

ГОРЬКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. С. М. КИРОВА

А. П. ЗАГРЯДСКАЯ, Д. Е. ДЖЕМС-ЛЕВИ

СУДЕБНО - МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА
СПОСОБНОСТИ К АКТИВНЫМ
ДЕЙСТВИЯМ ПРИ СМЕРТЕЛЬНЫХ
МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Методические рекомендации

ГОРЬКИЙ, . 1978

АННОТАЦИЯ

Дополнительные рекомендации преследуют цель помочь студентам медицинских институтов и интернам, изучающим курс судебной медицины, овладеть слабо освещенным в учебниках и руководствах вопросом о способности к самостоятельным активным действиям потерпевших со смертельными механическими повреждениями. В аспекте анализа принципов подхода к разрешению этого вопроса при проведении соответствующих экспертиз наряду с примерами, заимствованными из литературных источников, приводятся наблюдения из многолетней собственной судебно-медицинской практики авторов.

Пособие может быть полезным и врачам-судебным медикам, а также специалистам других профилей, привлекаемым к производству судебно-медицинских экспертиз. Интересные для себя сведения найдут в нем и работники органов дознания, следствия, суда.

ВВЕДЕНИЕ

"Три расследования преступления против личности, у работников следствия и суда нередко возникает вопрос о способности потерпевшего, получившего смертельное повреждение, совершать самостоятельные целенаправленные действия – пройти или пробежать то или иное расстояние, оказывать сопротивление, кричать, разговаривать и т. п. В соответствующих случаях при наличии двух или более смертельных повреждений иногда требуется установить, мог ли потерпевший, будучи смертельно раненым, нанести себе второе, •также смертельное повреждение.

В равной степени вопрос о способности к действиям может возникать и в случаях тяжелой травмы лиц, оставшихся в живых вследствие оказания неотложной хирургической помощи. Известно, что благодаря успехам нейрохирургии, торакальной хирургии, реаниматологии многие повреждения, ранее всегда приводившие к смерти, теперь в ряде случаев заканчиваются выздоровлением. Часто такие потерпевшие, особенно с черепно-мозговой травмой, забывают как обстоятельства происшествия, так и предшествующие и последующие события, в которых они принимали участие, или наоборот, могут неправильно представлять эти события. В таких случаях судебно-медицинский эксперт, основываясь на характере повреждений, должен решить, соответствуют ли показания потерпевшего действительному положению вещей, т. е. мог ли он с имеющимися повреждениями совершать те действия, о которых говорит.

Определенный ответ на вопрос о способности к тем или иным действиям лиц, получивших смертельную травму, может позволить следствию или суду проверить версию происшествия, показания обвиняемого, свидетелей, исключить убийство или самоубийство и пр.

Для суждения о возможности совершения целенаправленных действий при смертельных повреждениях в первую очередь необходимо детальное исследование трупа, правильная оценка обнаруженных морфологических изменений и четкое представление о функциональных возможностях травмированного органа. Помимо этого, надо быть хорошо знакомым с отражающими вопрос литературными источниками как су-

дебно-медицинскими, так и из области травматологии, реаниматологии и хирургии. Между тем описание случаев совершения целенаправленных сознательных действий при смертельных повреждениях разбросано по отдельным журналам и сборникам, и ознакомление с ними для практического врача, особенно работающего на периферии, совершенно невозможно. Тем более затруднительно изучение работ клинического профиля, в которых, наряду с анализом специальных аспектов, иногда уделяется внимание и такому своеобразному вопросу, как способность к действиям пострадавших.

В учебниках и руководствах по судебной медицине (М. И. Авдеев, 1959, 1976; А. П. Громов, 1970; под ред. А. Р. Денковского и А. А. Матышева, 1976, и пек. др.) способности к действиям при смертельной травме отводится мало внимания, а в большинстве старых учебников такого раздела вообще не существует.

Из монографических работ имеется только кандидатская диссертация В. Д. Бакетина «О способности совершать самостоятельные, активные, направленные действия при тяжких, опасных для жизни, повреждениях черепа и головного мозга со смертельным и несмертельным исходом» (Л., 1973). Что касается повреждений других жизненно важных органов, то в плане способности к действиям при их повреждениях подобных обобщающих работ вообще не имеется.

Авторы приведенных выше учебников и руководств по судебной медицине касаются, в основном, вопроса о способности к действиям при повреждениях черепа и мозга, сердца и крупных сосудов, реже — при травме органов живота. Между тем вопрос о способности к самостоятельным действиям может возникнуть и в случаях размятия тела, при повреждениях костного скелета и травме многих других видов, применительно к которым в судебно-медицинских литературных источниках необходимых данных практически не имеется.

Исходя из сказанного, авторы поставили своей задачей в сжатой форме обобщить судебно-медицинский и клинический материал, присовокупив собственные наблюдения по столь важному для экспертизы и следствия вопросу, как способность к самостоятельным активным действиям при тяжких опасных для жизни механических повреждениях с тем, чтобы облегчить студентам медицинских институтов и интернам его изучение, а судебно-медицинским экспертам и врачам других специальностей, привлекаемых к производству экспертных исследований, помочь при оценке соответствующих данных в конкретных случаях практики.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА

Повреждения черепа и головного мозга представляют собой один из основных видов механической травмы, приводящей к смерти. Как отмечает М. И. Авдеев (1967), ссылаясь на многочисленные литературные источники, наибольшую смертность при всех видах травматизма, особенно при автотранспортных происшествиях, обуславливает черепно-мозговая травма.

Несмотря на значительный процент смертности от тяжелой черепно-мозговой травмы, практически все авторы, занимавшиеся ее изучением, считают, что не только переломы костей черепа, но и ушибы головного мозга и внутримозговые кровоизлияния не всегда сопровождаются немедленной потерей сознания, и в ряде случаев возможны сложные самостоятельные действия пострадавших. Так, по мнению А. П. Громова (1970), такие действия могут быть исключены лишь при повреждении продолговатого или стволового отделов мозга.

Вместе с тем, следует отметить, что первичные кровоизлияния в ствол мозга и в продолговатый мозг, возникающие непосредственно в результате травмы, по данным И. З. Дынкиной (1967), В. Г. Науменко (1967) и др. встречаются очень редко. Отмечаемые же довольно часто при секции трупов кровоизлияния в эти отделы мозга являются вторичными и «отражают конечную стадию травматического процесса» (В. Г. Науменко, 1967).

Исход черепно-мозговой травмы, согласно положению, выдвинутому S. Loenneken, зависит не столько от обширности и тяжести повреждений, сколько от длительности периода гипоксии мозга (цит. по Ю. В. Исакову, 1977).

Шок при травмах мозга большинством авторов исключается вообще, меньшая часть считает, что он наблюдается, но очень редко. Так, Ю. В. Исаков (1977) пишет, что по данным института им. Склифосовского, среди 9500 больных с различной по степени тяжести черепно-мозговой травмой, шок отмечен у 68, т. е. меньше, чем в 1% случаев.

Основным моментом, который исключает возможность сознательных действий при повреждениях головного мозга, является потеря сознания. Она служит признаком сотрясения головного мозга и поэтому может наблюдаться при отно-

сительно Легких повреждениях его. Вместе с тем, при очень тяжелых ушибах мозга сознание может сохраняться.

Данные разных авторов о частоте потери сознания при тяжелых черепно-мозговых травмах неодинаковы. Так, В. С. Житков (1959), изучивший 42 случая смертельной травмы головы, возникшей при падении из вертикального положения (с высоты роста) отмечает, что большинство пострадавших сразу после травмы теряло сознание.

В наблюдениях О. А. Ромодановского (1974) из 58 человек, получивших тяжелую черепно-мозговую травму в результате падения на плоскость с высоты роста, 11 непосредственно после происшествия находились в сознании, самостоятельно приходили домой, как правило, без посторонней помощи.

Л. А. Семененко и Ю. П. Эдель (1956) сообщают, что из 105 пострадавших 19 с обширными разрушениями костей черепа при поступлении в стационар, а большая часть из них и до момента смерти, находились в сознании. В нескольких случаях пострадавшие с обширной и тяжелой травмой головы некоторое время после события ходили и совершали ряд сознательных действий. Одновременно авторы отмечают, что почти во всех случаях, когда перелома костей черепа не было, пострадавшие от момента травмы и до смерти находились в бессознательном состоянии. Объясняют авторы это тем, что при наличии перелома костей возникает своеобразная декомпрессия. Такой же точки зрения придерживается В. М. Бакетин (1973).

В. Г. Науменко и В. В. Грехов (1975) пишут, что по их данным целенаправленные (осознанные) действия у лиц, умерших от черепно-мозговой травмы, наблюдаются относительно редко. Это бывает в случаях обширных эпи- или субдуральных гематомах больших полушарий при отсутствии или слабой выраженности очагов ушиба мозга. Авторы пишут: «значительно чаще имеет место комплекс неосознанных действий характера рефлекторного автоматизма. Они совершаются сразу после травмы в кратковременный период неполного нарушения сознания типа сумеречного состояния, имеют только кажущуюся целенаправленность и не адекватны окружающей обстановке».

Интересно отметить, что большинство исследователей смертельной черепно-мозговой травмы констатирует, что состояние алкогольного опьянения способствует сохранению сознания и способности совершать целенаправленные действия. Дальнейшее же течение травмы у таких лиц бывает более тяжелым, чем у трезвых (В. П. Десятое и Н. С. Бендик, 1965; В. М. Бакетин, 1973; Ю. В. Исаков, 1977 и др.).

Сами по себе переломы костей черепа, без сопутствующих повреждений мозга и мозговых оболочек, могут никак не сказываться на способности к совершению сознательных действий.

В одном нашем наблюдении гр-н К., 43 лет, шофер по профессии, получил удар колом по голове. Сознание не терял, на несколько дней освободился от работы в связи с ушибленной раной головы, затем продолжал работать шофером. Через месяц после происшествия, при судебно-медицинском освидетельствовании, были отмечены микросимптомы черепно-мозговой травмы. Рентгенографически обнаружена зияющая сагиттальная трещина правой теменной кости, протяженностью около 12 см.

Среди переломов черепа наиболее тяжелыми считаются переломы основания. В отношении способности к действиям при таких повреждениях мнения авторов резко расходятся. Так, В. П. Десятое и Н. С. Бендик (1965), проанализировав 38 случаев переломов основания черепа, пришли к категорическому выводу: «При переломах основания черепа ни к каким активным действиям человек не способен».

Н. С. Бендик (1969) пишет, что по его данным смертность при переломах основания черепа составляет 74,6% (из 51 случая наблюдавшихся переломов). И вновь отмечает: «Нам не встретилось ни одного случая, в котором человек с переломом основания черепа был бы способен к активным действиям».

В противоположность этому мнению три интересных наблюдения приводит Е. А. Яковлева (1928).

М. был на ярмарке, много пил. Пришел домой в хорошем настроении, напевал аесни, рассказывал о дневных впечатлениях, после чего лег спать. Ночью начал сильно храпеть и вскоре умер. При исследовании трупа – вокруг большого затылочного отверстия обнаружены множественные кольцевидные трещины, «основание мозга залито кровью». Обстоятельства травмы установлены не были, однако она могла произойти только до прихода домой.

М. 22 лет, упал на ягодицы с воза с сеном. Почувствовал легкое головокружение, но продолжал работать по уборке сена. Вечером лег спать, по головокружение усилилось, и он пошел в больницу, расположенную на расстоянии 18 км. Шел 6 часов. В больнице позавтракал, принял ванну, после которой почувствовал себя плохо, вскоре потерял сознание и умер. При вскрытии трупа обнаружен двусторонний перелом костей основания черепа, направленный от большого затылочного отверстия к большому затылочным отверстием и турецким седлом. «Основание мозга залито кровью».

И. в 8 ч. утра доставал воду из колодца. Ручкой ворота его ударило по лбу, от чего он упал на затылок, но тут же встал и продолжал работу. Вечером пил водку и танцевал. На следующий день почувствовал себя плохо и пошел в больницу, был госпитализирован с диагнозом – «перелом лобной кости». К вечеру впал в бессознательное состояние и скончался. При вскрытии трупа обнаружен перелом лобной кости в форме неправильного полукруга и две трещины основания черепа между большим затылочным отверстием и турецким седлом. «Основание мозга залито кровью».

Все три приведенных случая, даже при недостаточно четкой морфологической характеристике и некоторой примитивности описания повреждений черепа и головного мозга, подтверждают мнение, что при переломах костей основания черепа (наличие которых не должно вызывать сомнения) сознание и двигательная активность могут сохраняться длительное время.

Одним из частых последствий черепно-мозговой травмы являются эпидуральные и субдуральные гематомы. Для тех и других (особенно если они не сопровождаются тяжелыми повреждениями головного мозга) весьма типично наличие т. н. «светлого промежутка» как непосредственно после травмы, так и после кратковременной потери сознания. Способность к действиям при этих повреждениях широко известна и является даже диагностическим признаком, в связи с чем не нуждается в подтверждении примерами из клинической или судебно-медицинской практики.

Интересно, что 10. В. Исаков (1977) констатируя, что из 114 потерпевших с эпидуральными гематомами у 88 наблюдался «светлый промежуток», отмечает, что эпидуральные гематомы чаще всего не сочетаются с выраженными повреждениями головного мозга. При этом, однако, следует иметь в виду, как справедливо пишет В. Г. Науменко (1967), что из над- и подбололочных гематом особенно опасны те, которые располагаются в области основания мозга и варолиева моста, т. к., даже не достигая большого объема, они могут быстро привести к летальному исходу, вызывая острые расстройства ликворо- и кровообращения в базальных цистернах мозга.

Способность к совершению осмысленных действий при черепно-мозговой травме некоторые авторы связывают с областью поражения. Так, В. М. Бакетин (1973), изучив 112 случаев черепно-мозговой травмы, закончившейся смертью, установил, что частота сохранения сознания и способности к самостоятельным действиям (речь, ходьба, бег, оказание сопротивления и др.) находится в определенной зависимости от локализации повреждений. По его данным сознание у потерпевших сохранялось по частоте в следующей последовательности: чаще всего — при повреждениях лобной области, реже — теменных, лобно-теменных, лобно-теменно-височных, при сочетании повреждений базальных отделов мозга с переломами основания черепа, затылочной, височной и затылочно-теменной областей. Сознание терялось наиболее часто, при сочетанных повреждениях затылочно-теменной и височно-затылочной областей, а также при ушибах мозга и внутричерепных кровоизлияниях при целостности костей черепа.

По частоте сохранения речи и способности совершать активные, направленные действия первое место занимали повреждения лобной, лобно-теменной, теменной и височной областей.

Такой же точки зрения придерживается О. Х. Поркшеян (1976). При этом он отмечает, что активные действия при черепно-мозговой травме могут совершаться как до наступления потери сознания, так и, правда реже, после кратковременной его потери. Последняя, как правило, наблюдается при повреждениях височно-затылочной и сочетанных повреждениях лобной и затылочной локализации.

Сказанное, естественно, не означает, что во всех случаях тяжелой черепно-мозговой травмы указанных областей сохраняется сознание и способность к целенаправленным действиям. Чаще сознательная деятельность при такой травме не наблюдается, если же она сохраняется, то в указанной авторами последовательности.

Следует, однако, подчеркнуть, что при падениях на затылок из вертикального положения и возникающем при этом ушибе полюсов лобных и височных долей потерпевшие, чаще всего с момента травмы, длительное время находятся в бессознательном состоянии и, если не умирают, то у них потом наблюдается ретроградная амнезия. Ю. В. Исаков (1977) пишет, что в институте им. Склифосовского из 50 больных с тяжелым ушибом лобных долей, возникшем по механизму противоудара, погибли 27. Клиническая картина при этой патологии характеризуется сопором или комой, возникающей сразу после травмы или спустя 1–3 суток.

При таком механизме травмы способность к действиям сохраняется относительно редко, хотя ряд таких наблюдений и имеется.

В нашей практике был случай, когда К., 27 лет, получив удар в лицо, упал затылком о твердый грунт. После падения он встал и тут же ушел домой. Последующие два дня жаловался на головную боль, но продолжал работать. Через 3 недели появилась резкая головная боль, в последующем – рвота и потеря сознания. Был доставлен в больницу, где оперирован по поводу хронической субдуральной гематомы, которая частично была удалена, но пострадавший через несколько часов умер. На секции обнаружены остатки гематомы, судя по цвету, различной давности, крупный участок ушиба полюса левой лобной доли мозга с размягчением." и небольшой такой же участок ушиба в правой затылочно-теменной области. Несмотря на наличие двух очагов ушиба мозга и субдуральную гематому, пострадавший на протяжении 3 недель продолжал работать.

Н. А. Сингур (1970) приводит аналогичные примеры:

М., 55 лет, будучи пьяным, упал с трамвая и ударился головой о мостовую. Отправлен в милицию, откуда через несколько часов освобожден. На следующий день задержан на улице как пьяный, и направлен в выт-

результат, где через 5 часов скончался. При вскрытии трупа: в области затылка рана и кровоизлияние в мягкие ткани, трещина основания черепа от левой половины затылочного отверстия до правой пирамиды, субдуральная гематома в области свода, на базальной поверхности обеих лобных и височных долей очаги ушиба мозга на глубину до 2 см.

. М., 23 лет, поскользнулся и упал, ударившись головой об асфальт. После падения встал, самостоятельно дошел домой, жаловался на головную боль. Через 5–6 часов головная боль усилилась, появилась рвота. Был помещен в больницу через 10 часов после травмы в тяжелом бессознательном состоянии, оперирован, и через 9 часов умер. При судебно-медицинском исследовании трупа – трещина чешуи левой височной кости, переходящая в среднюю черепную яму, эпидуральная гематома, очаги субарахноидального кровоизлияния в височных долях, множественные кровоизлияния и очаги разрушения коры левой височной доли, множественные кровоизлияния в коре правой височной доли и в полюсе правой затылочной кости.

Два подобного же характера наблюдения приводит В. Е. Локтев (1970).

С., 38 лет, в нетрезвом состоянии упал на улице. Сознания не терял, самостоятельно дошел домой, пообедал. Через 10 часов внезапно потерял сознание. Доставлен в больницу, где через 6 часов умер. При вскрытии трупа обнаружено кровоизлияние в мягкие ткани левой височной области, на этом же уровне – эпидуральная гематома (350 мл), перелом левой теменной кости, переходящий на основание, множественные точечные кровоизлияния в левой височной доле и на дне 4-го желудочка, отек и набухание головного мозга.

Д., 36 лет, будучи в алкогольном опьянении, упал, ударившись головой об асфальт. Сознание не терял, домой дошел самостоятельно, рассказал о падении. Жаловался на головную боль, была рвота. Ночь спал спокойно, но было непроизвольное мочеиспускание. На следующий день в 15 часов потерял сознание и был направлен в больницу, где оперирован, но через 2 дня умер. На вскрытии: обширное кровоизлияние в мягкие ткани левой височно-теменной области, перелом левых лобной, теменной и височной костей, распространяющийся на основание, обширная субдуральная гематома, ушиб мозга в лобной и теменной долях с обеих сторон.

Следует отметить, что данные о частоте переломов костей черепа при падении на голову из вертикального положения (с высоты роста) весьма противоречивы. Так, если Н. А. Сингур (1970) во всех разобранных ею 12 случаях падения на затылок констатировала перелом костей основания черепа, то О. А. Ромодановский (1977) из 39 наблюдений падения на затылок обнаружил перелом костей основания черепа только один раз.

В нашей практике при падении из вертикального положения навзничь в подавляющем большинстве случаев наблюдались переломы костей основания черепа.

Случаи сохранения сознания и способности к активным действиям при внутримозговых гематомах приводит Ю. В. Исаков (1977),

Д., 35 лет, получил травму головы и после «светлого промежутка» продолжительностью 2 суток госпитализирован в связи с потерей сознания и нарастающей комой. При операции удалена субдуральная гематома, объемом более 110 мл, однако, спустя 5 часов после операции, пострадавший умер. При вскрытии его трупа обнаружены перелом затылочной кости, множественные очаги красного травматического размягчения в белом веществе полушарий, стволе и мозолистом теле и внутримозговая гематома в правой лобной доле.

Крайне редкий случай повторной травмы черепа и мозга описывают В. Н. Добрынченко, Н. Д. Асмолова, А. В. Маслов (1970).

Д.. 32 лет. будучи в нетрезвом состоянии, упал в бане навзничь, ударившись о цементный пол головой. Машиной скорой помощи доставлен в медпункт, а оттуда домой. В течение следующего дня жаловался на головные боли, тошноту, был возбужден. Затем потерял сознание и был госпитализирован. Через 10 часов после поступления умер. При исследовании трупа обнаружено кровоизлияние в мягкие ткани затылочной области, перелом затылочной кости справа длиной 10 см, очаг ушиба правой лобной доли, гнойный лептоменингит. Помимо этого, имелся консолидированный вдавленный перелом крыши левой глазницы, деформация решетчатой кости и старый абсцесс левой лобной доли.

В данном случае непосредственной причиной смерти явился гнойный лептоменингит, возникший в результате разрыва стенки абсцесса мозга при повторной травме головы с переломом костей черепа и ушибом мозга. Первая травма черепа была пять лет назад.

Пример сохранения способности к действиям после кратковременной потери сознания при черепно-мозговой травме приводит М. И. Авдеев (1976).

М.. 30 лет, упал с велосипеда, ударившись головой. Минут 10 был без сознания, затем с посторонней помощью поднялся, посидел некоторое время и пошел домой, где у него обнаружили кровотечение из уха и отравили в больницу. В больнице рассказал о происшедшем, потерял сознание и умер. На вскрытии: пропитывание кровью левой височной мышцы. трещина черепа от левого теменного бугра по левой височной кости и через основание черепа к правой пирамиде. Эпидуральная гематома 100 мл, кровоизлияние под мягкие мозговые оболочки правого полушария, очаги ушиба головного мозга с размозжением в коре правой височной доли, кровоизлияние в передний отдел левой височной доли. Близкое по клиническому течению повреждение описывает Ю. В. Исаков (1977).

С. 64 лет, госпитализирована в связи с автомобильной травмой. В момент происшествия была кратковременная потеря сознания. В стационар поступила в сознании, жаловалась на тошноту и головную боль. Очаговых и менингеальных симптомов не отмечалось. Спустя 4 с половиной часа, состояние внезапно ухудшилось, наступила кома. При операции удалена эпидуральная гематома объемом более 250 мл. К концу операции больная скончалась. При исследовании трупа обнаружены множественные трещины височной, теменной и затылочной костей справа, очаги травматического размягчения в белом веществе правого полушария, вклинение медиальных отделов правой височной доли в отверстие мозжечкового канала,

По данным клиницистов (И. М. Иргер, 1959; Ю. В. Исаков, 1977), в случаях расположения центрального участка контузионного очага в функционально значимых отделах мозга наблюдаются стойкие явления выпадения. Так, при повреждении лобных долей на первый план выступает психомоторная симптоматика — возбуждение, спутанность мышления, агрессия, эйфория, значительное снижение критики. При поражении коры в лобно-базальных отделах выявляется аффективная и моторная расторможенность, эйфория и благодушно-оптимистическое настроение при грубом нарушении критики своего состояния, но при сохранении ориентировки в окружающем.

При поражении нремоторной области отмечаются нарушения интеграции моторики с потерей способности к тонким дифференцированным движениям. Чаще всего двигательные расстройства ограничиваются одной конечностью или кистью.

В случаях поражения коры височной и нижне-теменной долей могут нарушаться узнавание, понимание речи и письма, ориентировка в пространстве и в своем теле. При расположении очага поражения в левой лобно-височной области наблюдается моторно-сенсорная афазия.

Чаще эти выпадения выявляются в более поздние периоды, а не непосредственно в момент травмы, хотя и такую возможность исключить нельзя.

А. Е. Горелышева (1955) приводит следующее наблюдение:

М., 27 лет, электропилой нанесено ранение головы, которое проходило в косом направлении через кости черепа и левое полушарие головного мозга, полностью разрушив извилину Брока. Тем не менее, пострадавший успел назвать свой домашний адрес, отдать некоторые распоряжения, после чего скончался. По словам свидетелей, отмечалась лишь незначительная дезартикуляция речи.

С. Д. Вляхман и В. Б. Айрапетов (1969) описали случай самоубийства психически больной путем вколачивания гвоздя в голову.

М., 61 года, ушла в кладовую и долго оттуда не возвращалась. Зашедшая за ней сестра застала М. сидящей на земле, завязывающей голову платком. М. самостоятельно поднялась и пошла в комнату. Здесь она легла на кровать, и окружающие заметили торчащий из ее головы гвоздь. На вопрос, больно ли ей, она ответила утвердительно и пояснила, что вбила себе гвоздь потому, что сильно болела голова и теперь ей легче. Выпила поданную воду, на вопросы отвечала неохотно и немногословными предложениями. По прибытии скорой помощи самостоятельно поднялась с постели. В больницу поступила через 2 часа после причинения себе повреждения. Гвоздь был сразу же извлечен, он имел длину 10 см и толщину 0,5 см. В дальнейшем состояние больной было крайне тяжелым, и через 2 дня она умерла. При вскрытии трупа, на границе теменной и лобной костей, слева от сагитального шва обнаружено входное отверстие. Под мягкими мозговыми оболочками — обширное кровоизлияние.

Раневой канал проходил через левое полушарие книзу и несколько влево от центральной извилины, на глубину 8–9 см. В окружности раневого канала в веществе мозга – кровоизлияние.

Два редких случая ранения черепа и мозга приводит

Г. 11. Лесников (1969):

Д., 59 лет, споткнулся и упал, при этом находившаяся у него в руке палка с заостренным концом, внедрилась в верхнюю часть его левой глазницы. Д. сознание не терял, сам извлек палку из раны, зажал рану платком и прошел около 4 км до места работы, но работать не смог и пешком отправился в больницу, проделав путь в 12 км. Вскоре после поступления в стационар потерял сознание, появились судороги, и через 10 часов наступила смерть. При исследовании трупа под внутренним краем левой брови обнаружена колотая рана, прямолинейный канал которой через левую лобную долю проникал в правое полушарие и достигал верхнезаднего отдела правой теменной доли. Длина раневого канала в мозге составляла 15 см, ткани вокруг него были размягчены, пропитаны кровью. Таким образом, с обширным повреждением обоих полушарий головного мозга Д. был в сознании около 7–8 часов и прошел 16 км.

П., 52 лет, получила удар топором по голове. Сознание не теряла, медленно пошла в райцентр за 12 км на освидетельствование к судебно-медицинскому эксперту. При освидетельствовании в операционной больницы было обнаружено: рубленая рана длиной 13 см в левой лобно-теменной области. Кость рассечена на всем протяжении кожной раны с расхождением краев разруба в среднем отделе на 1,5 см. Левое полушарие мозга также рассечено на глубину не менее 4 см. Раны твердой мозговой оболочки и кожи ушиты и зажили первичным натяжением. Пострапевшая выздоровела, последствий травмы не отмечалось.

В. С. Житков и А. А. Матышев (1976) также описывают наблюдение тяжелого повреждения мозга у пострадавшего, оставшегося в живых.

При наезде на 5-летнего мальчика движущегося мотоцикла в голову ему вонзилась ручка сцепления, отломилась и осталась в черепе. Этот предмет длиной 15 см и толщиной до 1,8 см вошел в левую теменно-височную область и вышел под кожу левее затылочного бугра. После операции, во время которой ручку сцепления пришлось удалять клещами, состояние пострадавшего быстро улучшилось и через 34 дня он был выписан из больницы. Следует отметить, что при таком тяжелейшем сегментарном повреждении левого полушария головного мозга не было потерн сознания.

Пример комбинированного повреждения головного мозга и грудной клетки с сохранением в течение длительного времени способности к самостоятельным действиям приводит С. Ф. Сирота (1959):

З., 49 лет, сбит автомашиной с последующим наездом. По показаниям свидетелей, пострадавший был в сознании, разговаривал, его отнесли к обочину и оставили там. Через некоторое время односельчане видели, как З. шел по обочине дороги и вел велосипед. Шел он, пошатываясь, и его принимали за пьяного, на вопросы отвечал односложно и невразумительно. За 4 часа З. преодолел около 700 м по направлению к дому, поз-же был обнаружен в бессознательном состоянии рядом с велосипедом, доставлен в больницу, где через сутки умер. При вскрытии трупа отме-

чсны .обширные кровоподтеки на лице и тулоВише, перстом I–VII ребер слева и II–VII ребер справа, перелом костей черега справа, разрыв твердой мозговой оболочки, обширное субарахноидальное кровоизлияние, частичное размозжение головного мозга в передней половине со стороны основания и в левой области, перелом клиновидной и затылочной костей справа и трещины верхних стенок обеих орбит.

Способность к самостоятельной деятельности сохраняется иногда и при таких опасных травмах, какими являются огнестрельные повреждения головы. Л. М. Эйдлин (1963) отмечает, что в ряде случаев отсутствует параллелизм между тяжестью ранения и способностью к действиям, и при самых тяжелых повреждениях пострадавшие иногда не теряют сознания и в течение длительного времени совершают нередко очень сложные действия. Автор приводит наблюдение, когда самоубийца при сквозном ранении черепа (раневой канал проходил через основание обеих лобных долей мозга) успел сказать вбежавшему в помещение человеку, чтобы тот вызвал скорую помощь, а сам подошел к умывальнику и начал смывать кровь с лица.

Приведенные наблюдения с несомненностью показывают, что даже очень тяжелые повреждения черепа и головного мозга могут не сопровождаться потерей сознания, и пострадавшие с тяжкими повреждениями в ряде случаев на протяжении некоторого времени сохраняют способность к разговорной речи и совершению целенаправленных сознательных действий.

ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕРДЦА И КРУПНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ

Повреждения сердца как причина смерти при насильственных действиях отмечаются нередко, и независимо от рода смерти, вопрос о способности к самостоятельным действиям после нанесения таких повреждений может иметь существенное значение для органов следствия.

Повседневная практика показывает, что пострадавшие с повреждениями сердца чаще умирают до поступления в Сольницы. Это, однако, не свидетельствует о том, что смерть при таких повреждениях наступает мгновенно. Много зависит от места и обстоятельств происшествия, от организации неотложной медицинской помощи — наличия специализированных реанимационных машин, обеспечения средствами доставки, а отсюда — от быстроты поступления пострадавших в медицинские учреждения.

При современном состоянии хирургической кардиологической помощи лица с повреждениями сердца, своевременно доставленные в больницы, в большом проценте случаев остаются живы, и на их примерах можно судить о способности к самостоятельным действиям.

В качестве примера можно привести наблюдение В. В. Истомина (1973).

Девочка 15 лет была ранена из охотничьего ружья с расстояния 0,7 м. Сознание не потеряла. Через час после происшествия доставлена в больницу, сидя на заднем сидении мотоцикла, проехав расстояние около 5 км. При поступлении: сознание сохранено, несколько возбуждена, отвечает на вопросы осмысленно. Операция через 1 час после поступления — напряженный гемоперикардium, три проникающих в полости сердца раны, поперечником по 0,3 см (две — в левом, одна — в правом желудочке), из которых толчкообразно поступает кровь. Раны ушиты. Выздоровление. Через 6 мес. после выписки чувствует себя хорошо, ЭКГ — без существенных изменений.

Клиническая картина травмы, а отсюда и способность к действиям, определяются локализацией и обширностью повреждения сердца. При этом решающее значение подчас имеет не столько быстрота и объем кровотечения, сколько заинтересованность тех или иных жизненно важных образований сердца — венечных артерий, клапанов, папиллярных мышц и хорд, перегородок между полостями сердца, нервных узлов и проводящих путей (С. А. Колесников, 1963). Поэтому с

клинической точки зрения повреждения сердца принято делить на неосложненные, при которых опасность определяется только размером и быстротой развития кровопотери, и осложненные острой коронарной недостаточностью при травматизации стволов венечных артерий, недостаточностью клапанов, хордальных нитей или сосочковых мышц при их травме, или нарушениями ритма при повреждении проводящей системы сердца. По-видимому, такого же принципа оценки повреждений сердца следует придерживаться и судебно-медицинским экспертам. Однако на сегодняшний день частота неосложненных и осложненных повреждений сердца статистически не учитывается, вероятно, в связи с тем, что такие осложнения специально не фиксируются ни хирургами, ни, тем более, судебно-медицинскими экспертами. А. П. Громов (1970) только отмечает, что повреждения перегородки между предсердиями, ранение венечных артерий в области их разветвления, как правило, вызывают быструю смерть.

По нашим данным, основанным на изучении 141 случая колото-резаных ранений сердца со смертельным исходом, повреждения различных отделов сердца наблюдались в следующих процентных соотношениях: желудочек – левый – 42,1%, правый – 32,5%, предсердия – левое – 4,0%, правое – 3,7%, сквозные ранения сердца – 8,5%, ранения аорты в пределах сердечной сумки – 3,5%, ранения легочной артерии – 5,7%.

Эти данные близки к выводам Ю. Ю. Джанелидзе (1927), по которым на 1000 ранений сердца у хирургических больных повреждения левого желудочка составили 44,0%, правого – 36,5%, левого предсердия – 3,8%, правого предсердия – 6,4%. Остальные наблюдения падают на повреждение крупных кровеносных сосудов.

От приведенных цифровых значений существенно отличаются показатели В. Т. Смолькова и В. И. Степанова (1965), основанные на изучении 61 исследования трупов лиц, погибших от колото-резаных ранений (ранения сердца наблюдались в 51 случае, ранения крупных сосудов – в 10). По данным авторов, явно преобладают ранения правого желудочка (25 случаев), в то время как повреждения левого желудочка отмечались только в 12 наблюдениях. Ранения обоих желудочков встретились в 4 случаях. Вместе с тем, авторы отдельно выделяют повреждения верхушки сердца и комбинации ранений (например, левый желудочек и правое предсердие, правый желудочек и правое предсердие).

Необходимо подчеркнуть, что общее количество наблюдений в данной разработке недостаточно для того, чтобы можно было делать более или менее достоверные выводы.

Данные Н. И. Поркшеян (1958) расходятся с нашими еще больше. В ее наблюдениях при смертельной травме сердца повреждались следующие его отделы: все сердце (отрывы и обширные разрушения) – 22%, правый желудочек – 32%, левый желудочек – 17%, оба желудочка – 8%, сосуды сердца – 3%, оба желудочка и межжелудочковая перегородка – 3%, ушки и клапаны сердца – 2%, правое предсердие, оба предсердия, верхушка сердца – по 1%, повреждения эндокарда с миокардом – 2%, околосердечная сумка – 8%.

Такой большой разброс показателей частоты повреждения тех или иных отделов сердца связан с тем, что различными авторами анализировался не однородный материал. У Ю. Ю. Джанелидзе – сборная статистика, охватывающая как умерших, так и оставшихся в живых; В. Т. Смольков и В. П. Степанов так же, как и мы, разрабатывали только секционный материал с колото-резаными ранениями сердца. У И. И. Поркшеян материал также секционный, но в него входит 58% травмы тупыми предметами, 24% – огнестрельных ранений и только 18% – ранений острыми орудиями.

Изложенное лишний раз свидетельствует о том, что любые статистические разработки должны производиться на однотипном материале, достаточном по количеству, и по строго определенной схеме. В противном случае выводы становятся несопоставимыми.

При ранениях сердца смерть может наступить от различных причин, среди которых наиболее часто наблюдаются: тампонада сердца, общее малокровие, обусловленное обильной кровопотерей, полное или частичное разрушение сердца, мерцание желудочков, кардиогенный шок.

Быстрота наступления смерти при неосложненных повреждениях зависит от того, развивается ли тампонада сердца, или смерть наступает от острой кровопотери (острого малокровия). Если целостность сердечной сорочки не нарушается, что может наблюдаться при тупой травме, или рана перикарда небольших размеров, а также если она плотно закрыта кровяным свертком, возможно, инородным предметом, то кровь не может изливаться наружу и в плевральную полость. Это приводит к относительно быстрому сдавлению сердца кровью и резким нарушениям гемодинамики. Препятствуя диастоле, сдавление сердца обуславливает его остановку. По мнению большинства авторов (Ю. Ю. Джанелидзе. 1927; П. П. Гончаров, 1936; Е. Н. Коган, 1936; Э. Р. Гессе, С. С. Гурго. тав, В. С. Левит, В. А. Шаак, 1937; А. В. Гуляев. 1958; У Л. Раевская, 1963), только быстрое скопление крови в полости перикарда около 400 мл крови ведет к остановке сердца.

Литературные данные о частоте тампонады сердца при его повреждениях разноречивы, что, опять-таки, связано с характером разрабатываемого материала. Так, по сборной статистике Ю. Ю. Джанелидзе (1927), тампонада сердца наблюдалась в 69,2% случаев, по наблюдениям Э. Р. Гессе (1923) – в 37,5%, а по данным Р. С. Манукяна (1903), основанным исключительно на секционном материале, – в 30%.

Быстрота нарастания тампонады сердца в первую очередь зависит от величины отверстия в его стенке. Только при обширных разрывах сердца смерть наступает моментально. Чаще же, особенно при колото-резаных ранениях, для этого требуется некоторое время, в течение которого пострадавший может совершать самостоятельные действия, в частности, пройти несколько метров, кричать, звать на помощь.

Если при повреждении сердца имеется свободное сообщение полости перикарда с плевральной полостью или внешней средой, то смерть наступает от острого малокровия. При этом также могут совершаться целенаправленные действия на протяжении значительного промежутка времени.

Помимо всего прочего, следует иметь в виду, что при большинстве повреждений вообще возможность самостоятельных действий в значительной степени связана с состоянием эмоционального возбуждения и алкогольного опьянения (М. И. Авдеев, 1959; А. П. Громов, 1970 и др.). При травме сердца, в частности, нередко отмечается состояние эйфории.

Наиболее долго способность к самостоятельным действиям, теоретически, должна сохраняться при ранениях левого желудочка, меньше зияющих из-за большей толщины стенки и массивности мышцы. При повреждениях же правого желудочка, стенка которого значительно тоньше, и особенно предсердий, кровь может свободно вытекать из полости не только во время систолы, но и во время диастолы. Иной точки зрения придерживается только Э. Кноблех (1960), который пишет, что ранения желудочков сердца быстро приводят к смерти, при ранении же предсердий, что по его данным встречается очень редко, смерть наступает значительно медленнее.

Попытку определения способности к самостоятельным действиям при повреждениях сердца в зависимости от их величины и локализации сделала Н. И. Поркшеян (1955). По ее ориентировочным данным, при одиночных (огнестрельных, колотых) ранениях одного предсердия, одного или двух желудочков без массивного разрушения их стенок и клапанного аппарата, при изолированных повреждениях верхушки сердца или клапанов не исключаются такие самостоятельные

действия: речь, ответы на вопросы, хождение на расстояние до 12 км, подъем по лестнице до 5-го этажа, производство повторных выстрелов, сопротивление нападающему, выскакивание из окна и т. п.

При сочетанных ранениях желудочка и предсердия возможны: речь, крик, бег, хождение до 2 км, вызов врача для оказания помощи и т. д.

При наличии инородных тел в любом отделе сердца могут быть самые разнообразные действия, нередко такие же, как у здоровых людей, кроме физической работы.

Предложенная трактовка вопроса, хотя в общих чертах может быть и принята, но она все-таки является только схемой, в которую далеко не всегда могут уложиться встречающиеся в практике случаи.

Примеры длительного сохранения способности к самостоятельным действиям при повреждениях сердца в судебно-медицинской практике наблюдаются постоянно. Они описываются в литературных источниках. Так, еще в 1915 г. П. С. Бокариус отмечал: «Даже и смертельные повреждения сердца не влекут за собой всегда непосредственно мгновенно смерти; последняя наступает иногда сравнительно не скоро». Для подтверждения этого он приводит случай Каспер-Лимана:

К. был нанесен удар ножом в область сердца. Пострадавший умер лишь на третьи сутки. При вскрытии установлено сквозное ранение сердца в области левого желудочка с обильным кровотечением в левую плевральную полость и сдавлением легкого кровью.

Ю. Краттер (1925) отмечает, что потерпевшие с колотыми ранениями сердца способны совершать обдуманные действия самозащиты, бегства и преследования. Он приводит такой пример:

Жандарму было причинено ножевое ранение груди. Он выхватил саблю, но преступник вырвал ее у него. Тогда он сорвал с плеча ружье со штыком, нанес удар штыком в подбородок, после чего выстрелом в шею убил его. Мертвый жандарм найден лежащим на трупе его убийцы. При вскрытии трупа жандарма обнаружено ножевое ранение правого желудочка сердца.

11: более поздних авторов М. И. Авдеев (1959) пишет: «Повреждения сердца огнестрельным и колюще-режущим оружием не исключает возможности сложных и самостоятельных действий даже при обширных повреждениях». Он приводит следующий пример:

К.. 22 лет, получил удар ножом в грудь, убежал от нападавшего и спрятался у себя дома. Через 40 мин был доставлен в больницу, где во время операции скончался. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружена колото-резаная рана левого желудочка сердца и левого легкого, гемопневмоторакс.

Д. О. Алкс (1961) сообщает наблюдение из клинической практики:

К., нанес себе ножевую рану в левый желудочек сердца, сам извлек нож, прошел около 2 м, сел и лишь потом потерял сознание.

Согласно литературным данным, сохранение способности к действиям наблюдается при ранениях как левого, так и правого желудочков. Однако относительно левого желудочка соответствующие примеры встречаются значительно реже, что, по-видимому, следует объяснить тем, что сохранение способности к действиям при таких повреждениях не является казуистикой и поэтому не представляет особого интереса.

Случаи сохранения способности к действиям при повреждениях правого желудочка описаны рядом авторов. Тот же Д. О. Алкс (1961) приводит наблюдение, когда мужчина, получив ранение правого желудочка, бежал домой несколько кварталов.

Е. А. Яковлева (1928) описывает 3 случая из своей практики, в которых наблюдалось ранение правого желудочка.

И. нанесено кинжалом три ранения в грудь. Он пробежал 200 м за лошадью, на которой до этого ехал, сел в сани и проехал 6 км, что заняло не менее 1 часа. Встретив знакомых, подробно рассказал им о случившемся и через несколько минут после составления протокола умер. При вскрытии трупа обнаружено проникающее колото-резаное ранение передней стенки правого желудочка сердца, резкое малокровие внутренних органов. От момента травмы до смерти прошло не менее 1,5 часов. Э., 28 лет, кухонным ножом было нанесено ранение в грудь. Зажав рану рубашкой, она стала собирать и укладывать в сундук стиранные ею вещи. После этого пошла во двор собирать холст, но наклонившись упала и умерла. При исследовании трупа обнаружено колото-резаное ранение правого желудочка длиной 3,5 см, проникающее в полость. С таким обширным повреждением сердца Э. прожила около 1 часа 20 мин и произвела ряд сознательных действий.

Женщине 20 лет было нанесено ранение ножом в грудь. Она закрыла рану своими волосами, перевязала грудь полотенцем, одела на себя кофту, юбку, валенки, полшубок, вышла из дома и встретившимся соседям рассказала о случившемся, после чего пошла в больницу. Пройдя 2 км упала без сознания и вскоре умерла. Ранение через грудную проникало в плевральную полость. По правому краю сердца имелась рана длиной 4 см, проникающая в полость желудочка, резкое малокровие внутренних органов, с момента ранения до смерти прошло не менее получаса. В этой же статье Е. А. Яковлева описывает случай сквозного ранения сердца:

П. получил удар ножом в левую половину груди, с места происшествия пошел к дому, но преступник догнал его и ударил кулаком по лицу. Между ними завязалась борьба. Затем преступник побегал за колом, "а П. вбежал в свой дом, закрыл входную дверь на щеколду. Вскоре был найден лежащим на полу в луже крови, мертвым. При вскрытии трупа обнаружена колото-резаная рана передней стенки правого желудочка

ii Такой же рана задней стенки левого желудочка, сообщающиеся раневым каналом. Потерпевший после травмы прожил около 20 мин, совершив целый ряд действий.

Случай множественных колото-резаных ранений сердца приводит Ю. П. Шупик (1958).

Труп С. обнаружен в сквере. Рядом лежали большие портняжные ножницы с окровавленной одной браншей. При исследовании трупа на груди в области сердца отмечено 12 ран неправильно-треугольной формы, размерами от 0,5 см до 1 см, из них 10 проникали в плевральную полость. Имелось 6 ранений левого легкого, в т. ч. два сквозных, и четыре ранения левого желудочка сердца, проникающих в полость. Следственным путем было установлено, что С. покончил жизнь самоубийством.

В наблюдении Г. П. Джувалюкова и В. В. Филиппова (1970):

Гр-ну С. было нанесено несколько ножевых ранений в грудь. После того он пробежал около 50–60 метров, упал и умер. При исследовании трупа установлено повреждение перикарда, в полости которого находилось 300 мл крови, и проникающее ранение предсердия (какого, не указано).

В нашей практике имеется ряд наблюдений, в которых потерпевшие с ранениями сердца совершали целенаправленные действия.

Гр-н К., 22 лет, после получения повреждения в грудь прошел 58 метров и упал в кювет. Был доставлен в больницу, в которой через несколько минут умер. При исследовании трупа установлено колото-резаное ранение сердца с повреждением передней стенки левого желудочка, проникающее в его полость и заканчивающееся в толще межжелудочковой перегородки, 200 мл крови в сердечной сумке и 1500 мл – в левой плевральной полости.

В другом случае, Б., 17 лет, было нанесено колото-резаное ранение в область сердца, после чего он прошел 50 метров, упал и умер. При судебно-медицинском исследовании трупа в левой плевральной полости обнаружено 2000 мл, в полости сердечной сумки – 500 мл крови, сквозное ранение передней стенки левого желудочка сердца, заканчивающееся в межжелудочковой перегородке.

Гр-н Д., 32 лет, во время драки получил ножевое ранение в грудную клетку. Он закричал и бросился бежать, вскоре был обнаружен мертвым в снегу. При осмотре места происшествия, по ходу движения пострадавшего на протяжении 100 метров отмечены следы крови, в двух местах обильные. При исследовании трупа установлено проникающее в полость левого желудочка ранение его передней стенки, малокровие внутренних органов.

Из приведенных примеров следует, что при неосложненных колото-резаных ранениях сердца способность к самостоятельным действиям в ряде случаев может сохраняться значительное время, в течение которого потерпевшие могут разговаривать, кричать, передвигаться, оказывать сопротивление.

Вопрос о способности к действиям при осложненных ранениях сердца более труден. Так, при пересечении крупного ствола одной из венечных артерий приходится считаться с возможностью развития кардиогенного шока в связи с остро возникающей ишемией миокарда, а при повреждении проводящей системы, особенно узлов Ашофа-Тавара и Кис-Флека, может развиться картина полной поперечной блокады. Эти состояния часто ведут к потере сознания и резкому нарушению сердечной деятельности. По-видимому, именно поэтому случаи способности к самостоятельным действиям при осложненных ранениях сердца описываются значительно реже. В судебно-медицинской литературе только З. Ф. Резаева (1955) приводит такое наблюдение:

М., 25 лет, были нанесены колото-резаные ранения в грудную клетку. Он пробежал 45 м до общежития, открыл дверь, вошел в комнату, сказал о случившемся, даже описал одежду преступников, после чего упал и умер. При вскрытии – колото-резаная рана в 4-м межреберье справа, проникающая через переднюю стенку правого желудочка в его полость с повреждением предсердно-желудочковых клапанов. Далее раневой канал проходил в предсердие, отверстие венозного синуса, нижнюю полую вену и заканчивался в правом легком. Длина раневого канала 14 см. Второе колото-резаное ранение через VII межреберье сзади справа проникло в правую плевральную полость и повреждало купол диафрагмы. В перикарде 200 мл крови, в правой плевральной полости – 2500 мл.

Все вышеизложенное касалось, в основном, колото-резаных ранений сердца, которые по своим размерам обычно относительно небольшие. Гораздо тяжелее повреждения сердца при огнестрельных ранениях и при тупой травме. В этих случаях могут наблюдаться полное разрушение сердца, отрывы его от крупных сосудов, разможнения мышцы. Казалось бы, что столь обширные повреждения сердца, которые исключают возможность его сокращений и, следовательно, проталкивание крови в сосуды тела, должны приводить к мгновенной смерти, а отсюда к невозможности каких-либо сознательных действий. Однако литературные данные свидетельствуют о том, что это не всегда так.

П. А. Алявдин (1928) описал случай комбинированного самоубийства, сопроводив описание фотографией поврежденного сердца. Сущность дела состоит в следующем.

Д-р А. П. Б., проходя по улице, увидел мужчину, стоявшего у забора и державшего в руке револьвер. Отойдя от него метров 50–60, он услышал выстрел. Обернувшись, увидел, что из области сердца мужчины течет кровь. Вернувшись к раненому, он заметил, что тот, обернув несколько раз шнур револьвера вокруг правого предплечья и взведя обеими руками курок, поднес револьвер к правому виску, выстрелил и тут же упал. При исследовании трупа обнаружен обширный лоскутообразный разрыв сердечной сорочки, передняя и боковая стенки левого желудочка полностью отсутствовали, сохранившиеся отделы сердца были представлены обрывками мышцы. Митральный клапан был разорван, створки его отор-

Ваны от капиллярных мышц. Левая плевральная полость заполнена кровью. Второе ранение, не проникающее в полость черепа, располагалось в области правого виска, пуля находилась под правой височной мышцей. Автор пишет, что «если бы данный случай произошел не на глазах такого авторитетного свидетеля, каким является д-р А. П. Б., а совсем без свидетелей, то со спокойной совестью можно было бы сказать, что выстрел в висок произведен первым... А если бы не было свидетелей и выстрел в висок сопровождался бы разрушением головного мозга, — то убийство было бы налицо».

В. Г. Кузнецов (1930) опубликовал такое наблюдение:

Находившийся в состоянии резкого опьянения мужчина с целью самоубийства (он оставил предсмертную записку) произвел себе в грудь три выстрела из револьвера сист. «Наган». При вскрытии трупа обнаружено 3 входных огнестрельных раны на груди спереди слева, по одному сквозному ранению правого и левого желудочков сердца, причем раны на передней и задней стенках левого желудочка имели размеры, соответственно 2X1,5 и 2X5 см, верхней и нижней долей левого легкого; кровь в левой плевральной полости в количестве 2000 мл. Рассуждая о последовательности выстрелов, автор, учитывая обширность повреждения левого желудочка, пишет, что повреждения левого сердца должны были возникнуть в результате последнего выстрела, но тут же добавляет: «Но если принять во внимание случай, описанный доктором Алявдиным., то нет никаких оснований отрицать, что мужчина после ранения левого сердца в состоянии был произвести еще два выстрела».

По-видимому, в данном случае для определения последовательности выстрелов не было достаточных оснований. Однако и исключить возможность того, что ранение левого сердца произошло в результате первого или второго выстрела тоже нельзя, т. к. в последующие годы было описано достаточное количество случаев обширных повреждений сердца, с которыми потерпевшие могли совершать сознательные действия. Так, М. И. Авдеев (1976) приводит такой пример: М., 58 лет, выстрелил в себя два раза из револьвера сист. «Наган» и сразу умер. При вскрытии трупа обнаружено сквозное огнестрельное ранение левого желудочка сердца с обширными разрывами его стенок; выстрел в рот с разрушением продолговатого мозга. То, что выстрел в рот был последним не вызывает сомнений, т. к. при разрушении продолговатого мозга никакая деятельность невозможна.

Чрезвычайно интересный случай описали М. В. Григорьев и В. П. Десятое (1967).

В закрытой изнутри квартире был обнаружен труп К., 17 лет, свободно висевший в петле из ремня, прикрепленного к крюку у верхнего косяка двери. Рядом лежал опрокинутый табурет. В центральной части комнаты, в 3 метрах от трупа, на полу была небольшая лужа крови, здесь же обнаружены самодельный пистолет, спичечный коробок и обожженные спички. От лужи к трупу тянулись капли и брызги крови. Под ногами трупа находилась вторая лужа крови. На груди покойного имелась огнестрель-

ная рана с признаками выстрела в упор, от которой вниз были направлены потеки крови, на шее располагалась странгуляционная борозда. При внутреннем исследовании отмечено, что сердечная сорочка лоскутообразно разорвана, нижняя половина левого желудочка и передняя стенка правого желудочка сердца разможены и представляют собой бахромчатые лоскуты с кровоподтечными краями. Раневой канал проходит также через левое легкое. В левой плевральной полости около 1000 мл крови, хромированный шарик, диаметром 0,9 см и обрывки пыжа. Помимо этого, обнаружена картина механической асфиксии.

Таким образом, произведя выстрел в грудь, вызвавший обширное разрушение сердца, К- прошел около 3 м, встал на табурет и повесился. Нельзя исключить, что петля не была заранее приготовлена, и тогда объем действий, совершенных после выстрелов в грудь, будет значительно большим.

Не менее интересно наблюдение И. И. Чуйка (1972).

Сторож подсобного хозяйства заметил, что в его сторону ползет человек, который внезапно вскочил и побежал к нему. Когда расстояние между ними составило несколько метров, сторож выстрелил в бегущего. Тот, оказавшийся Ш., резко повернул и быстро побежал в другом направлении, но вскрое упал вниз лицом и больше не поднялся. При осмотре места происшествия установлено, что от пункта, где находился Ш. в момент выстрела, до места расположения трупа четко видны следы ног бегущего человека, по бокам которых на листьях капусты, на корнях и на земле обнаружены множественные брызги крови.

При исследовании трупа Ш. на куртке, брюках, сапогах отмечено много потеков и брызг крови. Входное отверстие локализовалось на нижней трети грудины, раневой канал проходил через сердечную сорочку, сердце, печень и желудок. Правая половина сердца, как желудочек, так и предсердие, практически отсутствовали, на месте их имелись небольшие лоскутообразные обрывки тканей. Через образовавшийся дефект была видна межжелудочковая перегородка, в которой имелось несколько дробных отверстий. По ходу раневого канала оказались поврежденными также легкие, левый желудочек сердца и в нескольких местах аората. В правой плевральной полости содержалось около 1000 мл крови.

В данном случае четкие данные протокола осмотра места происшествия и свидетельские показания позволили автору прийти к заключению, что с причиненным огнестрельным ранением сердца, обусловившим его обширное разрушение, Ш. мог пробежать 45 метров.

Пример множественных огнестрельных повреждений сердца у самоубийцы приводит С. В. Банковский (1960).

Труп К. обнаружен на полу в его квартире. Рядом располагались пистолет ТТ и 5 стреляных гильз от него. При исследовании трупа четыре входных огнестрельных отверстия отмечены на передней поверхности груди по одной линии, на расстоянии 1,5–2,0 см одно от другого. Первый раневой канал, считая сверху, проходил через переднюю стенку правого желудочка сердца, межжелудочковую перегородку и задне-боковую стенку левого желудочка, где возник дефект размерами 2,1X1,9 см.

Второй раневой канал располагался в передней стенке правого предсердия, межжелудочковой перегородке и задней стенке правого желудочка, выходное отверстие на которой было диаметром 1,3 см.

Третий раневой канал насквозь проходил через переднюю и заднюю

стенки левого желудочка сердца у его основания с образованием раневых отверстий, соответственно 1,3 и 1,5 см в поперечнике.

Четвертый канал тянулся через верхушку сердца, полностью ее разрывая и образуя дефект 5,0X3,5 см. открывающий полость желудочка.

В левой плевральной полости было 2,2 литра крови.

Автор заканчивает сообщение таким образом: «Каждое из четырех, отдельно взятых повреждений, являлось смертельным и могло сразу же обусловить неспособность к дальнейшим действиям, однако К. смог нанести подряд четыре повреждения... и даже после четвертого повреждения (полный разрыв верхушки сердца на большом протяжении)... произвел пятый выстрел, но уже слабеющая рука не смогла придать пистолету нужное положение, ствол скользнул вниз и в сторону, и пуля, повредив только одежду, ушла в сторону».

Представляет интерес и наблюдение А. Е. Горелышевой (1955).

Ю.. 12 лет. получил огнестрельное ранение груди из самодельного пистолета. Мальчик упал, но вскоре приподнялся и отполз в соседний огород. Подоспевшие родные нашли его в бессознательном состоянии, привели в чувство и отвели домой. Через два часа доставлен в клинику, где оперирован. Через 4 часа после операции умер от падения сердечной деятельности. При вскрытии трупа обнаружено сквозное огнестрельное ранение сердца. Ушитые входное огнестрельное отверстие располагалось на гелетне-боковой стенке левого желудочка, выходное, размерами 2,5X X2.0 см. – на задней стенке правого желудочка. По ходу раневого канала имелось также сквозное ранение межжелудочковой перегородки. Приведенные примеры, с одной стороны, свидетельствуют о том, что при обширных, не совместимых с жизнью, повреждениях сердца, пострадавшие иногда в состоянии совершать целый ряд сложных самостоятельных действий, требующих подчас большой затраты физических сил (например, случай И. И. Чуйко, где потерпевший пробежал 45 метров); с другой стороны, все эти наблюдения подтверждают мнение, что моментом смерти должно считаться не прекращение сердечной деятельности, а гибель центральной нервной системы, поскольку в связи с прекращением кровообращения из-за разрушения сердца, потеря сознания и смерть наступали в результате развивающейся при этом анемизации мозга и гибели его корковых структур.

При тупой травме могут быть обширные повреждения мышцы сердца, разрывы ее, отрывы сердца от крупных сосудов или ушибы его. Чаще всего это наблюдается при транспортной травме, при падении с высоты, реже – при ударах твердыми тупыми предметами.

По данным С. А. Бурова с соавторами (1966) из 870 вскрытий трупов лиц, погибших от тупой травмы грудной клетки, повреждения сердца наблюдались в 124 случаях, или

в 14%. При этом отрывы сердца отмечены 16 раз, размозжения – 7 раз, надрывы и разрывы миокарда – 75, остальные случаи составили ушибы сердца (в основном проявлявшиеся кровоизлияниями в мышцу).

Т. Е. Татарина (1966) из 376 случаев смертельной травмы грудной клетки тупыми предметами, повреждения сердца отмечает в 62 (в т. ч. повреждения одной только сердечной сорочки наблюдались 12 раз). Из 50 случаев повреждений собственно сердца, отрывы его были в 5, разрывы – в 33, размозжения – в 3, очаговые кровоизлияния (ушибы) – в 9.

По данным А. И. Муханова (1974) из 5870 вскрытий трупов, повреждения сердца в результате действия тупой силы наблюдались в 114 случаях, из них отрывы сердца – 15, надрывы и разрывы – 75, размозжения – 5, ушибы (кровоизлияния в мышцу) – 19.

Значительно разнятся от данных перечисленных авторов наблюдения Г. В. Симанской (1973).. Ею изучено 320 аутопсий трупов лиц с повреждениями сердца в результате тупой травмы. Подавляющее большинство из них (в 261 случае, или 81,7%) возникли при дорожно-транспортных происшествиях. Чаще всего встречались ушибы сердца (морфологически проявлявшиеся кровоизлияниями, некролизом мышцы и разрывом мышечных волокон) – в 183 случаях, или в 57,3%. Полные разрывы сердца наблюдались 76 раз (23,7%), неполные разрывы – 47 (14,7%), отрывы сердца – 14 (4,3%). Автор отмечает, что в 98% случаев повреждения сердца сочетались с травмой других органов и костей скелета.

А. К. Дьяков и О. И. Мажбиц-Веров (1973) отмечают, что на их материале все пострадавшие с повреждениями сердца при тупой травме груди имели тяжелые сочетанные повреждения других областей и погибали на месте происшествия.

В специальной литературе не описано ни одного случая сохранения способности к действиям при отрыве сердца от сосудов или его полном размятии в результате действия тупой силы.

Что касается разрывов сердца, то согласно литературным данным (Шломка, 1956; Н. Л. Мутовкина, 1963; С. Г. Моисеев, А. И. Понрягина, 1966; Е. А. Вагнер, 1969, цит. по А. Ц. Муханову, 1974), различают два вида их – наружные и внутренние. Наружными называют такие разрывы, при которых образуется сообщение между полостями сердца и соседними органами или полостями тела. Внутренние разрывы создают ненормальное сообщение между отдельными полостями сердца. Наружные разрывы особенно опасны, т. к. при

неповрежденной сердечной сорочке приводят к быстрой смерти от тампонады сердца, а при поврежденной .– к смерти от острой кровопотери.

За исключением приводимого ниже наблюдения В. Н. Любочского (1973) в литературных источниках нам не встретилось описания случаев сохранения способности к самостоятельным действиям пострадавших при наружных разрывах сердца от действия тупой силы, хотя можно предполагать, что такие действия иногда возможны, особенно при небольших разрывах, так же, как и при проникающих колото-резаных ранениях сердца. Наблюдение В. Н. Любочского следующее:

П.; 22 лет, точил топор на самодельном точиле, вращавшемся на валу бензинового двигателя. Точильный камень раскололся и один из осколков попал потерпевшему в грудь. Он с криком отбежал от точила в сторону на расстояние 10–15 м, упал и тут же умер. При вскрытии трупа на груди в области левого соска обнаружен кровоподтек, в полости сердечной сумки – кровяной сверток весом 500,0 как бы окутывающий сердце со всех сторон. На передней стенке правого желудочка вдоль межжелудочковой перегородки располагался шелловидный разрыв мышцы длиной 3,2 см, проникающий в полость этого желудочка. Кроме того, имелся непроникающий разрыв стенки левого желудочка у основания сердца и разрыв стенки правого предсердия со стороны полости, доходящий до эпикарда.

Внутренние разрывы сердца чаще всего вызывают лишь более или менее глубокие нарушения сердечной деятельности. И далеко не всегда приводят к смертельному исходу. У оставшихся в живых такие разрывы часто остаются незамеченными (А. И. Муханов, 1974). Следовательно, при внутренних разрывах сердца способность к самостоятельным действиям во многих случаях может сохраняться.

Особую группу поврежденных составляют сотрясения ишибы сердца.

Сотрясения сердца, по мнению большинства авторов, не сопровождаются различными морфологическими изменениями. Как раз быстрая смерть от расстройства сердечно-сосудистой деятельности при тупой травме груди, без выраженных морфологических признаков, и позволяет говорить о сотрясении сердца.

По данным Riedinger (1882, 1888), впервые описавшего клиническую картину сотрясения сердца, функциональные расстройства всегда возникают в самый момент травмы и проявляются непосредственно после ее причинения в виде нарушений кровообращения, часто влекущих за собой потерю сознания. Если в результате сотрясения не наступает быстрая смерть, то потерпевшие довольно скоро выздоравливают (цит. по А. И. Муханову, 1974).

Поскольку потеря сознания обуславливает собой неспо-

способность к каким-либо действиям, при тяжелых сотрясениях сердца сознательная деятельность должна быть исключена.

Что касается ушибов сердца, то, не детализируя морфологию и обширность повреждения, А. П. Громов (1977) пишет, что ушибы сердца, наравне с ушибом ствола головного мозга, резко нарушая функцию жизненно важного органа, влекут за собой наступление смерти. Это положение, однако, не подтверждается клиническими данными. С. С. Рабинович (1962) отмечает, что при ушибе сердца симптомы поражения чаще развиваются после скрытого периода, который длится от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Клинически ушиб сердца проявляется чувством страха, беспокойства, тоски, неприятными ощущениями за грудиной. В более тяжелых случаях возникают признаки недостаточности миокарда, явления шока, коллапса, часто наблюдаются различные нарушения ритма (блокада, мерцание предсердий и др.). На ЭКГ выявляется картина инфаркта миокарда.

Л. М. Муханов (1974), говоря об ушибах сердца, отмечает, что только в связи с постепенным распространением крови и лимфы из поврежденных сосудов в окружающие ткани, а затем и развитием воспалительно-восстановительных процессов, т. е. через некоторое время после травмы, нарушения функции сердца, вызванные ушибом, достигают своего максимума.

Даже обширные очаги ушиба сердца могут заканчиваться выздоровлением, и потерпевшие после травмы могут совершать ряд сложных целенаправленных действий, в том числе, требующих значительной физической нагрузки. С. С. Рабинович (1962) приводит такие примеры из клинической практики:

Ш., 29 лет, упал с высоты 8 метров и ударился грудью о прунт. Сознание не терял, самостоятельно пошел. При ходьбе появились тупые ноющие боли за грудиной, продолжавшиеся несколько часов. К вечеру боли стали интенсивными, иррадиировали в левую руку. Появился холодный пот. Через 2 дня после травмы на ЭКГ выявился обширный свежий инфаркт передней стенки миокарда, через 12 дней — трапециевидный инфаркт передней стенки и перегородки между желудочками. В последующем у потерпевшего развилась аневризма сердца и через полтора года он умер от сердечной недостаточности.

У., 43 лет. был зажат между автобусами. В последующие часы этого дня и на протяжении второго дня было чувство тревоги, ощущение страха, тоски, при ходьбе ощущалась одышка, которой раньше никогда не было. Через два дня при подъеме на лестницу появились сжимающие боли в области сердца. Обратился к врачу. На 10-й день после травмы на ЭКГ обнаружены выраженные нарушения кровообращения в коронарных сосудах передней стенки левого желудочка. Лечился стационарно. Через 5 месяцев все явления прошли, ЭКГ — в норме.

Г. С. Бачу (1971) приводит 4 случая смертельных ушибов сердца, при которых у потерпевших сохранялось сознание, в

том числе, два следующих:

П., 21 года, свалился с подводы, я лошадь на ходу ударила его ногой в грудь. Самостоятельно встал, доехал домой, а через 30 мин появились сильные боли в левой половине груди, которые к ночи усилились, и утром пострадавший был направлен в больницу. Через 26 часов после травмы он умер. При вскрытии трупа установлено кровоизлияние в мягкие ткани груди слева и в переднее средостение. В толще мышцы передне-боковой поверхности левого желудочка — участок кровоизлияния 3,5X3 см.

С., 20 лет, получил удар в область грудины отскочившей пружиной трактора, от чего упал, но сам встал. Через 20–25 мин появились боли в области сердца. Доставлен в больницу, где через 4 часа умер. При исследовании трупа обнаружены — кровоизлияние в мягкие ткани грудной клетки спереди, перелом грудины и трех левых ребер, кровоизлияние в средостение. В толще задней стенки левого желудочка сердца и в межжелудочковой перегородке — крупные участки кровоизлияний.

Повреждения крупных сосудов, в связи с тяжелой острой и быстрой кровопотерей, часто служат причиной смерти. Поэтому в соответствующих случаях также может возникнуть вопрос о способности к самостоятельным действиям.

Разрывы аорты (при тупой травме, огнестрельных, колотых и колото-резаных ранениях) обычно ведут к немедленной смерти в результате кровопотери, резкого падения кровяного давления и других последствий массивного кровотечения (при ранениях грудной аорты — сдавление органов грудной полости и средостения). Особенно опасны ранения дуги аорты, при которых возможны профузные кровотечения в трахею, бронхи, пищевод. Раненые выживают в редких случаях в результате самостоятельного закрытия области повреждения орудием травмы, кровяным свертком или окружающими тканями (А. В. Гуляев, 1957). Обычно повреждения аорты сочетаются с ранением легкого, либо других органов грудной или брюшной полостей.

В. С. Житков и А. А. Матышев (1976) пишут, что повреждения крупных кровеносных сосудов (аорты, сонных, бедренных артерий) в некоторых случаях не приводят к немедленному обездвижению потерпевшего.

М. И. Авдеев (1976) отмечает, что при повреждениях аорты «переживание» наблюдалось в течение не только нескольких часов, но дней и недель. При этом в ряде случаев пострадавшие сохраняли способность к самостоятельным действиям.

К сожалению, указанные авторы не подтверждают своего мнения конкретными примерами.

Два наблюдения из практики приводит Г. Ф. Кр\ "зо (1973).

П., 24 лет, получив колото-резаное ранение в грудную клетку, пробежал 800 метров к горе, после чего упал и умер. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружено: в левой плевральной полости

2000 мл крови, сквозное ранение аорты у места ее отхождения от сердца, на передней поверхности длиной 1,5 см, на задней – 0,5 см.

В., 19- лет, подучил удар ножом в грудь. Доставлен в хирургический стационар, где находился до вечера под наблюдением врача и, в связи с отсутствием признаков, угрожающих его состоянию, отправлен домой. На следующий день в поликлинике ему выдали больничный лист. В 15 часов этого же дня внезапно умер. При вскрытии – на передней поверхности аорты, между сонной и подключичной артериями, линейная рана длиной 0,5 см с кровоподтечными краями, в плевральных полостях до 280 мл жидкой крови, выраженная картина острого малокровия, от которого и наступила смерть.

Последний случай малоубедителен, т. к. вызывает сомнение диагноз острого малокровия при наличии всего 28.0 мл крови в плевральных полостях и отсутствии данных о наружном кровотечении. Можно лишь предполагать, что это типографская опечатка – вместо 2800 мл написано 280 мл.

Г. П. Джуваляков и В. В. Филиппов (1970) сообщают следующее наблюдение:

Гр-ке В. были нанесены множественные ранения шабером. Она выбежала из комнаты в коридор, затем во двор, где упала. Прибежавшим соседям сказала, чтобы они защитили дочь, которую может убить О. Соседи вбежали в дом. связали О. Вернувшись во двор, обнаружили В. мертвой. При судебно-медицинском исследовании трупа на теле отмечено 23 раны, из которых 3 – проникающие в грудную полость с повреждением восходящей части дуги аорты (две раны) и задней стенки трахеи. В общей сложности, после полученных повреждений В. пробежала расстояние более 25 метров и прожила около 10 минут.

В наблюдении В. Г. Балдаевой (1970):

гр-н К., находясь в состоянии алкогольного опьянения, с силой ударился о стекло двери и разбил его. После падения поднялся, подошел к водопроводному крану, обмыл кровь с лица и, отойдя от крана, упал. Умер через несколько минут после поступления в больницу. При вскрытии трупа обнаружены резаные раны лица и колото-резаная рана по краю левой реберной дуги, из которой выступал сальник. В брюшной полости 2 литра крови, в которой найден осколок стекла, размерами 4,4X1,7 см. Имелось линейное ранение брыжейки тонкой кишки, а на передне-левой поверхности аорты соответственно IV поясничному позвонку – проникающая в ее просвет поперечно расположенная рана длиной 1,5 см.

Весьма интересное наблюдение приводит Г. А. Кривonos (1975):

С, 76 лет, страдавший циррозом печени с асцитом, вставил в унитаз используемый для его чистки металлический прут круглого сечения, длиной 45 см, диаметром 0,8 см. п сел на пego. Жена С, "обеспокоенная длительным отсутствием мужа, пошла посмотреть, что с ним. С. вышел ей навстречу со словами: «Ну. вот. больше не будете со мной мучиться». В области заднего прохода у него выступал указанный стержень. Жена извлекла стержень и вызвала скорую помощь. Через 30 мин после происшествия С. умер в приемном покое больницы.

При судебно-медицинском исследовании трупа в брюшной полости обнаружено 1500 мл жидкой крови со свертками. На задней стенке аорты в области бифуркации располагалась проникающая в просвет колотая рана, размерами 0,7X1.5 см. Раневой канал проходил по передней по-

верхности позвоночника, между ним и прямой кишкой, целостность которой не была нарушена.

В. П. Хоменок (1955) приводит два случая разрыва аорты,

В первом из них, шофер автомобиля ГАЗ-67 гр. Г. при столкновении со встречной автомашиной получил повреждения и через 2,5 часа доставлен в стационар. При поступлении: состояние тяжелое, сознание спутанное, на вопросы отвечает односложно и только при настойчивом повторном требовании. Через 5 часов после поступления произведена операция чревосечения, при которой повреждений органов брюшной полости не обнаружено. На следующий день при пункции левой плевральной полости удалено 350 мл, а еще через сутки – 1000 мл крови. В этот день состояние больного тяжелое, но он в сознании, интересовался сроком своего лечения. Вечером (через 69 часов от момента происшествия) внезапно наступила смерть.

При исследовании трупа в правой плевральной полости обнаружено 900 мл, в левой – 2100 мл крови. Пристеночная плевра слева была отслоена кровью, в центре отслоения – разрыв, продолжающийся вглубь кровяного свертка, в котором располагалась полость, заполненная жидкой кровью. На уровне 5-го ребра обнаружен почти полный поперечный разрыв интимы и средней оболочки аорты, с разошедшимися до 1,5 см концами и отслоением их от адвентиции, в которой отмечен лоскутообразный разрыв, протяженностью 2,5 см. Клетчатка средостения была обильно пропитана кровью.

В данном случае в области разрыва аорты образовалась пульсирующая гематома, а в дальнейшем произошел окончательный разрыв адвентиции с быстрым массивным кровоизлиянием в плевральные полости, что и привело к смерти.

Во втором случае, Н, находившийся в коляске мотоцикла, при наезде на дерево получил повреждения, через 45 мин в бессознательном состоянии был доставлен в больницу, где через час скончался.

При вскрытии трупа найдено: в левой плевральной полости до 600 мл жидкой крови, обильно пропитано кровью заднее средостение. Нисходящий отдел аорты (судя по всему, в грудной части) имеет полный поперечный разрыв с расхождением краев до 4 см, между которыми отдельные перемычки адвентиции. Вокруг разрыва – скопления рыхлых кровяных свертков. Кроме того, обнаружены обширный перелом костей черепа, разлитое кровоизлияние под мягкими мозговыми оболочками, разможженпе обеих лобных долей мозга. Тяжелые повреждения головы явились причиной бессознательного состояния и послужили непосредственной причиной смерти.

Анализируя данный случай, автор высказывает мнение, что если бы не было черепно-мозговой травмы, то только с разрывом аорты жизнь пострадавшего продолжалась бы несколько дольше.

Из приведенных наблюдений В. П. Хоменок делает вывод, что обнаружение при вскрытии травматического разрыва аорты не всегда свидетельствует о том, что после полученных повреждений человек не был способен к активным действиям. Суждение это, однако, недостаточно убедительно, т. к. в перѳ

вом случае можно говорить лишь о появлении ясного сознания через несколько часов после травмы и после операции лапаротомии; во втором же случае сознательная деятельность отсутствовала от момента травмы до смерти. Допущение способности к действиям в этом случае основывается, видимо, на том, что кровотечение из разорвавшейся аорты было относительно небольшим (только 600 мл крови в плевральной полости и наличие кровяных свертков вокруг разрыва). Вместе с тем, нельзя исключить, что незначительность кровотечения при столь большом разрыве аорты (расхождение краев разрыва на 4 см) было обусловлено именно сопутствующей тяжелой травмой головы и резким падением из-за нее кровяного давления.

Случай огнестрельного ранения дуги аорты приводит С. Б. Банковский (1960).

Во рву, окружающем кладбище, был обнаружен труп Ш., 35 лет, лежащий на левом боку. Под головой портфель, на голове фуражка. В правой руке револьвер сист. «Наган», большой палец на спусковом крючке, на пальце наслоение пороховой копоти. В барабане пять пустых гильз и два боевых патрона. На мундире, в области левого нагрудного кармана — три входных огнестрельных повреждения с кольцевидным отложением копоти в окружности. При вскрытии трупа установлено, что из двух ранений грудной клетки одно проникает через нижнюю долю левого легкого, другое — через верхний край дуги аорты. Третье ранение опоясывающее, расположено в мягких тканях грудной стенки. Выходные отверстия всех трех ранений на спине. Помимо ранений грудной клетки, имелись два входных огнестрельных отверстия в области правого виска. Оба ранения проникали в полость черепа, образуя один канал с обширной зоной разрушения головного мозга. Пули от всех пяти выстрелов обнаружены на разной глубине в земле под трупом.

Резюмируя данное наблюдение, автор пишет: «Гр. Ш. произвел в себя пять выстрелов. Три выстрела в грудную клетку повлекли за собой повреждение левого легкого и смертельное повреждение аорты. После этих повреждений гр. Ш. произвел два выстрела в голову, причем, совершенно очевидно, что первый выстрел в голову был очень тяжелым повреждением, однако Ш. смог еще произвести и второй выстрел».

Судя по положению трупа в момент выстрелов и наличию копоти на большом пальце, находившемся на спусковом крючке, самоубийство в данном случае не вызывает особых сомнений. Что же касается последовательности выстрелов, то учитывая, что огнестрельные повреждения головы, особенно лобных долей, не всегда сопровождаются потерей способности к самостоятельным действиям, полностью согласиться с автором нельзя, тем более, что в статье не приведены данные о количестве крови в плевральной полости.

Не менее чем ранения аорты опасны для жизни повреждения таких крупных артерий, как легочные, сонные, подклю-

чичные и бедренные. При ранении их так же иногда сохраняется способность к сознательной деятельности. Это может происходить, как справедливо замечают В. С. Житков и А. А. Матышев (1976), например, тогда, когда кровотечение из сонной артерии уменьшается или временно останавливается зажатием рукой или наклоном шеи, при ранении бедренной артерии – прижатием бедра к туловищу. Возможно и закрытие раневого отверстия кровяным свертком.

В литературе мы встретили лишь единичные сообщения о сохранении способности к действиям при ранении крупных кровеносных сосудов. Так, Е. Я. Соколов и А. П. Петрова (1966) описали следующее наблюдение:

Л., 24 лет, следуя на мотоцикле, столкнулся со встречной автомашиной. Поднялся с посторонней помощью, самостоятельно сел в кабину автомобиля и был доставлен домой, т. к. в больницу ехать не захотел. Через 3,5 часа появилось выраженное затруднение дыхания, в связи с чем через 2 часа госпитализирован. При поступлении в стационар был активен, передвигался самостоятельно. Жаловался на нехватку воздуха, все время ходил. Через 19 ч. 30 мин после травмы умер. На вскрытии обнаружен перелом VI правого ребра, разрыв по длине легочной артерии, протяженностью 1,7 см, правосторонний гемоторакс (2500 мл).

М. И. Авдеев (1959) приводит такой пример:

Д. нанес спавшему Ш. удар ножом в грудь и убежал. Ш. вскочил и побежал за Д. По пути спросил у дежурного, кто выбежал из его комнаты, упал и через 5 минут скончался. При вскрытии трупа обнаружено проникающее колото-резаное ранение грудной клетки с разрезом правых легочных вен и верхней полой вены.

В наблюдении Г. П. Джгвалякова и В. В. Филиппова (1970):

гр-ну К. было нанесено несколько колото-резаных ранений. Он добегал до районного отделения милиции (расстояние свыше 200 м), вбежал в комнату дежурного, сказал, что его ударили ножом, упал и умер. При исследовании трупа обнаружено три колото-резаных ранения грудной клетки, полное пересечение безымянной артерии и левой сонной – наполовину.

В нашей практике был случай ранения подключичной артерии, при котором способность к действиям сохранялась на протяжении нескольких минут.

Как установлено следствием, К., 28 лет, ехал на велосипеде по узкой тропинке через лес. При осмотре места происшествия, на крутом повороте тропинки, на пригорке, был обнаружен лежащий велосипед К., а на сучке ели, расположенном на высоте 1 м 60 см от земли, найдены кровь и кусочки эпидермиса. На расстоянии около 500 м от этого места на земле лежал труп К. вниз лицом, с недокуренной папиросой во рту.

При исследовании трупа на передней поверхности шеи обнаружена неправильно-округлая рана с дефектом ткани и осадненными краями, поперечником около 1,5 см. Раневой канал проходил под кожей шеи слева, проникая в левую плевральную полость, в которой было около 3 литры крови. На задней стенке левой подключичной артерии имелся неправиль-

ной формы дефект, по нижнему краю которого образовался лоскут, отворачивающийся кинзу. Смерть К. наступила от острого малокровия в результате ранения левой подключичной артерии сучком дерева с тупым концом.

В данном случае с поврежденным крупным кровеносным сосудом и развивающимся массивным внутренним кровотечением потерпевший прошел около 500 м, на что потребовалось не менее 5–7 минут.

Л. Е. Подушкина (1956) приводит следующий случай:

- М., 18 лет, было нанесено ножевое ранение шеи. Он пробежал более 200 метров, самостоятельно вошел в автобус, рассказал о случившемся, после чего потерял сознание и вскоре умер. При вскрытии трупа обнаружены колото-резаная рана шеи длиной 2,3 см и по ходу раневого канала – почти полностью пересеченная левая сонная артерия. Смерть наступила от острого малокровия в результате наружного кровотечения. В наблюдении А. П. Громова (1970):

Душевнобольной принял 20 таблеток люминала и через некоторое время пытался повеситься, но петля оборвалась. Он взял бритву и перерезал себе горло. После этого вышел из дома, прошел 20 м и бросился в колодец, повредив себе голову. При вскрытии обнаружены остатки таблеток люминала в желудке, странгуляционная борозда на шее, обширная резаная рана шеи, проникающая до позвоночника, с повреждением обеих сонных артерий, скальпированная рана головы и признаки утопления.

М. И. Авдеев (1959) приводит такое наблюдение:

Х. было нанесено два ножевых ранения в шею. После этого он пробежал 60 м, перелез через забор, около которого на следующий день был обнаружен его труп. При исследовании трупа отмечено: повреждение левой подключичной артерии, ранение, проникающее в левую плевральную полость с 2 литрами крови в ней, и повреждение левой позвоночной артерии.

Случай смерти от острой кровопотери и шока в результате ранения крупной артерии таза приводит Е. М. Сагайдак (1967).

Г., 31 года, разбив стекло в двери, случайно сел на осколок стекла, оставшийся в раме. Сразу вскочил, пробежал до дома расстояние 250–300 м, поднялся на второй этаж, где упал и потерял сознание. Был доставлен в больницу, где через 30 мин скончался. При вскрытии обнаружено колото-резаное ранение левой ягодицы, через большое седалищное отверстие, проникающее в малый таз, с повреждением левой верхней ягодичной артерии и брыжейки прямой кишки. В брюшной полости среди крови найден крупный осколок стекла. Причиной смерти послужило острое малокровие.

Суммируя все изложенное, следует прийти к выводу, что даже при самых обширных и тяжелых изолированных повреждениях сердца и крупных кровеносных сосудов возможны сознательные целенаправленные действия пострадавших, и только в тех случаях, когда такие повреждения сочетаются с иной тяжелой травмой тела, прежде всего – с черепно-мозговой, вызывающей потерю сознания, способность к активным действиям может быть исключена.

ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА, ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

изолированные повреждения внутренних органов, за исключением сердца и крупных кровеносных сосудов, хотя встречаются не так уж редко (например, колото-резаные и колотые ранения легких, органов брюшной полости, разрывы селезенки, почки и пр.), не представляют интереса с точки зрения способности к самостоятельным действиям, т. к. такая способность при этих ранениях почти всегда сохраняется.

С другой стороны, при насильственной смерти в случаях обширных повреждений тела, например, при его расчленении на отдельные части, отчленении головы от туловища, полном размятии органов грудной клетки и живота, размятии головы с выпадением головного мозга и некоторых других, вопрос о способности к целенаправленным самостоятельным действиям обычно не возникает и возникнуть не может, т. к. подобные повреждения абсолютно несовместимы с какими бы то ни было проявлениями жизни.

Иное дело, когда травма, хотя и смертельна, но по своему характеру не должна вызывать моментальное наступление смерти. Это особенно касается множественных повреждений органов грудной и брюшной полостей как по отдельности, так и в их комбинации. В этих случаях непосредственной причиной смерти чаще всего является травматический шок или массивное внутреннее, а также наружное кровотечение, приводящие к резкому падению кровяного давления и острому малокровию, которые в конечном итоге и приводят к смертельному исходу.

В ряде случаев вероятность выполнения тех или иных определенных действий сразу может быть исключена характером самой травмы. Так, при переломах позвоночника с повреждением спинного мозга на том или ином уровне — невозможность передвижения на ногах, а иногда и движения всеми четырьмя конечностями. При этом следует учитывать, что чем выше локализуется перелом позвоночника, тем реже наблюдается травматический («спинальный») шок, что, видимо, связано с обширной потерей болевой чувствительности (Б. Петров, Г. Покровский, 1964). Поэтому, например, при переломе

ломе шейного и верхне-грудного отделов позвоночника способность к разговорной речи может сохраняться.

Невозможность самостоятельного передвижения на ногах, как правило, исключается при переломах обоих бедер, костей голени и таза. Правда, единичные случаи передвижения при таких повреждениях описаны. Так, А. В. Пермяков (1969) приводит следующее наблюдение:

Гр-н К., 40 лет, при столкновении двух автомашин получил закрытый перелом обеих костей левой голени. После травмы вышел из кабины автомашины, которую он вел. Шофер автомашины, с которой было столкновение, будучи в нетрезвом состоянии, залез в машину К., завел ее и поехал. В этот момент К. вскочил в кабину с другой стороны, чтобы остановить автомашину, оборвал провод зажигания. На попутной машине доехал до города (несколько км), вместе с сотрудниками ГАИ приехал на место происшествия и только оттуда машиной скорой помощи был отправлен в стационар.

В другом наблюдении автора, К., 53 лет, находясь в состоянии алкогольного опьянения, получил закрытый многооскольчатый перелом левого бедра со смещением отломков, в результате наезда автомобиля. После травмы самостоятельно поднялся на ноги, сел в кабину автомашины, в которой отъехал от места происшествия на значительное расстояние. Ему помогли выйти из кабины, он стоял на ногах и жаловался на боли в ноге. Разрешение вопроса о способности к самостоятельным действиям особенно сложно тогда, когда повреждение по своему характеру и обширности должны, казалось бы, сопровождаться травматическим шоком. Не говоря уже о том, что далеко не все, даже весьма обширные повреждения всегда сопровождаются шоком, нужно иметь в виду, что по современным представлениям травматический шок является фазным динамическим процессом, симптоматология которого изменяется во времени и определяется фазой и степенью его развития. В шоке различают две фазы – эректильную и торпидную. Эректильная фаза развивается непосредственно после травмы, продолжается обычно десятки минут и характеризуется двигательным и речевым возбуждением, отсутствием критического отношения к своему состоянию и окружающей обстановке (Б. Петров, Г. Покровский, 1964). После этого наступает торпидная фаза, классическое описание которой дано Н. И. Пироговым и известно всем. В этой фазе целенаправленная сознательная деятельность, несмотря на сохранение сознания, не наблюдается. В период же эректильной фазы шока способность к движению и разговорной речи исключить нельзя.

Примеров сохранения способности к самостоятельным активным действиям при тяжелых повреждениях внутренних органов в литературных источниках имеется достаточно много. Правда, при различных травмах, приводящих к смерти, ряд авторов рассматривает лишь вопрос о продолжительности

СТИ жизни, не анализируя способность пострадавших к совершению самостоятельных действий. Так, В. И. Турович (1967) описывает 25 случаев тяжелой травмы, при которой продолжительность жизни потерпевших была от 1 часа до 3 суток. При этом, только в 10 случаях наблюдалась потеря сознания. Следовательно, 15 человек, по-видимому, сохраняли хотя бы способность к речи, а может быть и к другим действиям, но автор об этом не пишет. В приведенных 8 примерах он указывает только анатомический диагноз. Поэтому судить, были ли именно эти пострадавшие в сознании и совершали ли какие-либо действия, не представляется возможным.

Другие авторы (Г. С. Вачу, 1971, А. В. Пермяков, 1969 и нек. др.) рассматривают лишь частоту повреждения тех или иных органов при тупой травме и механизмы происхождения ее, не касаясь вопроса способности к активным действиям или, если и говорят о ней, то без приведения конкретных примеров.

Как отмечалось выше, колото-резаные и колотые повреждения легких обычно не сопровождаются потерей способности к самостоятельным действиям. Интересный случай тяжелого колотого ранения легких со смертельным исходом приводит Н. В. Игнатьев и В. И. Фролов (1977).

Мальчик 8 лет залез на металлическую ограду с вертикально расположенными на ней пикообразными наконечниками. Сорвавшись с ограды, мальчик повис на одном из наконечников. Он самостоятельно слез с ограды, прошел около 50 м и упал. Скончался в машине скорой помощи через 20 мин после происшествия.

При исследовании трупа, ниже левого соска обнаружена щелевидная рана, раневой канал которой проходил через VI межреберье в плевральную полость, где содержалось 1100 мл крови. Между долями легкого у корня располагалось повреждение длиной 2,5 см с массивным кровоизлиянием вокруг. На передней поверхности верхней доли левого легкого — три небольших раны, сообщавшиеся отдельными каналами с повреждением у корня. Длина раневого канала от кожной раны до корня легкого около 16 см. Авторы считают, что пикообразный наконечник ограды трижды проникал в верхнюю долю легкого, два из них, по-видимому, возникли при попытке мальчика освободиться.

Нарушение целостности костного каркаса грудной клетки с повреждением легких, как показывает практика, не всегда сопровождается плевро-иульмональным шоком или резкими расстройствами дыхания, которые могли бы препятствовать активной деятельности. В этом отношении показательно наблюдение В. С. Цветкова (1965).

В.. 54 лет. вместе с грузовой автомашиной ГЛЗ-63, которой он управлял, упал в обрыв глубиной 12 м. Самостоятельно выбрался наверх, прошел 2 км по крутой горной дороге к населенному пункту, затрат на это 1,5 часа, рассказал о случившемся и через час скончался. При вскрытии трупа: перелом I-VI левых ребер с разрывами пристеночной плевры 4

II–VI правых ребер, два глубоких разрыва левого легкого, обширные кровоизлияние в задние отделы обоих легких, распространенная подкожная эмфизема, оскольчатый перелом ключицы, перелом нижней челюсти, множественные кровоподтеки и ссадины тела. Вместе с тем следует отметить, что множественные переломы ребер, особенно по разным анатомическим линиям, нередко приводят к парадоксальному дыханию и баллотированию средостения, что резко затрудняет дыхание и сердечную деятельность, вызывает гипоксию, которая в конечном итоге обуславливает смертельный исход (Р. Ф. Дынина, 1967) и в какой-то степени исключает активную деятельность.

Сохранение способности к самостоятельной деятельности при повреждениях органов брюшной полости описано рядом авторов. Так, З. Ф. Резаева (1955) приводит два случая огнестрельных ранений живота.

Гр-н Л.. 22 лет. был ранен в спину выстрелом из винтовки, пробежал 143 м, вбежал в отделение милиции, где через 3–5 минут потерял сознание и умер. Вскрытием установлено, что раневой канал проходит через верхний полюс левой почки и левую долю печени, которая полностью разможжена. В брюшной полости содержалось большое количество крови. Смерть наступила от острого малокровия.

Во втором наблюдении, Г.. 32 лет. получив повреждение выстрелом из пистолета, прошел 180 метров, затем упал и вскоре умер. При исследовании трупа отмечено, что раневой канал тянется через диафрагму, левую долю печени, поджелудочную железу и аорту на уровне I поясничного позвонка, в теле которого найдена пуля. Обнаружены обширная брюшинная гематома и около 3 литров крови в брюшной полости. Причиной смерти явилось острое малокровие.

В сообщении Е. С. Эпштейна (1967).

П.,. 14 лет, на мотоцикле наскочил на стоящую автомашину. Упал вместе с мотоциклом, но тут же поднялся, завел мотоцикл и поехал домой, где поставил мотоцикл в сарай, зашел в дом и лег на постель. Вечером жаловался на сильные боли в животе, плакал, в связи с чем был госпитализирован. При операции установлен разрыв печени в области серповидной связки и на нижней поверхности, полный отрыв желудка от 12-перстной кишки. Наложены гастроэнтероанастомоз и швы на раны печени. В последующие дни развился гнойный перитонит, от которого пострадавший умер на 10 день. Судебно-медицинским исследованием трупа наличие установленных при операции повреждений было полностью подтверждено. В данном случае, несмотря на отрыв желудка от 12-перстной кишки и разрывы печени, никаких признаков шока не наблюдалось и длительное время сохранялась способность к самостоятельным действиям.

Уникальный случай множественных повреждений органов грудной и брюшной полостей наблюдал В. Г. Каль (1971).

Гр-ка К.. 25 лет. сбрасывая снег с крыши, выронила лопату, которая воткнулась вертикально в снег. Следом за лопатой, с высоты около 3 м

упала и сама К. и областью промежности «села» на ручку лопаты. Самостоятельно вынула лопату из тела и соседкой была доведена до дома. При прибытии через 25 мин машины скорой помощи без посторонней помощи дошла до нее, пройдя расстояние около 150 м. В больницу поступила в полном сознании, рассказала о случившемся. Была оперирована, по несмотря на это, скончалась. Прожила с момента падения до смерти около 36 часов. При вскрытии трупа обнаружена рваная рана промежности (ушитая), раневой канал которой проходил в прямую кишку, повреждая ее переднюю и боковые стенки, затем желудок, купол диафрагмы, верхнюю долю левого легкого от ворот к верхушке, заканчиваясь у второго левого ребра, которое оказалось сломанным. Общая длина раневого канала составила 65 см. Смерть, по клиническим данным, наступила от сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. Причину смерти, установленную при вскрытии, автор не указывает.

Таким образом, множественные ранения внутренних органов не повлекли за собой шокового состояния или потерю сознания, что позволило пострадавшей совершать целый ряд активных целенаправленных действий на протяжении длительного времени.

В интересном наблюдении С. В. Банковского (1959), к сожалению, обстоятельства получения повреждений не сообщены. Указано только, что:

Прибывшие на место происшествия сотрудники милиции обнаружили ползущего по комнате на четвереньках мужчину (Д., 36 лет), который говорил: «Помогите, умираю» и просил пить. На полу, обильно залитом кровью, находились два конгломерата, в одном из которых оказалось 4,5 м тонких кишок, во втором - 7 м тонких и толстых кишок. Пострадавший через 45 мин был доставлен в больницу, в которой вскоре умер.

При судебно-медицинском исследовании трупа установлено, что отверстие заднего прохода широко зияет и через него в брюшную полость свободно проходит рука. В брюшной полости сохранилось только 14 см прямой кишки, 12-перстная кишка с небольшим отрезком; тощей, обрывки сигмовидной и слепой кишок. На нижней поверхности печени имелось два больших разрыва. В брюшной полости 450 мл крови.

Крайне редкий случай травматического перемещения внутренних органов описывает Н. П. Туровец (1967).

Ш., 44 лет, выпал из кузова движущейся автомашины. Потери сознания в момент травмы не было и пострадавший тут же «в удовлетворительном состоянии» был доставлен в больницу, где установили только кровоподтеки на теле и ушибленную рану лба. После первичной хирургической обработки раны самостоятельно вышел на операционной, ходил по коридору, чувствовал себя удовлетворительно. В последующие дни жаловался на боли в левой половине груди и живота. Общее состояние прогрессивно ухудшалось и на 13 день наступила смерть.

При вскрытии трупа обнаружен разрыв левого купола диафрагмы, длиной 7 см. В левой половине плевральной полости находились весь желудок, сальник, большая часть поперечно-ободочной кишки. Средостение было смещено вправо, сальник плотно окутывал сердце. Имелись также два разрыва селезенки, прикрытые плотными свертками крови, в области хвоста поджелудочной железы - обширное кровоизлияние, перелом трех ребер. По заключению экспертизы, смерть наступила от гипостатической пневмонии.

Комбинированное повреждение органов грудной клетки и живота описывает и Л. С. Свердлов (1958).

Т., 58 лет, в состоянии алкогольного опьянения попал под автомашину и сразу же доставлен в больницу. Он был резко возбужден, агрессивен, лежать отказывался, сопротивлялся персоналу, всех отталкивал от себя. По на некоторые вопросы отвечал, назвал свою фамилию. Через 1 ч 10 мин потерял сознание, а еще через 1 ч 15 мин скончался.

При вскрытии обнаружены полный поперечный перелом грудины, двойные переломы со 2-го по 10-е ребро слева и одинарные переломы со 2-го по 9-е ребро справа. 1000 мл крови в брюшной полости. Часть левой доли печени, размерами 12XЮ см, была полностью отделена и свободно лежала в брюшной полости. Отмечены также множественные кровоизлияния в брыжейку тонкого кишечника и в окружности поджелудочной железы. массивное кровоизлияние в ткань самой железы, поперечный разрыв левой почки с обширным кровоизлиянием в околопочечную клетчатку. 200 мл жидкой крови в полости сердечной сорочки, в области восходящей части дуги аорты – разрыв длиной 1.5 см. окруженный кровоизлиянием, выраженное малокровие внутренних органов.

Несмотря на столь обширные повреждения, пострадавший отвечал на некоторые вопросы, проявлял двигательную активность, сопротивлялся медицинскому персоналу. По всей видимости, эти его действия могут быть объяснены эрктнльной фазой травматического шока.

Интересное наблюдение длительного сохранения способности к действиям и, вместе с тем, грубых диагностических ошибок, приводит Ю. Н. Майорников (1969).

Как было установлено в последствии. П., 65 лет. был сбит автомашиной. Работники милиции, обнаружившие П.. сочли его пьяным и в связи с тем. что вырезатель был закрыт, доставили в больницу. Здесь он жаловался на боли и просил осмотреть его. Состояние отмечено как удовлетворительное, активен, но на вопросы отвечает невнятно, машет руками пытается встать с кушетки. С диагнозом – «Алкогольное опьянение III ст., ссадины головы и левой руки» госпитализирован не был и отправлен в милицию, где через несколько часов состояние ухудшилось. Прибывший по вызову врач скорой помощи ничего не обнаружил и посоветовал отправить пострадавшего домой, что и было сделано. Дома он уже не отвечал на вопросы, метался, стонал. На следующий день госпитализирован и вскоре скончался.

При вскрытии трупа обнаружено: гематома в мягких тканях головы, перелом грудины на уровне II ребра и левых ребер со 2-го по 8-е, 300 мл крови в левой плевральной полости и 1000 мл в брюшной, разрывы левого легкого, селезенки и правой доли печени, смещение тел VI–VII шейных позвонков с разрывом межпозвонкового хряща и передне-боковых связок, но без нарушения целостности спинного мозга и его оболочек, малокровие внутренних органов.

Случай комбинированного торако-абдоминального ранения и повреждения головы приводят Р. М. Карасик и Я. С. Смутин (1963).

Гр-н К.. 20 лет, с целью самоубийства, что точно установлено органами расследования, произвел пять выстрелов из карабина – три в грудную клетку и два в голову. При судебно-медицинском исследовании трупа были обнаружены три сквозных-огнестрельных ранения левой половины грудной клетки с расположением входных отверстий кнутри и несколько ниже соска, с повреждением легких, диафрагмы и поперечно-оботочной

кишки. Помимо этого отмечено два сквозных ранения головы. Входное отверстие одного из них локализовалось в лобной области, выходное – в правой теменно-затылочной. Ранение сопровождалось обширными переломами костей свода и основания черепа с повреждением головного мозга. Второе ранение было с входным отверстием в правой височной области, выходным – в области верхнего века левого глаза. Это ранение сопровождалось множественными переломами свода и основания черепа, обширным разрушением головного мозга.

Р. М. Карасик и Я. С. Смусин, по-видимому, правильно считают, что ранения грудной клетки предшествовали выстрелам в голову. Что касается последних, то мнение автора бездоказательно – они безапелляционно пишут, что первым причинено сквозное ранение в передне-заднем направлении, последним – выстрел в правую височную область.

Особую группу повреждений, несовместимых с жизнью, но при которых иногда сохраняется сознание и способность к действиям, представляют собой расчленения тела, чаще, всего колесами железнодорожного транспорта. Казалось бы, что при таких повреждениях смерть должна наступать мгновенно и ни о какой сознательной деятельности разговора быть не может. Так, А. П. Громов (1977) прямо пишет, что расчленение туловища, как и размятие головы, всегда ведет к немедленной смерти.

В подавляющем большинстве случаев это действительно, так. Однако имеется целый ряд наблюдений, когда сознание у таких пострадавших может сохраняться и они способны говорить, хотя самостоятельно передвигаться не могут, в связи с полным отделением нижней половины туловища.

Л. Е. Полушкина (1956) описала следующий случай:

М., 24 лет, попал под поезд и был расчленен на две части. На протяжении часа находился в сознании, осмысленно рассказал о происшедшем, назвал адрес места жительства, энергично приподнимался на носилках, подтягиваясь на руках, и старался удариться головой о располагавшиеся поблизости предметы. Через 1 час потерял сознание и вскоре умер.

При вскрытии отмечено, что тело разделено надвое в нижней половине таза, с раздроблением тазовых костей и обоих бедер, размятием тазовых и наружных половых органов, петли кишечника выпадают из брюшной полости, разможжены обе подвздошные артерии, но просвет их затромбирован. Картина общего малокровия, от которого, по мнению автора, и наступила смерть.

Сходное наблюдение опубликовано Е. Е. Дильманом (1960).

Х., 18 лет, обнаружен на железнодорожных путях после прохода товарного поезда «черезрезанным надвое». Пострадавший несколько раз приподнимался, руками опираясь о землю, назвал свою фамилию, адрес, просил никого не винить в его смерти. Через 30 мин потерял сознание, был направлен в больницу, где через 10 мин скончался.

При судебно-медицинском исследовании установлено, что труп разделен на две части на уровне симфиза, крыльев подвздошных костей и крестца. Поверхность расчленения на верхней части тела представлена коф

гломератом внутренних органов, обильно покрытых пылью и машинной смазкой, в нижней части тела – раздробленные тазовые кости, поясничные позвонки, размятые части прямой кишки, мочевого пузыря и наружных половых органов, полное размятие левого бедра. Такой же случай описан В. Е. Ляшенко (1961).

Г. 18 лет, попал под паровоз. Прибывшие работники милиции обнаружили, что на рельсах лежит человек, верхняя половина тела которого отделена от нижней и находится от нее в нескольких метрах. Г. сообщил свою фамилию, имя, отчество, возраст и где проживает, как попал под паровоз. Вызванной скорой помощью через 1 ч 15 мин после происшествия в агональном состоянии доставлен в больницу, где через 10 минут скончался.

При вскрытии трупа обнаружено – линия разделения туловища проходит на уровне гребней подвздошных костей и III–IV поясничных позвонков. В нижних отделах петли тонкого и толстого кишечника разможены, из брюшной полости свисают обрывки кишок, обе подвздошные артерии с разможенными и слипшимися краями. Картина острого малокровия, пятна Мпиакова под эндокардом.

Еще одно, подобного же типа наблюдение, приводится Е. Я. Соколовым и А. В. Петровой (1966).

Гр-п 10., 21 года, попал под колеса паровоза. Туловище было разделено на две части, находившиеся по обе стороны рельсы. Подоспевшим людям пострадавший сообщил свою фамилию, имя, отчество, возраст, адрес и объяснил обстоятельства происшествия. После травмы жил 45 мин, из них 25 – в сознании.

При судебно-медицинском исследовании трупа отмечено полное разделение туловища на уровне I–II крестцовых позвонков, многооскольчатый перелом костей таза, размятие нижнего отдела брюшной аорты и обеих подвздошных артерий. Имелось также разможение мочевого пузыря, половых органов, петель тонкого и толстого кишечника, картина выраженного малокровия внутренних органов. Длительное сохранение сознания авторы объясняют тем, что концы разорванной аорты были разможены и слиплись, благодаря чему сохранялось определенное кровяное давление, обеспечивающее кровоснабжение головного мозга.

В нашей практике также наблюдался случай переезда тела колесами железнодорожного транспорта с сохранением сознания потерпевшей.

М., 32 лет, переходя через железнодорожные пути перед маневровым паровозом, поскользнулась и упала на рельсы. Паровоз через нее переехал. Через 10 мин доставлена в приемный покой больницы, где ее посадили на пол. На протяжении 20 мин в больнице пострадавшая находилась в сознании – назвала свою фамилию и адрес, просила сообщить о случившемся родственникам. Все это время она, как бы автоматически, перекидывалась с одной стороны на другую, опираясь на пол руками, была очень бледна и покрыта потом, повторяла одну и ту же фразу: «сделайте мне укол, дайте умереть спокойно». Потом потерпевшая потеряла сознание, корпус ее опустился на пол и через 10 мин констатирована смерть. Переезд совершен через область таза. Нижняя половина тела соединялась с верхней только широкими, истонченными и осадненными лоскутами кожи. Были раздроблены все кости таза, крестец, IV и V поясничные позвонки. Органы и кровеносные сосуды малого таза, петли тонкого и толстого кишечника, расположенные в нижних отделах брюшной полости, сказались полностью размятыми, отмечались обширные кровоизлияния в

брюшную клетчатку тонкого кишечника, в клетчатку малого таза и в окопочечную клетчатку.

По нашему мнению, смерть в данном случае наступила от травматического шока (эректильная фаза), протекавшего на фоне обильной острой кровопотери.

Таким образом, с явно несовместимыми с жизнью повреждениями, пострадавшая прожила 40 мин, в т. ч. 30 мин была в сознании, разговаривала и совершала ряд однотипных движений.

Изложенное показывает, что и при тяжелейших, несовместимых с жизнью повреждениях костей скелета, а также органов брюшной и грудной полостей, пострадавшие в ряде случаев могут сохранять сознание, в состоянии разговаривать и совершать некоторые целенаправленные действия.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ ШЕИ

Три открытых повреждениях шеи смерть может наступить от острой кровопотери в результате ранения крупных кровеносных сосудов, что уже отмечалось в части II. Чаще это бывает при несчастных случаях и при повреждениях, наносимых посторонней рукой. При самоубийствах, когда остросрежущим предметом перерезается передняя поверхность шеи, даже очень глубокие повреждения, полностью пересекающие гортань и достигающие позвоночника, часто не сопровождаются ранением крупных сосудов и нервов, т. к. при запрокидывании головы назад, сосудисто-нервные пучки продвигаются в глубину и прижимаются грудино-ключично-сосцевидными мышцами (А. И. Юнина, 1972). При этом, однако, может повреждаться щитовидная железа, что обычно сопровождается обильным кровотечением, могущим обусловить наступление смерти.

При резаных и колото-резаных ранениях шеи нередко повреждаются венозные сосуды, в связи с чем создаются условия для возникновения воздушной эмболии, которая, как правило, ведет к мгновенной смерти, а отсюда и к невозможности совершать какие-либо сознательные действия.

Большинство авторов (А. П. Громов, 1970; М. И. Авдеев, 1976 и др.) считают воздушную эмболию безусловным доказательством прижизненного происхождения травмы и при ее наличии именно с ней связывают наступление смерти. С этим положением, однако, полностью согласиться нельзя. Весьма интересные и наглядные опыты В. В. Писмарева (1972) показали, что и в случаях посмертных колото-резаных ранений шеи с повреждением вен, особенно при последующих грубых манипуляциях с трупом (резкое переворачивание его, запрокидывание головы и пр.), воздух может попасть в сердце и имитировать типичную воздушную эмболию.

Вполне естественно предположить, что если проникновение воздуха в сердце возможно при посмертном ранении вен шеи, то еще более вероятно это при предсуществовавшем повреждении этих сосудов у человека, умершего от другой причины. Поэтому, с нашей точки зрения, вывод относительно смерти от воздушной эмболии при повреждении вен шеи, да и других областей тела, несмотря на наличие воздуха в

полостях правой половины сердца, возможен только тогда, когда полностью исключено наступление смерти от других причин, в первую очередь, от острого малокровия в результате наружного или внутреннего кровотечения.

Вместе с тем, следует сказать, что даже твердо установленная прижизненная воздушная эмболия, необязательно исключает способность к самостоятельным действиям непосредственно после ранения, т. к. иногда наблюдается т. и. пролонгированная эмболия, которая возникает либо при поступлении воздуха мелкими порциями, либо когда он скапливается пристеночно в нижних отделах, например, при ранениях вен таза или из полости матки, либо, наконец, если непосредственно после ранения сосуд спадается или закрывается кровяным свертком или инородным предметом, а при благоприятных к тому условиях, например, при движениях, резком откидывании шеи, просвет его открывается и в него проникает внешний воздух, сразу блокируя сердце. В этом отношении представляет определенный интерес наблюдение Л. Г. Богуславского (1962).

Гр-н Р., выскочив из своей квартиры с перерезанной шеей, стал бегать по улице с кухонным ножом в руке. Прибывшему через 30 мин милиционеру он заявил: «Я сам себе перерезал горло, застрелите меня». Голос у него был тихий, свистящий и слышен был из раны, из которой выделялась пенная кровь. Отобрав нож, милиционер доставил Р. в больницу. До приезда машины скорой помощи Р. все время то ходил, то бегал. В больнице он разговаривал, пульс был хорошего наполнения и напряжения. Как только его уложили на стол с запрокинутой головой, появилось клочущее дыхание, лицо побледнело, пульс перестал определяться, и через 5 мин была констатирована смерть.

При судебно-медицинском исследовании трупа на передней поверхности шеи обнаружена поперечно расположенная зияющая рана длиной 11 см, достигающая позвоночника и проходящая между подъязычной костью и щитовидным хрящем. Слева оказались пересеченными вены, расположенные вдоль гортани, были повреждены так же обе гортанные артерии. При производстве пробы Сунцова на воздушную эмболию выделилось значительное количество пузырьков воздуха. Резкого малокровия при вскрытии обнаружено не было. Дано заключение, что смерть наступила в результате воздушной эмболии от попадания воздуха в пересеченные вены.

Случай пролонгированной воздушной эмболии, правда, при повреждении вен не шеи, а нижних конечностей, описали В. Ю. Готье и Н. П. Пырлина (1977).

Рабочему Б., 23 лет. при разрыве промывной трубы ударившей из нее под большим давлением струей жидкости повредило область правого коленного сустава. Через несколько минут пострадавшего доставили на медицинский пункт, где состояние его признано хорошим – он разговаривал и каких-либо жалоб не предъявлял. Однако через 50–55 минут после получения повреждения внезапно умер.

При судебно-медицинском исследовании трупа – на внутренней поверхности правого коленного сустава отмечена "рана 4,0x3,8 см с дефек-

том тканей размерами 1,0x0,7 см и обширным кровоподтеком в окружности. На дне раневого канала обнаружен неполный поперечный разрыв стенки большой подкожной вены бедра, а также повреждения многих крупных поверхностных вен, выходящих в нее. Проба Сунцова на воздушную эмболию оказалась резко положительной. Дано заключение, что смерть Б. наступила от воздушной эмболии правой половины сердца в результате множественных повреждений вен правого бедра от сильного удара струей жидкости.

Помимо воздушной эмболии, открытые ранения шеи (так же, впрочем, как и закрытые) могут сопровождаться напряженной воздушной эмфиземой средостения; ее развитие требует известного времени, в течение которого пострадавший может совершать целенаправленные действия. В качестве примера можно привести наблюдение К. Д. Янковской (1966).

Б., 24 лет, получила колото-резаное ранение шеи. Поступила в больницу в сознании с жалобами на одышку, боли за грудиной, затрудненное дыхание, кашель. Голос сильный. Над левым грудно-ключичным сочленением – рана длиной 3 см, из которой выделяются пенная кровь и воздух. На шее, лице и передней поверхности грудной клетки – обширная подкожная эмфизема. Больная оперирована – лигирована поврежденная левая яремная вена, ушита рана передней полуокружности трахеи. Несмотря на это, через 4 ч 50 мин после происшествия наступила смерть.

При вскрытии: проба на воздушную эмболию отрицательная. Клетчатка средостения вздута в виде крупных и мелких пузырьков, эмфизема и отек легких, полнокровие внутренних органов. По заключению автора, смерть наступила от сдавления сердца и крупных сосудов воздухом (т. н. «сухая тампонада сердца») вследствие напряженной эмфиземы средостения, возникшей в результате ранения трахеи.

Из очень редких повреждений шеи Э. Гофманн (1912) сообщает о случае, когда женщина, перерезав себе поперечно переднюю поверхность шеи, захватила руками и совершенно выдвинула гортань, которая была найдена около умирающей, в луже крови. При этом, естественно, не могли не быть повреждены сосуды и нервы шеи, и, несмотря на это, женщина произвела себе столь сложную «операцию». Надо полагать, что это была психически больная.

Тупая (закрытая) травма шеи может протекать по-разному и в ряде случаев заканчиваться смертельным исходом. По данным А. И. Юнпной (1972), общими симптомами всех повреждений гортани и трахеи, являются нарушения дыхания и голоса, дисфагия. В зависимости от тяжести и локализации повреждения указанные симптомы появляются сразу же после его причинения или спустя некоторое время. Вслед за травмой пострадавшие нередко теряют сознание, наступает гортанный шок. Последнее обстоятельство исключает способность к сознательной деятельности.

При тупой травме гортани смертельный исход может быть обусловлен рядом причин, из которых, помимо шока и рефлексорной остановки сердца, наибольшее значение имеет асфиксия. Последняя может явиться следствием непосредственного сдавления шеи, например, руками, или закрытия просвета верхних дыхательных путей мягкими или сыпучими телами. В этих случаях сознательная деятельность, само собой, исключается. Иногда же асфиксия развивается не сразу, а через какой-то промежуток времени после травмы, что возможно, например, при аспирации крови вследствие повреждения хрящей гортани с одновременным разрывом слизистой, или развитии отека гортани и голосовых связок как при переломах хрящей, так и только при повреждении мягких тканей, в т. ч. щитовидной железы.

В связи с тем, что травмы шеи только с переломами гортанных хрящей, чаще всего, не ведут к быстрой смерти, такие пострадавшие успевают попасть в медицинские учреждения, где соответствующее лечение предотвращает смертельный исход и они выздоравливают. Поэтому, видимо, в судебно-медицинской литературе приводится мало случаев смертельной травмы гортани и не анализируется вопрос о способности к действиям при ней. Описание же таких повреждений в специальной отоларингологической литературе представлено достаточно широко.

Случай смерти от аспирации крови при тупой травме шеи описал З. Л. Лаптев (1966).

Гр-иу С., находившемуся в состоянии алкогольного опьянения, «для успокоения его», сзади кратковременно сдавили шею. Сразу после этого С. сел на пол, а затем уполз под кровать, иод которой он и был обнаружен мертвым утром следующего дня. При исследовании трупа отмечены перелом левого большого рожа подъязычной кости, разрыв слизистой в этом месте, жидкая пенистая кровь в трахее и бронхах, кровоизлияние в окружающие гортань мягкие ткани. Дано заключение, что смерть С. последовала от повреждения гортани с переломом подъязычной кости, осложнившегося закрытием дыхательных путей кровью, что повлекло за собой механическую асфиксию.

Наблюдение это, конечно, нельзя назвать убедительным, поскольку не описана морфологическая картина аспирации крови в легкие, не указано количество этилового алкоголя в крови и моче трупа (можно ли исключить смерть от отравления, алкоголем?); наличие же только пенистой крови в верхних дыхательных путях еще не обязательно свидетельствует о смерти от механической асфиксии.

Несмотря на неясность причины смерти, в данном случае налицо, хотя и непродолжительная, способность к передвижению (самостоятельно заполз под кровать) после сдавления шеи с переломом подъязычной кости.

Более интересно наблюдение Г. П. Блувштейна (1965).

П., 33 лет, во время работы ударился передней поверхностью шеи о край ящика. Обратился в сельскую больницу с жалобами на боли в области щитовидного хряща, осиплость голоса, наличие прожилок крови в мокроте при кашле. От госпитализации отказался и ушел на работу. Однако вечером снова обратился в больницу. В приемном отделении ему стало плохо, началось кровотечение – выделялись сгустки алой крови. Несмотря на применение кровоостанавливающих средств, через 30 мин скончался.

При исследовании трупа обнаружен перелом правой пластинки щитовидного хряща и кровоизлияние в окологортанные мышцы, просвет гортани соответственно месту перелома был закрыт свертком крови, большое количество жидкой крови содержалось в трахее и бронхах. Состояние легких, кроме «полнокровия», как и в наблюдении З. Л. Лаптева, не описано.

Эксперт пришел к выводу, что смерть наступила от перелома щитовидного хряща, осложнившегося механической асфиксией в результате закрытия просвета гортани кровяным свертком и жидкой кровью. Значительно чаще, чем смерть от аспирации крови, травмы гортани заканчиваются асфиксией вследствие отека области входа в гортань и голосовых связок. Правда, это, как правило, касается лиц, находящихся к тому же в состоянии тяжелого алкогольного опьянения, и определить их способность к действиям непосредственно после травмы шеи обычно не представляется возможным (Б. Я- Кролик. 1972; А, И. Юнина, 1972).

В нашей практике был такой случай:

Гр-н Н., 38 лет, получил резкий удар кулаком по передней поверхности шеи. Сразу после этого ушел домой. Жаловался на боли в области ушиба. Через несколько часов появилась одышка, пропал голос, стал беспокойным. Ночью, в связи с нарастающей одышкой, была вызвана скорая помощь, доставившая Н. в больницу, где через час он умер.

При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружено массивное кровоизлияние в подкожной клетчатке и в мышцах левой половины шеи, множественные прерывистые кровоизлияния в ткань левой доли щитовидной железы, резкий отек надгортанника и входа в гортань, на фоне которого – множественные очаговые кровоизлияния. Слизистая голосовых связок была пропитана студневидной жидкостью, из-за чего сами связки оказались резко утолщенными и полностью закрывали голосовую щель. Отмечены острая эмфизема легких и множественные экхимозы под висцеральной плеврой и эпикардом.

В данном случае была типичная картина смерти от механической асфиксии, обусловленной отеком слизистой гортани и голосовых связок, развившаяся через несколько часов после тупой травмы мягких тканей шеи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

функционально-физиологические возможности человеческого организма и адаптация его к экстремальным условиям чрезвычайно велики. Состояние стресса, возникающее в моменты резких изменений внешней обстановки и в исключительных ситуациях, нередко вызывает многократно усиленные ответные реакции, кажущиеся подчас невероятными. В состоянии резкого возбуждения человек может выполнять физическую нагрузку, на которую в обычных условиях он не способен. Так же и при различного рода травмах мгновенная мобилизация всех жизненных сил организма иногда приводит к тому, что при полной, казалось бы, невозможности совершать какие-либо действия из-за смертельных, несовместимых с жизнью повреждений, человек на протяжении какого-то, хотя бы и непродолжительного, времени такую способность сохраняет.

Приведенные в настоящих рекомендациях многочисленные случаи из практики иллюстрируют это положение.

При расследовании различных преступлений и несчастных случаев вопрос о возможностях человеческого организма к сохранению жизненных функций при том или ином повреждении может иметь принципиальное значение и, совершенно очевидно, что эксперт должен отвечать на этот вопрос с учетом всех тех данных, которыми располагают современная наука, а также клиническая и судебно-медицинская практика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев М. И. Курс судебной медицины. М., 1959.
2. Авдеев М. П. Луорфология острой закрытой черепно-мозговой травмы и ее судебно-медицинское значение. Труды ЛенГИДУВ, вып. 50, Л., 1967, с. 49–50.
3. Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза трупа. М., 1976.
4. Алкс Д. О. Ранения сердца по материалам больницы неотложной хирургии за 1948–1952 гг. Сб. научн. трудов, № 6, Красноярский ГМИ, Красноярск, 1961, с. 228–233.
5. Алявдин П. А. К вопросу о способности действий у смертельно раненых. Судебно-медицинская экспертиза, кн. 10, 1928, с. 111–112.
6. Банковский С. Б. Способность к действиям при безусловно смертельных повреждениях. Вопросы теории и практики судебной медицины, Чита, 1959, с. 85–87.
7. Байковский С. Б. О множественных огнестрельных повреждениях у самоубийц. Вопросы судебной экспертизы, Алма-Ата. 1960, с. 116–119.
8. Бакетин В. М. О способности совершать самостоятельные, активные, направленные действия при тяжких, опасных для жизни, повреждениях черепа и головного мозга со смертельным и несмертельным исходом. Автореферат канд. диссертации, Л., 1973.
9. Балдаева В. Г. Случай смертельного ранения осколком стекла. Мат. 5 респ. науч. конф. судебных медиков, Рига, 1970, с. 163–164.
10. Бачу Г. С. Частота повреждений костей и органов грудной клетки при закрытой травме. Судебно-медицинские записки, вып. 5, Кншенсв, 1971, с. 39–42.
11. Бачу Г. С. Кровоизлияния в миокарде при закрытой травме грудной клетки. Судебно-медицинские записки, вып. 5, Кншенев, 1971, с. 48–51.
12. Бендик Н. С. Черепно-мозговая травма в судебно-медицинской практике. Сб. трудов по суд. медицине и суд. химии, вып. 3, Пермь, 1969, с. 160–162.
13. Блувштейн Г. П. К судебно-медицинской экспертизе повреждений гортани. Сб. трудов, т. 11, Каунас, 1965, с. 96–98.
14. Бляхман С. Д., Аирапетов В. Б. Самоубийство путем вколачивания гвоздя в голову. Вопросы суд. медицины и экспертной практики, вып. 3, Чита, 1969, с. 104–106.
15. Богуславский Л. Г. О способности к действиям при смертельных повреждениях шеи. Труды судмедэкспертов Украины, Киев, 1962, с. 171–172.
16. Бокарнус Н. С. Судебная медицина в изложении для юристов. Харьков, 1915.
17. Буров С. А., Мышкин К. И., Мигаль Л. А., Черномашенцев А. Н. Повреждения сердца при закрытой травме груди. Судебно-медицинская экспертиза, 1966, № 4. с. 11–14.
18. Гессе Э. Р. Материалы к изучению ран сердца. Вестник хирургии и погран. областей, М., 1923, т. II, с. 291.
19. Гессе Э. Р., Гирголав С. С., Левит В. С., Шаак В. А. Общая хирургия. М., 1937.
20. Давыдов В. П. Судебно-медицинская экспертиза смертельно раненого.

- 47. Колесников С. А. Сердце, повреждения. БМЭ, т. 29, 1963, стб. 1089–1090.
- 48. Краттер Ю. О способности действий у смертельно раненых. Судебно-медицинская экспертиза, кн. 2, 1925, с. 9–10.
- 19. Кривонос Г. А. Необычный случай смертельного саморанения. Вопросы судебно-медицинской экспертизы и криминалистики, вып. 5, Горький, 1975, с. 352.
- 50. Кролик В. Я. Некоторые признаки закрытой тупой травмы шеи. Актуальные проблемы судебной медицины, М., 1972, с. 34–39.
- 51. Крузэ Г. Ф. О продолжительности жизни при смертельных повреждениях грудной аорты. Вопросы судебной медицины и экспертной практики, вып. 5, Чита, 1973, с. 366–368.
- 52. Кузнецов В. Г. К вопросу о многократных смертельных выстрелах при самоубийстве. Судебно-медицинская экспертиза, кн. 12, 1930, с. 90–91.
- 53. Лаптев З. Л. К судебно-медицинской экспертизе повреждений гор-тани. Вопросы судебной травматологии, Киев, 1966, с. 130–131.
- 54. Лесников Г. Н. Редкие случаи ранения черепа и головного мозга. Сб. трудов по суд. медицине и суд. химии, вып. 3, Пермь, 1969, с. 467–468.
- 55. Локтев В. Е. К вопросу о способности пострадавших совершать действия при переломах костей основания черепа. Мат. 5 респ. науч. конф. судебных медиков, Рига, 1970, с. 159–161.
- 56. Лябочский В. Н. Случай подкожного травматического разрыва сердца. 7 респ. расш. и-тр. конф. судмедэкспертов Карельской АССР, Петрозаводск, 1973, с. 48–50.
- 57. Ляшенко В. Е. К вопросу о продолжительности жизни при абсолютно смертельных повреждениях. Сб. трудов НОСМиК, вып. IV, Алма-Ата, 1971, с. 34.
- 58. Майорников Ю. Н. К вопросу о способности к самостоятельным действиям смертельно раненых. Вопросы судебной медицины и экспертной практики, вып. 3, Чита, 1969, с. 106–108.
- 59. Манукян Р. С. К вопросу о патологоанатомических изменениях при ранениях сердца. Уч. записки Азербайджанского ГМИ, т. X, Баку, 1963, с. 157–164.
- 60. Муханов А. И. Судебно-медицинская диагностика повреждений тупыми предметами. Тернополь, 1974.
- 61. Науменко В. Г. К вопросу об «изолированных» травмах головного мозга. Материалы 5 Украинского совещания судмедэкспертов, Херсон, 1967, с. 227–230.
- 62. Науменко В. Г. Некоторые актуальные вопросы в изучении патогенеза и танатогенеза черепно-мозговой травмы. Труды ЛенГИДУВ, вып. 50, Л., 1967, с. 50–51.
- 03. Науменко В. Г., Грехов В. В. Церебральные кровоизлияния при травме. М., 1975.
- 64. Пермьяков А. В. К вопросу о способности к активным действиям при механической травме. Сб. трудов по суд. медицине и суд. химии, вып. III, Пермь, 1969, с. 461–463.
- 65. Петров В., Покровский Г. Шок. Клиническая картина и диагностика. БМЭ, т. 34, 1964, стб. 1027–1031.
- 66. Пнемарев В. В. О доказательности смерти от воздушной эмболии при повреждениях крупных вен шеи. Актуальные проблемы судебной медицины, М., 1972, с. 42–43.
- 67. Плущкина Л. Е. К вопросу о возможности действия при абсолютно смертельных повреждениях. Сб. трудов Гл. судмедэкспертуры и
- 68. Плущкина Л. Е. Судебно-медицинская диагностика смертельных повреждений

- дений сердца. Вопросы судебно-медицинской-экспертизы, вып. 2, М, 1955, с. 266–268.
- 69. Поркшея и Н. И. К морфологии ран сердца. Вопросы судебно-медицинской экспертизы, вып. 3, М., 1958, с. 274–285.
- 70. Поркшеян О. Х. Судебная медицина, ее место в расследовании преступлений, направленных против здоровья и жизни. Лекция на расш. заседании Ученого совета ЛенГИДИВ 25.X.1976 г., Л., 1976, с. 13–14.
- 71. Рабинович С. С. О нарушении коронарного кровообращения при непроникающих травмах грудной клетки. «Клиническая медицина», т. 40, № 10, 1962, с. 130–133.
- 72. Раевская Г. А. Тампонада сердца. ВМЭ, т. 31, 1963, стб. 1127–1130.
- 73. Резаева З. Ф. О способности к действиям смертельно раненых. Сб. статей и рефератов Саратовского отд. ВНОСМПК, Саратов, 1955, с. 103–106.
- 74. Ромодановский О. А. Значение обстоятельств происшествия для установления давности возникновения черепно-мозговой травмы. Судебно-медицинская экспертиза давности черепно-мозговой травмы. М ПОЛИУВ, 1974, с. 96–98.
- 75. Ромодановский О. А. Патоморфологические проявления черепно-мозговой травмы, возникшей при ударе головой о землю в случаях падения человека навзничь. Вопросы судебно-медицинской экспертизы, вып. 5, М., 1977, с. 38–39.
- 76. Сагайдак Е. М. Случай смерти при ранении стеклом ягодичной области. Мат. 5 Украинского совещания судебно-медицинских экспертов, Херсон. 1967, с. 171–174.
- 77. Свердлов Л. С. Редкий случай способности к действиям смертельно раненого. Вопросы судебно-медицинской экспертизы, вып. 3, М., 1958, с. 374–375.
- 78. Семененко Л. А., Эдель Ю. П. О продолжительности жизни при травмах головы. Сб. реф. докладов расш. науч. конф., посвящ. 25 годовщине со дня смерти проф. П. С. Бокарнус, Харьков, 1956, с. 61–62.
- 79. Симайовская Г. В. О патологической анатомии закрытой травмы сердца. Автореферат канд. дисс. Рига, 1973.
- 80. Сиигур Н. А. Ушибы мозга. М., 1970.
- 81. Сирота С. Ф. О способности к действиям при смертельных повреждениях. Судебно-медицинская экспертиза, 1959, № 2, с. 52–53.
- 82. Смольков В. Т., Степанов В. И. О колото-резаных ранениях сердца в судебно-медицинском отношении. Проблемы криминалистики и судебной экспертизы, Алма-Ата, 1965, е. 359–361.
- 83. Соколов Е. Я., Петрова А. В. О продолжительности жизни и способности к действиям при смертельных повреждениях. «Судебно-медицинская экспертиза». 1966, № 1. с. 37.
- 84. Тагарина Т. Е. Травма сердца и других органов грудной полости при повреждениях тупыми орудиями. Вопросы судебной травматологии, Киев, 1966, с. 116–118.
- 85. Туровец Н. П. К вопросу о разрыве диафрагмы и селезенки при закрытой травме груди и живота. Мат. 5 Украинского совещания судмедэкспертов, Херсон, 1967. с. 121–123.
- 86. Турович В. И. К вопросу о продолжительности жизни при повреждениях, несовместимых с жизнью. Мат. 5 Украинского совещания судмедэкспертов, Херсон, 1967, с. 147–149.
- 87. Хоменок В. П. О продолжительности жизни при травматическом разрыве аорты. Вопросы судебно-медицинской экспертизы, вып. 2, М., 1955, с. 302–308.
- 88. Цветков В. С. О способности к действиям при смертельных повреждениях грудной полости. Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия, вып. 4, М., 1974, с. 13–14.

89. Ч у й к о И. И. О способности к действиям при смертельных ранениях сердца. Актуальные вопросы судебной медицины, М., 1972, с. 162–163.
90. Ш у и к Ю. П. О способности к действиям при смертельных повреж-
11 дениях. Судебно-медицинская экспертиза, 1958, № 4, с. 53–54.
92. Э й д л и н Л. М. Огнестрельные повреждения. Ташкент, 1963.
- Э п ш т е й п Е. С. К вопросу об осмысленных действиях после тяжелой
травмы брюшной полости. Мат. 5 Украинского совещания судмедэкс-
94 пертов, Херсон, 1962', с. 145–146.
- Ю в П и а А. И. Травмы органов шеи и их осложнения. М., 1972.
- Я к о в л е в а Е. А. К вопросу о способности к действиям у смертель-
но раненных. Судебно-медицинская экспертиза, кн. 9, 1928, с. 81–84.
95. Я н к о в с к а я К. Д. Случай смерти от напряженной эмфиземы средо-
стения (сухая тампонада сердца) при ножевом ранении шеи. Вопросы
травматологии, токсикологии, скоропостижной смерти и деонтологии в
экспертной практике, М., 1966, с. 307–309.

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать
	15 снизу	...субдуральных гемато- мах	...субдуральных гематом
	11 снизу	...направленный от боль- шого затылочного от- верстия к большим за- тылочным отверстием и турецким седлом. «Ос- нование мозга залито кровью».	...направленный от боль- шого затылочного от- верстия к овальным от- верстиям. «Основание черепя в нижних заты- лочных ямках залито кровью».
10	16 сверху	...затылочной кости.	...затылочной доли.
10	18 снизу	...перелом левых лобной, теменной и височной костей,	...перелом лобной, левых теменной и височной ко- стей
	5 сверху	...и в левой области	...и в левой теменной области
19	14 снизу	удар штыком в подбо- родок, после	удар штыком в подбо- родок преступника, пос- ле
24	20 снизу	аората	аорта
26	18 сверху	Г. В. Симанской (1973)	Г. В. Спмаповской (1973)
27	14 снизу	сопровождаются различ- ными	сопровождаются разли- чимыми
2"	5 снизу	Г. Ф. Крузо (1973)	Г. Ф. Крузэ (1973)
44	3 сверху	что уже отмечалось в части II	что уже отмечалось в главе II
	1 снизу	Поркшенян П. П.	Поркшеян Н. И.

К заказу 6735. Тираж 5000.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Повреждения черепа и головного мозга	5
Повреждения сердца и крупных кровеносных сосудов	15
Повреждения костей скелета, органов грудной и брюшной полости	35
Повреждения органов шеи_44	
Заключение_49	
Литература_50	