?, МХБ- 0,49, в области продвижения исследуемого извлечения каких-либо пятен не наблюдалось. Через сутки хроматограмма рассматривалась и в УФ свете, при этом в области продвижения свидетеля МХБ - голубое свечение с Rf=0,49, в области продвижения исследуемого извлечения подобного свечения или поглощения не наблюдалось. Затем хроматограмма последовательно проявлялась следующими реактивами (реакция Браттона - Маршалла): 2н раствором соляной кислоты, 0,1% раствором нитрата натрия, через 5 минут - 0,5% раствором сульфата аммония, через 2 мин. - 0,1% раствором N-α нафтилэтилендиамина дихлорида, при этом в области продвижения свидетеля АХБ наблюдалось пятно красно-фиолетового цвета с Rf=0,37, в области продвижения свидетеля МХБ и исследуемого извлечения каких-либо окрашенных пятен не наблюдалось. 25г почки измельчались, заливались 50мл 18% соляной кислоты, и далее исследование проводилось, как описано в пункте 4. (гидролиз проводился в течение 1 часа) с теми же результатами. 25г желудка измельчались, заливались 50мл 18% соляной кислоты, и далее исследование проводилось, как описано в пункте 4 (гидролиз проводился в течение 1,5 часа) с теми же результатами. 50г печени измельчались, подкислялись 10% раствором соляной кислоты до pH=2-3 по универсальному индикатору и трижды экстрагировались ацетонитрилом, порциями 100мл, 50мл и 50мл на механической мешалке в течение 30мин, 15мин. и 15мин. Ацетонитриловые извлечения фильтровались через бумажный фильтр, увлажненный дистиллированной водой в делительную воронку на 1 литр, содержащую 0,5л 2,5% раствора сульфата натрия. Содержимое воронки тщательно перемешивалось, подкислялось 6н раствором соляной кислоты до pH=2-3 по универсальному индикатору и экстрагировалось эфиром три раза порциями по 100мл. Эфирные извлечения объединялись, упаривались до объема 100мл и фильтровались через слой безводного сульфата натрия в мерную колбу на 100мл, объем извлечения доводился до метки эфиром. Оставшийся водно - ацетонитриловый раствор подщелачивался 50% раствором едкого натра до

pH=13 по индикатору (PHAN) и извлекался эфиром, как описано выше. 10мл кислого эфирного извлечения испарялись при комнатной температуре в фарфоровой чашке. Полученный остаток с помощью хлороформа наносился на стартовую линию хроматографической пластинки с закрепленным слоем силикагеля марки ЛС 5/40меш. Хроматографирование проводилось восходящим способом в системе растворителей: хлороформ-н/бутанол-25% раствор аммиака (70:40:5) в присутствии хлороформных растворов свидетелей фенобарбитала и нембутала, время насыщения камеры - 30 минут, пробег фронта растворителей - 10см. После просушивания пластинки при комнатной температуре, хроматограмма детектировалась 0,02% хлороформным раствором; дифенилкарбазона и 2% сернокислым раствором сульфата ртути, при этом в области продвижения свидетелей наблюдались пятна сине-фиолетового цвета со следующими значениями Rf: фенобарбитал-0,37, нембутал-0,69, в области продвижения исследуемого извлечения каких-либо пятен не наблюдалось. По 10мл кислого и щелочного эфирных извлечений испарялись порознь при комнатной температуре. Полученные остатки подвергались хроматографическому исследованию на пластинке с закрепленным слоем силикагеля марки ЛС 5/40меш. Хроматографирование проводилось восходящим способом в системе растворителей: этилацетат-хлороформ-25% раствор аммиака (85:10:5) в присутствии хлороформных растворов свидетелей: пахикарпина, папаверина, никотина, кокаина, клозапина. Время насыщения камеры 130 минут, пробег фронта растворителей - 10см. После просушивания пластинки при комнатной температуре, хроматограмма детектировалась реактивом Драгендорфа, модифицированным по Штало и 0,05н раствором серной кислоты, при этом в области продвижения свидетелей наблюдалось пятна красно-оранжевого цвета со следующими значениями Rf: пахикарпина=0,25, папаверина=0,61, никотина = 0,53, кокаина=0,71, клозапина= 0,43, в области продвижения исследуемых извлечений, как кислого, так и щелочного каких-либо окрашенных пятен не наблюдалось. 10мл щелочного эфирного извлечения - испарялись при комнатной температуре до сухого остатка, который с помощью хлороформа переносился на стартовую линию хроматографической пластинки с закрепленным слоем силикагеля маркой ЛС 5/40меш. Хроматографирование проводилось восходящим способом в системе растворителей: этилацетат-ацетон-25% раствор аммиака-96° этанол (50:45:2:2), время насыщения камеры - 30 минут, пробег фронта растворителей - 13см, свидетели - спиртовые растворы аминазина, тизерцина и амитриптилина. После просушивания пластинки в токе холодного воздуха, хроматограмма детектировалась 50% раствором серной кислоты в 96° этаноле (1:1), при этом в области продвижения свидетелей наблюдались окрашенные пятна с Rf: аминазин - 0,69 (малинового цвета); тизерцин-0,71( сиреневого цвета), в области продвижения свидетеля амитриптилина и исследуемого извлечения окрашенных пятен не наблюдалось, как сразу после проявлений пластинки, так и после ее нагревания при температуре 100°С в течении 1 мин. Интенсивность окраски указанных пятен усилилась. Затем пластинка детектировалась раствором концентрированной серной кислоты, при этом в области продвижения свидетеля амитриптилина наблюдалось пятно красно-оранжевого цвета с Rf = 0,67, в области продвижения исследуемого извлечения окрашенных пятен не наблюдалось. 10мл щелочного эфирного извлечения испарялись при комнатной температуре до сухого остатка, который с помощью хлороформа переносился на стартовую линию хроматографической пластинки с закрепленным слоем силикагеля марки ЛС 5/40меш. Хроматографирование проводилось, как описано выше, в той же системе, только в качестве свидетеля использовался спиртовой раствор имизина, а детектирование проводилось концентрированной азотной кислотой в 96° этаноле (1:9), при этом в области продвижения свидетеля имизина наблюдалось пятно сине-зеленого цвета с Rf=0,59, в области продвижения исследуемого извлечения окрашенных пятен не наблюдалось. 50 г. почки исследовалось как описано в пункте 7 с теми же результатами. 50 г желудка исследовалось как описано в пункте 7 с теми же результатами. Выводы: при судебно-химическом исследовании внутренних органов от трупа Халилова Р.У. 55 лет установлено: в желудке, печени и почке, исследованных порознь, не обнаружено: производных барбитуровой кислоты, морфина и его производных, пахикарпина, папаверина, никотина, кокаина, клозапина, элениума, тазепама, седуксена, аминазина, дипрозина, мажептила, тизерцина, трифтазина, имизина и его аналогов. СМЭ химик Ковалевска Л.С.

4. Из светоконии заключения эксперта № 9195 от 3 июня 2013 года (судебно-медицинской экспертизы группа), группа гр. Халилова Рустама Уляшовича, 25.02.1958 г.р. (учреждение: судебно-гистологическое отделение ГБУЗ Бюро СМЭ ДЗМ г. Москвы) известно, что «...Обстоятельства дела; убийство. Из представленных в гистологических кассетах 10 объектов, в ходе изопропиловой проводки и заливки в парафин, изготовлено-10 гистопрепаратов, окрашенных гематоксилином и эозином. Правая яремная вена (№1) -1- представлен фрагмент стенки вены с массивным кровоизлиянием в прилежащей жировой ткани. Эритроциты плотно расположены, частично гемолизированы, с примесью клеток белой крови, в адвентиции вены около единичных сосудов местами определяются единичные лейкоциты. Очаговый отек жировой клетчатки вокруг кровоизлияний. Мягкие ткани раневого канала (№1) -1- в препарате представлены жировая ткань с прослойками соединительной ткани. В жировой клетчатке определяются очагово-сливные кровоизлияния, эритроциты густо расположены, частично гемолизированы с примесью клеток белой крови. Очаговый отек жировой ткани вокруг кровоизлияний. Очаговый спазм артерий. Перифокально около единичных сосудов, в просветах некоторых сосудов местами определяются единичные лейкоциты. Мягкие ткани шеи справа (№2) -1- в препарате представлены поперечнополосатые мышечные волокна, жировая и фиброзная ткани. В межмышечной строме и жировой клетчатке определяются очагово-сливные кровоизлияния, эритроциты густо расположены, частично гемолизированы с примесью клеток белой крови. Очаговый отек жировой ткани вокруг кровоизлияний. Мышечные волокна вокруг и в зоне кровоизлияний местами с очагами пересокращения миофибрилл. Очаговый спазм артерий. Перифокально около сосудов, в стенках и просветах некоторых сосудов местами определяются немногочисленные лейкоциты. Мягкие ткани лица (№3) -1- в препарате представлены жировая ткань, в которой определяются очагово-сливные кровоизлияния, эритроциты густо расположены, частично гемолизированы с примесью клеток белой крови. Очаговый спазм артерий. Перифокально около единичных сосудов, в просветах некоторых, сосудов местами определяются единичные лейкоциты. Легкие -2- полнокровие сосудов, капилляров, множественные кровоизлияния в альвеолы, эритроциты местами довольно плотно, местами рыхло расположены, очаги острой эмфиземы, мелкие очаги дистелектаза. Плевра не представлена, бронхи, расширены, стенки местами несколько утолщены, инфильтрированы лимфоидными и гистиоцитарными клетками с примесью немногочисленных лейкоцитов, отмечается очаговое утолщение базальной мембраны, в просвете частицы слущенного эпителия, неравномерная примесь эритроцитов. Щитовидная железа -1- очаговое полнокровие сосудов, слабое кровенаполнение капилляров, фолликулы преимущественно мелкие, местами средних размеров, небольшая часть фолликулов расширены, заполнены розовым коллоидом. Строма неравномерно разрыхлена. Почки -1- очаговое слабое кровенаполнение сосудов коры, очаговое полнокровие сосудов мозгового слоя. Незначительный склероз стенок мелких артерий, артериол, единичные склерозированные клубочки. В коре определяются очаговые скопления лимфоидных и гистиоцитарных клеток с небольшой примесью лейкоцитов, мелкоочаговый склероз стромы в этих зонах. Эпителий извитых канальцев местами низкий, мелкозернистый. Стенка чашечки не представлена. Головной мозг. -1- в препарате стволовой отдел, мягкие мозговые оболочки не представлены. Очаговое полнокровие сосудов мозга, капилляров. Очаговый периваскулярный отек. Очаговое набухание нейронов. Сердце -1- малокровие артерий и вен, очаговый спазм артерий. Преимущественное истончение миокардиоцитов, мелкие очаги гиперэозинофилии, очаги повышенной извитости и хаотичного расположения миокардиоцитов, мелкоочаговый периваскулярный кардиосклероз. Судебно-гистологический диагноз: кровоизлияния в мягких тканях раневого канала и в жировой клетчатке, прилежащей к стенке правой яремной вены (№1), в мягких тканях лица (раневого канала 3) (№3) с единичными лейкоцитами около единичных сосудов перифокальной зоны, с мелкоочаговым отеком жировой клетчатки. Кровоизлияния в

мягких тканях шеи слева (№2) с немногочисленными лейкоцитами около некоторых сосудов перифокальной зоны. Неравномерное кровенаполнение сосудов органов с преимущественным малокровием миокарда, почки, щитовидной железы, скопление эритроцитов в просветах мелких бронхов части альвеол легких, очаги острой эмфиземы и деструктазы в легких. Очаговый отек головного мозга. Очаговая атрофия, дистрофические изменения миокардиоцитов, мелкоочаговый периваскулярный кардиосклероз. Слабо выраженный артериоартериолосклероз в почке. Хронический интерстициальный нефрит с признаками обострения. Микрофолликулярная тиреопатия. 18.06.2013 г. Гос. Врач СМЭ Самсонова В.В...».

5. Из светокопии заключения эксперта № 10802-г/3426-х судебно-химической экспертизы трупа гр. Халилова Р.У., 55 лет (отделение газохроматографической методик исследования ГБУЗ Бюро СМЭ ДЗМ г. Москвы) от 06.06.2013 г. известно следующее: «...Обстоятельства дела: «Убийство». Цель исследования: алкоголь. Наружный осмотр: на исследование доставлено 2 пластиковых флакона, емкостью 40мл, закрытых завинчивающимися крышками, не опечатаны, снабжены этикетками флакон №1, (2), кровь, (моча) от трупа Халилова Р.У., 55 лет, мужчина. Заключение эксперта №607 от 3. Июня 2013 г, СМЭ Лукьянов А.В. морг №10». Во флаконе содержится 5мл крови, а в другом 5 мл мочи. Цвет и запах без особенностей. Химическое исследование. Условия хроматографического разделения: стационарный малогабаритный газовый хроматограф МХ с детектором по теплопроводности, колонка металлическая набивная 2мх3мм, заполненная ПЭГ – 1500 (20%)... В пенициллиновый флакон наливали 0,5 мл 50% раствора трихлоруксусной кислоты прибавили 0,5 мл крови после фиксации пробки, содержимое его взболтали, затем во флакон вводили шприцом 0,3 мл 30% раствора нитрата натрия и смесь тщательно взбалтывали. Шприцом отбирали из флакона 0,5 мл парогазовой фазы и вводили в испаритель хроматографа – на хроматограмме не идентифицировали пики этилнитрита со временем удерживания 15 сек. Моча исследовалась как описано выше с тем же результатом. Далее во флакон 0,5 мл 50% раствора трихлоруксусной кислоты добавили 0,5 мл крови и 0,5 мл 4% раствора и пропилового спирта (внутренний стандарт), после фиксации пробки, содержимое его взбалтывали, затем во флакон вводили шприцом 0,3 мл 3-% раствора нитрата натрия и смесь тщательно взбалтывали. Нуту шприцом отбирали из флакона 0,5 мл парообразной пробы и вводили в испаритель хроматографа. При этом на хроматограмме отмечена высота пика этилнитрита, равная – мл, высота пика внутреннего стандарта 59 мм. по выше описанной методике проводилось исследование мочи. При этом высота пика этилнитрита была равной –мм, высота пика в.с. 50мм. одновременно по вышеописанной методике рассчитывали  $\sigma_{\alpha}$  ср. при этом использовались 1,2,4,6 - ти процентные растворы этанола приготовленные на дистиллированной воде. Пересчетный коэффициент по количественному определению этанолу по вводной спиртовой смеси составляет: для крови 0,95, для мочи 1,05. При этом высота пиком этилнитрита соответственно составляет – мм; высота пиков в.с. – мм... Выводы: при судебно-химическом исследовании крови и мочи от трупа Халилова Р.У., 55 лет, (мужчина) обнаружен этиловый спирт в концентрации в крови – отр; в моче – отр. Не обнаружены метиловый и пропиловый спирты. Гос. СМЭ химик Фомин А.С. 6.июня 2013 г...».

*Каких-либо иных документов, объектов и сведений, необходимых для ответов на поставленные вопросы, на момент исследования не поступало.*

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

На основании проведенных исследований по представленным документам, и в

соответствии с поставленными вопросами, прихожу к следующим выводам, входящим в компетенцию специалиста в области судебно-медицинской экспертизы:

1. Ответ на вопрос « 1. Какова давность наступления смерти с учетом данных осмотра места происшествия, гр. Халилова Р.У., 25.02.1958 г.р. ?».

При наружном и внутреннем исследовании трупа гр. Халилова Р.У., указаны признаки, относящиеся как к острой, так и обильной кровопотере (трупное окоченение хорошо выражено в жевательных мышцах, в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях (включая пальцы кистей). При механическом воздействии по передней поверхности плеч справа и слева валика и вмятины не образуется. Трупные пятна мелкоостровчатые, слабо интенсивные, бледно-синушно-фиолетовые, расположены на задней поверхности шеи, на спине, на задних поверхностях конечностей. При надавливании пальцем в поясничной области своей окраски не изменяют.; малокровие внутренних органов. (Аспирация крови легкими. Острая эмфизема и отек легких. Отек головного мозга.), что при повреждении сосудов шеи исключено, так как при повреждении вышеуказанных сосудов развивается острая кровопотеря. Кроме того, данные гистологического исследования напрямую указывают на явления обильной кровопотери, что определяет несоответствие описательной части исследования эксперта с данными гистологического диагноза: «... Неравномерное кровенаполнение сосудов органов с преимущественным малокровием миокарда, почки, щитовидной железы, скопление эритроцитов в просветах мелких бронхов части альвеол легких, очаги острой эмфиземы и деструктазы в легких. Очаговый отек головного мозга...». Данные гистологического диагноза напрямую указывают, что после нанесения повреждений гр. Халилову Р.У., он мог жить на протяжении 2-3 часов.

Таким образом, учитывая вышеизложенное можно сделать вывод, что: между данными гистологического исследования, характером травмы (повреждение сосудов шеи), механизмом развития кровопотери (обильная кровопотеря), и описанием исследовательской части при исследовании трупа гр. Халилова Р.У. имеются существенные несоответствия, экспертом при исследовании трупа гр. Халилова Р.У. описаны признаки острой кровопотери ( без точного ее описания ), тогда как согласно данным гистологического исследования у гр.Халилова Р.У.. имелись признаки обильной кровопотери.

Массивная (обильная) кровопотеря развивается при длительном истечении больших объемов крови (50 - 70 % всей имеющейся у человека крови, то есть 2,5 - 3,5 л) из относительно небольших сосудов. При морфологически выраженной массивной кровопотери в полной мере проявляются все клинические признаки острой кровопотери. Массивная кровопотеря морфологически выражается достаточно специфическим комплексом признаков, выявляемых при исследовании трупа. При наружном исследовании обнаруживается сухость слизистых оболочек и их бледность (*переходная кайма губ, конъюнктивы, слизистая ротовой полости*), мраморные кожные покровы, слабо выраженные, бледные островчатые трупные пятна, которые появляются значительно позже, чем при других вариантах острой смерти, резко выраженное и быстрое развивающееся трупное окоченение. При внутреннем исследовании отмечается сухость и бледность мышц и внутренних органов, связанные с их малокровием, сокращенная малокровная селезенка, печень и миокард имеют глинистый вид, резкое малокровие кишечника, легких и головного мозга. При гистологическом исследовании выявляются признаки резкого малокровия микроциркуляторного русла во всех внутренних органах, признаки распространенного расстройства кровообращения в микроциркуляторном русле внутренних органов, диссеминированная внутрисосудистая коагуляция, в виде агрегации эритроцитов, формировании эритроцитарных и фибриновых тромбов в артериолах и капиллярах, резкое очаговое расширение капилляров с образованием эритроцитарных стазов и усиление кровотока с очаговым полнокровием

венозных коллекторов (почки – шунтирование кровотока). На этом фоне выявляются дистрофические изменения клеток внутренних органов, в первую очередь – почек и печени.

Так же следует отметить, что в протоколе осмотра места происшествия указано, что трупные пятна (исчезают и появляются через 90 секунд). Учитывая данные гистологического диагноза, наличия обильной кровопотери (смерть агональная), время восстановления окраски трупных пятен после надавливания на них, можно говорить, что время наступления смерти гр. Халилова Р.У. составляло около 12 часов.

При проведении экспертизы эксперт должен опираться на методы, средства, сведения о закономерностях и общих правилах, которые были бы сами по себе достоверно установлены, а не находились в стадии разработки.

При проведении данного вида экспертиз требуется дополнительные методы исследования. Обязательному направлению для физико-технического исследования подлежат: одежда, кожа, части хрящей и кости с повреждениями, паренхиматозные органы с раневым каналом, при смерти от повреждений острыми режущими, колющими, колюще-режущими, при смерти от огнестрельных повреждений и тупыми орудиями.

Для медико-криминалистического исследования должны быть взяты раны шеи слева и шеи справа, а также кусочки мягких тканей из концов раневых каналов обеих ран; кроме того контрольный кусочек кожи шеи справа на удалении от повреждений, для последующих медико-криминалистических исследований.

Для более достоверного установления времени наступления смерти гр. Халилова требуется проведение дополнительной комиссионной судебно-медицинской экспертизы, с привлечением врача – гистолога.

Специалист



Фокина Е.В.

ДИПЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА

Решение  
Высшей аттестационной комиссии  
Министерства образования и науки  
Российской Федерации  
о выдаче диплома

от 5 февраля 2010 г. № 102011

Серия ДКН № 102011 \*

г. МОСКВА

Решением  
диссертационного совета

*Московского государственного медико-  
стоматологического университета*

от 21 октября 2009 г. № 7

*Рожковой Екатерине Валерьевне*

ПРИСУЖДЕНА УЧЕНАЯ СТЕПЕНЬ

КАНДИДАТА

*медицинских наук*

Председатель  
диссертационного совета



*[Handwritten signature]*