

УДК 340.6

Г. В. Мережко

кандидат медицинских наук, доцент

профессор кафедры криминалистики Академии МВД Республики Беларусь

E-mail: meregek@mail.ru

ТРИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТА СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ АСФИКСИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВЕШЕНИЯ

Предложен танатогенетический 3-компонентный подход к формулировке судебно-медицинского диагноза при странгуляционных асфиксиях. Перечислены морфологические признаки каждого из компонентов. Исходя из наличия этих компонентов, дан пример формулировки судебно-медицинского диагноза.

Ключевые слова: асфиксия, гипоксия, странгуляционная борозда.

Результатом любого вида судебной экспертизы является заключение эксперта. Согласно ст. 95 Уголовно-процессуального кодекса (далее – УПК) Республики Беларусь «Заключение эксперта – это процессуальный документ, удостоверяющий факт и ход исследования экспертом материалов, представленных органом, ведущим уголовный процесс, и содержащий выводы по поставленным перед экспертом вопросам, основанные на специальных знаниях эксперта в области науки, техники, искусства, ремесла и иных сферах деятельности». Данный документ имеет определенную структуру и состоит из трех частей: вводная, исследовательская и выводы. Однако, есть исключение, которое касается заключения эксперта по исследованию трупов. В нем имеется самостоятельная часть, именуемая «Судебно-медицинский диагноз». Именно в этой части формулируются медицинские данные, позволяющие дать аргументированный и научно обоснованный ответ на главный вопрос, интересующий правоохранительные органы – какова причина смерти? И от того, насколько аргументированным будет этот диагноз, зависит категоричность вывода о причине смерти. В подавляющем большинстве случаев взаимосвязь диагноза и выводов не вызывает сомнения. Однако есть причина смерти, которая, несмотря на кажущуюся очевидность, периодически вызывает вопросы. И такие вопросы возникают по одной из наиболее частых причин насильственной смерти – повешение.

Механическая асфиксия (МА), по данным сводного отчета о деятельности региональных бюро судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации, стабильно занимает третье место в структуре смертности от внешних воздействий в России. Наиболее часто в экспертной практике встречается странгуляционная асфиксия в результате повешения [1; 2]. При этом наиболее сложным является вопрос о прижизненности странгуляции. Несмотря на множество работ, направленных на разрешение этой проблемы, она является актуальной [2–7]. Нами в течение многих лет проводились исследования по диагностике прижизненности странгуляции [8–12]. При этом установлен признак, который обозначен как фуксиноррагическое (ФР) повреждение тканей в результате их острой гипоксии [11–13].

Как показали результаты проведенных исследований, ФР повреждения тканей органов, расположенных на уровне и выше странгуляционной борозды, стабильно наблюдаются при

странгуляционной асфиксии. Это указывает на то, что в них в результате нарушения полноценного кровоснабжения (ишемии) развивается острая гипоксия, вызывающая ФР повреждения. В мертвых тканях такой процесс невозможен. Следовательно, острая гипоксия и ее отражение в виде ФР повреждений тканей являются неоспоримым доказательством прижизненности странгуляции. Но такой вывод дается лишь при комплексной оценке всех результатов судебно-медицинского исследования трупа с признаками странгуляционной асфиксии. Итогом такой комплексной оценки является судебно-медицинский диагноз, из которого должна четко явствовать причина смерти.

Давайте обратимся к формулировке судебно-медицинского диагноза при повешении, которую чаще всего используют судебно-медицинские эксперты: «Механическая асфиксия вследствие сдавления органов шеи петлей при повешении: одиночная, косовосходящая (спереди назад, снизу вверх), замкнутая странгуляционная борозда в верхней трети шеи; кровоизлияния в соединительные оболочки век; кровоизлияния под плевру легких». В вариантах, диагноз дополняется и словами «прижизненная странгуляционная борозда», не раскрывая морфологии прижизненности, и множеством иных общеасфиксических признаков, признаком Амюсса, переломами подъязычной кости и др. Однако в целом, все это сводится к диагностике следов механического воздействия на органы шеи, которые, как указывалось выше, могут возникать и при подвешивании трупов [14], а также признаков быстро наступившей смерти [1; 15–17], не являющихся специфическими для странгуляционных асфиксий. То есть, на основании таких диагнозов категорически заявлять о причине смерти не приемлемо.

Нами проведено исследование 129 случаев смерти от повешения и удушения петлей. При этом изучено 3525 гистологических препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону и методу ГОФП (гематоксилин-основной фуксин-пикриновая кислота) с целью выявления острых гипоксических ФР повреждений тканей, что позволило нам обозначить три основных компонента, отображающих танатогенез странгуляционной асфиксии при повешении [18].

Три компонента странгуляционной асфиксии при повешении:

1. Странгуляционный – морфологические признаки, возникшие в результате механического сдавления органов шеи и висения в петле:

- наличие и характер странгуляционной борозды (СБ), включая классические гистологические критерии диагностики локальной компрессии кожи, определяемые при окраске гематоксилином и эозином, которые имеют особенно важное значение для дифференциальной диагностики истинных и ложных странгуляционных борозд;

- кровоизлияния в кожу и мышцы шеи;
- переломы подъязычной кости и хрящей гортани;
- поперечные разрывы интимы общих сонных артерий (признак Амюсса);
- кровоизлияния в адвентицию этих сосудов (признак Мартина);
- кровоизлияния в медиальные ножки грудино-ключично-сосцевидных мышц;
- симптом Флиберга (локальная вакуолизация интимы сонных артерий);
- повреждения связок и межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника (кровоизлияния в межпозвоночные диски – симптом Симона).

2. Гипоксический – результат острого нарушения кровоснабжения тканей выше и на уровне странгуляционной борозды, определяемый при гистологическом исследовании с применением окраски ГОФП в виде ФР повреждений:

- мышечных волокон подкожной и грудино-ключично-сосцевидной мышц на уровне и выше странгуляционной борозды;
- лейомиоцитов средней оболочки общей сонной артерии и других сосудов артериального типа на уровне странгуляционной борозды;
- эпидермиса в СБ и краевых валиках;

- клеток сосочкового слоя дермы;
- клеток выводных протоков желез и волосяных фолликулов на уровне СБ;
- коллагеновых волокон сетчатого слоя на уровне СБ;
- мышечных волокон, лейомиоцитов стенок кровеносных сосудов и клеток базального эпителия языка;

- невроцитов коры головного мозга (при этом надо учитывать неравномерность ФР невроцитов лобной и затылочной долей мозга, снабжаемых кровью из разных источников).

Однако судебно-медицинский эксперт всегда должен помнить о фуксиноррагических повреждениях мышечной ткани и невроцитов головного мозга тоже гипоксического характера, но другого происхождения. Это отравление карбоксигемоглобинообразующими и метгемоглабинообразующими ядами, а также в случаях острого физического перенапряжения. Для этого необходимы контрольные исследования мышечной ткани, взятой с отделов, расположенных далеко от головы и шеи (грудные, брюшные мышцы и т. д.).

3. Асфиксический – общеасфиксические признаки, или признаки быстро наступившей смерти:

- интенсивные разлитые темно-фиолетовые трупные пятна;
- жидкая кровь в полостях сердца и сосудов;
- венозное полнокровие внутренних органов;
- переполнение кровью правой половины сердца;
- свежие точечные кровоизлияния в конъюктивах век;
- кровоизлияния под плевру и под эпикард (пятна Тардье);
- пердиapedезные кровоизлияния и отек головного мозга;
- признаки непроизвольного мочеиспускания, дефекации, эякуляции у мужчин и выталкивания слизистой пробки из шейки матки у женщин;
- очаговая эмфизема легких;
- синюшная окраска кожных покровов головы и шеи;
- отек мягких тканей лица.

На наш взгляд, именно такой порядок расположения трех основных компонентов странгуляционной асфиксии отображает танатогез повешения (задушения), а диагноз, сформулированный по такому принципу, является патогенетическим: морфологические изменения в результате механического воздействия на органы шеи – острые гипоксические изменения тинкториальных свойств ФР тканей органов шеи и головы – формирование общеасфиксических признаков, развившихся в результате быстро наступившей смерти.

Только при наличии признаков каждой из трех составляющих компонентов возможна формулировка полного судебно-медицинского диагноза, позволяющего сделать категорический вывод о причине смерти. Отсутствие одной из составляющих не освобождает эксперта от формулировки судебно-медицинского диагноза, но вывод о причине смерти, в этом случае, может быть сделан только в вероятной форме. И даже отсутствие странгуляционной борозды в результате гнилостных изменений или воздействия пламени, при выраженных ФР повреждениях мышечных волокон, лейомиоцитов стенок кровеносных сосудов и клеток базального слоя эпителия языка, позволяют в вероятной форме высказаться о причине смерти. Например: «Наличие фуксиноррагических повреждений мышечных волокон, лейомиоцитов стенок кровеносных сосудов и клеток базального слоя эпителия языка, которые возникают при острой гипоксии, при отсутствии таковых в мышцах живота, не исключают наступления смерти от странгуляционной асфиксии».

Пример одного из вариантов формулировки судебно-медицинского диагноза:

«Механическая асфиксия в результате сдавления органов шеи петлей при повешении: одиночная незамкнутая косовосходящая спереди назад странгуляционная борозда в верхней части шеи с кровоизлияниями в мягких тканях по ходу борозды, в краевых валиках и в грудинно-ключично-сосцевидные мышцы с признаками острой ги-

поксии – выраженные фуксиноррагические повреждения кожи и мышечных волокон подкожной и грудинно-ключично-сосцевидной мышц на уровне и выше странгуляционной борозды, мышечных волокон, лейомиоцитов стенок кровеносных сосудов и клеток базального эпителия языка, невроцитов коры головного мозга, преимущественно в лобной доле; мелкоточечные кровоизлияния в конъюнктивы нижних век, жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру (пятна Тардье)».

Как следует из предложенного примера, формулировка вывода о прижизненности странгуляции и причине смерти не составит труда.

Но для того чтобы получить данные для судебно-медицинской диагностики, необходимы результаты проведенных в ходе судебно-медицинской экспертизы исследований. Естественно, что судебно-медицинский эксперт-гистолог должен иметь четкие указания на цели исследований представленных кусочков органов и тканей, которые должны быть оговорены в направлении на судебно-гистологическое исследование. При судебно-медицинском исследовании трупа эксперт, в зависимости от состояния покойного, должен определить перечень объектов, необходимых для определения факта странгуляции и ее прижизненности. Исходя из результатов наших исследований, представляется возможным предложить следующий перечень объектов (кроме общепринятых), направляемых на судебно-гистологическое исследование с окраской срезов методом ГОФП:

- кожа со странгуляционной бороздой и неповрежденной частью;
- подкожная мышца с маркировкой на уровне и выше странгуляционной борозды;
- грудинно-ключично-сосцевидная мышца на уровне странгуляции;
- для контроля – отмаркированный кусочек мышцы передней брюшной стенки;
- кусочек языка с области средней трети (вне зоны прикусывания);
- отмаркированные кусочки лобной и затылочной долей головного мозга с корковым веществом.

Считаем необходимым заметить, что сравниваемые срезы тканей (лобная и затылочная доля, мышца шеи и мышца передней брюшной стенки) для окраски лучше размещать на одном предметном стекле. Это позволит быть уверенным в том, что сравниваемые срезы окрашивались при одних условиях (концентрация красителей, температура, время и т. д.)

Конечно, в зависимости от конкретных обстоятельств: обгорание, выраженные поздние трупные явления, части расчлененного тела и т. д. возможны и другие варианты. Например, отмаркированные кусочки остатков кожи с различных частей шеи, отмаркированные кусочки мышц шеи, лица, головы и т. д.

Таким образом, нами предложен танатогенетический 3-компонентный подход к формулировке судебно-медицинского диагноза при странгуляционных асфиксиях, а исходя из наличия этих компонентов, формулировка категорического или вероятного вывода о причине смерти. Такие выводы несомненно будут иметь высокую степень обоснованности в процессе оценки доказательств (ст. 105 УПК Республики Беларусь) с точки зрения достаточности для окончания предварительного расследования и разрешения уголовного дела в судебном разбирательстве.

Список использованных источников

1. Богомолов, Д. В. Особенности танатогенеза при обтурационной асфиксии / Д. В. Богомолов, М. Барина, Г. Г. Семенов // Суд.-мед. эксперт. – 2006. – № 3. – С. 30–31.
2. Пиголкин, Ю. И. Характеристика смертности в Российской Федерации / Ю. И. Пиголкин, Ю. В. Сидорович // Суд.-мед. экспертиза. – 2011. – № 1. – С. 14–18.
3. Мишин, Е. С. Судебно-медицинская экспертиза удушения петлей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.24 / Е. С. Мишин. – СПб., 1997. – 30 с.

4. Молин, Ю. А. Судебно-медицинская экспертиза повешения : моногр. / Ю. А. Молин. – СПб : НПО Мир и семья-95, 1996. – 336 с.
5. Crompton, M. R. Frontocranial suspension on unusual form of hanging / M. R. Crompton // Med. Sci. Law. – 1986. – Vol. 26, N 3. – P. 203–206.
6. Okros. Deutsche Zeitschrift fur die gesamte gerichtliche Medizin., Bd 29. – 1938.
7. Polson, C. I. The Essentials of Forensic Medicine / C. I. Polson, D. I. Yee, B. Knight. – 4th ed. – London, 1985.
8. Мережко, Г. В. / Судебно-гистологическая экспертиза прижизненности strangуляции в осложненных случаях / Г. В. Мережко, Г. А. Берлов // Здоровоохранение. – 2003. – № 10. – С. 17–19.
9. Мережко, Г. В. Некоторые гистологические изменения головного мозга при повешении / Г. В. Мережко // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. Новые направления в медицине : материалы Всеармейской междунар. конф., посвящ. 200-летию гос. учреждения «432 ордена Красной звезды главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь», 18 авг. 2005 г. / под ред. В. Н. Бордакова. – Минск : УП «Технопринт», 2005. – С. 179–180.
10. Мережко, Г. В. // Мозговой «фуксиноррагический» маркер прижизненности повешения / Г. В. Мережко, Г. А. Берлов // Здоровоохранение. – 2005. – № 3. – С. 43–44.
11. Мережко, Г. В. Окраска тканей гематоксилином-основным фуксином-пикриновой кислотой (ГОФП) в судебно-медицинской практике / Г. В. Мережко // Актуальные вопросы антропологии / Институт истории НАН Беларуси. – Минск : Право и экономика, 2008. – Вып. 2. – С. 284–289.
12. Мережко, Г. В. Судебно-медицинская диагностика прижизненности strangуляции / Г. В. Мережко; учреждение образования «Академия Министерства внутренних дел Респ. Беларусь». – Минск : Акад. МВД, 2015. – 87 с.
13. Lie, J. T. Pathology of the tuocardium auf conduction system in sudden coronary deatu / J. T. Lie, J. I. Titus // Cirulation. – 1975. – Vol. 52 (Suppl. III). – P. 41–52.
14. Авдеев, М. И. Судебно-медицинская экспертиза трупа : руководство / М. И. Авдеев. – М., 1976. – 677 с.
15. Атлас по судебной медицине / под ред. Ю. И. Пиголкина, И. Н. Богомоловой. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 312 с.
16. Концевич, И. А. Судебно-медицинская диагностика strangуляций : моногр. / И. А. Концевич. – Киев, 1968. – 156 с.
17. Мережко, Г. В. К вопросу о судебно-медицинской диагностике strangуляционной асфиксии при повешении / Г. В. Мережко // Избранные вопросы военной медицины. – Минск, 2000. – С.128–131.
18. Митяева, Н. А. К вопросу морфологической диагностики прижизненных и посмертных strangуляционных борозд / Н. А. Митяева // Сб. науч. работ по судебной медицине и пограничным областям. – М., 1955. – № 2. – С. 59–64.

Дата поступления: 05.09.2016

G. V. Merezhko

candidate of medical sciences, docent
professor at the department of criminalistics
of the Academy of the MIA of the Republic of Belarus

THREE DIAGNOSTIC COMPONENTS OF STRANGULATION ASPHYXIA RESULTING FROM HANGING

Proposed in this paper is a three component approach to formulation of a forensic medical diagnosis of thanatogenesis in strangulation asphyxia. The morphological characteristics of each component are listed below. According to the presence of these components an example for formulation of diagnosis is given.

Keywords: asphyxia, hypoxia, strangulation furrow.