

### Использование лазера для определения, места стрелявшего при ранении потерпевшего в движущемся транспорте

**К**ак показывает экспертная, следственная и судебная практика по особо опасным преступлениям против личности, назначение повторных экспертиз, направление дел на новое судебное рассмотрение зачастую имеют место в связи с проведением судебных экспертиз с диагностическими и ситуационными задачами. Такого рода исследования проводят судебно-баллистическая, трассологическая, транспортно-трассологическая и медицинская экспертизы, с целью установления механизма происшествия в целом или каких-то его фрагментов на базе конкретного места происшествия.

Судебно-баллистическая экспертиза в указанном аспекте рассматривает следующие основные вопросы: взаимное расположение стрелявшего и потерпевшего, расстояние и направление выстрела, траектория полета пули, количество и последовательность выстрелов произведенных в потерпевшего или на месте происшествия, направление раневого канала (устанавливается медиками), локализация входного и выходного повреждений на потерпевшем или предметах обстановки места происшествия, локализация следов выстрела на месте происшествия, локализация оружия или его деталей в той или иной фазе механизма происшествия, локализация гильз, локализация стрелявшего и его позы и т.п.

Исследование следов выстрела, отразившихся на объектах являющихся предметом экспертизы одного класса, рода, вида имеющихся на одних объектах (одежде, оружии, огнеприпасах, обстановке места происшествия), изолированно от следов другого класса, рода, вида (трупа, крови, клеток, волос, волокон, краски, стекла, пластмасс, запахов и т.п.) не дает возможности «увязать» их в блоки информации и построить информационную систему о конкретном событии и его участниках на экспертном, а иногда и на правовом уровне. Поэтому, опытными следователями и судьями назначаются и проводятся комплексные медико-криминалистические и другие виды комплексных экспертиз. В результате



**Г.А. Григорьев**

*Главный эксперт торгово-промышленной палаты  
Нижегородской области*

которых разнородной информации дается совокупная криминалистическая оценка еще на экспертном уровне. В процессе указанных экспертиз механизм происшествия или его фрагменты может быть смоделирован в той или иной форме и зафиксирован в виде схем, макетов, рентгенограмм, фотографий и видеозаписей.

Установление взаимного расположения стрелявшего и потерпевшего с расстояний за пределами обнаружения явных факторов близкого выстрела представляет существенные трудности. Задача многократно усложняется, если причинение ранения потерпевшему происходит, когда он находится в движущемся транспорте, а стрелявший за его пределами и свидетели происшествия отсутствуют. Кроме того, имеют место случаи, когда пуля пролетая достаточно большое расстояние, проникает в транспорт (автомобиль, в вагон поезда) или помещение не оставляя при этом следов (в открытую форточку, дверь). Примерно такая же ситуация складывается, когда потерпевший получает ранение, находясь на открытой местности.

В таких случаях установить траекторию полета снаряда удается редко. Эксперты-баллисты в основном ограничиваются определением общего направления выстрела ссылаясь на судебно-медицинские заключения. Однако, в них далеко не всегда имеется достаточно конкретная информация о направлении раневого канала (спереди назад, сверху вниз, справа налево и т.п.) и об угле входа пули в тело потерпевшего. Поэтому эксперты в таких ситуациях очень часто отказываются от решения вопроса, который для установления объективной истины и правовой оценки содеянного имеет существенное значение.

Ситуация для экспертов и следствия еще больше усложняется, когда потерпевший, не смотря на причиненное огнестрельное ранение и перенесенные тяжелые операции, остается живой.

В этом случае, не оценимая роль, в решении указанных проблем, хирурга (хирургов) проводившего операцию, а следовательно непосредственно видевшего первоначальное состояние раны и исследовавшего раневой канал и выявлявшего диагностические признаки ранения поражающим предметом, положение которого в теле (раневого канала) он наблюдает и фиксирует с помощью рентгена и тамографа.

Изложенное выше проиллюстрируем следующим примером из практики.

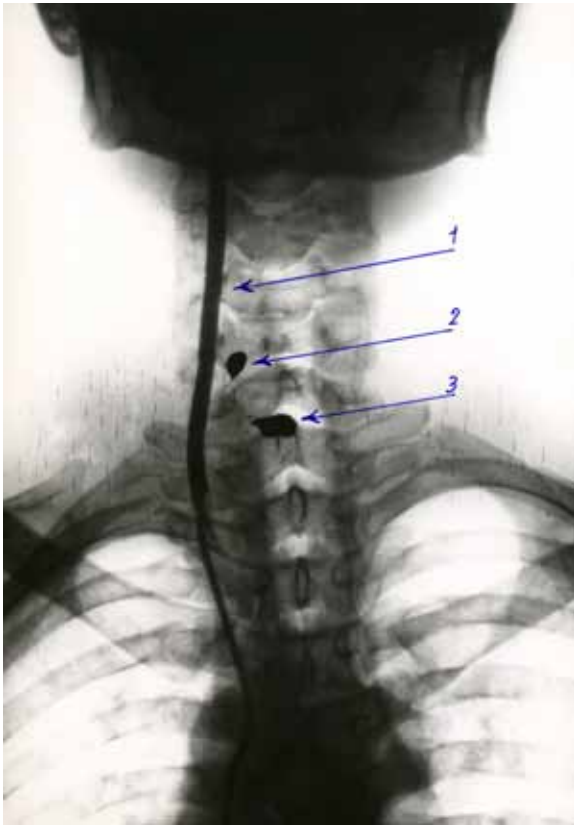
В 1 час 15 минут гражданину Г. 26 лет проезжавшему на личном автомобиле «Жигули-2106» со скоростью примерно 60 км/ч по улице Ташкентской города Иваново было причинено огнестрельное ранение грудной клетки слева (левого плеча) свинцовой пулей калибра 5, 6 мм.



Стекло у левой передней двери автомобиля было примерно, на половину опущено. Звука выстрела, не смотря на ночное время, потерпевший не слышал. Почувствовав резкую боль в левом плече он, проехав некоторое расстояние и успев остановить машину, потерял сознание. Проезжавший мимо таксист увидел лежавшего без сознания около автомобиля человека, подобрал его и привез в областную больницу. Далее исходя из исследования непосредственного ранения и рентгенограмм (см. иллюстрации), сделанных перед операцией и после операции, с удалением фрагмента пули, они определили то, что угол вхождения пули в тело потерпевшего, относительно горизонтали, составлял, примерно, 4 градуса и примерно, 5–20 градусов относительно вертикальной плоскости тела.

Исходя из описания ранения, имевшегося у потерпевшего, в указанных выше аспектах и зафиксированных на рентгенограммах, а также оценивая характер деформации пули, эксперт баллист пришел к заключению о том, что пуля при вхождении в тело потерпевшего имела большую кинетическую энергию, высокую скорость и прямолинейную или близкую к ней траекторию.

Далее, при производстве моделирования на месте происшествия, с участием одного из хирургов, проводивших операцию, лазерный целеуказатель был расположен на передней стороне грудной клетки потерпевшего, в соответствии с расположением раневого канала, входной раны и локализацией поврежденного позвонка. Потерпевший располагался на месте водителя.



трапециевидной мышцы слева экономно иссечены, разрез продолжен в медиальном направлении с переходом на шею. Общая длина разреза 9 см. Раневой канал, проходящий в мышцах без грубых макроскопических изменений окружающей мышечной ткани, направляется к боковой поверхности позвоночника, где обнаружена травматическая зеструкция суставов С6–С7 слева, левой боковой поверхности тела С7 позвонка. Произведена хирургическая обработка раны мягких тканей, удалены сгустки крови из раны С6–С7 позвонков. Иногородних тел ранящего снаряда не обнаружено. Учитывая происхождение раневого канала в тонографической зоне левой позвоночной артерии, решено дальнейшую ревизию раны прекратить, окончательную хирургическую обработку раны произвести после вертебральной антографии. Рана промыта, ушита с оставлением резинового выпускника.»

В протоколе операции N 81, проведенной в тот же день хирургами А.К. Некрасовым, С.А. Смирновым, Е.Г. Дубовым, указано следующее: «Линейный разрез кожи по латеральной поверхности шеи слева длиной 10 см в проекции поперечных отростков шейного отдела позвоночника. Тупым и острым путем осуществлен латеральный доступ к первичным пучкам левого плечевого сочленения, где обнаружено повреждение сустава С7–С6 позвонков с

Автомобиль медленно двигался по трассе, лазерный целеуказатель красным пятном указывал наиболее вероятное место стрелявшего. В протоколе операции N 80, проведенной хирургами А.К. Некрасовым и Е.Г. Дубовым, указано следующее: «Края входного огнестрельного отверстия раны в области



повреждением корешков формирующих С пучок. Костные отломки по возможности удалены, удалены сгустки крови. Далее раневой канал уходит в боковую поверхность тела С7 позвонка. Ввиду того, что из предпринятого доступа радикальной ревизии раневого канала не произвести, а инородных тел не обнаружено, осуществлен передний левосторонний доступ к поражающим телам через линейный разрез кожи длиной 12 см по вн. краю с

перевязкой ветви наружной вены. Обнаружено отхождение  $\frac{1}{2}$  левого края тела С7 позвонка кпереди в виде крупного отломка, после удаления которого, а также после удаления множества крошкообразных костных фрагментов и единичных частиц металла, обнаружен основной ранящий снаряд (свинцовая пуля), залегающая в середине тела и разрушившая верхнюю суставную поверхность тела С7 позвонка. Пуля удалена, раневой канал обильно промыт фор-



малином. Послеоперационные раны ушиты наглухо. Повязка. Осложнений не было.

Учитывая большой объем хирургического вмешательства, небольшой по размерам осколок пули, локализующийся в зоне отростка С6 позвонка, последний решено не удалять.»

Исходя из анализа информации, содержащейся в протоколах осмотра места происшествия, автомобиля, следственного эксперимента по проверке показаний потерпевшего на месте происшествия, протоколах операций, рентгеновских снимках, кон-

сультациях хирургов, проводивших операции, а также, их участия при моделировании ситуации на месте происшествия, исследованию и оценке деформации пули, были сделаны выводы о наиболее вероятной траектории полета пули и месте расположения стрелявшего, находившегося за 150 метров от движущегося автомобиля потерпевшего.

Без активного участия хирургов при исследовании и анализе ранения, проводивших операции потерпевшего, установить траекторию полета пули и место расположения стрелявшего было бы невозможно. ■