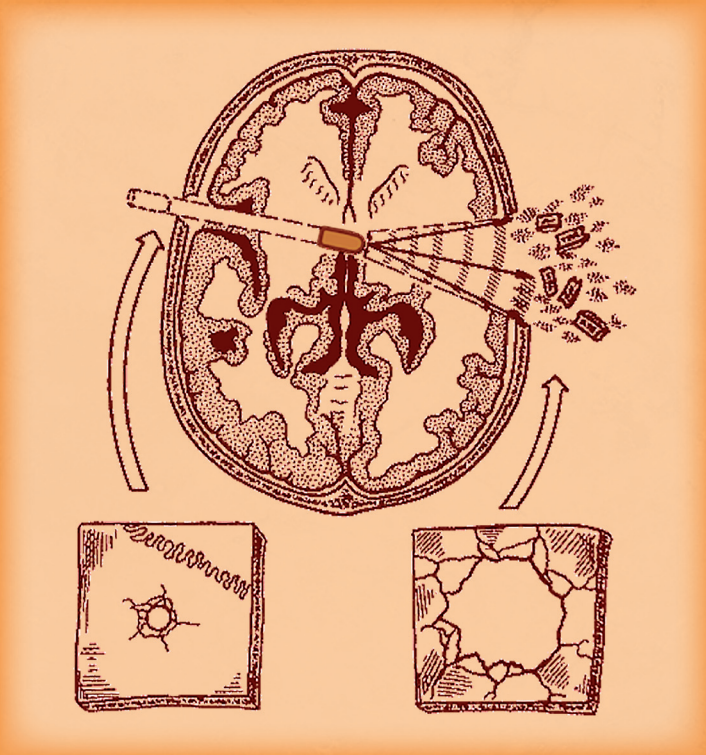
Р. І. СИБІРНА, А. В. СИБІРНИЙ

СУДОВА МЕДИЦИНА



навчальний посібник

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

Р.І. Сибірна, А.В. Сибірний

СУДОВА МЕДИЦИНА

Навчальний посібник

Рекомендовано Науково-методичною радою
Національного університету «Львівська політехніка»

Львів
Растр-7
2022

УДК 340.6 : 343.1
С 34

Рекомендовано Науково-методичною радою
Національного університету «Львівська політехніка»
як навчальний посібник для студентів спеціальності 081 «Право»
(протокол № 56 від 13 травня 2021 р.)

Рецензенти:
Сахелашвілі М. І. – професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор,
Федоренко В. І. – завідувач кафедри загальної гігієни з екологією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор,
Гумін О. М. – завідувач кафедри кримінального права і процесу Навчально-наукового інституту права, психології та інноваційної освіти Національного університету «Львівська політехніка», доктор юридичних наук, професор.

Сибірна Рома Іллінічна
доктор біологічних наук, професор, академік АНВО Україні
професор кафедри кримінального права і процесу НУ «Львівська політехніка»,
професор кафедри теоретичної психології
Львівського державного університету внутрішніх справ

Сибірний Андрій Володимирович
кандидат біологічних наук, доцент,
доцент кафедри загальної гігієни з екологією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

С 34 Сибірна Р.І., Сибірний А.В. Судова медицина:
навч. посібник. – Львів: Растр-7, 2022.– 236 с.

ISBN 978-617-8134-36-5

Навчальний посібник підготовлений відповідно до навчальної програми з дисципліни «Судова медицина». Розкрито правові засади призначення судово-медичних експертиз, а також висвітлено порядок та особливості їх проведення.

Для науковців, викладачів, студентів і курсантів юридичних факультетів та закладів освіти, а також для практичних працівників.

УДК 340.6 : 343.1

© Сибірна Р.І., Сибірний А.В., 2022
© Видавництво «Растр-7», 2022

ISBN 978-617-8134-36-5

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ТЕМА 1. Загальні відомості про судову медицину	6
1.1. Визначення, зміст, завдання і значення судової медицини	7
1.2. Історія розвитку судової медицини	9
Додатки	16
ТЕМА 2. Правові та організаційні засади судово-медичної експертизи	18
2.1. Роль і місце судово-медичної експертизи в діяльності органів правосуддя та охорони здоров'я	18
2.2. Судові експерти та їх участь в експертизі	21
2.3. Роль судово-медичного експерта у попередньому слідстві та у судовому засіданні	25
2.4. Судово-медична документація	27
Додатки	31
ТЕМА 3. Тілесні ушкодження	34
3.1. Поняття ушкодження	34
3.2. Класифікація та види тілесних ушкоджень	35
Додатки	44
ТЕМА 4. Тілесні ушкодження і смерть від проявів зовнішньої дії	47
4.1. Ушкодження тупими предметами	47
4.2. Ушкодження при падінні	48
4.3. Ушкодження гострими предметами	50
4.4. Вогнепальні ушкодження	52
4.5. Транспортний травматизм	57
4.6. Механічна асфіксія. Судово-медична експертиза при смерті від механічної асфіксії	61
4.7. Електротравма і дія високої та низької температур	68
Додатки	71
ТЕМА 5. Отруєння та їх судово-медична характеристика	81
5.1. Класифікація отрут та отруєнь	81
5.2. Отруєння грибами	84
5.3. Отруєння рослинами	89
5.4. Отруєння продуктами тваринного походження	94
5.5. Отруєння хімічними речовинами	95
5.6. Розслідування отруєнь	97
Додатки	101

ТЕМА 6. Вчення про смерть. Судово-медичне дослідження трупа 104
6.1. Поняття вмирання та смерті. Класифікація смерті та її ознаки 104
6.2. Трупні зміни. Визначення давності настання смерті 106
6.3. Судово-медична експертиза трупа 111
6.4. Судово-медична експертиза при раптовій смерті 114
Додатки 117

ТЕМА 7. Судово-медичне дослідження живої людини 119
7.1. Загальні положення судово-медичної експертизи живих осіб 119
7.2.Судово-медична експертиза для встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень 121
7.3. Судово-медична експертиза працездатності 126
7.4. Судово-медична експертиза стану здоров'я 127
7.5. Судово-медична експертиза при спірних статевих станах і статевих злочинах 129
Додатки 133

ТЕМА 8. Судово-медична експертиза речових доказів 136
8.1. Дослідження біологічних субстанцій 136
8.2. Дослідження тканин і органів людини 145
8.3. Судово-медична експертиза за матеріалами кримінального провадження 146
Додатки 151

Термінологічний словник 155
Тести 191
Алфавітний покажчик термінів 225
Список використаної літератури 229

ВСТУП

Судова медицина – наука, яка вивчає і розробляє питання медичного та загальнобіологічного характеру і своєю діяльністю надає вагому допомогу правоохоронним органам при розслідуванні та розгляді кримінальних проваджень і цивільних справ. Судова медицина являє собою самостійну науку, яка вивчає коло питань, пов'язаних з правовою практикою і володіє своїми методами дослідження.

Серед усіх медичних наук судова медицина найтісніше пов'язана з патологічною анатомією, травматологією, токсикологією, імунологією, а з юридичних – з криміналістикою.

Вивчення юристами теоретичних аспектів судової медицини є запорукою їх успішної професійної діяльності, яка вимагає кваліфікованого огляду місця події, своєчасного виявлення, вилучення та скерування на експертизу біологічних субстанцій як речових доказів, виявлених на місці події, визначення характеру ушкоджень, які є на трупі, орієнтовного встановлення часу настання смерті та її причин, правильного формулювання запитань експерту та оцінки й інтерпретації його висновків

Запропонований у навчальному посібнику матеріал викладено у восьми темах, у яких висвітлено питання змісту, завдань та історії становлення судової медицини, правових та організаційних засад судово-медичної експертизи, поняття та класифікації тілесних ушкоджень і отруєнь, класифікації смерті, її ознак, судово-медичної експертизи трупа та живої людини, біологічних субстанцій та за матеріалами кримінального провадження. До кожної теми подано питання для контролю знань, теми рефератів і додатки у вигляді схем. У кінці наведено перелік використаної та рекомендованої літератури.

Дане видання буде корисним для студентів та викладачів юридичних вишів і факультетів, практичних працівників правоохоронних органів та подальшої науково-дослідної діяльності.

Тема 1.
ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО СУДОВУ МЕДИЦИНУ.

Судова медицина - це наука, що вивчає і розробляє питання медичного та загальнобіологічного характеру щодо правової практики. Такі питання можуть стосуватися будь-якого розділу медицини при розслідуванні та розгляді кримінальних і цивільних справ. Однак, судова медицина - це не випадковий механічний набір медичних дисциплін, а самостійна медична наука, яка вивчає певне коло питань і має свої методи дослідження. У міру розвитку з неї відділилися самостійні дисципліни: судова хімія, судова психіатрія, токсикологія та інші науки. Водночас кожен розділ судової медицини постійно розширюється і науково поглиблюється.

Судова медицина з усіх медичних наук найтісніше пов'язана з патологічною анатомією, травматологією, токсикологією, серологією, а з юридичних - із криміналістикою, кримінальним процесом, кримінологією, кримінальним правом, трудовим правом.

На сучасному етапі розвитку судова медицина має важливе медико-соціальне значення не тільки для боротьби зі злочинами проти життя та здоров'я громадян, а й для вдосконалення всієї системи охорони здоров'я. Судова медицина робить свій внесок у профілактику травматизму, отруєнь, раптової смерті, сприяє покращенню лікувально-профілактичної роботи. Обговорення на судово-медичних та клініко-анатомічних конференціях лікарських помилок, допущених у діагностиці та лікуванні хворих, аналіз їх усунення, внесення конструктивних пропозицій щодо їх ліквідації та попередження - це далеко не повний перелік заходів, спрямованих на вдосконалення практики охорони здоров'я.

Практична судово-медична робота, зокрема судово-медична експертиза, проводиться лікарями, які мають спеціальну підготовку в цій галузі.

1.1. Визначення, зміст, завдання і значення судової медицини

Серед медичних наук судова медицина посідає особливе місце. Це галузь науки, яка потребує знань як з медицини, так і з юриспруденції.

Виникнення судової медицини історично пов'язане з використанням медичних знань для потреб правосуддя, особливо при розслідуванні різних злочинів, спрямованих проти здоров'я чи життя людини. У певні історичні періоди у різних країнах ця наука дістала різні назви: правознавство, медичне правознавство, лікарське законодавство, тощо. Вперше назву "судова медицина" цій дисципліні дав німецький вчений Й. Бонн у 1690 р. Як назва так і визначення судової медицини відрізняються не тільки в різних країнах, а й у сучасних вітчизняних підручниках з цієї дисципліни.

Судова медицина - це галузь медичної науки, яка вивчає питання медичного, біологічного, медико-криміналістичного характеру для потреб правосуддя, законодавства та охорони здоров'я.

Судову медицину не слід ототожнювати із судово-медичною експертизою, хоча ці поняття дуже близькі.

Судово-медична експертиза - це галузь практичної медицини, яка використовує знання судової медицини у правовій та судовій практиці.

Основне завдання судової медицини і судово-медичної експертизи полягає в наданні допомоги правосуддю при розслідуванні злочинів проти життя і здоров'я особи.

Судово-медична експертиза крім свого основного завдання передбачає надання допомоги органам охорони здоров'я в справі підвищення рівня лікувально-профілактичної роботи. Це може здійснюватися шляхом систематичного обговорення результатів судово-медичної експертизи на клініко-судово-медичних конференціях і своєчасного сповіщення керівництва органів охорони здоров’я про факти грубої розбіжності клінічного і патолого-анатомічного діагнозу, про помилки під час надання медичної допомоги хворим. Велику допомогу судово-медична експертиза надає органам охорони здоров’я в їх профілактичній роботі шляхом проведення аналізу випадків раптової смерті,

транспортного травматизму, побутових і промислових отруєнь, в заготівлі трансплантаційного матеріалу.

Сучасна судова медицина поширилась далеко за межі прикладних знань тільки для потреб правосуддя і законодавства. Окремі її розділи, які опрацьовані відповідно до статей Кримінального і Цивільного кодексів, в той же час надають важливу інформацію для інших медичних дисциплін. Її основні розділи: вчення про смерть, післясмертні зміни, ушкодження та їх правова оцінка, отруєння, раптова смерть та її причини, права, відповідальність та обов'язки медичного персоналу. Вони містять оригінальний науково-дослідний матеріал, без знання якого неможлива загальна підготовка лікаря. У зв'язку з цим дисципліна «Судова медицина» включається до курсу підготовки фахівців медичних і юридичних спеціальностей вищих навчальних закладів.

Зміст судової медицини визначається потребами правової практики. Вона висуває все нові і різноманітні питання, котрі потребують постійного глибокого вивчення основних об'єктів цієї науки. Це дослідження трупів, обстеження потерпілих, обвинувачених та інших осіб, дослідження речових доказів, вивчення матеріалів різних проваджень, у тому числі і пов’язаних з обвинуваченням медичних працівників у разі порушення ними професійних обов’язків.

Судова медицина розвивається і вдосконалюється на основі досягнень морфологічних, клінічних, теоретичних та інших медичних дисциплін. На розвиток судової медицини впливають і правові науки, особливо криміналістика - юридична наука про методи, техніку і тактику розкриття злочинів. Криміналістика настільки тісно пов'язана із судовою медициною, що іноді важко їх розмежувати. Так, багато криміналістичних методів дослідження останнім часом використовуються у судово-медичній практиці.

У процесі розвитку юриспруденції і медицини судова медицина сформувалась і відокремилася у самостійну галузь з певним колом питань, специфічними методами досліджень: спектральні, рентгеноструктурні, електрографічні, антропометричні, імунологічні, цитологічні тощо. Крім того, в судовій медицині для розв’язання різних питань широко використовують

методи досліджень, які застосовуються в інших галузях медицини: гістологічні, біохімічні, рентгенологічні, генетичні, імунологічні.

1.2. Історія розвитку судової медицини

Судова медицина як самостійна наука виникла з потреби суду в поясненні фактів біологічного і медичного порядку. Безсумнівно, що створенню державної і наукової судової медицини передував тривалий період її практичного застосування.

В історико-медичному аспекті виникнення судової медицини як науки можна віднести до того періоду, коли узаконюється звичай залучати медиків для вирішення питань при розслідуванні злочинів проти здоров'я і життя громадян.

У ряді історико-медичних робіт російських дослідників (Тиле, Чистович) ми знаходимо численні вказівки на те, що в допетровській Русі медична експертиза проводилася у формі судово-медичних оглядів живих осіб, а в окремих випадках - і огляду трупів осіб, що загинули від насильницької смерті.

Усякий раз подібного роду лікарські експертизи призначалися спеціальним урядовим указом. Це з безсумнівністю свідчить про те, що вже в XVI-XVII ст., тобто задовго до введення офіційних розпоряджень щодо організації спеціальної судово-медичної служби, практикувалися лікарсько-експертні огляди з різних приводів: тілесні ушкодження, отруєння, визначення придатності до несення державної і військової служби, медичні правопорушення тощо.

На початку XVIII ст. видаються перші офіційні розпорядження, що узаконюють проведення судово-медичної експертизи. Стосовно цього цікавий «боярський вирок», що увійшов до повного зібрання законів «Про покарання не знаючих медичних наук і тих, що через неуцтво у вживанні медикаментів заподіюють смерть хворим». Зокрема Петро I наказав обов'язково робити медичні огляди у випадках смерті від побоїв чи поранень. У тлумаченні до артикула (статті) 154 Військового статуту (1716 р.) прямо вказується на

обов'язковість судово-медичного розтину трупа у випадках насильницької смерті від побоїв і поранень.

Проведення судово-медичної експертизи в першій половині XVIII ст. було утруднене через недостатню кількість лікарів. Розтин спершу проводили у столичних містах і військово-лікувальних установах.

Опублікування першого повного офіційного «Наставляння лікарям при судовому огляді й розкритті мертвих тіл» відносять до 1829 р. Воно містить виклад процесуальної сторони судово-медичного дослідження, а також докладні вказівки лікарям із техніки судово-медичних розтинів.

Відповідно до цього наставляння «огляд і розкриття мертвих тіл зобов'язані робити в повітах - повітові, а в містах - городові і поліцейські лікарі, але якщо вони через хворобу чи з іншої якої причини не можуть їм зайнятися, то замість них обов'язок цей покладається на всякого іншого військового, цивільного чи вільно практикуючого медичного чиновника. Де є кілька медичних чиновників, там судове дослідження тіла може бути зроблене в присутності декількох з них, якщо судовий лікар визнає це за потрібне».

Ще в 1824 р. професором О. П. Нелюбіним були опубліковані «Правила для керівництва судового лікаря при дослідженні отруєнь з додаванням синоптичних таблиць про отрути».

У «Військово-медичному журналі» була опублікована праця І.В.Буяльського (1789-1866) «Керівництва лікарям до правильного огляду мертвих людських тіл для узнання причин смерті, особливо при судових дослідженнях» (1824).

Важливо зазначити, що пріоритет складання першої наукової методики огляду і розкриття трупів належить видатному професору анатомії і хірургії медико-хірургічної академії І. В. Буяльському.

Перший вітчизняний підручник з судової медицини написаний професором І. Ф. Венсовичем.

Великою популярністю користувався посібник з судової медицини, що належить професору С. О. Громову (1774- 1856).

Говорячи про вітчизняні посібники із судової медицини, необхідно зазначити, що геніальний росіянин хірург і анатом М. І. Пирогов опублікував у 1846 р. свою працю «Анатомічні зображення зовнішнього вигляду і положення органів, що укладаються в трьох головних порожнинах людського тіла, призначені переважно для судових лікарів».

Особлива заслуга належить М. І. Пирогову в галузі дослідження вогнепальних поранень. Його спостереження й експериментальні дослідження, присвячені характеристиці вхідних і вихідних отворів поранень, становлять винятковий інтерес, тому що є першими оригінальними дослідженнями з даного питання.

Відомо, що М. І. Пирогов зробив велику кількість розтинів трупів, у числі яких були і судово-медичні. Йому належить пріоритет у спостереженні й описуванні найважливіших властивостей вхідного і вихідного отворів вогнепальних поранень.

Новітні історико-медичні дослідження показали, що російський вчений Є.В.Пелікан був одним з основоположників чисто наукового експериментального методу у фармакології і токсикології. У своїй роботі «Досвід додатка сучасних фізико-хімічних досліджень до навчання про отрути» (1845) він критикує ряд основних положень із загальних питань токсикології і фармакології (поняття про отрути, шлях уведення, дія отрут в організмі тощо) і висловлює свою точку зору на зв'язок між хімічною будовою речовин та їх дією. В одній зі своїх робіт (1857) Є. В. Пелікан першим довів, що паралізуюча дія кураре на периферичні кінці рухових нервів залежить від наявності в ньому алкалоїду курарину. Своїми блискучими експериментальними дослідженнями він поклав наукову основу вивчення найважливішої проблеми зв'язку між хімічною структурою речовини та її токсичними властивостями.

Найвизначнішим представником судово-медичної науки XX ст. є професор П. А. Мінаков, який з 1900 по 1931 роки очолював кафедру судової медицини Московського університету. Популярність прийшла до нього після захисту докторської дисертації на тему «Про волосся у судово-медичному відношенні» (1894). У 1902 р. він виступив із доповіддю «Про субендокардіальні екхімози

при смерті від витікання крові». У цій праці учений вперше описав появу субендокардіальних крововиливів у лівому шлуночку серця при смерті від гострої крововтрати і пояснив механізм їхнього виникнення, тому ці екхімози називаються «плямами Мінакова». Найцікавішою з опублікованих у ті роки праць П. А. Мінакова є його дослідження, присвячені розробці нового, достатньо простого методу консервування трупів. Ще на початку XX ст. він став застосовувати надзвичайно простий спосіб консервування трупів за допомогою введення суміші формаліну та спирту в грудну, черепну і черевну порожнини. При цьому процес гниття зупинявся і протягом трьох місяців труп піддавався муміфікації. Спостереження за трупами протягом 20 років переконали П. А. Мінакова в практичній цінності даного способу.

Учнем і наступником П. А. Мінакова був М. В. Попов - наступний завідувач кафедрою судової медицини Першого Московського медичного інституту. М. В. Попов написав понад 50 наукових праць, серед яких головне місце займають його дослідження в галузі судово-медичної гематології. Цей вчений розробив метод визначення групи крові за невеликими плямами, що увійшов до багатьох посібників під назвою «способу Попова». Він запропонував свою номенклатуру і класифікацію фарбування зразків крові та її похідних, уперше використав емісійну спектроскопію в судовій медицині, виявив індивідуальні властивості факторів крові М і N, до яких розробив специфічні сироватки, використовувані для вирішення питання про можливість належності крові певній особі. Під його керівництвом була вперше отримана сироватка анти-0, що дозволило в судово-медичній практиці встановлювати наявність 1(0) групи в кров'яних плямах і уточнювати діагностику крові інших груп. Н. В. Попов видав перше керівництво «Основи судової медицини» (1938), підручник судової медицини для студентів медичних інститутів (1940). Велику увагу приділяв питанням кваліфікації тяжкості тілесних ушкоджень, брав безпосередню участь у розробці класифікації несмертельних тілесних ушкоджень.

Великою популярністю і повагою в Україні користується ім'я М. С. Бокаріуса, видатного російського та українського судового медика і

криміналіста. М. С. Бокаріус у 1895 р. закінчив медичний факультет Харківського університету. З цього часу почалася його плідна діяльність у галузі судової медицини. У 1910 р. М. С. Бокаріуса, який одержав звання професора, обирають на посаду завідувача кафедрою судової медицини Харківського університету, а потім після створення державного медичного інституту - завідуючим кафедрою судової медицини цього навчального закладу, де він працював до кінця життя. Перший період своєї діяльності він присвятив розробці проблем судово-медичного дослідження речових доказів. Тема його докторської дисертації «Кристали Флоранса, їхня хімічна природа і судово-медичне значення». У 1910 р. вийшло друком керівництво «Судово-медичні мікроскопічні і мікрохімічні дослідження речових доказів», у 1911р.- «Короткий курс судової медицини» для студентів, у 1915 - «Судова медицина у викладі для юристів», що містить понад 800 сторінок. Микола Сергійович виявляв велику цікавість до проблем криміналістики, інтенсивно розробляв науково-технічні прийоми дослідження судових доказів. Він був активним прихильником зближення судової медицини і криміналістики.

Професор Бокаріус був ініціатором створення в Харкові кабінету науково-судової експертизи, у функції якого входило не тільки виконання експертиз із кримінальних справ, а й науково-експериментальне вивчення питань карної техніки. У 1925 р. цей кабінет був перетворений на Інститут науково-судової експертизи. Обов'язки директора Інституту беззмінно виконував М. С. Бокаріус, а в 1931 р., після смерті вченого, цій установі було присвоєно його ім'я. Він і його співробітники приділяли велику увагу роботі над підручниками і посібниками для лікарів і слідчих при зовнішньому огляді мертвого тіла на місці події, складанню словесного портрета тощо. До цього часу не втратили значення праці М. С. Бокаріуса «Первісний зовнішній огляд трупа» (1925), «Зовнішній огляд трупа на місці події чи місці виявлення його» (1929), «Судова медицина для медиків і юристів» і «Контурні зображення частин тіла людини для додатка до протоколів судово-медичних розтинів» (1930). Великі заслуги М. С. Бокаріуса в галузі підготовки судово-медичних кадрів. Його «Зведення до практичних робіт по судовій медицині» (8 випусків), що є плодом багаторічного

педагогічного досвіду, свідчать про прекрасну постановку викладання студентам курсу судової медицини. Його учнями були В. Ф. Черваков, А. І. Законов, М. Л. Мурашко, В. І. Щедраков, М. М. Бокаріус і багато інших. Чималу роль відіграв професор М. С. Бокаріус в організації періодичних видань із питань судової медицини й криміналістики («Архів кримінології і судової медицини» і «Питання криміналістики та науково-судової експертизи»). Можна з впевненістю стверджувати, що він створив свою школу судових медиків і батьківщина цієї школи - Україна, Харків.

Послідовником його наукової діяльності став син Микола Миколайович, який протягом багатьох років продовжував завідування кафедрою судової медицини Харківського медичного інституту. М. М. Бокаріус вів велику наукову роботу з підготовки кадрів судових медиків і криміналістів, під його керівництвом було виконано багато дисертацій з судової медицини і криміналістики, в тому числі й докторських. М. М. Бокаріус деякий час завідував кафедрою криміналістики Харківського юридичного інституту, входив до групи експертів, які працювали під час Нюрнберзького процесу, розслідуючи злочини фашистів.

Нині судово-медична й криміналістична експертизи пішли далеко вперед. Вони розвивалися, набували нових організаційних форм, увесь час удосконалювалися методи їх досліджень, і добре відомо, яке місце вони займають у практиці розслідування в даний час. Але не слід думати, що все зроблене раніше являє лише історичний інтерес. Те, що обидва види експертиз одержали зараз великий розвиток, не тільки не заперечує цінності попереднього досвіду, а навпаки, підтверджує, що фундамент, закладений вітчизняними вченими, був закладений правильно.

Кафедра судової медицини Львівського медичного університету заснована 1898 року В.Серадським, який її очолював протягом 45 років. Під його кірівництвом проводились наукові дослідження підгруп крові, визначення вмісту в тканинах тіла вмісту миш’яку та фосфору, виявлення карбоксигемоглобіну. З 1945 по 1950 роки очолював кафедру професор В.П. Ципковський. В цей час проводились дослідження вогнепальних поранень,

автотравми та огляди місць подій на місці виявлення трупів (доречі матеріалу для досліджень на Львівщині в ті часи було предостатньо.) З 1950 по 1968р. кафедру очолював Д.Галаєв, основні роботи досліджень були пов'язані з дослідженням наглої смерті. З 1968 по1983 роки очолював кафедру доцент Зеленгуров, його основні дослідження: гнильні процеси на трупах, вогнепальні пошкодження, нагла смерть. Зеленгуров тоді читав курс судової медицини і у Львівській ССШМ МВС СРСР.

З 1983 по 1988 роки кафедру очолював Лісіцин О.Ф. Основні дослідження продовжувались, після попередників особливу увагу приділялось дослідженню закритих черепно-мозкових травм. На кафедрі видано сотні наукових праць та проведено десятки дисертаційних досліджень. В даний час кафедру об'єднано з кафедрою патанатомії.

Отже, судова медицина як самостійна наука виникла з потреб суду в поясненні фактів біологічного і медичного характеру та вивчає їх щодо правової практики.

Контрольні питання

1. Сформулювати визначення судової медицини.
2. Дати визначення поняттю судово-медичної експертизи.
3. Розкрити зв’язок судової медицини з медичними науками.
4. Розкрити зв’язок судової медицини з юридичними науками.
5. Розкрити медико-соціальне значення судової медицини.
6. Сформулювати основні завдання судової медицини.
7. Розкрити зміст судової медицини.
8. Основні етапи розвитку судової медицини.
9. Сучасний стан та перспективи розвитку судової медицини.

Теми рефератів

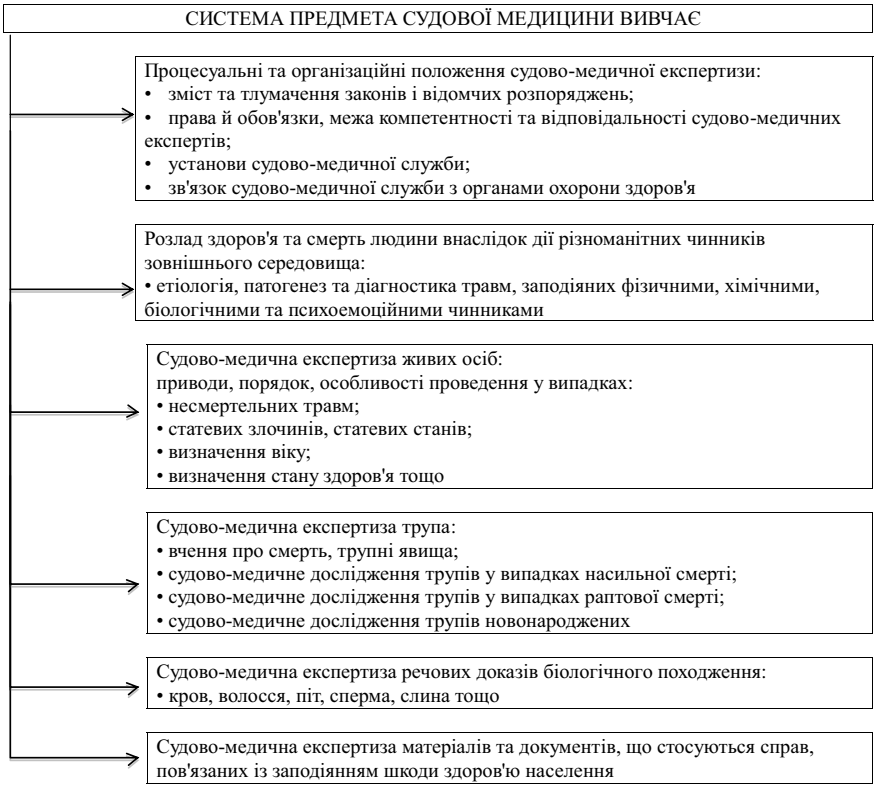
1. Судова медицина: поняття, система.
2. Зв'язок судової медицини з іншими науками.
3. Медичне право: поняття та завдання.
4. Історія розвитку судової-медицини в Україні.
5. Сучасні проблеми та перспективи розвитку судової медицини.

Додатки

Схема 1.1

Схема 1.2

Схема 1.3


СИСТЕМА ПРЕДМЕТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ВИВЧАЄ
Процесуальні та організаційні положення судово-медичної експертизи:
• зміст та тлумачення законів і відомчих розпоряджень;
• права й обов'язки, межа компетентності та відповідальності судово-медичних експертів;
• установи судово-медичної служби;
• зв'язок судово-медичної служби з органами охорони здоров'я
Розлад здоров'я та смерть людини внаслідок дії різноманітних чинників зовнішнього середовища:
• етіологія, патогенез та діагностика травм, заподіяних фізичними, хімічними, біологічними та психоемоційними чинниками
Судово-медична експертиза живих осіб:
приводи, порядок, особливості проведення у випадках:
• несмертельних травм;
• статевих злочинів, статевих станів;
• визначення віку;
• визначення стану здоров'я тощо
Судово-медична експертиза трупа:
• вчення про смерть, трупні явища;
• судово-медичне дослідження трупів у випадках насильної смерті;
• судово-медичне дослідження трупів у випадках раптової смерті;
• судово-медичне дослідження трупів новонароджених
Судово-медична експертиза речових доказів біологічного походження:
• кров, волосся, піт, сперма, слина тощо
Судово-медична експертиза матеріалів та документів, що стосуються справ, пов'язаних із заподіянням шкоди здоров'ю населення

Тема №2.
ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.

Діяльність судово-медичних експертних установ, як і кожного окремого їх працівника, регламентується процесуальним, кримінальним, цивільним та адміністративним законодавством, а також "Законом України про судову експертизу" (1994), "Основами законодавства України про охорону здоров'я" (1992), методичними документами Міністерства охорони здоров'я України.

2.1. Роль і місце судово-медичної експертизи в діяльності органів правосуддя та охорони здоров'я

Під час розслідування різних злочинів, як правило, виникає потреба в проведенні експертизи, яка дозволяє з'ясувати об'єктивну картину того, що сталося. Судовою експертизою називають дослідження експертом на підставі спеціальних знань матеріальних об'єктів, явищ і процесів, які містять інформацію про обставини справи, що перебуває в провадженні органів дізнання, досудового слідства чи суду. Експертиза призначається у випадках, коли потрібні спеціальні знання з науки, техніки, мистецтва або ремесла. Особу, яка проводить таке дослідження називають судовим експертом.

Судова експертиза за своїм змістом може бути різною, залежно від питань, які потребують розв'язання, наприклад, бухгалтерська, автотехнічна, судово-медична, судово-психіатрична тощо.

Якщо правоохоронним органам для з'ясування питань у справі потрібні медичні чи біологічні знання, то призначають судово-медичну експертизу. Вона проводиться під час розслідування справи, або під час суду з кримінальних проваджень. Судово-медична експертиза призначається особою, яка проводить дізнання, слідчим, слідчим-суддею, прокурором або судом.

Судово-медична експертиза - це практичне застосування медичних і біологічних знань для розв'язання питань, які виникають у практичній діяльності органів дізнання, попереднього слідства чи суду.

Судово-медична експертиза, як і вся судово-експертна діяльність, здійснюється на принципах законності, незалежності, об'єктивності і повноти дослідження.

Судово-медична експертиза стоїть на захисті ст.27 Конституції України та проводиться згідно чинного законодавства, її зміст, порядок призначення і виконання регулюються кодексами: Кримінальним, Кримінальним процесуальним, Цивільним, Цивільно-процесуальним, в яких є відповідні статті. Певною мірою вона регулюється і Законом України «Про судову експертизу» (1994).

За чинним Кримінальним процесуальним кодексом (ст.242) експертиза обов'язково має проводитись для встановлення причини смерті, тяжкості і характеру тілесних ушкоджень, визначення психічного стану підозрюваного або звинуваченого за умов наявності у справі відомостей, які викликають сумнів щодо його осудності чи обмеженої осудності, для встановлення статевої зрілості потерпілої, якщо мова йде про злочини, які вказані у ст.155 КК України, а також для встановлення віку особи, якщо це має значення для вирішення питань щодо її кримінальної відповідальності (коли немає документів про вік і не можна їх отримати), а іншим способом неможливо отримати ці відомості.

Для розв'язання цих питань потрібні спеціальні знання. Тому в таких випадках експертиза має бути призначена і обов'язково проведена. В інших випадках питання про необхідність призначення і виконання експертизи вирішує той орган, у провадженні якого знаходиться справа.

Питання, які потребують розв'язання під час експертизи, не повинні виходити за межі спеціальних знань експерта.

У разі призначення експертизи слідчий складає про це постанову (слідчий-суддя - ухвалу), в якій вказує підстави для її проведення, прізвище експерта та назву установи, в якій вона має бути виконана, питання для розв'язання та об'єкти, які направляють експерту.

Враховуючи те, що судово-медична експертиза потребує медичних знань, її проведення регламентоване «Основами законодавства України про охорону здоров'я» (1992), положеннями та інструкціями Міністерства охорони здоров'я. Так, у 1996 році був виданий наказ «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України», який регламентує судово-медичну діяльність.

Судово-медична експертиза спрямована, насамперед, на розв'язання питань, які постійно виникають перед судовими і слідчими органами. До таких питань належать:

- встановлення причини і давності настання смерті;
- визначення ступеня тяжкості і характеру тілесних ушкоджень, послідовності, зажиттєвості і давності їх спричинення;
- можливості виконання потерпілим після травми цілеспрямованих дій;
- групова приналежність крові у разі зовнішньої кровотечі;
- наявність і ступінь алкогольної інтоксикації; категорія смерті.

Для розв'язання цих питань застосовуються сучасні методи досліджень і наукові розробки, в тому числі і суміжних з медициною галузей знань. Судово-медична експертиза дозволяє встановити можливість спричинення травми, яка призвела до смерті, самим померлим. Проте, встановлення роду насильної смерті належить виключно до компетенції слідчих органів.

Судово-медична експертиза має тісний зв'язок з органами охорони здоров'я. Так, щорічно проводиться аналіз випадків раптової смерті з метою визначення структури смертності і виявлення хвороб, які не були зажиттєво діагностованими. Крім того, аналізу підлягають усі випадки травматизму для подальшої розробки заходів щодо його профілактики; випадки кримінальної відповідальності медичних працівників та їх професійно-посадові правопорушення. Проводяться спільні науково-практичні конференції з клініцистами і патоморфологами. Ці аспекти спільної діяльності судових медиків і лікарів спрямовані на підвищення якості лікарської допомоги населенню.

Крім зазначеного, судові медики можуть здійснювати заготівлю трансплантаційного матеріалу, проводити протиепідемічну роботу у випадках

виявлення особливо небезпечних інфекцій у померлих, санітарно-просвітню роботу щодо профілактики впливу основних чинників раптової смерті, алкоголізму, нарко- і токсикоманії.

2.2. Судові експерти та їх участь в експертизі

Судовим експертом може бути особа, яка має необхідні знання для надавання висновків з досліджуваних питань. Така особа повинна мати вищу освіту, пройти відповідну підготовку та атестацію як судовий експерт за певним фахом.

Атестація судових експертів проводиться в Міністерстві юстиції і МОЗ відповідно до їх функцій. Крім того, Міністерство юстиції веде список атестованих судових експертів, згідно з яким слідчі органи і суди повинні залучати їх до проведення експертизи.

Судово-медичним експертом може бути особа, яка має кваліфікацію лікаря і відповідну підготовку. Експерт входить до штату судово-медичної експертної установи і на нього поширюються особливості матеріального і соціально-побутового забезпечення, що передбачені ст.ст.33-37 Закону України «Про державну службу».

До участі в проведенні судово-медичної експертизи може залучатися і професорсько-викладацький склад кафедр (курсів) судової медицини медичних вищих навчальних закладів.

У Кримінальному процесуальному кодексі регламентована можливість залучати до проведення експертизи лікаря будь-якого фаху, якщо він має необхідні знання (наприклад, з хірургії, кардіології, стоматології та ін.).

Лікар, що не перебуває на посаді судово-медичного експерта, але проводить експертизу за постановою слідчих органів чи судовою ухвалою, називається лікарем-експертом. Він має право відмовитись від виконання судово-медичних експертних дій, крім випадків, які за КПК (ст.79) зумовлюють його відвід. Це стосується випадків, коли експерт є потерпілим, позивачем у цивільних справах або відповідачем, родичем кого-небудь з них, родичем

слідчого, особи, яка проводила дізнання, обвинувача або звинувачуваного; якщо він особисто або його родичі зацікавлені в результатах справи; у разі службової або іншої залежності від звинувачуваного, підозрюваного, потерпілого, позивача або відповідача у цивільних справах, якщо він бере участь у відомчому розслідуванні і виступає в ньому як свідок; у разі його некомпетентності.

Лікарі, як особи, які мають спеціальні знання і навички, можуть бути залучені до участі у виконанні слідчих дій: огляду, обшуку чи слідчого експерименту тощо, брати участь у зовнішньому огляді трупа, обстеженні особи, ексгумації трупа, виявленні та вилученні речових доказів біологічного походження. У разі залучення фахівця для проведення цих слідчих дій постанова не виноситься і тому фахівець не виступає в ролі судово-медичного експерта. Він лише допомагає слідчому, використовуючи свої спеціальні знання і навички, звертає його увагу на обставини, які пов'язані з виявленням і закріпленням доказів, дає пояснення з приводу спеціальних питань, які виникають під час слідства. Проте, при цьому він не робить ніяких висновків. Лікар, що брав участь у слідчих діях як фахівець, надалі може бути призначений експертом з цієї справи.

Державним законодавством України закріплено гарантії незалежності експерта і правильності його висновку. Вони забезпечуються:

- порядком його призначення;
- забороною втручання будь-кого в проведення експертизи;
- існуванням установ судової експертизи, які відокремлені від органів дізнання і попереднього слідства;
- кримінальною відповідальністю експерта за свідомо хибний (неправдивий) висновок;
- можливістю призначення повторної експертизи;
- присутністю учасників процесу під час проведення експертизи.

До компетенції судово-медичної експертизи належить:

- експертиза трупів у випадках насильної смерті і в разі підозри на насильство;

• експертиза потерпілих, звинувачуваних та інших осіб; експертиза речових доказів та експертиза за матеріалами кримінальних проваджень чи цивільних справ.

Ці об'єкти судово-медичної експертизи можуть бути досліджені під час виконання первинної, додаткової і повторної експертизи, яка має проводитись одним експертом або комісією з кількох експертів.

Первинна судово-медична експертиза – це перше дослідження об'єкта. За його результатами складається «Висновок експерта».

Якщо первинна судово-медична експертиза не дозволяє дійти чітких або повних висновків, то призначають додаткову судово-медичну експертизу. Вона може бути доручена як тому самому, так і іншому експерту.

Повторна судово-медична експертиза може бути призначена у випадках, коли «Висновок експерта» сумнівний, розходиться з результатами попереднього слідства або необґрунтований. Проведення такої експертизи доручається іншому експерту або кільком експертам. Експерт, який проводив первинну експертизу, не може виконувати повторну експертизу або брати участь у її проведенні.

Якщо експертиза складна і потребує знань із різних медичних спеціальностей, її проводить комісія експертів, особливо у справах щодо кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення, у випадках повторної експертизи за матеріалами кримінальних проваджень і цивільних справ; у разі визначення ступеня стійкої втрати працездатності; в особливо складних випадках. Після закінчення такої комісійної експертизи складається за умов одностайності загальний висновок. Якщо ж єдиної думки немає, кожний експерт складає окремий висновок.

«Висновок експерта» не є обов'язковим для органів дізнання, слідства і суду. Якщо ж виникають такі ситуації, то їх незгода з висновками експерта має бути вмотивованою.

Якщо для розв'язання питань слідства потрібні спеціальні знання з різних галузей науки і техніки, то може бути призначена комісія з відповідних фахівців. Вона проводить комплексне дослідження для розв'язання відповідних питань і

тому така експертиза дістала назву комплексної. Наприклад, комплексна судово-медично-автотехнічна експертиза досить часто призначається при розслідуванні справ, пов'язаних з дорожньо-транспортними пригодами.

Під час проведення експертизи має право бути присутнім слідчий чи слідчий-суддя. Звинувачувані та інші особи можуть бути присутніми тільки з дозволу слідчого. Щодо лікарів, то при експертизі трупа вони можуть бути присутніми з дозволу слідчого, а у разі дослідження – з дозволу завідувача танатологічним відділом. Під час проведення судово-медичної експертизи експерт розв'язує питання тільки медичного і біологічного характеру, в яких він повинен бути компетентним і мати достатній рівень знань. У компетенцію судово-медичного експерта не входять питання з інших (немедичних, у тому числі юридичних) галузей знань, зокрема, щодо визначення роду насильної смерті, встановлення вини, наміру або необережності. Він також не має право розв'язувати питання про визначення психічного стану потерпілого або звинувачуваного.

Судово-медичний експерт згідно зі ст.69 КПК України повинен з'явитися за відповідним викликом слідчого чи суду, провести повне дослідження об'єкта і дати ґрунтовний та об'єктивний письмовий висновок з постановлених питань. При цьому він має максимально зберегти об'єкт дослідження.

Якщо у слідчого або в особи, яка призначила експертизу, виникають будь-які питання, то експерт дає потрібні роз'яснення. У випадках наявності підстав, передбачених КПК, експерт може заявити про самовідвід. Тільки за таких умов він має право відмовитись від проведення експертизи. Якщо поважних причин для відмови від експертизи немає, то такий експерт може бути притягнутий до відповідальності згідно з чинним законодавством.

Судово-медичний експерт несе особисту відповідальність за експертизу, яку він проводить. Згідно з КК України, експерт несе відповідальність також за свідомо хибний (неправдивий) висновок (ст.384), за розголошення слідчої таємниці або даних, які стали йому відомі під час проведення експертизи (ст.387), за злісне ухилення або відмову від виконання своїх обов'язків (ст.385).

Для забезпечення ґрунтовної та об'єктивної експертизи Судово-медичні експерти наділені значними правами (ст.69 КПК). Вони мають право знати мету і завдання експертизи, ознайомлюватись із матеріалами справи, клопотати про надання їм додаткових матеріалів; вказувати на встановлені в ході експертизи факти, що мають значення, але з приводу яких не були поставлені відповідні питання; бути присутніми на допитах та інших слідчих діях; ставити питання з експертизи особам, які допитуються слідчим або в суді; клопотати про запрошення та залучення до експертизи необхідних фахівців і давати з ними спільні висновки; відмовлятися від дачі висновку з питань, які виходять за межі їхньої компетенції або коли наявних матеріалів для дачі висновку недостатньо. У такому разі експерт повинен письмово повідомити про це орган, який призначив експертизу. Крім цього, експерт має право подавати скарги на дії особи, у провадженні якої перебуває справа, якщо ці дії порушують права судового експерта. Якщо виконання експертизи не є службовим завданням експерта, то він має право одержувати винагороду за неї.

На судово-медичних експертів поширюються і професійні права, які передбачені «Основами законодавства України про охорону здоров'я» для медичних і фармацевтичних працівників (ст.77) та законом «Про державну службу».

Судово-медичні експерти, лаборанти, молодший персонал установ судово-медичної експертизи підлягають державному обов'язковому особистому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини.

2.3. Роль судово-медичного експерта у попередньому слідстві та у судовому засіданні

При розкритті злочинів проти життя і здоров'я людини розслідування проводять органи дізнання (поліція) і попереднього слідства (прокуратура, слідчі відділи та управління МВС, органи СБУ). Вони у разі необхідності призначають судово-медичну експертизу, що потребує письмової постанови. У постанові коротко вказуються обставини справи, підстави для призначення

експертизи, кому вона доручається, які питання потрібно вирішити та які матеріали надаються експерту. Слідчий також роз'яснює експерту його права, обов'язки та відповідальність, які передбачені чинним законодавством.

Експертиза може виконуватись у бюро судово-медичної експертизи, судово-медичній лабораторії або на кафедрі (курсі) судової медицини, куди і надходять усі матеріали. Експерт вивчає постанову, матеріали справи, досліджує об'єкти і після цього складає письмовий висновок. У ньому він висвітлює всі дані експертизи та дає відповіді на поставлені питання.

Слідчий має право бути присутнім під час проведення експертизи, а судово-медичний експерт – брати участь у допиті, оглядати місце події.

Висвітлені у «Висновку експерта» питання слідчий може додатково уточнювати, з'ясовувати, для чого він має право проводити допит експерта, що передбачено КПК України.

Під час слідства з ініціативи органів, що його проводять, судово-медичний експерт може бути залучений до участі у первинних та інших слідчих діях, наприклад до огляду трупа на місці події, ексгумації, вилучення зразків і проведення слідчих експериментів. У таких випадках судово-медичний експерт діє як спеціаліст із судової медицини.

Після розслідування кримінальна справа через прокуратуру передається на розгляд суду, під час засідання якого також можливе призначення експертизи. Найчастіше для проведення її запрошують експерта, якому належить «Висновок експерта» під час попереднього слідства. Учасники судового процесу можуть дати відвід експерту і клопотати про призначення іншого експерта. Такі клопотання суд може задовольнити або відхилити. У суді експерту роз'яснюють його права, обов'язки і відповідальність.

Завданням суду є перевірка всіх доказів, на підставі яких звинувачується підсудна особа. У зв'язку з цим судово-медичний експерт після аналізу і зіставлення фактів, матеріалів справи, свідчень звинуваченого, потерпілого і свідків перевіряє правильність своїх висновків. При цьому він або повністю їх стверджує або вносить необхідні зміни до них.

Під час суду експерту можуть бути поставлені додаткові питання. Для їх вирішення він може скористатися додатковим часом, що його виділяє суд. Судово-медичний експерт може брати безпосередню участь в усіх судових діях: ставити питання, які мають значення для оформлення висновків, оглядати речові докази, місце події, проводити повторне обстеження потерпілого, тощо.

Суд також ставить питання про те, чи стверджує експерт свої висновки, які він зробив під час попереднього слідства.

Усі відповіді експерта на суді оформляються письмово, формулюються у вигляді висновків і додаються до матеріалів судового засідання.

2.4. Судово-медична документація

Усі дії судово-медичний експерт виконує за розпорядженням судових і слідчих органів. Вони оформляються відповідними документами. Так, під час огляду місця події слідчий оформляє «Протокол огляду місця події», в якому судово-медичний експерт наводить дані, які стосуються трупа і наявності доказів біологічного походження.

Судові і слідчі органи при відкритті кримінального провадження призначають експертизу відповідного об'єкта, результати якої оформляють у вигляді «Висновку експерта». Цей документ має вступну, описову (дослідницьку) і заключну (підсумкову) частину. У вступній частині наводяться відомості про те коли, де, ким, на якій підставі здійснюється експертиза, якого об'єкта, які наявні матеріали, хто був присутнім під час проведення експертизи. Наприкінці цієї частини експерт ставить підпис під тим, що йому відомі його права, обов'язки і відповідальність, які регламентовані чинним законодавством. Далі наводять відомості про обставини справи, дані медичної документації, для чого виписують усі факти, що мають значення для експертизи. Після цього вказують питання, які поставлені слідчими чи судовими органами для розв'язання.

В описовій (дослідницькій) частині викладають результати проведеної експертизи з доданням, якщо потрібно, ілюстративного матеріалу. Вступна та

описова частини мають назву протокольної. Вона підписується експертом та особами, які були присутніми під час проведення експертизи.

При проведенні судово-медичної експертизи виникає потреба у виконанні лабораторних досліджень. У таких випадках судово-медичний експерт оформляє відповідне направлення до лабораторії, в якому вказує, що повинно бути вирішено під час дослідження об'єкта. Результати всіх лабораторних і додаткових досліджень вносять до «Висновку експерта» після дослідницької частини.

У заключній частині (підсумках) експерт дає повні та обгрунтовані відповіді на всі запитання постанови.

«Висновок експерта» скріплюється його особистим підписом, після чого стверджується печаткою установи.

Досить часто, коли не відкривається кримінальне провадження та слідчі органи дають письмове доручення (розпорядження), на підставі якого проводиться не експертиза, а судово-медичне дослідження (або обстеження потерпілого, звинуваченого) потрібного об'єкта, результати цього дослідження оформляють у вигляді документа під назвою «Акт судово-медичного дослідження» («Акт обстеження»). Цей документ складається за такою ж схемою. На відміну від «Висновку експерта» у ньому не передбачений підпис експерта під статтями КК і КПК. Проте це не означає, що таке судово-медичне дослідження може бути виконане на інших засадах, ніж судово-медична експертиза. В заключній частині цього документа судово-медичний експерт відповідає на запитання, зумовлені метою дослідження.

Після проведення судово-медичної експертизи трупа експерт виписує «Лікарське свідоцтво про смерть». В ньому вказується установа, яка видає це свідоцтво, його номер та характер (попереднє, заключне або замість попереднього), дата видачі, паспортні дані померлого, дата і місце смерті, вказується можливий рід смерті та яким лікарем констатована причина смерті. Потім наведені відомості про прізвище лікаря, його посаду і підставу, що дозволила видати йому свідоцтво: огляд трупа, записи в медичній документації про лікування померлого, попереднє спостереження чи розтин.

При формулюванні причини смерті спочатку вказують її основну причину – первину хворобу або травму, які внаслідок послідовних хворобливих процесів призвели до смерті, а потім хвороби, які сприяли настанню смерті. Останні не пов'язані з основною хворобою або її ускладненням, проте негативно впливають на перебіг основної хвороби.

Основна причина смерті потребує розшифрування. Для цього послідовно вказують безпосередню причину смерті, тобто хворобу, яка призвела до смерті, ускладнення основної хвороби або ушкодження, а далі наводять перелік морфологічних проявів основної хвороби або пошкодження, які дозволяють встановити діагноз, і тільки після цього згідно з «Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті» вказують основну хворобу, що призвела до смерті.

За організаційною формою судово-експертну діяльність здійснюють державні спеціалізовані установи і відомчі служби. До них належать науково-дослідні та інші установи судової експертизи Міністерства юстиції України і Міністерства охорони здоров'я України, експертні служби Міністерства внутрішніх справ України.

Судово-експертна діяльність може здійснюватись на підприємницьких засадах на підставі спеціального дозволу (ліцензії), а також громадянами за разовими договорами.

Для розгляду найважливіших питань судової експертизи, що мають міжвідомчий характер, при Міністерстві юстиції України створена Координаційна рада з проблем судової експертизи. Вона видає і міжвідомчий збірник «Судова експертиза і криміналістика».

Міністерство юстиції України веде реєстр атестованих судових експертів державних і підприємницьких структур і громадян.

Атестація судових експертів з числа працівників підприємницьких структур і громадян проводиться Міністерством юстиції України або Міністерством охорони здоров'я України відповідно до їх функцій. Органи дізнання, попереднього слідства і суди зобов'язані доручати проведення судової експертизи переважно фахівцям, внесеним до цього реєстру.

Судово-медична експертна служба в Україні здійснюється обласними, міськими, районним (міжрайонними) відділеннями бюро судово-медичної експертизи, і Головним бюро судово-медичної експертизи МОЗ України.

Міські (міст обласного підпорядкування) і районні (міжрайонні) відділення бюро організовуються поза обласними центрами, де є бюро, з урахуванням фактичного обсягу судово-медичної експертної роботи.

Таким чином, основним структурним підрозділом судово-медичної експертизи є бюро судово-медичної експертизи обласних, міських управлінь охорони здоров'я. Відповідно до "Положення про бюро судово-медичної експертизи", це є державна спеціалізована установа, що входить до структури закладів охорони здоров'я України.

Контрольні питання

1. Розкрийте процесуальні основи проведення судово-медичної експертизи.
2. Розкрийте організаційні основи проведення судово-медичної експертизи.
3. Назвіть питання, які ставляться перед судово-медичною експертизою.
4. Хто може бути судово-медичним експертом та лікарем-експертом?
5. Які основні права та обов'язки судово-медичного експерта?
6. Назвіть види судово-медичних експертиз.
7. З яких частин складається "Висновок експерта"?

Теми рефератів

1. Процесуальні основи судово-медичної експертизи.
2. Правовий статус судово-медичного експерта.
3. Задачі судово-медичної експертизи.
4. Процесуальний та медичний порядок призначення судово-медичних освідувань та експертиз.
5. Види судово-медичних експертиз.
6. Судово-медична документація.
7. Головні питання які ставляться перед судово медичним експертом.

Додатки

Схема 2.1

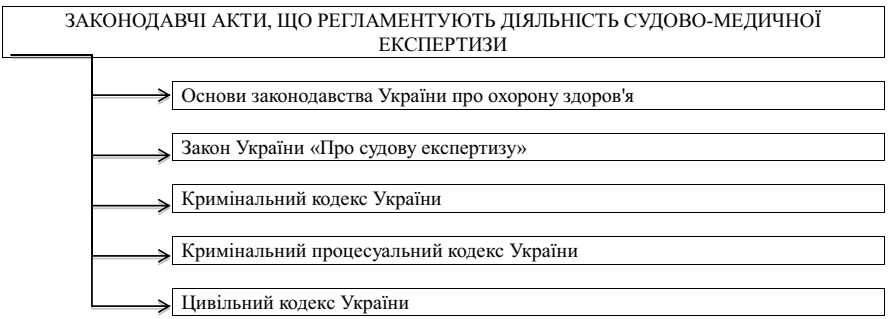


Схема 2.2

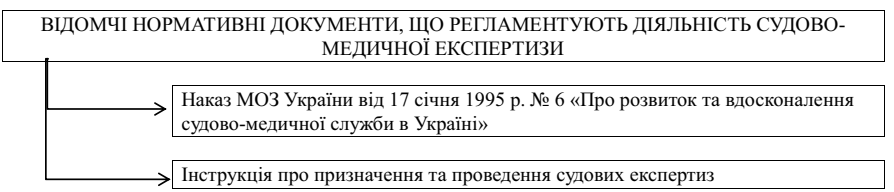


Схема 2.3

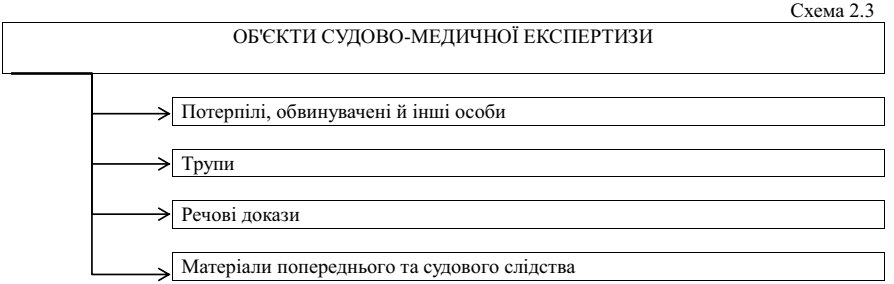


Схема 2.4

ДОКУМЕНТАЦІЯ ЕКСПЕРТНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Висновок експерта

Акт судово-медичного дослідження (обстеження)

Вступна частина

- Час, місце і умови проведення експертизи (дослідження);
- назва документа, на підставі якого проводиться експертиза (дослід-ження);
- прізвище, ім'я та по батькові експерта, його посада, місце роботи, фах і стаж роботи за фахом, кваліфікаційна категорія, науковий ступінь наукове звання;
- при експертизі трупа - прізвище, ім'я та по батькові, вік померлого; при експертизі потерпілих, обвинувачених та інших осіб - прізвище, ім'я та по батькові, вік, місце проживання, документ, що посвідчує особу;
- назва і номер кримінальної (цивільної) справи, кількість томів та листів справи, перелік об'єктів та зразків, що надійшли на експертизу
- особи, які були присутні при виконанні експертизи (дослідження)

Підпис судово-медичного експерта про роз'яснення
йому процесуальних прав та обов'язків
і про його відповідальність

Перелік питань, поставлених на вирішення експертизи
(дослідження)

Обставини справи

Викладаються відомості, які необхідні судово-медичному експерту при виконанні експертизи та складанні підсумків: слідчі дані, зміст медичних документів, описування та скарги особи, яку оглядають, тощо

Дослідна частина

Містить докладний опис процесу дослідження і всіх виявлених при цьому фактичних даних з вказівкою методів
та методик, що застосовувались, в тому числі і тих, що
реєстрували ушкодження

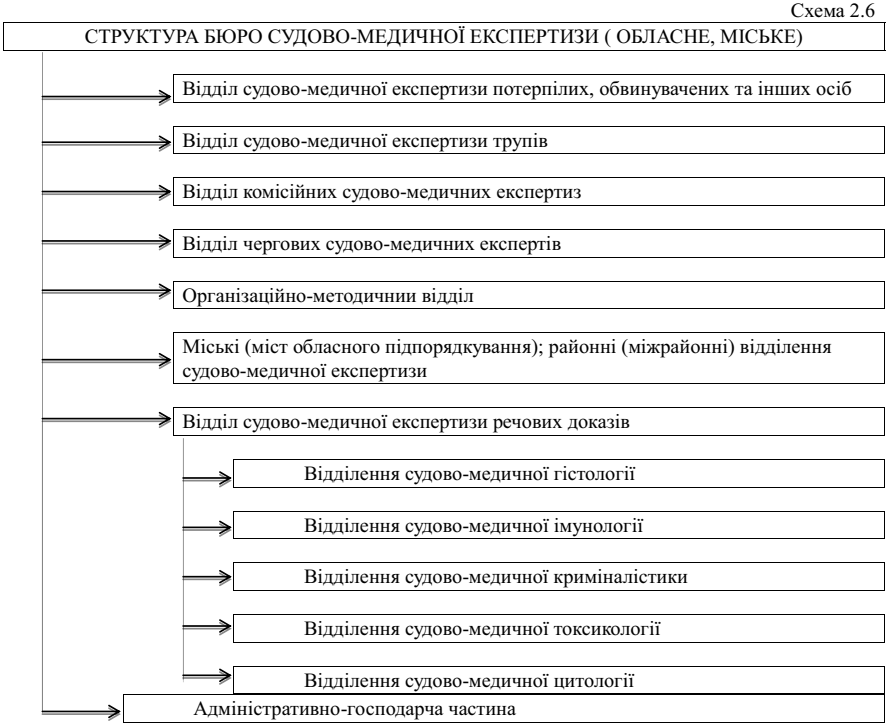
Підсумки

Заключна частина

- Є науково обгрунтованою думкою експерта, сформульованою на підставі результатів виконаної експертизи
- Складаються на підставі фактичних даних, отриманих у процесі проведення експертизи та експертного аналізу обставин справи

Схема 2.5

Схема 2.6



Тема №3.
ТІЛЕСНІ УШКОДЖЕННЯ.

У практиці судово-медичної діяльності найчастіше приходиться проводити дослідження та оцінку тілесних ушкоджень. Їх результати мають вагоме значення при розслідувані справ, пов'язаних із заподіянням шкоди здоров'ю та життю особи.

3.1. Поняття ушкодження

Ушкодження – це будь-яке порушення анатомічної цілості чи функціонального стану тканини, органу чи частини тіла, викликане зовнішньою дією. В практиці судово-медичної експертизи розрізняють тілесне пошкодження як кримінально-правове і як медичне поняття.

Деякі види пошкоджень зустрічаються частіше при однакових умовах праці та побуту і виникають за подібних обставин у відповідних групах населення. Сукупність таких пошкоджень носить назву травматизму, а наука, яка вивчає пошкодження – травматологія.

За умовами і обставинами походження пошкоджень травматизм поділяється на ряд видів:

I. Виробничий травматизм:

- промисловий;
- сільськогосподарський.

II. Невиробничий травматизм:

- транспортний;
- пішоходного руху;
- побутовий;
- спортивний;
- шкільний.

III. Військовий травматизм:

- бойовий;
- небойовий.

В Україні попередження травматизму має законодавчу базу, яка забезпечує інтереси громадян. Розробка і впровадження дієвих заходів з профілактики травматизму неможливі без вивчення причин і особливостей кожного випадку травми. Правильно організований облік цих видів травм дозволяє вивчати умови і обставини їх виникнення, аналізувати фактори, які обумовлюють їх повторюваність. Відповідну роль в цій роботі відіграє судово-медична експертиза, яка займається вивченням всіх випадків з летальними наслідками і значної частини несмертельних травм.

Судово-медична практика показує, що основними причинами виникнення травм є різного роду порушення суспільних норм поведінки, особиста необережність і недисциплінованість, невиконання встановлених правил та інструкцій з техніки безпеки, різного роду недоліки з організації виробництва і побуту.

Особливу увагу потрібно звернути на боротьбу з пияцтвом, тому що особи, які знаходяться в стані сп'яніння, підлягають у декілька разів більше небезпеці отримати пошкодження і самі є джерелами травматизму.

3.2. Класифікація і види тілесних ушкоджень

Тілесним ушкодженням або травмою, в судовій медицині, називається порушення анатомічної цілості чи фізіологічних функцій організму людини, заподіяних будь-яким фактором зовнішнього середовища, що тягне за собою той чи інший ступінь розладу здоров'я, інвалідність, втрату працездатності або смерть.

Що стосується зовнішніх факторів, які спричиняють пошкодження, то такими є механічні, інші фізичні та хімічні діяння. Наслідки дії біологічних та психічних факторів відносяться до пошкодження тільки при насильницьких діях, що встановлюються судом чи слідством.

Класифікація ушкоджень.

І. За характером чинників навколишнього середовища:

1. Пошкодження фізичними чинниками:

А) механічна травма від дії тупих, гострих предметів, знаряддя, вогнепальної зброї, а також усі види механічної асфіксії;

Б) термічна травма від дії високих і низьких температур;

В) електрична травма від дії атмосферної та технічної електрики;

Г) променева травма від дії іонізуючого випромінювання;

Д) барометрична травма від змін атмосферного тиску, зміни загального та парціального тиску.

2. Пошкодження хімічними чинниками (отрута; речовини, що викликають хімічні опіки та отруєння; гази, тощо).

3. Пошкодження біологічними чинниками (інфекційні та токсикогенні агенти біологічного походження, при умові зараження ними або введення їх штучним шляхом). До пошкодження біологічними чинниками відносяться також розлади здоров'я і смерть внаслідок насильного позбавлення їжі чи життя.

4. Пошкодження психічними чинниками (психічна травма внаслідок страху, переляку, сильного душевного хвилювання, тощо).

5. Комбіновані пошкодження, коли на організм людини одночасно діють різнорідні зовнішні фактори.

ІІ. За властивостями пошкодження поділяються на анатомічні (рани, садни, синці, переломи кісток, пошкодження внутрішніх органів) і функціональні (біль, шок, струс головного мозку, серця, удари у рефлекторні зони). Функціональні пошкодження нерідко поєднуються з анатомічними.

ІІІ. За наслідками пошкодження є смертельні і несмертельні. Смертельні пошкодження призводять до смерті людини, несмертельні поділяються на тяжкі, середньої тяжкості і легкі тілесні пошкодження (відповідно до ст.ст. 121, 122, 123, 125 КК України).

Вивчення пошкоджень із судово-медичної точки зору відрізняється від клінічного і має певні особливості, які пов'язані з розв'язанням питань, що їх ставлять перед експертизою правоохоронні органи. До основних завдань, які

розв'язують при цьому судові медики, належать: встановлення наявності пошкодження, його особливостей, механізму виникнення (предмет, яким воно утворене, особливості цього предмета), напрямок і сила дії предмета, послідовність нанесення пошкодження, з'ясування причини смерті, тяжкості тілесного пошкодження відповідно до статей Кримінального кодексу України.

Щоб у повному обсязі відповісти на ці питання, потрібно правильно описати пошкодження.

Опис починається з визначення локалізації пошкодження - анатомічної ділянки і відстані в сантиметрах від анатомічних ліній і точок, у випадках автомобільної травми, вогнепальних пошкоджень потрібно вказати висоту розташування від підошви.

Форму пошкодження зазначають як лінійну, щілиноподібну, або порівнюють з формою геометричних фігур і літерами. Форму ран описують до і після зведення країв.

Розміри пошкодження визначають за двома перпендикулярними лініями. У Г-подібних і променистих ран вимірюють довжину окремих розривів (променів) від центру.

На поверхні пошкоджень відмічають рельєф, колір, оборонні нашарування, тощо.

У ранах описують властивості країв (рівні, хвилясті, зазублені, фестончасті, нерівні, тощо), наявність саден, крововиливів, відшарування, розчавлення, тощо, а також особливості кінців (гострі, заокруглені, П - подібні тощо).

Описують стан прилеглих до рани тканин: наявність забруднення, сторонніх включень, плям крові тощо.

Види тілесних ушкоджень.

Пошкодження з порушенням анатомічної цілості тканин і органів.

Садно – порушення цілості поверхневих шарів шкіри (епідерміс-дерма). Більш глибокі ушкодження шкіри відносяться до ран.

Садно утворюється при ударах, стисканні, терті різними тупими предметами, при шкребучих рухах леза гострих предметів. Гострим кінцем колючих і

колючо-ріжучих предметів можуть бути нанесені подряпини - вузькі лінійні садна.

Існує чотири стадії загоєння садна:

- початкова – від декількох годин до доби – поверхня садна спочатку волога, а потім підсихає;

- стадія утворення кірки – через 12-24 год. до 3-4 діб;

- стадія епітелізації під кіркою – на 4-6 добу краї кірочки підсушуються, на 7-11 добу – кірочка відпадає;

- стадія сліду від садна – на 9-15 добу (після відшарування кірочки) рожева пляма стає непомітною.

Садно після смерті – «пергаментна пляма» - являє собою щільні ділянки шкіри жовтого чи жовто-коричневого кольору.

Синець (кровопідтік) – утворюється в результаті розриву кровоносних судин і накопичення крові в шкірі і підшкірній клітковині. Накопичення крові у порожнині та міжтканинному просторі називається крововиливом або гематомою.

Локалізація синців у більшості випадків вказує на місце прикладення травмуючої сили. Але інколи вони розповсюджуються в боки та вниз від місця дії тупого предмету за рахунок пересування крові по пухкій клітковині та міжфасціальному просторі. У більшості випадків синець(ці) мають неправильну круглу або овальну форму. Інколи синці відображають форму вдаряючої поверхні предмета. Синці з часом змінюють форму та колір:

- багровий (багряний), темно-червоний (криваво-червоний) або синій колір в перші 1-4 дні, зникає через 4-10 днів;
- багряний з приєднанням зеленого чи жовтого кольору на 3-8 день і зникає після 8-12 дня;
- змішані кольори (багряний з зеленим і жовтим) – інтенсивно проявляється на 5-9 день і зникає на 12 день.

Таке цвітіння відноситься до невеликих синців. Великі синці та гематоми розсмоктуються тижнями та місяцями.

Рана – це ушкодження при якому порушена цілісність всієї товщини шкіри або слизової оболонки. Часто, як правило, ушкоджуються тканини, які знаходяться нижче. Якщо рана проникає у порожнину – це проникаюча рана.

Класифікація ран.

Рани, спричинені твердими тупими предметами:

- забійні;
- розірвані;
- забійно-розірвані.

Рани, спричинені вогнепальною зброєю:

- кульові;
- дробові;
- осколочні.

Рани, спричинені гострими предметами:

- різані;
- колоті;
- колото-різані;
- рублені;
- пилячі.

Вивчення особливостей ран дає експертові можливість виявити механізм травми, напрямок руху травмуючого предмету, мінімальну кількість ударів або рухів цим предметом. Можна інколи визначити форму, розміри та інші особливості предмету – безпосередній контакт з пошкодженою частиною.

Постійною ознакою ран є кровотеча. Напрямок стоків крові навколо рани на шкіряних покривах і одязі пораненого дозволяє вирішувати питання про його положення в момент поранення.

В процесі заживлення ран розділяють 3 періоди (що має значення для встановлення часу нанесення і давності рани):

1) некротичні та загальні зміни:

- у м’язах – через 6 годин
- у шкірі та підшкірній клітковині – через 12-15 год. як правило перші 3 доби;

• закриття рани – строки закриття рани різноманітні та залежать від розмірів рани, її інфікування;

• формування рубця – свіжий червоний, м'який (формується 4-5 тижнів).

Перелом кістки – часткове чи повне зміщення кісток, порушення її анатомічної цілості. Тріщина – коли прилягаюча до місця ушкодження поверхні кістки не розходяться.

Переломи кісток :

- відкриті – порушення цілості кістки;
- закриті – цілісність шкіри не порушується.

По місцю утворенню переломи поділяються на прямі - виникають на місці удару або стискання травмуючого предмету. Непрямі побічні - утворюються на деякій відстані від точки прикладання сили.

За характером переломів кісток можна встановити вид і механізм травми, характер ушкоджуючого предмету, напрямок і силу його дії.

Найбільше судово-медичне значення мають переломи черепа. Серед них розрізняють тріщини, розходження швів, вдавлення.

Вивихи та розтягнення

Вивих – це зміщення однієї кістки відносно другої у суглобі.

Розтягання – це надриви чи розриви зв'язок, що виникають ізольовано або разом з вивихом.

Ушкодження внутрішніх органів.

Можуть бути пов'язані з пораненням шкірних покривів нижче лежачих тканин з проникаючими ранами. В таких випадках вони являються частиною єдиного раневого каналу і мають всі характерні ознаки дії тупих, гострих предметів чи вогнепальної зброї.

Якщо шкірні покриви залишаються цілими то виникають закриті ушкодження внутрішніх органів. До них відноситься крововилив, відрив, розрив, розтрощення.

Крововилив під капсулу у внутрішні органи зустрічаються як самостійні ушкодження або в сполучення із розривами чи розтрощенням.

Розриви внутрішніх органів часто виникають безпосередньо в місці прикладання сили при ударі чи стисканні масивним предметом. Однак вони можуть утворюватися і під дією відносно невеликих предметів (палиця, кулак, ноги і т.д.).

Найбільш часто зустрічаються розриви паренхіматозних органів (печінка, селезінка, нирки). Менше травмуються порожнинні органи, особливо якщо вони не заповнені вмістом.

При безпосередній дії великої сили, головним чином при стисканні з дуже великою силою виникають розімнення частин тіла і навіть всього тіла. Вони можуть спостерігатися при транспортній травмі, при падінні з висоти або падінні на тіло важких предметів, при падінні в рухаючі механізми.

Відокремлення частин тіла і розділення його на частини (розчленування).

Відокремлення може бути повним і неповним (коли частина тіла залишається з'єднаною з іншою сухожиллям). Відокремлення частин тіла може виникнути не тільки внаслідок розімнення але і в результаті розтягання. Відокремлення частин тіла часто зустрічаються при вибухах, ударах рубаючими предметами.

Ушкодження з перевагою функціонального розладу.

В більшості випадків ушкодження характеризуються вираженими анатомічними змінами. При цьому як правило страждають і функції пошкодженого організму та цілих систем організму людини. Але в судовій медицині часто зустрічаються ушкодження, які супроводжуються насамперед функціональними розладами. Морфологічні, анатомічні або взагалі відсутні, або вони мінімальні.

Це спричинення фізичного болю, струс мозку та інших внутрішніх органів, випадки смерті від ударів в рефлексогенні зони, механічна асфіксія.

Спричинення фізичного болю може тільки тоді розглядатися окремо, тобто виділити в окремий вид, коли немає аналогічних ознак травми. Експерт констатує відсутність анатомічних пошкоджень і визначає могло те чи інше насилля, яке встановлюється слідчим шляхом, дійсно спричинити біль і не залишити морфологічних слідів.

Струс головного мозку – в залежності від клінічної картини поділяється на легкий, середній і важкий ступінь. Струс головного мозку важко диференціювати з забоями.

Можлива смерть від ударів у рефлексогенні зони: по шиї, в ділянку серця, сонячне сплетіння.

Основні задачі дослідження ушкоджень.

1. Встановлення у обстежуваної особи чи на трупі наявності ушкоджень і встановлення судово-медичного діагнозу.

2. Визначення характеру уражаючого фактору і механізму виникнення ушкодження (яким знаряддям воно спричинено, які особливості ушкоджую чого предмету, звідки, в якому напрямку, і з якою силою нанесено ушкодження, яка послідовність їх нанесення, визначення чи ушкодження нанесено при житті, а також час коли воно було нанесено).

3.Встановлення значення ушкоджень для здоров'я, працездатності та життя потерпілого, встановлення їх зв'язку зі смертельним наслідком і встановлення їх тяжкості.

Ушкодження можуть бути поодинокими і множинними.

Рани можуть бути:

- сполучена – одночасно двох і більше органів;

- комбінована – від різних факторів зовнішньої дії (механічна, термічна).

Таким чином, різного роду ушкодженням, в залежності від способу їх заподіяння поділяються на характерні, специфічні, анатомічні, фізіологічні, морфологічні, цитологічні та інші, що зумовлюють зміни тканин, органів і клітин.

Контрольні питання

1. Що таке тілесне ушкодження?
2. Які є види травматизму?
3. Як класифікують тілесні ушкодження?
4. Що таке садно та які стадії його загоєння?
5. Що таке синець та які стадії його загоєння?

6. Що таке рана та які стадії її загоєння?
7. Класифікація ран.
8. Перелом та його характерні ознаки.
9. Назвіть особливості ушкодження внутрішніх органів.

Теми рефератів

1. Поняття травми і травматизму.
2. Класифікація тілесних ушкоджень.
3. Судово-медична характеристика окремих видів ушкоджень.
4. Відокремлення, розчленування, розриви та розтрощення як види тілесних ушкоджень.
5. Травматологія у судово-медичній практиці.

Схема 3.1

КЛАСИФІКАЦІЯ ТРАВМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЧИННИКІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

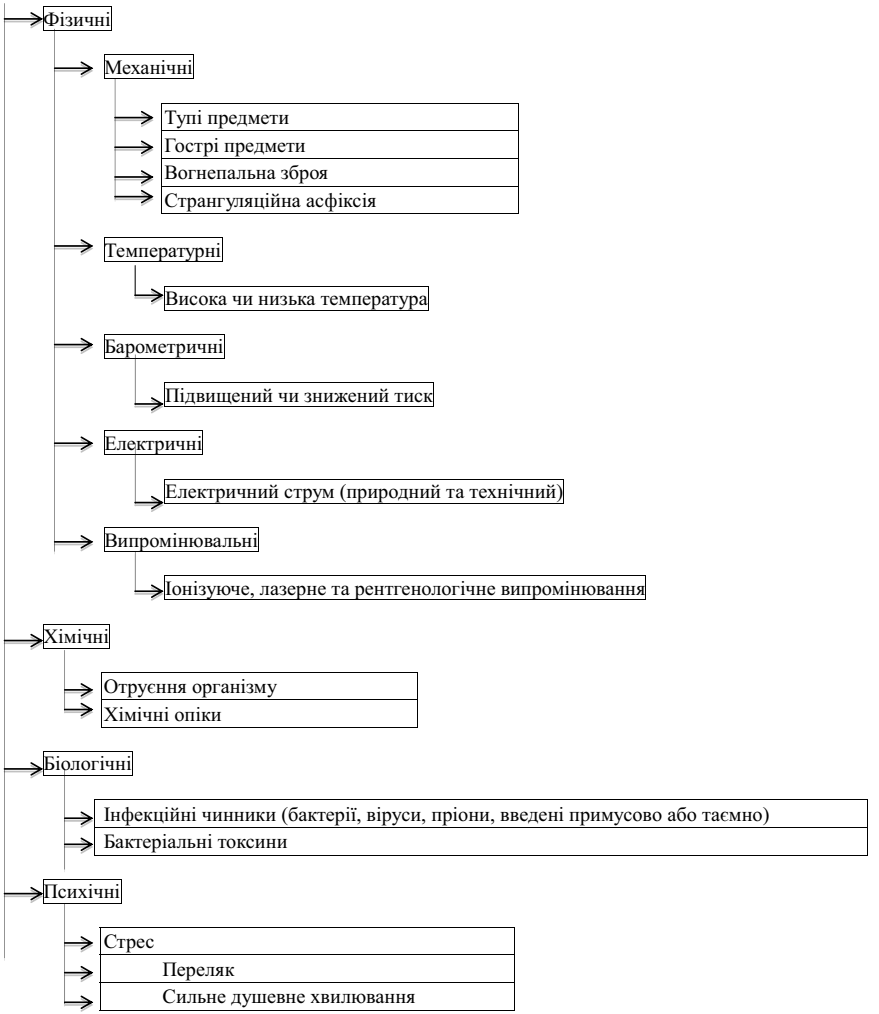


Схема 3.2

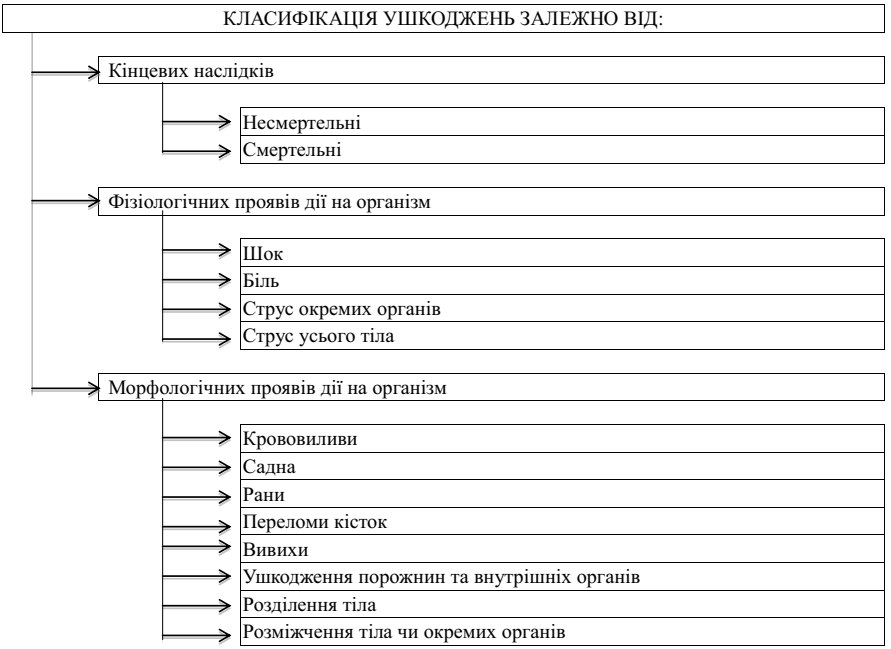

КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД:
Кінцевих наслідків
Несмертельні
Смертельні
Фізіологічних проявів дії на організм
Шок
Біль
Струс окремих органів
Струс усього тіла
Морфологічних проявів дії на організм
Крововиливи
Садна
Рани
Переломи кісток
Вивихи
Ушкодження порожнин та внутрішніх органів
Розділення тіла
Розміжчення тіла чи окремих органів

Схема 3.3

КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ
Ізольовані
Ушкодження однієї анатомічної ділянки чи одного сегмента опорно-рухового апарату
Множинні
Ушкодження двох або більше органів однієї порожнини чи анатомічної ділянки, або кількох сегментів опорно-рухового апарату
Сукупні
Ушкодження двох чи більше органів різних порожнин, або одночасне ушкодження внутрішніх порожнин та ізольовані чи множинні ушкодження опорно-рухового апарату внаслідок однієї причини
Комбіновані
Поєднання дії на організм, кількох видів механічних чинників або механічних та інших ушкоджувальних чинників (термічних, хімічних, радіаційних та інших)

Тема №4.

ТІЛЕСНІ УШКОДЖЕННЯ І СМЕРТЬ ВІД ПРОЯВІВ ЗОВНІШНЬОЇ ДІЇ.

При різних видах травмування тіла ступінь ушкодження у значній мірі залежить від механізму дії уражаючого фактора. Судово-медична експертиза покликана у кожному окремому випадку встановити уражаючий фактор, механізм його дії та наслідки, які мають значення у кримінальному провадженні.

4.1. Ушкодження тупими предметами

Тупими предметами в судово-медичному розумінні слід рахувати такі, які в основі механізму дії мають стискаючий компонент будь-якої поверхні. Вид ушкоджень при травмі тупими предметами залежить як від властивостей самого предмета (форма, розмір, поверхня предмету, його густини і.т.д), так і від виду та характеру механізмів дії цього предмету.

Під механізмом утворення ушкоджень розуміють процес дії травмуючого предмету на тіло людини, яке призводить до виникнення ушкоджень.

При «тупій травмі» (тупими предметами) існує 4 основних механізми:

Удар – різкий сильний поштовх або стусан або штурхан, при якому у відповідно короткий час відбувається зіткнення рухомого предмету і тіла людини. В місці їх стикання виникають різноманітні ушкодження, характер яких визначається силою удару і його напрямом, формою і розміром вдаряючої поверхні, наявністю і особливістю одягу або інших предметів, анатомічною будовою ушкодженої частини тіла та іншими факторами.

При несильних ударах утворюється садно або синець.

Більш сильні удари спричиняють рани, переломи, розриви та ін.

Струс при ударі зумовлюється великою масою предмета з широкою ударяючою поверхнею. Крім ушкоджень, в місці безпосередньої дії, виникає струс всього тіла або частин тіла.

У важких випадках утворюються характерні ушкодження: крововиливи у тканини та органи, надриви, відриви, розриви, забої.

Стискання - на відміну від удару передбачає прикладання двох сил, які діють на тіло доцентровано з протилежних сторін. Частіше одна поверхня що стискає, рухома, а друга нерухома. Швидкість руху стискаючого предмету, як правило, невелика, а час взаємодії з тілом людини значно більший ніж при ударі.

Розтягання – прямо протилежне стисканню. Сили по відношенню до людини діють відцентрово. При цьому найбільш характерні ушкодження: а) рвані рани, до яких відносяться також забійно-рвані, укус б) відриви частин тіла.

Тертя – якщо травмуючий предмет стикається з тілом людини і рухається по відношенню до нього по дотичній або навпаки, тіло ковзає по будь-якому предмету.

Ушкодження, спричинені частинам тіла людини і тварини.

Руками: стискання - синці; удари - кулаком, долонею; ковзання - садно, подряпини; щипок.

Ногами: синці, переломи.

Зубами: укуси, забійно-рвані рани, садна, синці.

Тварини наносять ушкодження копитами, зубами, рогами, кігтями внаслідок чого мають місце садна, синці, переломи, розриви внутрішніх органів, важкі черепно-мозкові травми.

4.2. Ушкодження при падінні

При падінні тіло людини рухається, а ушкоджуючий предмет (поверхня на яку тіло падає) як правило нерухомий. Існує два види падіння: падіння з висоти та падіння на площині.

1. Падіння з висоти:

а) пряме - тіло падає безпосередньо на якусь поверхню, де і залишається;

б) послідовне – тіло вдаряється об предмети , які розташовані на різній висоті;

в) вільне - тіло падає самостійно;

г) не вільне - тіло падає з якимсь предметом.

Найбільш характерні ушкодження виникають при вільному прямому падінні. Характер ушкоджень визначається: висотою падіння, масою тіла, особливостями поверхні, на яку падає людина, і положенням тіла в момент удару об поверхню.

Три групи ушкоджень:

1. Первинні прямі - в момент первинного удару об ґрунт, що локалізуються в місці цього удару.

2. Первинні не прямі - на відстані від удару.

3. Вторинні - які утворюються при вторинних ударах об ґрунт іншими частинами тіла.

Однією із загальних ознак падіння з висоти є перевага внутрішніх ушкоджень над зовнішніми. Зовнішніх небагато: садно, синець, інколи забійні рани. При падіння на ноги – переломи кісток тазу , хребта, стегна; на сідниці- переломи кісток тазу , компресійні переломи хребта , інколи переломи основи черепа; на голову - осколочні переломи кісток черепа, інколи основ черепа. У всіх випадках можливі крововиливи, надриви, розриви органів.

2. Падіння на площині .

Часто взимку, коли слизько, при падінні мають місце переломи верхніх і нижніх кінцівок, струси і забій головного мозку , інколи з переломом кісток черепа та розривами внутрішніх органів. При цьому зовнішні ушкодження: садно, синці, забійні рани.

Ушкодження при стисканні масивними предметами.

Цілісність шкіри порушується рідко. На місці стискання утворюються великі садна, синці , розтрощення нижче лежачих тканин, переломи кісток, частіше черепа.

Стискання масивними предметами може призвести до смерті навіть при відсутності виразних анатомічних пошкоджень за рахунок механічної асфіксії від стискання грудної клітки та живота.

4.3.Ушкодження гострими предметами

Гострі предмети мають гострий край (лезо) чи гострий кінець (вістря).

Всі гострі предмети діляться на: ріжучі, рубаючі, колючі, колючо-ріжучі, пилячі.

Типовими ушкодженнями які утворюються від дії гострих предметів є рани: різані, рублені, колючі, колото-ріжучі, пилячі .

1.Ріжучі предмети мають гострий уражаючий край (лезо): бритви, ножі, коси.

Механізм дії - тиск на поверхню і одночасно лінійне пересування - розтин тканин, різані рани. Як правило, вони локалізуються на відкритих ділянках тіла (шия, обличчя, передпліччя). Глибина рани переважно не велика. Краї рани рівні, кути рани гострі.

В результаті судово-медичної експертизи встановлюється:

- напрям руху ріжуючого предмета;

- кількість рухів ушкоджуючого предмета;

- кількість рухів ріжучого предмета.

Рани супроводжуються витіканням крові в напрямку сили дії земного тяжіння.

2. Рубаючі предмети (сокира, шабля, і т.д.) – як і ріжучі, мають лезо, але маса в них значно більша, вони наносяться ударом. При цьому утворюються глибокі рани і, як правило, з ушкодженням м’яких тканин та кісток, а деякі частини тіла можуть бути повністю відокремлені.

Глибина ран неоднакова. Краї рани рівні, або не дуже рівні.

3. Колючі предмети:

-з конічним і циліндричним загостренням;

- гранені у вигляді продовжених пірамід;

- подовгасті (загострений кінець - долото).

Колюча рана має:

- невеликий вхідний отвір;

- раневий канал;

- інколи вихідний отвір (проникаюча рана).

Форма вхідного отвору залежить від форми поперечного перетину колючого предмету.

Краї рани, як правило рівні та гладкі.

4. Колючо-ріжучі предмети - мають як ознаки колючих (гострий кінець вістря), так і ознаки ріжучих (лезо). Їх є два види:

а) обидві гострі сторони - клинок з двома лезами (кинджал, кортик);

б) клинок з одним лезом, а друга сторона тупа (ніж).

На відміну від колючих, вони не розчіпляють тканини (проникають), а розрізають. Мають:

- вхідний отвір;

- раневий канал;

- інколи вихідний отвір;

Краї рани рівні, гладкі. Велике значення має дослідження раневого каналу. Має значення також спосіб нанесення удару. При перпендикулярному уколі довжина вхідного отвору відповідає ширині клинка.

Треба розрізняти в колючо-різаній рані :

А)

- ушкодження від дії клинка при уколі;

- розріз від вістря;

- розріз від скоса леза;

- ушкодження від ребра скоса обуха;

- ушкодження від дії п’ятки, бородки, рукоятки, обмежувача.

Б)

- ушкодження при витягуванні клинка;

- від розрізу леза;

- від розрізу ребром обуха;

- надрізи від ковзаючого руху вістря вийманого клинка.

Довжина раневого каналу або рівна довжині клинка або коротка.

Пошкодження пилячими предметами (пилячі рани).

Пошкодження спричиняються як ударами зубців , так і при пиляному русі (зворотно-поступальна дія).

При ударі зубцями багаточисельні колючі і колючо-різані рани, які відображають розміри зубців , їх кількість. При сильному ударі рана у вигляді ламаної лінії з перетинанням у глибині. При пиляній дії утворюються довга лінійна рана з нерівними краями. Можливі глибокі пошкодження кісток (переломи , тріщини), надриви та розтини , на кінці рани подряпини і насічки.

4.4. Вогнепальні ушкодження

Вогнепальна зброя та її класифікація.

Ручна стрілецька вогнепальна зброя поділяється на групи:

1. За призначенням:

а) бойова (автомати , карабіни , пістолети , гвинтівки);

б) мисливська (одно-, дво-, три-, чотирьоствольні рушниці). Види: дробова (гладкоствольна); кульова (нарізна), мисливська рушниця - штуцер або мисливська гвинтівка; комбінована рушниця;

в) спортивна (гвинтівки , пістолети , револьвери);

г) спеціальна (спеціальні будівельно-монтажні пістолети).

2. За способом виготовлення:

а) штатна , заводська , кустарна;

б) саморобна (самопали);

в) дефектна (обрізна).

3. За довжиною ствола:

а) довгоствольна (гвинтівки, карабіни, автомати, пістолети, кулемети, мисливські рушниці);

б) короткоствольна (автоматичні пістолети, револьвери).

4. За властивостями ствола:

а) нарізна;

б) гладкоствольна (мисливські рушниці);

в) комбіновані (мисливські).

5. За калібром:

а) малокаліберна (4-6мм);

б) середньокаліберна (7- 9 мм;

в) крупнокаліберна (понад 9мм).

6. За механізмом пострілу:

а) автоматична;

б) напівавтоматична (пістолети, карабіни);

в) неавтоматична (мисливські рушниці).

Залежно від кінетичної енергії кулі розрізняють 4 види дії:

- розривну;
- пробивну;
- клиноподібну;
- контузійну.

Кулі спеціального призначення, крім механічної, характеризуються термічною і хімічною дією.

Вогнепальні пошкодження - це пошкодження, які виникають в результаті пострілу з вогнепальної зброї або вибуху снарядів чи вибухової речовини. Більшість з них носить механічний характер.

Основні види вогнепальних пошкоджень:

1. Відкриті пошкодження (руйнування і відриви частини тіла; вогнепальні рани).

2. Закриті пошкодження (забій м'яких тканин і внутрішніх органів, розриви внутрішніх органів, переломи закриті).

3. Поверхневі порушення шкірних покривів (садно, сліди копоті, порохових зерен, частинок металу).

В судовій медицині розрізняють постріл з малої та великої відстані.

Велика відстань*:*

- пробивна дія (потужний удар) – клиновидна дія;
- контузійна дія (якщо куля значно втратила силу і швидкість) – садно, синець, забійна рана.

У вогнепальній рані розрізняють три зони:

а) зона безпосередньо раневого каналу;

б) зона забою тканини – від декількох мм. до 1-2 см.;

в) зона молекулярного струсу тканин 4-5 см. Виникає пізніше, через декілька годин чи діб.

1. Нарізна кульова рана.

Вихідний отвір має:

а) дефект мінус тканина

б) поясок осадження (певного дефекту)

в) поясок забруднення (обтирання).

Вихідний отвір: форма дуже різна, дефектна, як правило не має рани, його можна закрити лоскотами, краї рани нерівні, часто вивернуті назовні.

Раневий канал може бути прямим, або дугоподібним, простір каналу, як правило, заповнюється обривками пошкоджених тканин, кров'ю, стінки нерівні.

2. Сліпа кульова рана – вогнепальний снаряд залишений в тілі, є тільки вхідний отвір і раневий канал.

3. Дотикова кульова рана – проходить тільки по поверхні тіла, утворюючи продовгувате садно чи продовгувату рану.

4. Забійна кульова рана – має всі характерні ознаки забійної рани.

Близький постріл

Ушкоджуючі фактори:

- вогнепальний снаряд
- порохові гази
- інші продукти , що викидаються з каналів ствола зброї.

Дія :

- механічна;
- температурна;
- хімічна.

Сліди близького пострілу :

1. Механічна дія. Механічна дія порохових газів і повітря з каналу ствола – пробивна дія , розриви одягу , шкіри , тканин.

2.Термічна дія (гази , порохові зерна) – опалення волосся, шкіри, тканин, одягу, опіки .

- Зони близького пострілу:

- Зона вираженої механічної дії порохових газів.

- Зона відкладення копоті разом з металічними частинами та пороховими зернами.

- Зона відкладення порохових зерен і металічних часток.

Постріл в притул (контактний постріл):

- «штанцмарка» - відбиток дульного кінця зброї, руйнуюча дія газів як у ділянці вхідного отвору, так і у каналі. Стінки раневого каналу закопчені, є залишки тканини одягу;

- мінус – тканина - дефект тканини в ділянці вхідного отвору значно більший за діаметр кулі (дія + порохові гази).

Рана від дії автоматичною зброєю:

- розташована на тілі довільно, раневі отвори різні;

- при близькій віддалі – може утворюватись загальні для декількох куль ушкодження.

Пошкодження при пострілах холостими патронами.

Холостим називається патрон без снаряда. Заряд (порох) в патроні утримується пижем або стисненням дульзи гільзи. При пострілах холостими патронами діють гази, тиск яких може досягати 2000-3000 атмосфери (202,6-303,9 кПа) і пвж, ніби снаряд вилітає з каналу ствола, проте летить недалеко. Постріл впритул і на близькій відстані можуть спричинити тяжкі, навіть смертельні пошкодження, що залежать від їх локалізації, особливостей пижа і характеру уражених органів і тканин.

Вибухова травма.

Це імпульсне виділення енергії внаслідок фізичних, хімічних чи ядерних перетворень вибухових речовин.

Вибухові речовини – це різні хімічні сполуки, які під дією різних чинників навколишнього середовища перетворюються у гази з дуже високою

температурою, внаслідок чого навколишні предмети зазнають значного руйнування

Хвиля детонації – екзотермічного і хімічного перетворення твердої речовини в газоподібну продукти, якої набувають швидкості близько 9000 м/сек, а тиск ударної хвилі досягає 2,02-3,03 кПа (200-300 атмосфер).

Чинниками травмування при вибухах є продукти детонації вибухових речовин:

А) продукти детонації вибухових речовин(хвиля вибухових газів)

- механічна дія – характеризується руйнівною, розривною, і контузійною силою;

- термічна дія – обпалення волосся, одягу, шкіри;

- хімічна дія - утворення карбоксигемоглобіну в зруйнованих тканинах тіла.

Б) ударна хвиля навколишнього середовища діє як тупий предмет із широкою поверхнею. При силі тиску 0.2 - 0.3 кг/см2 тіла - розриви барабанних перетинок; при силі тиску до 0.7 - 1.0 кг/см2 тіла мають місце смертельні пошкодження внутрішніх органів. Якщо сила тиску перевищує 1.2 кг/см2 тіла мають місце відриви кінцівок, а тіло потерпілого відкидається у бік та отримує додаткові пошкодження.

В) осколки і частини вибухового спеціального спорядження, а також вторинні снаряди залежить від маси, сили вибуху і відстані від його епіцентру. При цьому утворюється крововиливи, рани, переломи тощо.

Виділяються 3 дистанції:

- дуже близьку - контактний вибух, або зіткнення, коли діють продукти детонації, ударна хвиля і осколки;

- відносно близьку - пошкодження спричиняється від поверхні ударної хвилі і осколків

- не близьку при якій діють лише осколки

При проведенні експертизи інколи потрібна комплексна перевірка за участю криміналістів і фахівців з озброєння.

4.5. Транспортний травматизм

Під транспортною травмою розуміють механічні пошкодження, заподіяні зовнішніми або внутрішніми частинами транспорту під час його руху, а також при падінні з транспорту, що рухається.

Розрізняють:

- автомобільну
- мотоциклетну
- тракторну (гусеничну)
- гужову
- рейкову (трамвайна чи залізнична)
- авіаційну
- на водному транспорті

Автомобільна травма це сукупність пошкоджень, які виникають у водіїв, пішоходів, пасажирів внаслідок руху автотранспортних засобів.

За різних обставин дорожньо-транспортних пригод розрізняють:

- від наїзду (або удару) частин автомобіля що рухається;
- від випадіння з автомобіля що рухається;
- від переїзду колесом автомобіля;
- від удару в кабіні автомобіля;
- від стиснення тіла між автомобілем та іншими предметами.

Усі численні пошкодження, які виникають під час автомобільної травми можна розділити на специфічні, характерні та нехарактерні.

Специфічні - це пошкодження, що виникають при певних видах автомобільної травми. Це контактні пошкодження, що відображають форму, малюнок і розміри частин і деталей автомобіля при дії на одяг чи тіло людини (відбитки фар, підфарників, протекторів тощо). Специфічність їх полягає в тому, що вони виникають внаслідок дорожньо-транспортної пригоди і не спостерігаються при травмах іншого походження. Вони дозволяють ідентифікувати тип, а іноді і марку автомобіля.

Характерні - це пошкодження, що виникають значно частіше і мають виражені особливості, властиві автомобільні травми, або характеризують її механізм. До них належать бампер – перелом від удару під час наїзду, деформація (сплющування) голови з утворенням клаптевих ран, багато переломів кісток черепа, видавлювання мозку на зовні при переїзді колесом через голову тощо.

Нехарактерні – це пошкодження що спостерігаються при тупій травмі будь-якого походження, не мають характерних для автомобільної травми особливостей, а за своїми властивостями вказують на удар тупим предметом або на падіння тіла на тверде покриття (синці, садна, забійні рани, переломи кісток, розрив внутрішніх органів). Нехарактерні пошкодження не дають підстави для встановлення факту автомобільної травми, проте вони в комплексі з іншими можуть мати значення для з'ясування ряду обставин механізму травми тощо.

Мотоциклетна травма– це сукупність пошкоджень, які виникають у водіїв, пасажирів та пішоходів внаслідок руху мотоцикла.

Виділяють такі різновиди:

- При зіткненні мотоцикла з транспортом (вантажним чи пасажирським) що рухається.
- При зіткненні мотоцикла з нерухомими предметами.
- При зіткненні мотоцикла з пішоходом.
- При падінні з мотоциклом.
- При перекиданні мотоцикла

Для потерпілих як водіїв, так і пасажирів мотоцикла характерне травмування нижніх кінцівок і голови.

Залізнична (трамвайна чи рейкова) травма - комплекс пошкоджень, що виникають внаслідок руху залізничного транспорту.

Різновиди:

- від переїзду колесами залізничного транспорту, що рухається;
- від удару частинами залізничного транспорту, що рухається, з подальшим відкиданням тіла;

- від падіння з рухомого транспорту;
- від стискання тіла між вагонами;
- травмування в середині вагонів під час залізничних пригод.

У разі переїзду колесом залізничного транспорту через тіло виникають специфічні ушкодження – смуги тиснення і обтирання.

Смуга тиснення – це відбиток на шкірі зовнішньої поверхні обода колеса (утворюється смуга 8-14 см. завширшки має чіткі межі, пергаментну щільність і буро-бурштиновий колір внаслідок підсихання).

На деякій відстані від смуги тиснення спостерігається здирання епідермісу – смуга обтирання, яка утворюється від тертя бічної поверхні колеса під час перекочування його через тіло. Ця смуга подібна до пошкодження від тиснення, 2-15 см. завширшки.

Поряд із смугою обтирання, а в деяких випадках і при її відсутності може спостерігатися ще одна ознака тертя колеса об тіло – кутоподібні клаптики шкіри які зумовлені тільки дією колеса, розташовані по краях розділення тіла і нагадує зубці пилки.

Важливою ознакою залізничної травми можна вважати клиноподібний ефект тканин, який спостерігається при зіставленні розчленованих частин тіла. Широка сторона цього дефекту (5-10 см.) повернена до колеса а вузька до рейок, що може вказувати на положення потерпілого під час травми.

При ударі частинами поїзду, що рухається з подальшим відкиданням тіла утворюються специфічні пошкодження – сліди ковзання, сліди волочіння.

Травма на водному транспорті

Травма на водному транспорті виникає під час експлуатації морських та річкових суден. Така травма може утворюватися від дії грибних гвинтів, підводних крил, якорів, стиснення тіла між бортами суден або між бортом і причалом при швартуванні та інше.

Тракторна (гусенична) травма

Різновиди:

- удар частинами рухаючого трактора;
- переїзд гусеницями або колесом;

- падіння з рухаючого трактора або причепа;
- травма в кабіні;
- стиснення трактором до нерухомого предмета;
- комбіновані травми.

Авіаційна травма – це сукупність пошкоджень що виникають у членів екіпажу, пасажирів та інших осіб у процесі експлуатації або обслуговування літальних апаратів.

Залежно від обставин катастрофи вчиняються різні за характером пошкодження, які умовно можна поділити на такі:

Травма в середині літака під час польоту;

- при покиданні літака який летить;
- в середині літака під час його падіння на землю;
- при перебуванні літака на землі.

Чисельність пошкоджень при авіаційних катастрофах зумовлена великою кількістю чинників:

- динамічні перевантаження (анемія, втрата зору, слуху, свідомості тощо);
- ударні перевантаження (переломи хребта, переломи голови, черепа кісток),
- вибухова декомпресія – різна розгерметизація;
- висотна декомпресія – висотна емфізема легень (на великій висоті без захисних заходів);
- ушкодження тупими предмета ми;
- вибухова хвиля;
- термічна дія;
- токсичні речовини.

Причини смерті при механічній травмі

Причини смерті при механічних пошкодженнях поділяють на дві групи: первинні і вторинні (ускладнення).

До первинних відносять:

1. Грубе анатомічне руйнування тіла. (

2. Крововтрата – витікання близько 50% крові (2,5 - 3 літри).

3. Шок– може бути первинний (зумовлює рефлекторну зупинку серця і смерть при травмі шокогенних зон – ділянка горла, статевих органів, фалангів пальців) і вторинних (розвивається поступово протягом 5-10 годин).

4. Емболія (повітряна, жирова значно рідше трамбоемболія та емболія розмненою тканиною печінки).

5. Аспірація крові – відбувається при потраплянні крові в дихальні шляхи. В разі різаних ран шиї, переломів черепа з пошкодженням решітчастої кістки.

6. Струс і забій серця з подальшою рефлекторністю.

7. Забій головного мозку і його струс – показник тяжкої черепно-мозкової травми. Інші пошкодження ЦНС (внутрішньомозгова гематома, крововиливи в мозок і його складові, ураження стовбуру головного мозку, продовгуватого відділу ЦНС, пошкодження спинного мозку)

8. Гостра недостатність нирок та розвиток поширеного десімінованого внутрішньо-судинного зсідання крові.

9. Запалення мозку, його оболонки, пневмонії і т. д.

4.6. Механічна асфіксія. Судово-медична експертиза при смерті від механічної асфіксії

Асфіксія – це стан організму, при якому внаслідок кисневого голодування порушуються процес газообміну в тканинах, накопичується вуглекислота, що може призвести до смерті.

Залежно від причин розвитку і стану розрізняють:

- гіпоксію дихальну або респіраторну;
- циркуляторну або ішемічну;
- анемічну;
- гістотоксичну або тканинну.

Вони спостерігаються в чистій або змішаній формі. Смерть при асфіксії може настати як при різних захворюваннях (запалення легенів, дифтерія,

епілепсія), так і при травмах (пошкодження дихальних шляхів, легенів), отруєннях (кров'яними, нервово-функціональними отрутами), а у новонароджених – під час пологів. У зв'язку з цим асфіксія поділяється на насильну і не насильну.

Для судової медицини важливіше має один із видів насильної асфіксії – механічна асфіксія, при якій гостре кисневе голодування і швидке накопичення в організмі вуглекислоти настає внаслідок зовнішньої механічної перешкоди для надходження повітря в дихальні шляхи.

Класифікація механічї асфіксії:

I. Асфіксія від стискання дихальних шляхів.

1. Странгуляційна:

- повішання

- задушення петлею або руками

2. Компресійна:

- стискання грудної клітки і живота

II. Асфіксія від закриття дихальних шляхів

1. Обураційна:

- закриття отворів рота і носа,

- закриття дихальних шляхів чужорідними тілами, сторонніми предметами.

2. Закриття дихальних шляхів штучними речовинами – шлунковим вмістом, тощо.

III. Асфіксія в обмеженому замкнутому просторі.

Порушення усіх видів обміну і розвитку протеолітичних процесів при асфіксії найшвидше виникає у клітинах головного мозку. У разі локалізації цих незворотних процесів у дихальному і судинно-руховому центрах настає смерть. Ступінь прояву незворотних змін залежить від виду механічної асфіксії, її тривалості, стану організму та інших чинників.

В зажиттєвому перебігу асфіксії спостерігається певна стадійність, що дозволило виділити такі періоди або фази асфіксії:

- передасфіксична

- задишки
- спокою
- термінального дихання
- припинення дихання з поступовим згасанням діяльності серця.

Кожна з цих стадій триває від 1 до 3-5 хв. Вони є постійними для всіх видів механічної асфіксії, хоча інтенсивність і тривалість кожної з них можуть мати відхилення:

1. Передасфіксична – на 10-15 сек. Затримка дихання, наявних ознак асфіксії ще не має.

2. Стадія задишки – настає відразу після припинення доступу кисню і накопичення в організмі кислоти яка збуджує дихальний центр, внаслідок чого виникає інспіраторна та експіраторна задишки змішаного типу. Чіткої послідовності між ними не спостерігається, у зв'язку з чим не має підстав виділяти стадію експіраторної та інспіраторної задишки.

3. Стадія спокою настає, як правило, на третій хвилині асфіксії внаслідок пригнічення функцій дихального центру. При цьому дихання припиняється, організм перебуває в стані повної прострації. Це триває близько двох хвилин.

4. Термінальне дихання – настає на четвертій – п'ятій хвилині коли виникають короткі, глибокі вдихи і паузи. Причину термінального дихання пов'язують із пригніченням функцій дихального центру довгастого мозку і функціонуванням слабо збуджених центрів спинного мозку.

5. Припинення дихання з поступовим згасанням діяльності серця зумовлена повним виснаженням і паралічем дихальних центрів головного мозку і спинного мозку. Після стійкого припинення дихання поступово згасає діяльність серця, яке може слабо функціонувати ще протягом 5-30 хвилин. Збереження діяльності серця після припинення дихання при асфіксії має надзвичайно велике практичне значення для відновлення життєвих функції вмираючого організму.

В разі смерті від механічного задушення виявляються ознаки, які характерні для всіх його видів, а тому вони дістали назву «загальноасфіктичні», або їх ще називають ознаками швидкої (гострої) смерті.

Зовнішні загальні ознаки асфіксії:

1. Синюшність обличчя – пов'язаної із застоєм крові в малому колі кровообігу.

2. Різко виражені трупні плями синьо-фіолетового кольору з крапковими крововиливами.

3. Крапкові крововиливи на коньюктивах, що пов'язані з підвищенням кров'яного тиску ще за життєвого періоду асфіксії, а також підвищенням проникності стінок кровоносних судин.

4. Виділяння сечі, калу, сім'я що пов'язане з розслабленням сфінктерів і судин.

5. Висунутий і затиснутий між зубами язик.

Внутрішні ознаки асфіксії:

1. Рідка темно-червона кров.

2. Переповнення кров'ю правої половини серця і системи верхньої порожнистої вени – пов'язане з утрудненням кровообігу в малому колі.

3. Повнокрів'я внутрішніх органів – обумовлене застоєм крові в системі нижньої порожнистої вени.

4. Перикардіальні дрібні крапкові крововиливи (плями Тороз'є).

Повішання – це вид механічної асфіксії внаслідок стиснення шиї петлею під дією маси власного тіла або його частин. Може бути повним, вільним (коли тіло не має точки опору) і не повним (з точки опори – на колінах, сидячи або лежачи). За характером петлі можуть бути жорсткі (мотузок, ремінь, дріт), м'які і напівжорсткі (шарф, хустка), ковзкі і нерухомі. Розрізняють власне петлю, вузол і вільний кінець.

Залежно від положення вузла виділяють типове та атипове повішання. При типовому – вузол розташований на ділянці потилиці, атипове – збоку, попереду.

Для судово-медичного дослідження тіло повішаного звичайно доставляють разом із петлею на шиї. Коли її направляють окремо, тоді бажано сфотографувати труп перед зняттям з петлі та після цього. Зняту з шиї петлю зберігають в окремих випадках як речовий доказ, в подальшому передають слідчому.

При судово-медичному дослідженні трупа крім загальноасфіксичних ознак смерті від повішання (як і при будь-якому іншому виді механічної асфіксії), виділяють і видові ознаки повішання.

Основною і найважливішою ознакою повішання є странгуляційна борозна – негативний відбиток петлі, накладений на шию. Вона чітко відбиває положення і ширину петлі і має вигляд більш-менш вдавленої борозни, місцями жовтувато-бурого кольору, твердуватої на дотик.

Странгуляційна борозна при повішенні має досить характерні ознаки:

1. Локалізація – верхня частина шиї, тому, що під дією маси тіла петля моментально займає високе положення.
2. Напрям – косовисхідний у бік замкнення петлі - вузла.
3. Ступінь прояву – нерівномірно виражений, найбільший на боці, протилежному місцю замкнення петлі.

Таким чином, при дослідженні странгуляційної борозни потрібно звернути увагу на такі її ознаки:

- напрям
- ступінь прояву
- розташування
- число обертів
- замкненість
- ширину
- глибину
- рельєф.

Задушення.

1. Петлею – це вид механічної асфіксії внаслідок стиснення органів шиї петлею, яка затягується руками або під дією сторонньої сили, можливе

також задушення гвоздичкою. При тугому міцному затягуванні петлі на шиї закривається просвіт гортані або трахеї, припиняється надходження повітря в легені і настає смерть. Виражені загальноасфіктичні ознаки смерті, а також родові ознаки. Основною і найважливішою ознакою смерті при задушенні петлею є странгуляційна борозна. Вона має горизонтальний напрямок, рівномірно виражена, замкнена і розташована порівняно низько. До інших видових ознак смерті від механічного задушення петлею належать висунутий і затиснений між зубами язик.

2. Руками – вид механічної асфіксії, при якому має місце лише стискання руками, а пальці рук охоплюють ділянку горла, що призводить до значного перетискання судин шиї, нервових стовбурів. При задушенні руками велике значення має травматичне подразнення периферичних гілок блукаючого нерва.

У разі смерті від механічної асфіксії внаслідок задушення руками загальноасфіктичні ознаки, як правило, добре виражені.

Основними видовими ознаками при задушенні руками є садна і синці на передній і бічних ділянках шиї з крововиливами в м'які тканини від стискання шиї пальцями рук. При цьому фіксуються відбитки нігтів у вигляді півмісячних садин. Треба враховувати, що садна можуть мати безладний характер.

При дослідженні трупа відзначають локалізацію, форму, колір, розміри, кількість і характер пошкодження окремо на лівій і правій ділянці шиї. При задушенні руками часто виникають переломи хрящів гортані. Задушення руками завжди є вбивством, при якому слідів боротьби і самооборони може і не бути.

Якщо задушення здійснюється однією рукою, то садна і синці розташовані на лівій поверхні шиї і лише частково праворуч. Дуже рідко задушення здійснюється однією лівою рукою.

Якщо задушення здійснюється через м'які предмети, ніяких пошкоджень на шкірі шиї може не виявитися.

Шляхом задушення вбивають частіше дітей, жінок похилого віку які не здатні чинити належний опір.

Стискання грудної клітки і живота

Потрібна дія тиску масою 40-50 кг. (для дуже сильних людей – 80-100 кг.). Стискання лише грудної клітки спричиняє смерть при явищах затяжної асфіксії протягом 30-50 хв.

У випадках смерті від стискання грудей і живота, як правило, виявляють чисельні крапкові крововиливи на шкірі, обличчі, шиї, на грудях внаслідок різкого переповнення кров'ю капілярів шкіри вище від місця стискання.

При зовнішньому огляді трупа виявляють відбитки рельєфу тканин і складок одягу, наявність на трупі та одязі залишків, що спричинили стискання (пісок, штукатурка тощо).

При внутрішньому дослідженні трупа нерідко можна виявити карміновий набряк легень.

Утоплення – це один з видів механічної асфіксії при якому механічним чинником є будь-яка рідина що потрапляє у дихальні шляхи.

Сухе утоплення. Людина, перебуваючи під водою спочатку затримує дихання звичайно протягом однієї хвилини. Коли затримувати дихання більше неможливо, рот розкривається і вода надходить в дихальні шляхи, далі потрапляє у шлунок.

Під час першого вдиху вода надходить у горло, внаслідок чого подразнюється слизова оболонка і виникає кашель. При цьому від змішання води, повітря і слизу в дихальних шляхах утворюється дрібно пухирчата піна, яка поступово викидається з дихальних шляхів. Після цього настає тривале припинення дихання, потім з'являється кінцеве дихання, яке через 5-6 хв. припиняється, а через 10-15 хв. настає смерть.

Ознаками перебування тіла у воді є мокрий одяг, мокре волосся, гусяча шкіра. Видові ознаки втоплення: дрібнопухирчата піна в дихальних шляхах і біля рота; почервоніння і набрякання слизової оболонки дихальних шляхів; збільшення і емфізема легень; бліді і розпливчасті крововиливи на їх поверхні; наявність води у тонкій кишці та черевній порожнині.

4.7. Електротравма і дія високої та низької температур.

Електротравма – це результат дії на живий організм технічного та атмосферного електричного струму. Небезпечним для життя є струм, який перевищує напругу 60 В і силу 0,08-0,1 А.

Фактори, що впливають на ступінь пошкодження від електричного струму:

1. сила струму, його напруга, перемінний чи постійний струм;
2. напрямок, шлях проходження електричного струму;
3. фізичний стан середовища;
4. тривалість дії;
5. біологічні фактори (опір тканин і тіла; фізичний стан особи; індивідуальна переносимість).

Типи смерті:

- швидка або миттєва;
- уповільнена;
- перервана;
- пізня.

Дія високої та низької температур

Організм людини забезпечений досконалим механізмом терморегуляції, який дозволяє підтримувати постійну температуру тіла при значних коливаннях температури навколишнього середовища. Сталість температури тіла підтримується саморегулюванням процесів теплоутворення і тепловіддачі. Теплоутворення поєднане з обмінними процесами. Тепловіддача ваідбувається шляхом тепловипромінювання (55%), теплопроведення 15%, випаровування поту 27%, і віддачі тепла з виділеннями організму 3%.

А. При високій температурі має місце:

- загальна дія – загальне перегрівання (сонячний удар);
- місцева дія – опікові хвороби.

Ознаки спалення живої людини:

- кіптява і опіки слизової дихальних шляхів;
- високий відсоток (більше двадцяти) вмісту карб оксигемоглобіну;

• артеріальні тромби.

Б. При низькій температурі:

Місцево – прихований та реактивний період:

• утворення пухирів;

• невроз всієї товщини шкіри, інколи підшкірного шару.

Загальна дія – компенсаційна фаза:

• біля отворів носа і рота – бурульки;

• рожеві трупні плями;

• гусяча шкіра;

• блідість.

• Отже, ушкодженням, або травмою, називають будь-яке порушення цілісності або функцій тканин і органів тіла, викликане певним чинником. Ушкодження може зумовлювати первинний вплив, що виникає від самого ушкодження і вторинний, коли розлад здоров'я або смерть настають внаслідок ускладнень від отриманих ушкоджень. У судово-медичній практиці ушкодження досліджуються на живих потерпілих і на трупах.

При огляді тілесних ушкоджень експерт повинен брати до уваги їх локалізацію, форму, розмір у різних напрямках, колір і рельєф, глибину проникнення, сторонні включення, властивості тканини навколо ушкодження, ознаки загоєння. Все це дозволяє експерту відповісти на поставлені слідством питання.

Таким чином, важливість розуміння і знання тілесних ушкоджень, їх видів та класифікації визначається тим, що саме тілесні ушкодження в більшості випадків є причиною насильницької смерті.

Контрольні питання

1. Вкажіть види ран, що виникають від дії тупих, твердих предметів.

2. Назвіть ознаки ран, що виникають від дії гострого знаряддя.

3. Які можливості судово-медичної експертизи при дослідженні колото-різаних ран.

4. Назвіть ознаки вхідного вогнестрільного отвору.

5. Які ознаки пострілу впритул?

6. Які питання ставляться перед судово-медичною експертизою у випадку вогнестрільних ушкоджень?

7. Стадії прижиттєвого перебігу асфіксії.

8. Назвіть загальноасфіктичні ознаки і поясніть їх значення.

9. Які принципові відмінності повішення від задушення петлею?

10. Назвіть ознаки утоплення.

11. Назвіть ознаки прижиттєвого знаходження тіла у вогні.

12. Які причини настання смерті при дії високої температури

Теми рефератів

1. Ушкодження тупими предметами.

2. Ушкодження гострими знаряддями.

3. Вогнепальні ушкодження.

4. Види падінь та ушкодження при падінні.

5. Вибухові травми.

6. Асфіксія та її види.

7. Транспортна травма.

8. Причини смерті при механічних ушкодженнях.

9. Види повішання та особливості їх розслідування.

10. Особливості судово-медичного дослідження при дорожно-транспортних пригодах.

Схема 4.1.

КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ

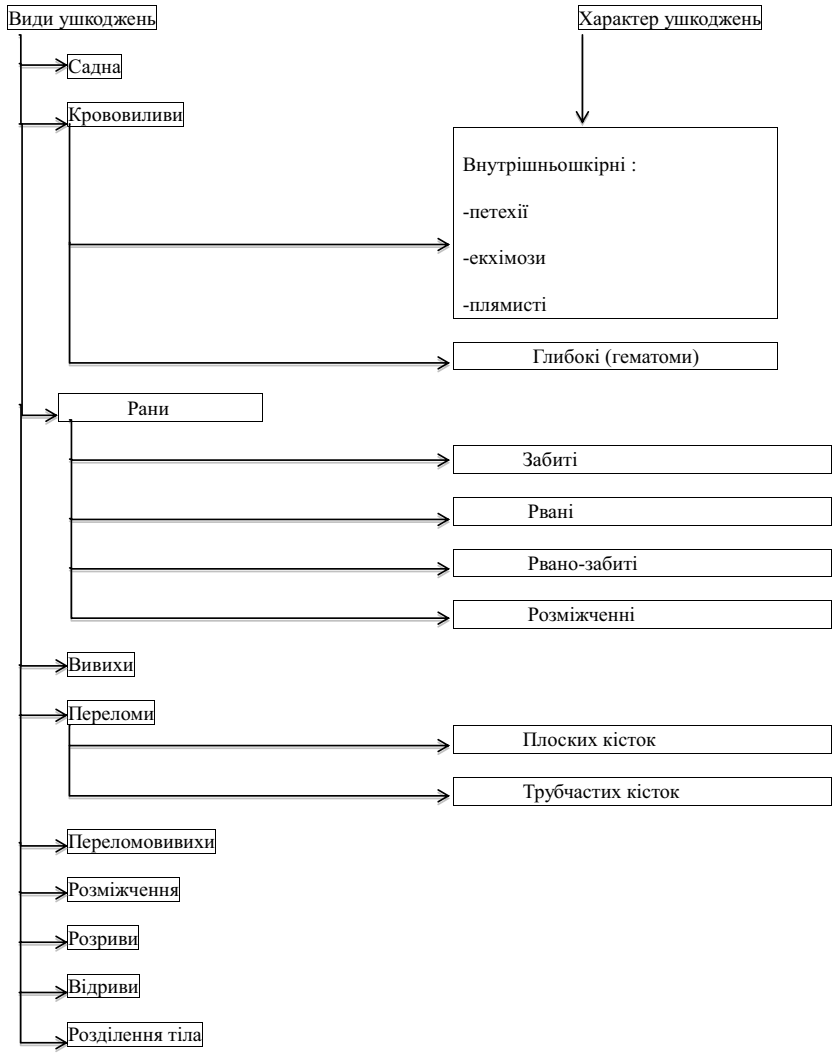


Схема 4.2

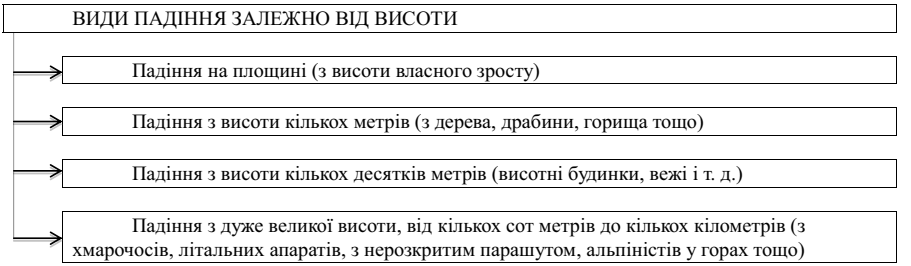


Схема 4.3

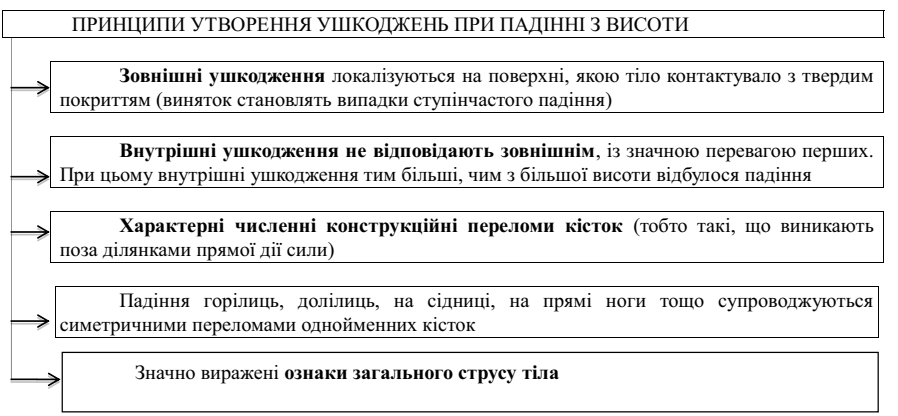


Схема 4.4

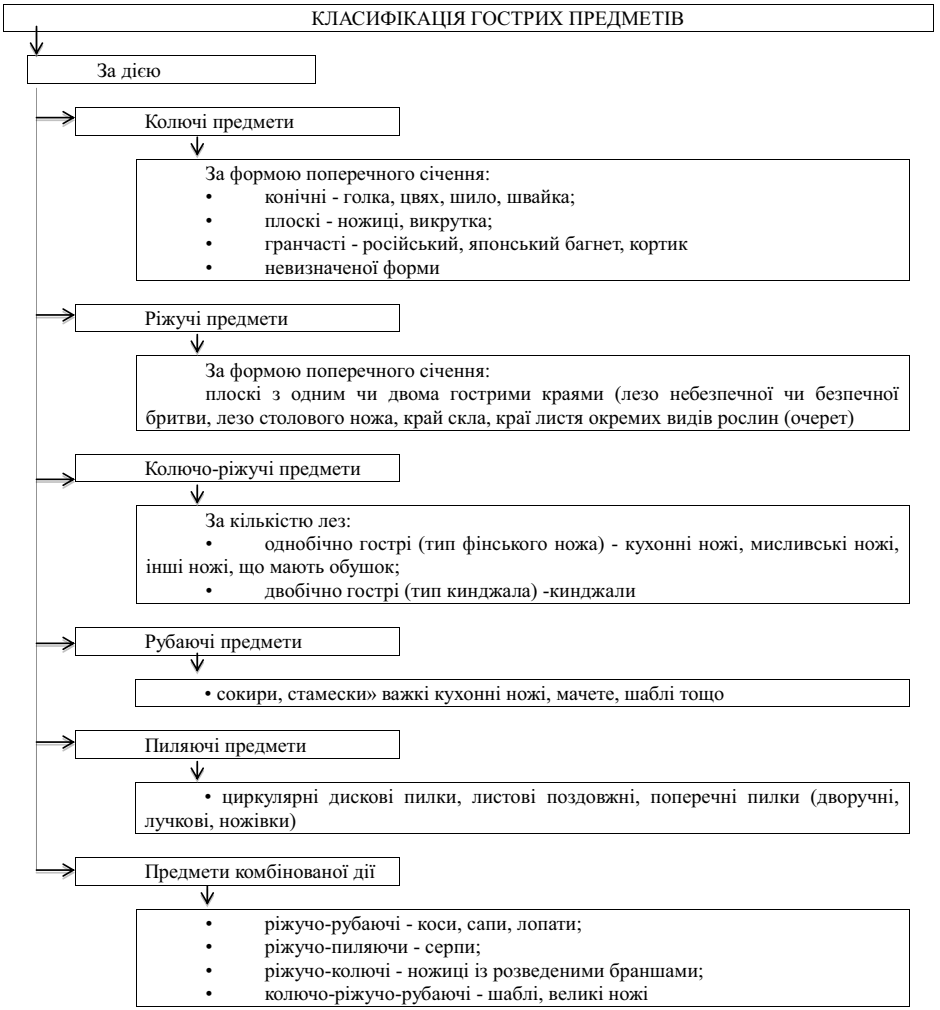

КЛАСИФІКАЦІЯ ГОСТРИХ ПРЕДМЕТІВ
За дією
Колючі предмети
За формою поперечного січення:
• конічні - голка, цвях, шило, швайка;
• плоскі - ножиці, викрутка;
• гранчасті - російський, японський багнет, кортик
• невизначеної форми
Ріжучі предмети
За формою поперечного січення:
плоскі з одним чи двома гострими краями (лезо небезпечної чи безпечної бритви, лезо столового ножа, край скла, краї листя окремих видів рослин (очерет)
Колючо-ріжучі предмети
За кількістю лез:
• однобічно гострі (тип фінського ножа) - кухонні ножі, мисливські ножі, інші ножі, що мають обушок;
• двобічно гострі (тип кинджала) -кинджали
Рубаючі предмети
• сокири, стамески» важкі кухонні ножі, мачете, шаблі тощо
Пиляючі предмети
• циркулярні дискові пилки, листові поздовжні, поперечні пилки (дворучні, лучкові, ножівки)
Предмети комбінованої дії
• ріжучо-рубаючі - коси, сапи, лопати;
• ріжучо-пиляючи - серпи;
• ріжучо-колючі - ножиці із розведеними браншами;
• колючо-ріжучо-рубаючі - шаблі, великі ножі

Схема 4.5

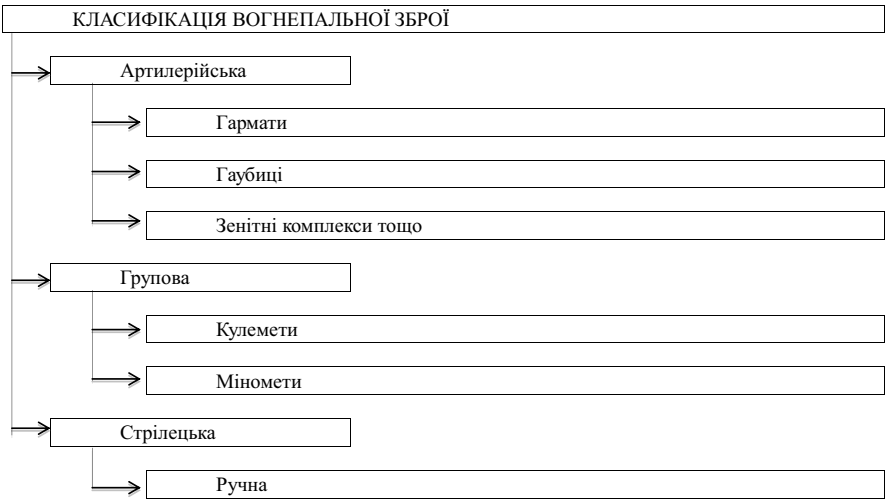


Схема 4.6

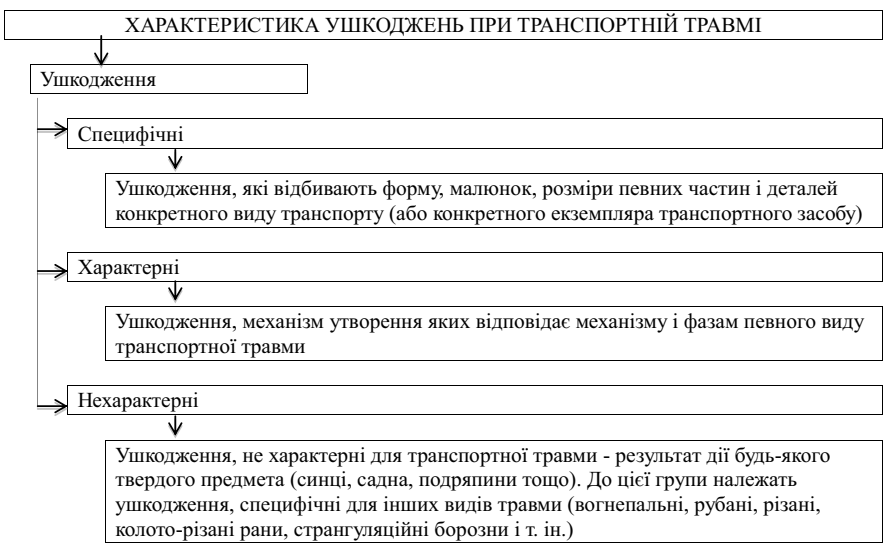


Схема 4.7

КЛАСИФІКАЦІЯ РУЧНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ

За призначенням:

- автомати, гвинтівки, карабіни, револьвери, пістолети;
- мисливська - одно-, два-, трицівкові рушниці;
- спортивна - гвинтівки, пістолети, револьвери;
- зброя самооборони - газова, споряджена еластичними кулями; пістолети, револьвери
- спеціального призначення пристрої, в яких використовуються енергія пороху: сигнальні, стартові;

За механізмом пострілу:

- автоматична - автомати, пістолети;
- напівавтоматична - карабіни, револьвери, пістолети
- неавтоматична - мисливські рушниці, штуцери, помпові рушниці

За способом виготовлення:

- стандартна (штатна)
- саморобна (самопали)
- дефектна (обрізи)
- атипова (будівельно-монтажні пістолети, префоратори)

Схема 4.8

ПИТАННЯ, ЯКІ МОЖУТЬ БУТИ ПОСТАВЛЕНІ НА ВИРІШЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОМУ ЕКСПЕРТУ СЛІДЧИМИ ОРГАНАМИ ПРИ РОЗСЛІДУВАННІ ТРАНСПОРТНОЇ ТРАВМИ

- Чи є на тілі травмованої людини тілесні ушкодження?
- Якими предметами, знайденими при експертизі трупа (тупими, гострими) чи якими чинниками; термічними, хімічними; різкою зміною атмосферного тиску тощо) спричинені ушкодеження?
- Чи всі виявлені ушкодження прижиттєві ?
- Які з ушкоджень є специфічними, характерними та не характерними для даного виду транспортної травми?
- Якими були положення та поза потерпілого під час травмування?
- При якому механізмі дії транспортного засобу на тіло жертви виникли ті чи інші ушкодження, що виявлені на трупі чи на тілі постраждалого, який залишився живим?
- Яка причина смерті загиблого?
- Який причинно-наслідковий зв'язок між травмою та смертю, що настала ?
- Який ступінь тяжкості спричинених тілесних ушкоджень ?
- Наявністю в органах і тканинах алкоголю, наркотичних, психотропних речовин або сильнодіючих лікарських засобів ?

Схема 4.9

ПРИЖИТТЄВИЙ ПЕРЕБІГ МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ
(стадії)

- Перша стадія - задишка з судомами (1-2 хв)
  - Змішані задишка та судоми;
  - порушення координації рухів;
  - втрата свідомості
- Друга стадія - короткочасний спокій (1-2 хв)
  - Тимчасове припинення дихання
- Третя стадія - термінальне дихання (1-2 хв)
  - Безсистемні, поверхневі дихальні рухи;
  - поодинокі судоми
- Четверта стадія - стійке зупинення дихання (1-2 хв)
  - Остаточне припинення діяльності легенів і згасання серцевої діяльності

Схема 4.10

ЗАГАЛЬНОАСФІКТИЧНІ ОЗНАКИ СМЕРТІ
(ознаки смерті, що швидко настала)

- При зовнішньому дослідженні трупа
  - Синюшність та одутлість обличчя
  - Інтенсивні темно-сині, темно-фіолетові трупні плями
  - Цяткові крововиливи на слизових оболонках ока і повік
  - Ознаки мимовільного виділення калу, сечі, сперми
- При внутрішньому дослідженні трупа
  - Рідка темна кров
  - Переповнення правої половини серця кров'ю
  - Венозне повнокрів'я внутрішніх органів
  - Цяткові крововиливи на поверхні легенів і серця (плями Тардьє)

Схема 4.11

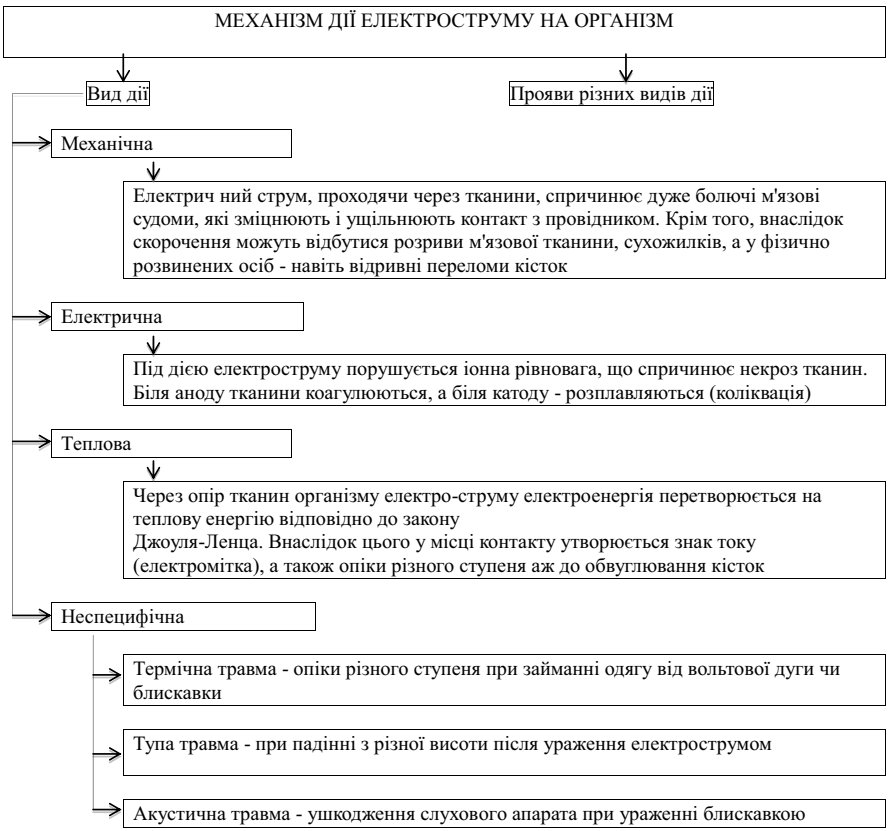

МЕХАНІЗМ ДІЇ ЕЛЕКТРОСТРУМУ НА ОРГАНІЗМ
Вид дії
Прояви різних видів дії
Механічна
Електрич ний струм, проходячи через тканини, спричинює дуже болючі м'язові судоми, які зміцнюють і ущільнюють контакт з провідником. Крім того, внаслідок скорочення можуть відбутися розриви м'язової тканини, сухожилків, а у фізично розвинених осіб - навіть відривні переломи кісток
Електрична
Під дією електроструму порушується іонна рівновага, що спричинює некроз тканин. Біля аноду тканини коагулюються, а біля катоду - розплавляються (коліквація)
Теплова
Через опір тканин організму електро-струму електроенергія перетворюється на теплову енергію відповідно до закону
Джоуля-Ленца. Внаслідок цього у місці контакту утворюється знак току (електромітка), а також опіки різного ступеня аж до обвуглювання кісток
Неспецифічна
Термічна травма - опіки різного ступеня при займанні одягу від вольтової дуги чи блискавки
Тупа травма - при падінні з різної висоти після ураження електрострумом
Акустична травма - ушкодження слухового апарата при ураженні блискавкою

Схема 4.12

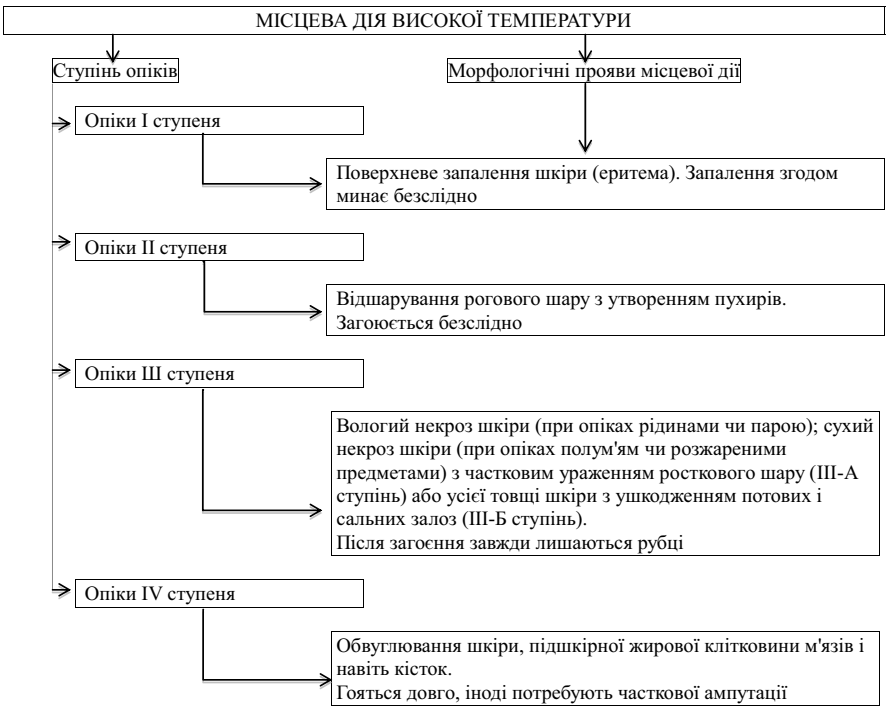

МІСЦЕВА ДІЯ ВИСОКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ
Ступінь опіків
Морфологічні прояви місцевої дії
Опіки I ступеня
Поверхневе запалення шкіри (еритема). Запалення згодом минає безслідно
Опіки II ступеня
Відшарування рогового шару з утворенням пухирів. Загоюється безслідно
Опіки Ш ступеня
Вологий некроз шкіри (при опіках рідинами чи парою); сухий некроз шкіри (при опіках полум'ям чи розжареними предметами) з частковим ураженням росткового шару (III-А ступінь) або усієї товщі шкіри з ушкодженням потових і сальних залоз (III-Б ступінь).
Після загоєння завжди лишаються рубці
Опіки IV ступеня
Обвуглювання шкіри, підшкірної жирової клітковини м'язів і навіть кісток.
Гояться довго, іноді потребують часткової ампутації

Схема 4.13

МІСЦЕВА ДІЯ НИЗЬКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ ПОВІТРЯ
Ступінь відмороження
Морфологічні прояви місцевої дії
Відмороження I ступеня
Почервоніння або посиніння і набряк шкіри. Прояви згодом уникають безслідно
Відмороження II ступеня
Через кілька годин або протягом 1-2 діб утворюються пухирі, заповнені серозною рідиною. Загоюються безслідно
Відмороження III ступеня
Некроз усієї товщі шкіри та підшкірної жирової клітковини. Після загоювання завжди лишаються рубці
Відмороження IV ступеня
Некроз глибинних м'яких тканин з ураженням кісткової тканини. Гояться довго, іноді потребують часткової ампутації

Тема №5.

ОТРУЄННЯ ТА ЇХ СУДОВО-МЕДИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА.

Під отруєнням розуміють розлади здоров'я, які виникають внаслідок дії отруйних або сильнодіючих речовин, що поступають в організм ззовні.

Отрута - це речовина, яка при введенні в організм людини при певних умовах викликає розлад здоров'я або смерть.

Не дивлячись на ряд заходів, спрямованих на запобігання випадковим і навмисним отруєнням, кількість їх у різних країнах світу, в тому числі і в Україні, збільшується. За статистичними даними отруєння посідають друге місце серед причин насильницької смерті. У зв'язку з цим, кожне отруєння підлягає розслідуванню. Чинне кримінальне процесуальне законодавство України передбачає систему слідчих дій, яка охоплює огляд, розслідування, ексгумацію трупа, затримання, допит, очну ставку, пред'явлення для впізнання, відтворення обстановки і обставин події, обшук, одержання зразків для експертного дослідження, судові експертизи, одержання документів. Разом з іншими кримінально-процесуальними діями це дозволяє при провадженні будь-якої кримінальної справи виконати законодавчі вимоги про всебічне, повне і об'єктивне дослідження обставин та завдання, передбачені статтями кримінального процесуального кодексу України.

5.1. Класифікація отрут та отруєнь

Згідно з класифікацією катастрофальних отрут Інституту фармакології та токсикології НАМН України, отрути, які несуть ризик масових отруєнь, поділяють в залежності від їх походження на два типи - антропогенні /техногенні/ та природні. Природні отрути в залежності від походження поділяють на отрути біологічного та геологічного походження, в свою чергу отрути біологічного походження поділяють на класи:

- отрути вищих грибів;

- отрути рослинного походження;

- отрути мікроскопічних грибів.

Отруйні речовини можуть поступати в організм людини у твердому, рідкому і газоподібному станах.

Тверді речовини, які поступають в організм у роздробленому або у порошкоподібному стані, діють тільки після їх розчинення, що сповільнює розвиток отруєння.

Речовини, які знаходяться у розчинному або рідкому стані всмоктуються організмом швидше, при цьому велике значення має концентрація речовин у розчиннику і здатність самого розчину до всмоктування.

Отруйні речовини, які знаходяться у газоподібному стані поступають у легені, де є сприятливі умови для всмоктування, що призводить до швидкого отруєння.

Важливу роль відіграють способи введення отрути. Найчастіше вона всмоктується в шлунку, потрапляє у кров і потім виявляє свою загальну дію. При введенні під шкіру дія отрути значно зростає. Ще більший ефект спостерігається при внутрішньовенному введенні. Можливе всмоктування отрут через сечовий міхур, шкіру, легені.

Якщо в шлунку є велика кількість їжі, особливо обволікуючих речовин, всмоктування отрути може різко затримуватися. При порожньому шлунку, отрута діє швидше. У разі блювання або проносу з організму може швидко видалитися значна кількість отрути і зменшити її дію.

В окремих випадках отрута може потрапити в організм через пряму кишку з клізмою, через піхву, плаценту. Багато які з отрут можуть виділятися грудними залозами у період лактації, що спричиняє отруєння немовлят.

За походженням отруєння ділять на:

1. побутові, які є наслідком необережності (нещасний випадок), самогубства або вбивства;

2. медикаментозні, які виникають з різних причин в результаті застосування ліків у медичній практиці;

3. професійні, які пов'язані з умовами праці і порушенням її режиму та техніки безпеки;

4. звичні, токсикоманії (алкоголізм, морфінізм та ін.);

5. харчові, які розвиваються з різних причин у зв'язку із споживанням їжі.

Дія отрут на організм людини пов'язана з їх кількістю, яка поступає в організм.

Розрізняють отрути у дозах:

- індифирентних, коли не виникає очевидних реакцій організму;
- терапевтичних, коли отрута дає лікувальний ефект;
- токсичних, коли наступає отруєння;
- летальних, коли наступає смерть.

Названі вище дози встановлюють для кожної отруйної речовини.

У криміналістичній практиці експертне значення мають отрути:

- місцеві, які викликають ураження у зоні їх первинної дії;
- резорбтивні, які проявляють токсичний ефект лише після їх всмоктування.

Резорбтивні отрути поділяються на:

- деструктивні, при дії яких на внутрішніх органах (серце, печінка, нирки та ін.) різко виражена картина морфологічних змін;
- кров'яні, коли спочатку виникають біохімічні зміни у крові;
- функціональні, коли різко виражена симптоматика значного розладу функцій окремих органів без грубих морфологічних наслідків.

За швидкістю розвитку і тривалістю клінічного перебігу розрізняють отруєння гострі та хронічні.

Харчові отруєння немікробного походження – це отруєння, які викликані харчовими продуктами, отруйними за своєю природою або які стали отруйними через забруднення різними хімічними сполуками.

Причиною харчових отруєнь не бактеріальної природи найчастіше є:

• неїстівні рослинні і тваринні продукти отруйні за своєю природою, які помилково були спожиті (отруйні гриби, отруйні рослини та їх частини, деякі породи риб, тварин та ін.);

• харчові продукти, які стали за певних умов тимчасово отруйними (картопля з соланіном, ікра риб під час ікрометання та ін.);

• харчові продукти, які містять отруйні і шкідливі речовини органічного і неорганічного характеру (залишкові кількості інфектофунгіцидів, солі важких металів, заборонені барвники, ароматизатори та ін.);

• отруйні рослинні домішки (куколь, гірчак та ін.).

Хімічні сполуки, які забруднюють харчові продукти на різних етапах їх отримання, зберігання, транспортування і обробки називають ще "чужорідними хімічними речовинами" або ксинобіотиками. Вони включають речовини, які за характером і кількістю не властиві натуральним продуктам і можуть бути доданими до них з метою вдосконалення їх технології, зберігання або покращення якості і харчових властивостей або утворюватися у продукті в результаті технологічної обробки (нагрівання, смаження, опромінення та ін.), а також потрапити в їжу внаслідок забруднення.

5.2. Отруєння грибами

Отруєння грибами були відомі людям ще з глибокої давнини. Про тимчасову психотоксичну дію деяких грибів знали народності майя, інки, ацтеки, сапотеки, кечуас, кума, коряки, камчадали, чукчі, ханти. Під час своїх ритуалів вони їли гриби, які викликали у них сп’яніння, марення галюцинації. З історії відомо, що римський імператор Клавдій, папа римський Климент VII, французький король Карл VI та інші були отруєні грибами.

Гриби - дуже поширена у природі група організмів, яка налічує близько 70 тис. видів. Певна частина їх використовується людиною як продукт харчування і для виготовлення ліків. Численні види їстівних, а подекуди й неїстівних грибів є джерелом антибіотичних та онкостатичних речовин. Деякі гриби ефективно можна використовувати як органічні добрива. Проведені в Україні дослідження

показали, що гриби акумулюють радіоактивні речовини. В окремих видів грибів кількість їх непостійна і залежить від умов зростання.

Всі гриби поділяють на дві групи: їстівні (безумовно та умовно їстивні) і неїстівні. Кількість отруйних грибів відомих в Європі становить близько 80 видів. З них переважаюча більшість зростає в Україні. Особливо небезпечними визнано 26 видів.

Умовно їстівні - це такі гриби, які перед кулінарною обробкою слід зварити і відвар злити (сироїжка чорніюча, свинушка та ін.). Деякі гриби слід вимочувати у воді перед використанням (хрящі-молочники, валуй, вовнянка та ін.). Якщо неправильно приготувати умовно їстівні гриби, то вони можуть викликати отруєння.

До групи неїстівних грибів відносять гриби неїстівні за органолептичними властивостями (гірчак або жовтий гриб, несправжній білий гриб) і отруйні (бліда поганка, мухомори, строчки, чортів або сатанинський гриб, печериця рудіюча отруйна, несправжній опеньок та ін.). В отруйних грибах містяться токсини, які викликають отруєння.

Токсини поділяють на три групи:

До першої групи відносять токсини з місцевою подразнюючою дією, які викликають порушення функцій систем травлення. їх дія проявляється через 15 - 60 хв. після споживання грибів. Такі токсини містять деякі сироїжки, печериці, осінні недоварені опеньки, чортів гриб.

До другої групи відносять токсини, які викликають порушення діяльності центральної нервової системи, приступи сміху або плачу, галюцинації, розлад травлення. їх дія проявляється через 0,5 - 2,0 год. Такі токсини містять деякі мухомори, синяк, сироїжки блювотні та ін.

Третя група токсинів - смертельно небезпечні. Потрапивши в організм людини, вони 24-48 годин не виявляють жодних ознак. Після цього, коли в окремих внутрішніх органах виникли незворотні зміни, проявляються перші ознаки отруєння. Такі токсини містять бліда поганка, мухомори весняний і смердючий, строчки, павутинник оранжево - червоний та ін.

Численні випадки отруєнь грибами здебільшого лишаються незареєстрованими. Слід зазначити, що і сам потерпілий через свою необізнаність щодо отруйних грибів не завжди пов'язує з ними виникле нездужання і часто вбачає в ньому іншу причину. Ступінь отруєння грибами залежить від віку і стану здоров'я людини, кількості спожитих грибів, споживання їх натще серце або після іншої їжі. Відповідне лікування при отруєнні грибами можливе лише при безпомилковому визначенні виду отруйного гриба, спожитого потерпілим.

Строчок є причиною майже половини всіх отруєнь грибами, які іноді закінчуються смертю. Токсичною речовиною строчків є гіромітрин. Токсини мають канцерогенні властивості. Строчок часто змішують із їстівним зморшком. У зв'язку з цим у багатьох країнах заготівля його заборонена. Інкубаційний період при отруєнні строчком триває від 3 до 20 годин. Проявами отруєння є відчуття повноти і болю у шлунку, рвота 1-2 дні, часом пронос і висока температура. У важких випадках на другий день появляється жовтуха. У 25% випадків смерть наступає на 3-4 день при явищах серцевої слабості. При сприятливому перебігу одужання настає на 4-7 день.

Сморчки - умовно їстівні гриби, які можна вживати лише після відварювання, але без відвару. Вони містять гельвелову кислоту - гемолізин, який руйнується при відварюванні та висушуванні. При вживанні зморшків з відваром трапляються випадки тяжких отруєнь. Симптоми отруєння розвиваються повільно і звичайно проявляються через 8-48 годин. Отрута уражає печінку, спричиняє нервовий розлад, глибокий сон хворого чергується з приступами конвульсій.

Іноцибе (плютка) Патуйяра – дуже отруйний гриб, який містить 6,4-8,0 отрути мускарину. При вживанні 40-80 г гриб викликає тяжке, часто смертельне отруєння, яке відоме з середини минулого століття. Симптоми отруєння проявляються через 0,5-3,0 год.. Характерними ознаками є звуження зіниць, почуття жару в голові, уповільнення пульсу й дихання, зниження кров'яного тиску, надмірне потіння, виділення з носа, утворення слини, сліз.

Деякі види іноцибе містять майже у 20 разів більше мускарину, ніж мухомор червоний. Для людини смертельною дозою є 300-500 мг мускарину.

Бліда поганка - один з найбільш отруйних грибів. Її іноді помилково приймають за такі їстівні гриби, як печериці, сироїжку лускату.

Основними токсичними речовинами поганок є амантіни та фалоїдин. Інкубаційний період при отруєнні триває 10-12 годин. Хвороба починається раптово, переважно вночі, з різкого болю у животі, рвоти, проносу, головного болю і головокружіння. Смерть наступає у 50% отруєних на 2-3 день. Є випадки, коли стан хворого покращується, а потім знову виникають коліки, пронос, жовтуха. Смерть наступає на 9-10 день.

Мухомор степовий, ентолома жовто-сиза та ентолома сіра отруйна. Ці гриби спричиняють тяжке отруєння.. Природа отрут, які містяться в цих грибах, не досліджена. Симптоми отруєння проявляються через 20-30 хв., а часом через 2-3 години після споживання грибів і схожі на симптоми холери: різкі болі в животі, нудота, блювота, стійкий пронос, спрага, надмірний піт, слабість, запаморочення.

Найнебезпечнішими серед отруйних грибів є ті, які містять отруту

сповільненої дії. До них відносять смертельно отруйні зелений та білий мухомори і павутинник оранжево-червоний. Отруйними речовинами цих грибів є аманітин, фалмін, фаллоїдин. Аманітин та фаллоїдин діють надзвичайно сильно. Якщо хоч одне плодове тіло мухомора зеленого потрапить до їстівних грибів, воно може спричинити смертельне отруєння кількох осіб. Аманітин – отрута сповільненої дії, яка уражає печінку, нирки, судини, викликає гіпоклемію.

Симптоми отруєння вище згаданими грибами з’являються через тривалий час, коли у потерпілого здебільшого відбулися незворотні органічні зміни і на порятунок немає надії. При отруєнні виникає біль у шлунку, холодний піт, безперестанна рвота, пронос, невпинна спрага, нервовии розлад, судороги, параліч вазомоторних центрів, різко послаблюється діяльність серця, свідомість зберігається до смерті, яка настає через 3-10 днів.

Мухомор пантерний містить тропанові алкалоїди атропіноподібної дії гіосциамін та скополамін, а також мускарин, буфотенін, серотонін, ібутенову

кислоту, які викликають своєрідну інтоксикацію. Прихований період триває 1-2 год. З'являється нудота, блювота, пронос, сухість слизових оболонок, утруднене ковтання, підвищення температури, тахікардія. При важких отруєннях приєднується психомоторне збудження, ейфорія, галюцинації.

Мухомор червоний, королівський, білий містять мускарин, мусцимол, мусказол, холін, бетаїн, путресцин, галюциноген буфотенін, ібутенову кислоту дія токсинів яких нагадує сп'яніння.

При споживанні мухоморів отруєння наступає через 0,5-3,0 години. Спочатку спостерігається збудження, для якого характерний істеричний стан, гарячка, запаморочення, ш;о супроводжується галюцинаціями. При цьому розширюються зіниці, порушується зір і координація рухів, прискорюється дихання, зникає слина. Потім настає параліч, втрата пам'яті, свідомості і людина впадає в глибокий сон. Якщо лікування не розпочати відразу після отруєння, настає смерть.

Опеньок сірчано-жовтий несправжній. При вживанні ці гриби викликають важкі, іноді смертельні, отруєння, зокрема у дітей.

Гнойовики чорнильний та білий. Отрута, властива їстівним гнойовикам, не розчиняється ні у воді при виготовленні страв, ні у шлунку та кишках під час перетравлювання їжі, але розчиняється в алкоголі. У зв'язку з цим, в результаті вживання алкоголю разом з грибами, отрута грибів потрапляє в кров і через 1-2 години, а іноді й раніше, проявляються ознаки отруєння, яке проходить дуже бурхливо.

Симптоми отруєння надзвичайно характерні: обличчя (крім кінчика носа та вух) і значна частина тіла стають фіолетово - червоними, частішає пульс, з'являється почуття жару, спрага, рвота, пронос. За кілька годин це проходить. Дуже важливим є те, що й наступного дня не можна вживати алкоголю, тому що настає рецидив отруєння з такими ж симптомами.

Отруєння можуть спричинити і найкращі, найцінніші їстівні гриби, якщо їх споживати несвіжими. У тканинах несвіжих плодових тіл відбувається розклад білків у результаті якого утворюються токсичні речовини.

Отруєння, часто із смертельними випадками, може наступити і при вживанні зіпсованих сушених та консервованих грибів, а також грибів. уражених та пошкоджених іншими грибами - паразитами та пліснявою.

Ряд грибів містять антиген, який змінює склад крові. Деякі гриби здатні нагромаджувати сполуки важких металів, які забруднюють атмосферу та грунт, що теж є причиною смертельних отруєнь.

5.3. Отруєння рослинами.

Сьогодні відомо більше сотні дикорослих і культурних рослин, які можуть викликати отруєння людей і тварин. Використання різних рослинних отрут відоме з давніх часів.

Отруєння бур'янами злакових культур.

Геліотропний токсикоз (токсичний гепатит) - виникає при споживанні харчових продуктів, виготовлених із зерна, забрудненого насінням геліотропа опупіеноплідного, яке містить алкалоїди циноглосин, геліотрин і лазіокапрін. Через 8-10 днів після споживання забруднених продуктів спостерігається збільшення печінки, прояви жовтухи.

Захворювання триває декілька місяців. Смертність складає 20-30%.

Триходесмотоксикоз (місцевий енцифаліт) - виникає при вживанні у їжу виробів із зерна, забрудненого насінням сірої триходесми. Особливістю отруєння є ураження центральної нервової системи. Захворювання починається з симптому енцефаліту або менінгоенцефаліту. Згодом наступають зміни зі сторони шлунково-кишкового тракту, печінки, розвивається гіпохромна анемія і серцево-судинна недостатність.

Отруєння лікарськими рослинами.

Аконіти - смертельно отруйні рослини. У склад аконітів входять 1,2 - 3,4 % алкалоїдів, таких як аконітин (0,6%), аконіфін, зонгорин, зонгорамін, ацетилзонгаремін, ізоболдин, неолін та ін., органічні кислоти, крохмаль.

При отруєнні аконітами хворі відчувають поколювання і свербіння у різних частинах тіла, печію, ломоту, головокружіння, болі у кишково-

шлунковому тракті, потемніння в очах, аритмію серця. Спостерігається сильне звуження, а потім розширення зіниць. Шкіра холодна, волога, синюшна. Свідомість зберігається до моменту смерті, яка наступає внаслідок зупинення дихання.

Беладонна звичайна (красавка. сонник, отруйниця) - отруйна багаторічна трав'яниста рослина. Містить тропанові алкалоїди. Перші ознаки отруєння спостерігаються при споживанні лише двох ягід рослини. Виникає сухість у роті, хрипота, головна біль, розширюються зіниці, погіршується дихання. При сильному отруєнні виникають галюцинації, ненормальна веселість, втрата пам'яті, сну, корчі, наступає смерть.

Болиголов плямистий - смертельно отруйна дворічна трав'яниста рослина. Містить алкалоїди конііїн, мебилконіїн, коніцеїн, конгідрин, псевдоконгідрин. Отруєння супроводжується пригніченням центральної нервової системи, слиновиділенням, пониженням температури тіла, посиленим потовиділенням, рвотою, печією, розширенням зіниць, слабістю, сповільненням пульсу, затрудненим диханням, паралічем, який, починається з ніг. Смерть настає через 30-60 хв., часом через дві години внаслідок паралічу дихання.

Дурман звичайний (бісдерево, будяк) - отруйна однорічна трав'яниста рослина. Містить гіосциамін, атропін, скополамін, датурин та інші алкалоїди тропанового ряду. Отруєння супроводжується збудженням нервової системи, виникненням галюцинацій, втратою пам'яті, кров'яним проносом.

Переступінь білий (нечіпай-зілля. дикий виноград) - отруйна багаторічна трав'яниста рослина. Містить алкалоїд бріоніцин, глікозиди, бріонін, бріонідин, бріонол та ін. 15 ягід рослини може викликати смертельне отруєння дитини, 40 ягід - дорослої людини. При отруєнні спостерігається нудота, рвота, кривавий пронос, запалення нирок, ураження центральної нервової системи. Смерть настає від паралічу дихального центру.

Блекота чорна (німиця, собачий мак)— дворічна рослина, бур'ян. Містить алкалоїди (гіосциамін, атропін, схополамін), гліюзиди (гіосципікрин, гіосцирин, гіосцерезин).

При отруєнні спостерігається сильна сухість та пекучість у роті і гортані, охриплість, утруднене ковтання, червоний колір лиця, суха і гаряча шкіра, можливе висипання. Настає сильне збудження, марення, галюцинації, різке пригнічення центральної нервової системи.

Конопля індійська - однорічна дводомна трав'яниста рослина. Містить отруйний фенілальдегід канабінал. При вживанні рослини розвивається маніакальний стан, спостерігаються галюцинації, марення, прискорення пульсу, розширення зіниць, глибокий сон.

Наперстянка - багаторічна трав'яниста рослина. Містить серцеві глікозиди, стероїдні сапоніни, органічні кислоти, холін.

Горицвіт весняний (адоніс) - багаторічна трав'яниста рослина, яка містить серцеві глікозиди, адоніт, кумарин.

Конвалія звичайна - багаторічна трав'яниста рослина. У її складі є ряд серцевих глікозидів, таких як конвалетоксин, глюкоконвалозид, валоротоксин, маялозид, сапонін конваларин, флавоноїди.

При отруєнні наперстянкою, горицвітом, конвалією різко сповільнюється пульс, спостерігається сильна слабість, болі у шлунку, рвота, ікота, пронос, розширення зіниць, зменшується сечовиділення, холонуть кінцівки. Далі марення, прискорений неправильний пульс, тимчасова зупинка серця, кома, корчі.

Жовтий жасмин - багаторічна кущова рослина. При отруєнні нею спостерігається головокружіння, розширення зіниць параліч повік. Далі зівота, сонливість, сухість у горлі, слабість в ногах, рвота, тремтіння рук, задишка.

Туя західна - вічнозелене дерево. Містить ефірну олію (0,12%), туєву кислоту, дубильні речовини, аромадендрин, токсифолін, пінін, пініпікрин, пілен. Рослина може викликати подразнення слизових оболонок, гортані та катар бронхів. Крім того, рвоту, пронос і тяжкий нефрит.

Папоротник - багаторічна спорова рослина. У її складі виявлено філіцин, аспідинол, боаспідин, флаваспідову кислоту. При отруєнні цією рослиною спостерігається рвота, болі в шлунку, кривавий пронос, прискорення пульсу,

задишка, звуження зіниць, розлад зору, запаморочення свідомості. Далі сильні корчі, марення, кома.

Спориння (початкові ріжки) - отруйні, паразитують на культурних і дикорослих злаках. Містять численні алкалоїди - похідні індолута, лізергінову кислоту, які при отруєнні викликають слиновиділення, нудоту, рвоту бурими масами, біль у шлунку, пронос, поколювання у кінцівках, розлад зору, розширення зіниць, під час вагітності - аборт та маткову кровотечу. Далі епілептоформні корчі, задишку, марення.

Огірок-пирскач пружний (скажений огірок) - смертельно отруйна однорічна трав'яниста рослина. Плоди його містять елетерин і елетерицин. При споживанні скаженого огірка виникають коліки, біль у животі, рвота, частий пульс, запалення слизистих оболонок.

Чемериця Лобелієва - багаторічна трав'яниста рослина. Всі органи її отруйні, особливо кореневища, з яких виділено алкалоїди вератрин, іервін та псевдоіервін. При отруєнні виникає параліч нервової системи, рвота, запалення слизистих оболонок, спад серцевої діяльності.

Характерними є пекучі болі в животі, блідність та потемніння лиця, розлади зору, зниження температури. Свідомість зберігається. Розвивається тремтіння та регідність м’язів, корчі і колапс.

Деякі лікарські рослини можуть викликати отруєння при надмірному вживанні. До них відносять: горицвіт весняний, мильнянку лікарську, плаун - баранець, плющ звичайний та гіркий, руту садову, городню, запашну або пахучу, суховершки звичайні та інші.

Отруєння рослинами, отруйними за певних умов.

Квасоля сира- містить фазин, який являє собою токсальбумін - гемаглютинуючу речовину. Фазин розкладається і втрачає токсичність при інтенсивному прогріванні.

Отруєння проявляється у вигляді диспептичних явищ різної інтенсивності.

Мигдаль звичайний (гіркий) і гіркі ядра кісточкових фруктів містять глікозид синильної кислоти - амігдалін, який при гідролізі відщеплює синильну

кислоту, яка викликає отруєння. У гіркому мигдалі вміст амігдаліну складає 1,5 - 8% , у ядрах кісточок абрикосів і персиків - 4 - 6%.

Легкі отруєння супроводжуються головним болем і нудотою, важкі випадки - корчами, втратою пам'яті, послабленням зору. Слід зазначити. що навіть невелика кількість очищених абрикосових ядер (60-80 г) може викликати смертельне отруєння. Можливе отруєння амігдаліном при споживанні жмихів, які залишаються в процесі виробництва персикової та абрикосової олії.

Горіхи букові сирі містять фагин, який може бути причиною отруєння. При отруєнні сирими буковими горіхами спостерігається загальна слабість, головний біль, нудота, дисфункція кишківника.

Картопля містить соланін, який за властивостями близький до сапонінів і глюкозидів і є гемолітичною отрутою. Соланін входить у склад сирої картоплі у кількості - 0,002-0,01%, іноді до 0,02%. Найбільше соланіну 0,03-0,064% міститься у шкірці. Різко збільшується вміст його при проростанні або позеленінні картоплі в результаті зберігання на відкритому повітрі. Кількість соланіну у ростках проросшої картоплі складає 0,42-0,73%.

Отруєння соланіном супроводжується нудотою, рвотою, дисфунцією кишечника, головокружінням, почуттям страху, розладом зору, тремтінням кінцівок, затрудненим диханням.

Тютюн - рослина, яка містить нікотеїн, нікотинин, нікотелін, органічці кислоти, ефірні олії. У тютюновому димі є нікотин, оксид вуглецю, чадний газ, піридинові основи, синильна кислота, при отруєнні нікотином спостерігається нудота, посилене слиновиділення, рвота з характерним запахом, пронос, звуження зіниць, тремтіння кінцівок, головна біль, головокружіння, серцебиття, сповільнений пульс, колапс. У важких випадках – прискорений нерівномірний пульс, розлад дихання, корчі, кома.

Кавове дерево та чайні кущі – містять алкалоїди кофеїн, теофелін, теобромін, ксантин, аденін, гіпоксатин, параксатин, метилксатин, ізатин.

Отруєння кавою та чаєм при надмірному їх вживанні супроводжується почуттям страху, серцебиттям, частим пульсом, неприємним відчуттям у шлунку. Спостерігається головокружіння, тремтіння та регідність м'язів. Далі

розлад психіки, галюцинації. Свідомість зберігається. Смерть наступає у зв'язку з паралічем серця.

Редька - городня культура, яка містить глікозиди, ефірні олії, лізоцим.

В разі отруєння спостерігаються коліки, рвота, запаморочення, звуження та нерухомість зіниць, нерухомість потилиці.

Гірчиця - однорічна олійна рослина. При тривалому подразненні шкіри нею виникає інтенсивне рожеподібне запалення з утворенням пухирів та струпів. При введенні більших доз у шлунок спостерігаються болі у шлунку, слиновідділення, рвота, пронос, тремтіння, сповільнений пульс, задишка, ушкодження нирок, зниження температури і колапс.

Перець чорний - тропічне дерево, яке містить алкалоїд капсаїцин. При надмірному вживанні його виникають болі в животі, горячка, головокружіння, висипка на шкірі.

5.4. Отруєння продуктами тваринного походження

Отруєння тканинами риб.

Ікра і молока деяких риб під час нересту набувають отруйних властивостей. До таких риб відносять щуку, налима, окуня, скумбрію. Після видалення внутрішніх органів ці риби можна використовувати для харчових цілей. Під час нересту отруйною є печінка ліня.

Отруйними є ікра, молока, а за даними деякими авторів і брюшина риби маринки, ікра і молока севанської хромулі (когак), усача та голкобрюхи. Отруєння ікрою і молоками супроводжується явищами гострого ентериту, часом вони мають холероподібний перебіг.

У міноги отруйна речовина знаходиться у слизі, яка виробляється шкірними залозами.

Отруєння мідіями.

Відомі випадки отруєння мідіями, які стають отруйними влітку під час споживання одноклітинних мікроорганізмів - динофлагелатів. Отрута, яка міститься у простіших організмах дуже сильна і має нейротоксичну дію.

При отруєнні мідіями відчувається загальна слабість, нудота, головокружіння, потім оніміння обличчя, губ, язика, затруднене дихання, неспокій та страх. Хворі видужують довго. Смертельні випадки пов'язані з паралічем дихального центру.

Отруєння залозами внутрішньої секреції.

Із залоз внутрішньої секреції забійних тварин небезпечними є страви із наднирників і підшлункової залози, які мають високу біологічну активність і можуть викликати отруєння. При отруєнні виникає головний біль, нудота, біль у шлунку, кишківнику.

Отруєння бджолиним медом.

Отруєння виникає при вживанні меду, зібраного бджолами з таких отруйних рослин, як богульник болотний, азалія, блекота чорна, рододендрон, дурман звичайний. Захворювання протікає гостро із симптомами, які залежать від токсичної речовини рослини, з якої зібрано нектар.

5.5. Отруєння хімічними речовинами

Причиною немікробних харчових отруєнь даної групи є нітрати, пестициди та інші речовини, які можуть потрапити у продукти.

Отруєння нітратами (аліментарно-нітратна метгемоглобінемія) обумовлене дією нітрозосполук, які можуть потрапити в організм з питною водою і харчовими продуктами. Нітрати й нітрити потрапляють в ковбасні вироби, копченості, сири при їх використанні у якості харчових добавок, у рослинні продукти (буряк, картопля, морква, салат та інші) - з мінеральних, азотних і азотистих добрив. Під впливом кишкової мікрофлори нітрати відновлюються в нітрити, які призводять до утворення в організмі метгемоглобіну. Нітрозаміни (продукти реакції вторинних амінів з нітритами) мають високі канцерогенні властивості.

Допустимою для людини (крім дітей грудного віку) є добова доза нітратів - 0,5 мг/кг, нітритів - 0,4 мг/кг.

Часом виникають отруєння солями важких металів і органічними речовинами, які можуть потрапити в харчові продукти з кухонного посуду, апаратури, тари, пакувальних плівок.

Свинець викликає отруєння (плюмбізм) при тривалому використанні неякісного посуду для виготовлення і зберігання їжі. Частіше потрапляє свинець у їжу з глиняного глазурованого посуду кустарного виробництва. В олов'яних покриттях консервної жерсті вміст свинцю не повинен перевищувати 0,04%.

Основою для нормування олова у харчових продуктах є присутність у ньому свинцю. Згідно нормативу у жерсті консервних банок допускається вміст олова до 200 мг на 1 кг продукту.

Мідь і цинк можуть потрапити в організм при неправильному використанні мідного і оцинкованого посуду. При отруєнні у роті відчувається металевий присмак, часом починається рвота, коліки у животі, з метою профілактики не допускається тривале зберігання харчових продуктів і виготовлення їжі у мідному і оцинкованому посуді.

З оточуючого середовища (вода, грунт) у харчові продукти можуть потрапити миш'як, ртуть, марганець, селен, фтор, кадмій та інші елементи. Забруднення продуктів миш'яком не допускається. Вміст миш'яку у питній воді не повинен перевищувати 0,05 мг/л, у продуктах харчування - 1,0мг/л.

Неорганічна ртуть в результаті метилювання перетворюється у метилртуть, яка легко засвоюється водоростями, рибою та іншими тваринами. Допустиме надходження ртуті в організм людини за тиждень не повинно перевищувати 0,3 мг, з яких метилртуті - не більше 0,2 мг.

Пестициди - це хімічні речовини, які використовують як засоби захисту рослин і тварин від шкідливих організмів. Сільськогосподарська сировина та харчові продукти забруднюються пестицидами через обробку ними сільськогосподарських культур, тварин, птиці для захисту від збудників хвороб, комах, паразитів, бур'янів, обробку зерна та інших продовольчих запасів для захисту від шкідників. Ступінь шкідливості пестицидів визначається частотою надходження та кількісним вмістом їх у харчових продуктах.

Хлорорганічні пестициди пошкоджують у людини переважно центральну нервову систему, печінку, нирки, кров та ендокринну систему. При гострих отруєннях виникають головні болі, головокружіння, втрата апетиту, нудота і рвота, біль у животі, м'язах, кінцівках, підвищується температура.

Токсичність фосфорорганічних пестицидів обумовлена пригніченням діяльності ряду ферментів, внаслідок чого у крові накопичується ацетилхолін, що призводить до порушення функції центральної нервової системи. Фосфорорганічні пестициди у продуктах харчування швидко руйнуються при проварюванні і тому більш небезпечними є фрукти та овочі, які споживають у сирому виді.

Можливі отруєння гранозаном і меркураном (препаратами, що містять ртуть) при роботі з ними і вживанні хлібопродуктів, вироблених з протравленого зерна. При отруєнні відчувається металевий смак у роті, тошнота, виникає рвота, пронос, кровотеча десен, тримтіння кінцівок, зниження гостроти зору, слуху, ослаблення пам'яті, сонливість. Можливі летальні наслідки.

Неорганічні препарати, що містять мідь широко використовують для боротьби з шкідниками плодових культур, виноградників. При попаданні в організм людини вони викликають отруєння. При цьому у роті відчувається металевий присмак, виникає нудота, рвота, болі у животі, пронос, розвивається гемолітична жовтуха.

Препарати сірки, які використовують як інсектициди і фунгіциди, є небезпечними для людини і можуть викликати важке отруєння в результаті виділення з них сірководню.

Свіжі фрукти, ягоди, овочі та продукти їх переробки з вмістом сполук міді, ртуті, сірки, що перевищує допустимі норми вживати заборонено.

5.6. Розслідування отруєння

Діагностика отруєння грунтується на результатах токсикологічного вмісту шлунка, сечі, крові та внутрішніх органів. Тільки кількісне виявлення отруйних

речовин у біологічних середовищах організму дозволяє встановити ступінь інтоксикації та діагностувати смерть від отруєння ними.

Такі рослинні отрути як атропін, стрихнін тривалий час зберігаються у тканинах і органах трупа. Тому судово-токсикологічне дослідження внутрішніх органів може виявити їх через багато місяців після смерті. Інші отрути під час біохімічних процесів розкладаються в організмі швидко.

Відомо ряд лікарських рослин та грибів (аконіти, зморшки, бліда поганка, мухомори та ін.) при отруєнні якими при судово-медичному дослідженні трупа виявляють лише загальноасфіктичні ознаки смерті, а судово-токсикологічне дослідження не дозволяє виявити отруєння. Тоді діагноз отруєння встановлюють на підставі дослідження частинок грибів, рослин, виявлених у вмісті шлунка і кишок.

Таким чином, при встановленні діагнозу отруєння повинні застосовуватися судово-медична, судово-токсикологічна та ботанічна експертизи.

Важливим етапом розслідування отруєння є своєчасний і кваліфікований огляд місця події. Огляд проводиться з метою виявлення слідів та інших речових доказів, з'ясування обстановки і обставин, які мають значення для справи.

У випадках підозріння на отруєння, на місці події слідчий негайно вживає заходів для надання необхідної медичної допомоги потерпілим, якщо такі є. Коли потерпілий перебуває у тяжкому, загрозливому для його життя, стані, з дозволу лікаря для успішності розслідування доцільно одержати від нього відомості про подію.

Послідовність проведення огляду визначається слідчим. При підозрінні на смертельне отруєння особливу увагу приділяють огляду приміщення, де було знайдено труп. Здійснюються пошуки речових доказів у ліжку, у домашній аптечці, на кухні, в туалеті, у ведрах, смітнику, посуді. Залишки підозрілих речовин, їжі, виявлені на місці події, а також блювотні маси, сліди сечі і калу повинні бути зібрані не тільки біля трупа, а і в інших приміщеннях та скеровані в судово-медичну лабораторію для проведення відповідного дослідження. Слід

враховувати, що в них може виявитись більше отрути, ніж у внутрішніх органах трупа, особливо у випадках самогубства. Якщо на місці події виявляють письмові документи, що підтверджують підозріння на отруєння (передсмертні записки, щоденники тощо), то їх треба додати до справи як речові докази.

При розслідуванні вбивства огляд трупа проводять у порядку передбаченому Кримінальним процесуальним кодексом України. Найчастіше зовнішній огляд трупа є складовою частиною огляду місця події. Він проводиться з участю судово-медичного експерта і в присутності двох понятих, у випадку відсутності судово-медичного експерта, запрошується найближчий лікар. У випадку підозріння на смертельне отруєння при зовнішньому огляді трупа на місці події встановлюється і фіксується у протоколі: місце знаходження, розташування, положення трупа, його поза, зовнішній вигляд одягу і взуття, характер пошкоджень на одязі, наявність на ньому слідів, плям інших особливостей. Обстежують сліди на шкірі, виділення з рота, носа, їх колір, щільність, напрям, сліди рвоти, крові. За характером трупних плям, особливо їх кольором, можна попередньо судити про отруту. Трупне заклякання у вигляді виражених контрактур, епістонуса можливе при отруєнні, які викликають корчі.

Разом з тим, зовнішній огляд трупа з участю судово-медичного експерта або лікаря не замінює експертизу для встановлення причини смерті і не виключає можливості участі судово-медичного експерта чи лікаря у розтині трупа і встановленні причин смерті, здійснюваних у медичних установах при проведенні судово-медичної експертизи.

Експертний висновок про отруєння певною отрутою, грибами чи харчовими продуктами можливий тільки при повному судово-медичному розтині трупа і проведенні судово-токсикологічного дослідження.

Таким чином, за допомогою такої слідчої дії, як огляд місця події при підозрінні на отруєння харчовими продуктами, можна отримати прямі докази по кримінальному провадженні, з допомогою яких забезпечується у подальшому розкриття злочину і викриття винних у скоєнні злочину осіб.

Згідно чинного законодавства України, особи причетні до отруєння, в тому числі грибами, лікарськими рослинам чи іншим харчовими продуктами несуть кримінальну відповідальність за скоєні дії. Відповідно до статті 227 Кримінального кодексу України випуск або реалізація споживачам недоброякісної продукції, тобто такої, що не відповідає встановленим стандартам, нормам, технічним умовам, яка завдала шкоди здоров'ю чи призвела до смерті споживача, карається позбавленням волі на строк до п'яти років.

Профілактичними заходами попередження отруєнь є впорядкування збирання грибів та лікарських рослин. На заготівельних пунктах слід приймати тільки перебрані і сортовані гриби та лікарські рослини. Їх переробку необхідно проводити згідно вимог стандартів і затверджених інструкцій та правил.

На ринках для торгівлі грибами та лікарськими рослинами відводяться спеціальні місця, обладнані інформаційними стендами. Забороняється реалізовувати суміш як грибів, так і лікарських рослин та продавати їх у подрібненому вигляді. Пластинчасті гриби повинні бути з ніжками. Не можна реалізувати грибні салати та грибну ікру.

У аптеках та медичних установах відпуск та охорона токсичних лікарських рослин суворо регламентується нормативними документами, правилами, положеннями, інструкціями, за порушення яких передбачені різні види дисциплінарної відповідальності, а також недотримання яких карається законом відповідно до ст. 326 Кримінального кодексу України.

Таким чином, маючи різноманітну етіологію та широкий спектр застосування отрути, отруєння є одним із найважливіших об'єктів судово-медичної експертизи. Експертний висновок надається тільки після повного судово-медичного розтину трупа та судово-токсикологічних досліджень.

Контрольні питання

1. Як класифікують отрути?
2. Як поділяють отруєння за походженням?
3. Основні ознаки отруєнь вищими грибами.
4. Основні ознаки отруєнь лікарськими рослинами.

5. Основні ознаки отруєнь продуктами харчування.
6. Основні ознаки отруєнь хімічними речовинами.

Теми рефератів

1. Екпертно-криміналістичні дослідження при отруєнні.
2. Судово-медична експертиза харчових отруєнь.
3. Судово-медична експертиза отруєнь лікарськими препаратами.
4. Судово-медична експертиза отруєнь хімічними речовинами.
5. Роль судово-токсикологічної експертизи при розслідуванні отруєнь.
6. Особливості проведення огляду місця події при розслідуванні отруєнь.

Додатки

Схема 5.1

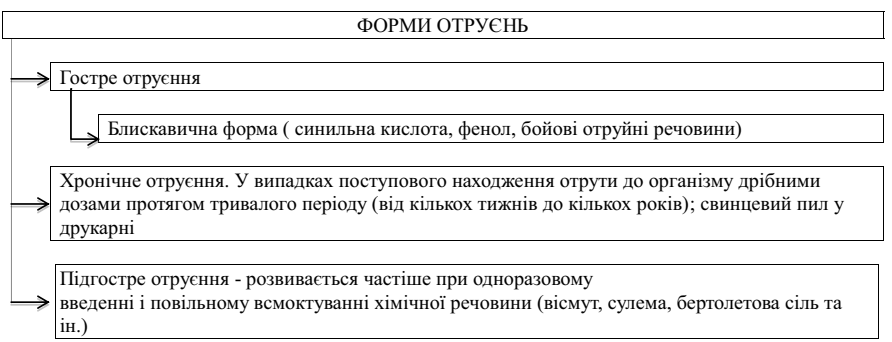


Схема 5.2

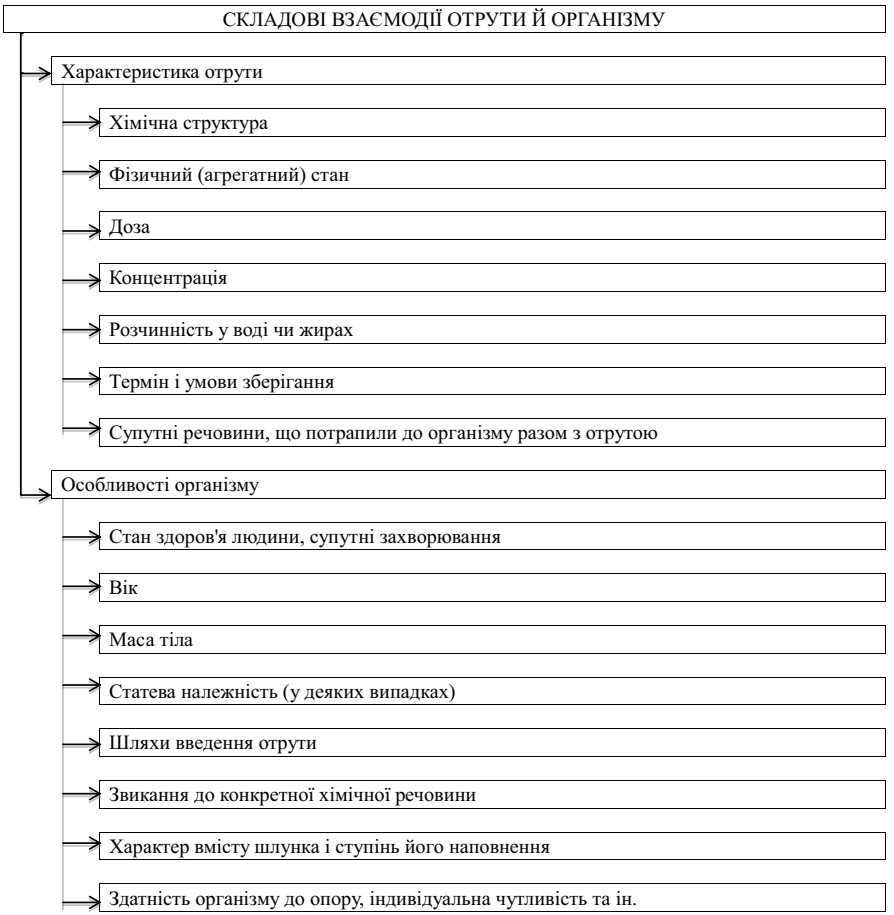

СКЛАДОВІ ВЗАЄМОДІЇ ОТРУТИ Й ОРГАНІЗМУ
Характеристика отрути
Хімічна структура
Фізичний (агрегатний) стан
Доза
Концентрація
Розчинність у воді чи жирах
Термін і умови зберігання
Супутні речовини, що потрапили до організму разом з отрутою
Особливості організму
Стан здоров'я людини, супутні захворювання
Вік
Маса тіла
Статева належність (у деяких випадках)
Шляхи введення отрути
Звикання до конкретної хімічної речовини
Характер вмісту шлунка і ступінь його наповнення
Здатність організму до опору, індивідуальна чутливість та ін.

Схема 5.3

ПИТАННЯ, ЩО МОЖУТЬ БУТИ ПОСТАВЛЕНІ НА ВИРІШЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОМУ ЕКСПЕРТУ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ТРУПА З ПІДОЗРОЮ НА СМЕРТЬ ВІД ОТРУЄННЯ

- Від якої саме отрути настала смерть?
- Яким шляхом отрута введена (через рот, легені, не ушкоджену шкіру чи ін'єкцією) та у якому вигляді (порошок або таблетки, рідина, розчин, газ)?
- Яким способом отрута могла потрапити до організму (з їжею, напоями, як ліки або як протиотрута)?
- Яка концентрація (доза) отрути в організмі? Одночасно вирішується питання: чи не мав потерпілий підвищеної чутливості або, навпаки, звикання до отрути?
- Як швидко настала смерть після введення отрути?
- Якщо отрута виявлена у трупному матеріалі, то чи не потрапила вона в тканини після смерті?
- Застосована отрута з метою самогубства чи вбивства або потрапила до організму випадково (нещасний випадок)?
- Якщо смерть не настала, то як отрута вплинула на розлад здоров'я і втрату працездатності?

Тема №6.

ВЧЕННЯ ПРО СМЕРТЬ. СУДОВО-МЕДИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРУПА.

Смерть є неминучим закономірним закінченням індивідуального існування кожного живого організму. Тривалість переходу від життя до смерті – вмирання, може коливатися в широких межах. В одних випадках смерть може настати дуже швидко, протягом декількох хвилин, секунд (страти – електрокрісло, постріл, відсічення голови тощо), в інших десятки секунд, хвилин, годин. Реанімаційні заходи можуть продовжити вмирання на декілька днів, або навіть тижнів.

Наука, яка займається вивченням питань смерті і вмирання називається танатологія (від грец. Танатос – смерть). Вчення про термінальні стани.

6.1. Поняття вмирання та смерті. Класифікація смерті та її ознаки.

1.**Початковий етап вмирання** – передагональний стан, різко виражені розлади гемодинаміки, дихання, які призводять до розвитку тканинної гіпоксії.

2. **Термальна пауза** – раптова зупинка дихання, рідше пригнічення діяльності серця, припинення біоелектричної активності головного мозку, згасання рогівкових рефлексів.

3**. Агонія** (боротьба) – останній спалах боротьби організму за життя, триває від декількох хвилин до пів-години та більше. Підбувається виключення функцій головного мозку, свідомість втрачається і може поновлюватись лише на короткі періоди. Одночасно відмічається активність центрів продовгуваного мозку, що супроводжується короткочасним посиленням дихання і кровообігу.

Після термальної паузи – поява першого вдоху. Агональне дихання різко відрізняється від звичайного: в процесі дихання приймає участь вся дихальна система, в тому числі і допоміжна мускулатура (м’язи шиї, рота). Серцебиття в

період агонії частішає, рівень АТ становить до 30-40 мм. рт. ст., що природно не забезпечує нормальної життєдіяльності мозку.

Різко змінюється зовнішній вигляд вмираючого: обличчя стає блідим, земляним, ніс загострений, очні яблука западають, рогівка втрачає свій блиск, привідкривається рот. В кінці агонії припиняється дихання, а серцебиття ще деякий час продовжується. Первинна зупинка серця спостерігається рідко.

4**. Клінічна смерть** (мнима і реальна смерть). На цьому етапі організм як ціле вже не живе, життєдіяльність окремих тканин і органів зберігається, незворотні зміни в них ще не наступають. Тому при наданні медичної допомоги людині, яка знаходиться в стані клінічної смерті, інколи вдається повернути життя.

Тривалість клінічної смерті визначається часом функціонування кори головного мозку при відсутності кровообігу і дихання. В середньому цей час не перевищує 3-6 хв. На тривалість клінічної смерті впливають багато факторів: тривалість вмирання, наявність важкого виснажуючого захворювання, вік вмираючого і т.д.

5. Останнім етапом вмирання є **біологічна смерть**, яка являє незворотний стан. В різних тканинах і органах незворотні зміни розвиваються не одночасно. Раніше за все вони наступають в корі головного мозку.

6**. Клітинна смерть** – відрізок часу від моменту наступлення смерті організму як цілого до остаточної загибелі окремих органів і тканин (до 20 год).

Смерть класифікують як:

- насильницьку – наступає від різних дій зовнішнього середовища;

- ненасильницька – наступає від захворювань (вроджених, патологічних змін), від старіння, від фізичного або психологічного недорозвитку.

Констатація смерті відбувається за наступними ознаками:

1. Орієнтуючі ознаки (ймовірні):

- нерухоме положення тіла;

- блідість шкірних покривів;

- відсутність свідомості, дихання, пульсу, серцебиття;

- відсутність реакції на больові, тактильні, нюхові подразники;

- відсутність реакції зіниці на світло.

2. Достовірно визначені ознаки:

- наявність трупних плям;

- наявність трупного заклякання;

- зниження температури тіла нижче 20 градусів;

- висихання рогівки (очного яблука);

- ознака Бєлозєрова (зміна форми зіниці при стисканні очного яблука – феномен котячого ока);

- наявність несумісних з життям пошкоджень, які виявлено при зовнішньому обстеженні.

6.2. Трупні зміни. Визначення давності настання смерті.

Трупні зміни поділяються на:

Ранні: трупні плями, трупне заклякання, охолодження трупа, висихання та аутоліз.

Пізні:

- руйнуючі: гниття, пошкодження, руйнування;

- консервуючі: муміфікація, жировіск, торф'яне дублення.

Ранні трупні зміни.

Трупні плями.

При припиненні серцевої діяльності, коли АТ падає до 0, під дією сили тяжіння кров частково стікає у найнижче розташовані частини тіла. Локалізація трупних плям залежить від положення тіла. У їх розвитку є 3 стадії:

1. Гіпостаз (стікання), коли пляма зникає при натискуванні, тоді від 1,5-2 до 8-12 годин плями можуть переміщатися.

2. Стаз (зупинка), коли плями поступово втрачають можливість переміщатися, вже не зникають, а лише бліднуть (від 8-12 до 24-36 год. після настання смерті).

3) Імбібіція (просочування), коли плями не переміщаються, не зникають, не бліднуть.

Трупне заклякання.

Зразу після смерті тіло спочатку розслабляється, всі м'язи стають м'якими, руки в суглобах легко застигають в нових положеннях. Через деякий час м'язи трупа починають самовільно ущільнюватися, тверднути, суглоби стають важко рухомі. Задубіння, як правило, з'являється через 1-3 год. після смерті. Спочатку дубіють м'язи обличчя, потім – шия, тулуб, верхні і нижні кінцівки. Через 5-6 годин після смерті трупне задубіння охоплює всі групи скелетних м'язів, а до кінця доби досягає максимуму і зберігається у такому вигляді декілька днів, після чого починається самовільне поступове знищення.

Охолодження трупа.

Дистальні відділи кінцівок можуть охолоджуватись вже в агональному періоді, коли відбуваються розлади кровообігу і зменшення процесу тепловіддачі і таплоутворення. Після смерті і пов'язаних з нею реакціями, які супроводжуються виділенням тепла, починається охолодження трупа. Швидкість охолодження залежить від багатьох екзо- і ендогенних факторів: маси тіла покійного, характеру його одягу, температури тіла перед смерттю, температури і вологості оточуючого середовища, властивостей поверхні на якій лежить труп тощо. При температурі нижче 0 градусів трупне заклякання переходить в замерзання. Інколи температура тіла може навіть підніматися (в перші години).

Охолодження починається на відкритих ділянках тіла – на обличчі і кистях рук. Вони стають холоднішими вже через 1-2 год. після смерті. Через 4-5 год. можна визначити охолодження частин тіла, прикритих одягом. Вважається, що труп одягненої людини при температурі 18 градусів охолоджується із швидкістю 1 градус за годину, і до кінця доби його температура зрівняється із температурою навколишнього середовища.

Трупне висихання.

Посмертна зміна, що пов'язана з випаровуванням вологи з поверхні тіла. В першу чергу висихають ті органи, які при житті бувають вологими (червона облямівка, слизова оболонка губ, рогівки та кон'юктива очей), або ділянки ушкодженої і втратившої верхній шар епідермісу шкіри (садно, рана,

странгуляційна борозна). Час появи та виявлення трупного заклякання залежить від температури та вологості навколишнього середовища, а також від інших причин.

Найшвидше висихає рогівка, особливо якщо очі відкриті, вже через 2-3 год. помітне помутніння, на кон'юктиві виділяються плями жовто-бурого кольору (плями Ляршe). В кінці першої, початку другої доби висушені ділянки шкіри значно ущільнюються і набувають червоно-бурого, або жовто-бурого кольору.

Завдяки процесу висихання, навіть незначні ушкодження, які погано видно в найближчі після смерті години, стають добре помітними. Висихають не тільки прижиттєві, а й післясмертні пошкодження – за рахунок щільності.

Аутоліз.

Активна діяльність внутріклітинних та інших ферментів організму не припиняється відразу після смерті і може призводити до аутолітичних змін деяких внутрішніх органів. Найбільш уразливі шлунок та підшлункова залоза. Також відбувається самоперетравлювання слизової оболонки.

Пізні трупні зміни.

Гниття – це складний комплекс процесів розкладання трупа, який відбувається в результаті життєдіяльності мікроорганізмів, що посилено розмножуються після смерті людини, коли зникають всі захисні імунні бар'єри, котрі стимулювали цей розвиток при житті. В основному, це дія бактерій. Має місце специфічний гнилісний запах, утворений при розпаді білків виділенням сірководню та його похідними.

Перші чіткі прояви гниття трупа можуть мати місце через добу після смерті. Вони проявляються в брудно-зеленому кольорі шкіри хребта. Далі при температурі 20-35 градусів гниття поширюється на тулуб, голову, кінцівки, і другого тижня захоплює всю поверхню шкіри трупа. В результаті утворення великої кількості гнилісних газів, труп розкладається, риси його обличчя змінюються. Всі трупи на цій стадії набувають однаковий вигляд, що затрудняє їх розпізнавання. Через трансуації рідини приблизно на 4-6 добу після смерті починають утворюватися міхурі, наповнені смердючим запахом і вмістом.

Різке здуття трупа може призвести до розривів одягу, місцями тріскається і шкіра, симулюючи інколи ушкодження. Підвищення внутрішньочеревного тиску може призвести до розриву черева у вагітних жінок.

Одночасно із зовнішніми проявами гниття відбувається розклад внутрішніх органів. Найшвидше руйнується головний мозок, який перетворюється в зелену безструктурну масу, далі шкірні покрови та місцеві тканини. Труп зменшується в розмірах, відбувається повне знищення м'яких тканин, скелет покривається брудною липкою масою. За сприятливих умов труп на поверхні землі розкладається за 3-4 місяці, повільніше у воді, ще повільніше в землі.

Гниття зупиняється при 0 і 55 градусів, різко зменшується при 0 і 10 градусах. Зимою лише через декілька тижнів будуть ознаки гниття.

Муміфікація. При захороненні в сухому піщаному ґрунті чи в гробівцях, при находженні трупа влітку на горищах та в інших подібних місцях при достатній вентиляції та сухому і теплому повітрі процеси гниття швидше зупиняються, і труп муміфікується. Він висихає, м'які частини його стають твердими, шкірні покриви набувають буровато-коричневого забарвлення, інколи чорний відтінок, його маса швидко зменшується. Швидко висихають трупи дітей та виснажених осіб.

Жировіск. Якщо труп потрапляє в холодну воду або у вологий глиняний ґрунт, то гниття зупиняється і через деякий час починається перетворення м'яких тканин трупа в жировіск – розклад жирів на гліцерин та жирні кислоти, а останні, вступаючи в реакцію з солями калію і натрію, які є у воді або в грунті, утворюють тверді нерозчинні у воді мила. Утворюється тверда, однорідна щільна аморфна маса сіро-рожевого або сіро-жовтого кольору, яка виділяє неприємний запах. Починаючи вже через 2-3 місяці після потрапляння трупа у відповідні умови, потрібен приблизно один рік для його перетворення.

Торф'яне дублення. У воді з торф'ячних боліт розчинена велика кількість гумусових кислот та інших дубильних речовин. Труп під їхньою дією немовби дубиться, шкірні покриви ущільнюються і набувають темно-

коричневого забарвлення. Внутрішні органи різко зменшуються у розмірах, кістки стають м'якими. Труп в такому стані зберігається багато років.

Інші види природної консервації трупа:

- при низькій температурі,

- при потраплянні у воду з високою концентрацією солей,

- при потраплянні у нафту та інші речовини з консервуючими властивостями,

- замерзлі трупи, що зберігаються невизначено довгий період часу.

Можливі пошкодження трупів термітами, птахами , комахами, гризунами та ін.

Післясмертні періоди змін трупа.

1)Період мікробного розкладання - від моменту смерті до гнилісної емфіземи (1-2 доби до 1,5 місяця):

- «свіжого трупа» - до розвитку ранніх трупних змін,

- ранніх трупних змін – до 2-3 доби,

- ранніх гнилісних змін – поява трупної зелені, та гнилі,

- гнилісного вздуття трупа.

2) Період активного розкладання трупа комахами (15-20 діб, до 2 місяців):

- раннього руйнування м'яких тканин - до 30 діб,

- пізнього руйнування м'яких тканин від 30-45 до 45-60 діб.

3) Неповного скелетування (до кінця теплого періоду року).

4) Повного скелетування (5-10 років):

- руйнування органічних речовин кісток,

- руйнування мінеральної основи кісток (5-10 років).

Визначення давності настання смерті.

Перебіг післясмертельних процесів дозволяє визначити давність настання смерті, тобто періоду між часом настання смерті та часом дослідження трупа. При цьому враховують як динаміку трупних явищ, так і результати лабораторних досліджень тканин, органів і рідин трупів, які дають можливість об'єктивувати експертні висновки.

Насамперед давність настання смерті можна визначити за динамікою трупних змін: вимірюванням температури тіла, дослідженням трупних плям, трупного заклякання (відбувається менше 2-4 год, або більше 3 діб).

Для визначення давності настання смерті можуть бути застосовні також Суправітальні реакції (тканинна смерть). М'язи та інші тканини можуть реагувати і після настання смерті - електрична активність до 12-14 годин, подразнення хімічними засобами до 24год. Проводять дослідження вмісту травного каналу. Імовірну давність настання смерті можна визначити і за наповненням сечового міхура, а також за допомогою лабораторних біохімічних досліджень органів і тканин трупа.

6.3. Судово-медична експертиза трупа.

СМЕ трупа є найважливішим і найбільш відповідальним видом експертної діяльності, який потребує з'ясування найрізноманітніших питань, пов'язаних із смерттю людини. Вона проводиться з дотриманням норм передбачених КПК України, а також спеціальними "Правилами проведення судово-медичної експертизи (дослідження) трупів у бюро судово-медичної експертизи, затвердженими МОЗ України (Наказ №6 від 17 січня 1996 року).

Судово-медичний розтин трупа проводиться на підставі письмової вимоги - постанови або направлення правоохоронних органів. Такому розтину підлягають трупи осіб (частини трупів), що померли насильною смертю, раптово або за нез'ясованих обставин, після будь-яких травм, отруєнь, трупи новонароджених, смерть яких настала за межами медичних закладів, невстановлених осіб а також у випадках надходження в слідчі органи заяви щодо неправильних дій медичних працівників, внаслідок якої настала смерть хворого.

Розрізняють два види розтину трупів: патологоанатомічний та судово-медичний. Патологоанатомічному розтину за призначенням головного лікаря підлягають трупи осіб, які померли в стаціонарах. Під час його проведення потрібно підтвердити клінічно встановлену причину смерті, її генез, зіставити

морфологічний і клінічний діагноз, виявити можливі дефекти або недоліки діагностики та лікування, які надалі розглядатимуться на клінічно-патологоанатомічних конференціях лікувального закладу. Результати патологоанатомічного розтину фіксуються в «протоколі розтину» який закінчується клінічно-патологічним висновком. Як правило, під час розтину присутній лікуючий лікар. Якщо при розтині виявлено ознаки насильної смерті, то розтин негайно припиняється і надалі його має проводити судово-медичний експерт.

Судово-медичний розтин в усіх перелічених випадках є обов'язковим і передбачає розв'язання ширшого кола питань: встановлення причин смерті, часу її настання, визначення характеру травми, її механізму, зажиттєвості і давності нанесення, наявності та ступеня алкогольного сп'яніння, можливості дій після отримання травми. Різноманітні питання виникають при дослідження трупів новонароджених, а також розчленованих і скелетованих осіб.

При наявності постанови про призначення СМЕ трупів БСМЕ надає «висновок експерта», а у разі направлення слідчих органів - «Акт судово-медичного дослідження трупа».

СМЕ трупа проводиться у відділі СМЕ трупів БСМЕ. Розтин проводять удень при достатньому природному освітленні, експертизу бажано проводити в присутності представників слідчих органів, які її призначили. Присутність сторонніх осіб забороняється.

Експертизу трупа проводить, як правило один експерт. Однак, при значному обсязі експертного дослідження, експертизі трупів іноземних громадян, первинній експертизі ексгумованого трупа, що раніше не був підданий розтину, а також у разі повторної експертизи, розтин можуть проводити два або більше експертів.

Порядок експертизи трупа передбачає ознайомлення з постановою про її призначення, з'ясування питань, які поставлені слідчим, вивчення медичної документації, ознайомлення з протоколом огляду трупа на місці події.

Повна судово-медична експертиза трупа охоплює його зовнішнє і внутрішнє дослідження, а також проведення різних додаткових лабораторних

досліджень: гістологічних, мікроскопічних, бактеріологічних, токсикологічних, імунологічних, цитологічних, медико-криміналістичних та ін.

При дослідження трупів невідомих осіб, що нерідко зустрічається в судово-медичній практиці, найважливішим питанням, що постає перед органами слідства, є впізнання особи, якій належить труп. У зв'язку з цим, судово-медичний експерт повинен підпорядкувати весь процес дослідження цій меті.

Під час судово-медичного дослідження трупа невідомої особи, не тільки-з'ясовується причина смерті, наявність і характер тілесних пошкоджень, давність настання смерті, тощо, а й визначаються всі прикмети та особливості померлого, які можуть бути використані для встановлення його особи.

У процесі дослідження трупа невідомої особи судово-медичний експерт складає "упізнавальну карту", де відображає всі прикметні особливості трупа.

Важливе значення для впізнання особи має складання словесного портрету і фотографування трупа, яке проводиться за правилами аналітичної фотографії (всього трупа, а також його обличчя в трьох позиціях : фас, лівий і правий профіль). Якщо на обличчі виявляються пошкодження або забруднення, то їх перед фотографуванням усувають, зашивають рани, змивають кров і реставрують обличчя.

Представниками органів слідства проводиться дактилоскопія трупа, для встановлення якої судово-медичний експерт, проводить підготовку пальців рук.

При дослідженні трупа невідомої особи визначають:

- антропологічний тип,
- деякі антропологічні показники (довжина тіла, окружність голови, довжина ступні),
- можливий вік,
- статуру (середня, атлетична, кремезна, слабка),
- характерні прикмети (татуювання, сліди операцій, фізичні вади, ампутації). При наявності татуювання необхідно його описати, вказати його локалізацію, колір, зміст, і сфотографувати.

Складають зубну формулу, в якій описують стан зубів та їх кількість, яких з них немає, наявність пломб, коронок, вставних щелеп, характер прикусу. Для впізнання особи стоматологічний статус має особливе значення, оскільки він не піддається впливові зовнішніх чинників і може бути використаний при дослідженні трупів, які перебувають у стадії розкладу, скелетування, тощо.

Усі особливості виявлені під час дослідження трупа, його індивідуальні ознаки мають виняткове значення для встановлення особи невідомої померлої людини тільки у разі їх зіставлення з показаннями свідків, родичів, даними медичної документації, а також з результатами деяких специфічних досліджень, наприклад молекулярно-генетичного дослідження крові чи тканин.

6.4. Судово-медична експертиза при раптовій смерті

Судово-медичному дослідженню підлягають не лише трупи, які померли насильною смертю, а й ненасильною. Ненасильна смерть за родом є раптовою (наглою). На відміну від насильної смерті вона завжди настає внаслідок будь-яких хвороб: органів кровообігу, ЦНС, дихальної, травної, сечової, статевої систем, а також у період вагітності та під час пологів. За темпом вмирання розрізняють смерть яка настає раптово і миттєво. За визначенням ВООЗ раптовою слід вважати таку смерть, яка настає несподівано, протягом 6 год. у практично здорової людини або у хворого, який був у задовільному стані. Тобто раптово може вмерти і хвора людина в разі загострення перебігу хвороби, і практично здорова, хвороба якої була невідомою. У цих випадках смерть є несподіваною, раптовою.

Раптова смерть має такі ознаки:

1) Усі хвороби, які призводять до смерті мають прихований або нетиповий перебіг. Людина не звертає уваги на незначні клінічні симптоми хвороби і вважає себе цілком здоровою. Щодо хворого, то цей стан перед смертю не викликає занепокоєння.

2) Настає протягом кількох годин або хвилин, і тому є несподіваною, раптовою для оточуючих. Вона може настати за будь-яких обставин і умов - у квартирі, на робочому місці, в транспорті.

Враховуючи те, що обставини раптової смерті невідомі, і вона схожа на насильну, трупи таких померлих підлягають обов'язковому судово-медичному дослідженню.

Під час розтину трупа необхідно встановити ознаки насильної смерті, встановити її причину та патогенез, і вплив певних чинників навколишнього середовища на її настання.

Іноді раптова смерть може настати внаслідок загострення перебігу хвороби, діагноз якої був відомий лікарю. При цьому лікар певний час спостерігав хворого і дані про динаміку розвитку хвороби відмічав у медичній картці стаціонарного хворого. У лікаря ніяких сумнівів щодо причин смерті немє і він видає "лікарське свідоцтво про смерть".

Проте, якщо смерть настає при відсутності рідних чи знайомих, а характер хвороби і стан здоров'я хворого до смерті невідомі, та лікар, який оглядає труп і констатує смерть, труп обов'язково підлягає судово-медичному дослідженню.

Вплив чинників ризику на настання раптової смерті:

- під час або після фізичного навантаження – гостре фізичне переваження,
- внаслідок психоемоційного напруження,
- алкогольне сп'яніння,
- нікотинова інтоксикація,
- різні метеорологічні чинники: швидка зміна кліматичних умов, різкі коливання атмосферного тиску, температури повітря, швидкості вітру, інтенсивності сонячної активності, ритми навколишнього середовища,
- неправильне і надмірне харчування, малорухливе життя, урбанізація та зміни навколишнього середовища.

Таким чином, розглянуті питання є нерозривно пов'язані як між собою, так і з тактикою розкриття вбивств, статевих злочинів, розкриття заподіянь тілесних ушкоджень, що становлять основу частин розділів кримінального

кодексу України "Злочини проти життя, здоров'я особи" та "Злочини проти волі, честі, гідності особи".

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте стани вмирання.
2. Які орієнтуючі та достовірні ознаки смерті?
3. Які трупні зміни відносяться до ранніх, їх ознаки.
4. Що таке пізні трупні зміни та їх ознаки.
5. Як визначають давність настання смерті?
6. Які ознаки раптової смерті?
7. Що таке паталогоанатомічний та судово-медичний розтин трупа?

Теми рефератів

1. Класифікація та ознаки смерті.
2. Визначення давності настання смерті.
3. Порядок проведення судово-медичної експертизи трупа.
4. Екзгумація трупа та порядок її проведення.
5. Особливості судово-медичної експертизи при раптовій смерті.

Додатки

Схема 6.1

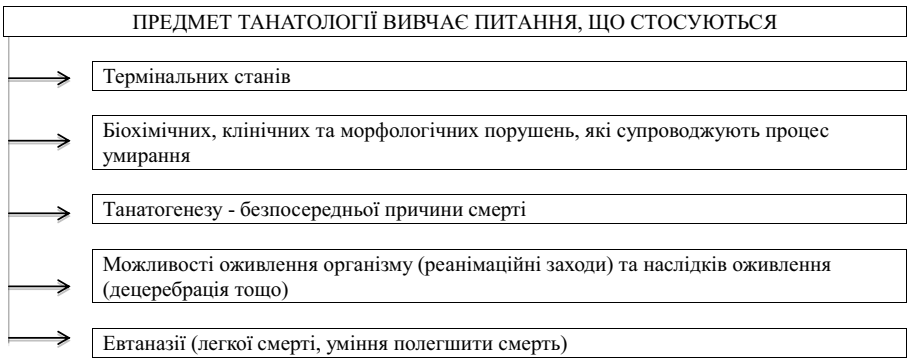


Схема 6.2

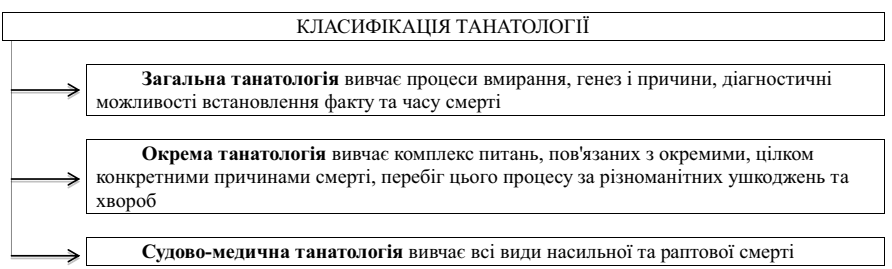


Схема 6.3

ПРИВОДИ ДЛЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТРУПІВ

- Насильна (травматична) смерть чи при підозрі на неї
- Рантова смерть людини, коли лікар медичної установи відмовляється видати «Лікарське свідоцтво про смерть»
- Смерть людини в стаціонарі, коли діагноз не було встановлено
- Смерть в стаціонарі невідомої людини, навіть при встановленому діагнозі
- Смерть пацієнта в стаціонарі від захворювання із встановленим діагнозом, якщо з приводу його смерті до правоохоронних органів надійшли заяви про невідповідне лікування
- Смерть новонародженого або плоду (зазвичай народжених поза стаціонаром)

Схема 6.4

ПИТАННЯ, ЯКІ ПОВИННІ БУТИ ВИРІШЕНІ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ (ДОСЛІДЖЕННЯ) ТРУПА

- Коли і від чого настала смерть?
- Чи мала місце насильна смерть?
- Який механізм спричинення ушкоджень?
- Чи є ознаки, за допомогою яких можна встановити характер та особливості зброї або інших знарядь, що спричинили травму?
- Чи дозволяє характер травм мотивовано стверджувати про наявність дії певних (фізичних, хімічних, біологічних тощо) чинників зовнішнього середовища?
- Чи можна, враховуючи характер ушкоджень, довести факт спричинення чи неспричинения їх власноручно?
- Якщо смерть не насильна, то чи не є причиною її гостра інфекційна хвороба?
- У процесі слідства можуть виникнути й інші запитання, зумовлені специфікою кожного окремого випадку

Тема №7.

СУДОВО-МЕДИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИВОЇ ЛЮДИНИ.

Судово-медична експертиза живих осіб (потерпілих, звинувачених та інших осіб) проводиться найчастіше у судово-медичній практиці і становить близько 70-80% випадків експертиз.

Згідно з існуючим законодавством в Україні будь-який за фахом лікар незалежно від його посади може бути залучений слідчим суддею або судом для виконання експертних функцій.

7.1.Загальні положення судово-медичної експертизи живих осіб.

Приводи для проведення СМЕ живих осіб :

I. Експертиза при тілесних ушкодженнях для встановлення:

- їх наявності, особливостей і ступеня тяжкості;
- ступеня втрати загальної і професійної працездатності;
- стану здоров'я : симуляції, дисимуляції, штучних хвороб і само пошкодження;
- виявлення рубців як наслідків пошкодження чи хвороб.

II. Експертиза при неясних статевих станах для встановлення :

- статі;
- статевої зрілості;
- статевої недоторканості;
- перших статевих зносинах у чоловіків і жінок;
- ознак вагітності, пологів, аборту, передчасних родів;
- статевої репродуктивної функції у чоловіків і жінок.

III. Експертиза при статевих злочинах для встановлення факту :

- насильного статевого акту та характеру і механізму виникнення пошкоджень при його скоєнні (ст.152 ККУ);
- насильного статевого акту в спотвореній формі (ст.153 ККУ);

- розбещу вальних дій щодо неповнолітніх (ст. 156 ККУ);

- статевих зносин із особами, які не досягли статевої зрілості (ст. 155 ККУ);

- при насильному мужолозтві;

- зараження венеричною хворобою, СНІДом (ВІЛ – інфікування) (ст. 133, 130 ККУ).

IV. Експертиза з інших приводів :

- для встановлення віку ;

- при ототожнюванні (ідентифікації) особи;

- в разі спірного батьківства і підміні дітей;

- для встановлення факту алкогольного та/або наркотичного сп'яніння.

Порядок проведення експертизи потерпілих, звинувачуваних та інших осіб регламентується кримінальним, цивільним і кримінальним процесуальним законодавством країни, а також деякими нормативними актами судово-медичної експертизи.

СМЕ проводять на підставі постанови органів слідства або ухвали суду. В більшості випадків експертиза або обстеження проводиться в бюро СМЕ, інколи на базі районних лікувальних установ, в окремих випадках в приміщенні суду, кімнаті слідчого, місцях позбавлення волі. Як виняток експертиза може бути проведена вдома у потерпілого в присутності представника органу слідства. Категорично забороняється проведення її вдома у лікаря.

Найчастіше експертиза живих осіб проводиться одним лікарем, який робить необхідні дослідження і надає висновок. В особливо складних випадках – комісією лікарів. Нерідко для проведення спеціальних досліджень або ж вирішення питань, пов'язаних із вузькою медичною спеціалізацією, експерт звертається за допомогою до експертів фахівців.

Під час проведення експертизи рекомендована така послідовність дій:

1) ознайомлення з обставинами справи;

2) вивчення медичних документів;

3) опитування обстежуваного зі збиранням анамнезу;

4) огляд обстежуваного;

5) проведення спеціальних досліджень;

6) складання експертного документа.

7.2. Судово-медична експертиза для встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.

Встановлення ступеня тяжкості тілесних пошкоджень є найчастішим приводом для експертизи живих осіб.

Судово-медичне визначення ступеня тяжкості тілесних пошкоджень проводиться згідно з Кримінальним і Кримінальним-процесуальним кодексами України, а також “ Правилами судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних пошкоджень”, затверджених Міністерством охорони здоров’я України, узгоджених із Верховним судом України, Генеральною прокуратурою, Службою безпеки та Міністерством внутрішніх справ України.

У статтях Кримінального кодексу наведені кваліфікаційні юридичні ознаки тілесних пошкоджень різного ступеня тяжкості, а “ Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних пошкоджень” містять критерії цих оцінок.

Згідно ст. 121 ККУ навмисне тяжке тілесне пошкодження - це пошкодження, небезпечне для життя в момент заподіяння, або таке, що спричинило втрату будь-якого органа або його функцій, психічну хворобу або інший розлад здоров’я, поєднаний із стійкою втратою працездатності не менше ніж на одну третину, або переривання вагітності чи непоправне спотворення обличчя

До небезпечних в момент заподіяння для життя пошкоджень відносяться:

1. Пошкодження, що проникають у порожнину черепа, в тому числі і без травмування головного мозку.

2. Відкриті і закриті переломи кісток склепіння та основи черепа за винятком переломів кісток лицевого скелета та ізольованої тріщини тільки зовнішньої пластинки склепіння черепа.

3. Забій головного мозку тяжкого ступеня (як зі стисканням головного мозку, так і без нього) або середньої тяжкості за наявності симптомів ураження його стовбурового відділу.

4. Ізольовані внутрішньочерепні крововиливи за наявності загрозливих для життя станів.

5. Пошкодження, що проникають у канал хребта, в тому числі й без травмування спинного мозку та його оболонок.

6. Переломи-вивихи і переломи тіл чи обох дуг шийних хребців, односторонні переломи дуг, I або II шийних хребців, а також переломи зубоподібного відростка II шийного хребця, в тому числі без порушення функції спинного мозку.

7. Підвивихи шийних хребців за наявності загрозливих для життя станів, а також їх вивихи.

8. Закриті пошкодження спинного мозку у шийному відділі.

9. Перелом чи переломовивих одного або кількох грудних чи поперекових хребців із порушенням функції спинного мозку або наявністю клінічно встановленого шоку тяжкого ступеня.

10. Закриті пошкодження грудних, поперекових і крижових сегментів спинного мозку, які супроводжувались тяжким спінальним шоком чи порушенням функцій тазових органів.

11. Ушкодження з повним (усіх шарів) порушенням цілості стінки глотки, гортані, трахеї, головних бронхів, стравоходу, незалежно від того чи з боку шкірних покривів, чи слизової оболонки (просвіту органа) вони заподіяні.

12. Закриті переломи під'язикової кістки, закриті і відкриті пошкодження ендокринних залоз в ділянці шиї (щитовидної, прищитовидної, загрудинної у дітей) - за наявності загрозливих для життя станів.

13. Поранення грудної клітки, які проникли в порожнину плеври, перикарду, в тому числі і без пошкодження внутрішніх органів.

14. Пошкодження ділянки живота з проникненням у черевну порожнину, в тому числі і без пошкодження внутрішніх органів: відкриті пошкодження внутрішніх органів, розташованих у заочеревинному просторі (нирок,

надниркових залоз, підшлункової залози) і в порожнині таза (сечовий міхур, матка, яєчники, передміхурова залоза, верхній і середній відділи прямої кишки, перетинкова частина сечівника).

15. Закриті пошкодження органів грудної, черевної порожнини, заочеревинного простору, порожнини таза - за наявності загрозливих для життя станів.

16. Відкриті переломи діафіза (тіла) плечової, стегнової і великогомілкової кісток.

17. Переломи кісток таза за наявності загрозливих для життя станів.

18. Пошкодження, що спричинили шок тяжкого ступеня, масивну крововтрату, кому, гостру недостатність нирок, печінки, гостру недостатність дихання, кровообігу, гормональні розлади, гостре порушення регіонарного і органного кровообігу, жирову чи газову емболію. Усі вони мають бути підтверджені об'єктивними клінічними даними, результатами лабораторних та інструментальних досліджень.

19. Пошкодження великих кровоносних судин: аорти, сонної (загальної, внутрішньої, зовнішньої), підключичної, пахвової, плечової, клубової, стегнової, підколінної артерії чи вен, що їх супроводжують.

20. Загальна дія високої температури (тепловий і сонячний удар) - за наявності загрозливих для життя проявів, термічні опіки III-IV ступеня з площею ураження понад 15% поверхні тіла; опіки III ступеня - понад 20% поверхні тіла; опіки II ступеня - понад 30% поверхні тіла, а також опіки меншої площі, що супроводжувались шоком тяжкого ступеня; опіки дихальних шляхів за наявності загрозливих для життя станів.

21. Пошкодження від дії низької температури, променеві пошкодження і такі, що виникли внаслідок баротравми, -за наявності загрозливих для життя станів.

22. Отруєння речовинами будь-якого походження з переважною як місцевою, так і загальною дією (в тому числі і харчові токсикоінфекції) за умови, що в клінічному перебігу мали місце загрозливі для життя стани.

23. Усі види механічної асфіксії, що супроводжувались комплексом розладів функції центральної нервової системи, органів кровообігу і дихання, які загрожували життю за умови, що це встановлено об'єктивними клінічними даними.

Незагрозливі для життя пошкодження, що належать до тяжких за кінцевим результатом і наслідками:

1. Втрата будь-якого органа (або частини тіла) чи втрата органом його функції (зору, слуху, мовлення, функції кінцівки, статевої репродуктивної здатності).

2. Розлад здоров'я пов'язаний із стійкою втратою працездатності не менш ніж на 1/3.

3. Переривання вагітності – тобто пошкодження, що призводять до переривання вагітності незалежно від її терміну, належать до тяжких за умови, що між ними і перериванням вагітності є причинний зв'язок. Експертиза проводиться комісійно з обов'язковим залученням лікаря акушера -гінеколога.

4. Непоправне спотворювання обличчя. Судово - медичний експерт не кваліфікує пошкодження обличчя як спотворювання, оскільки це поняття не є медичним. Він визначає вид ушкодження, встановлює, чи є це ушкодження непоправне.

Під згладжуванням ушкодження слід розуміти значне зменшення патологічних змін (рубця, деформації, порушення міміки тощо) з часом, чи під дією нейрохірургічних засобів. Якщо ж для усунення потрібне оперативне втручання (косметична операція), то ушкодження обличчя вважають непоправним.

Згідно ст. 122 ККУ навмисне пошкодження середньої тяжкості це:

1. Відсутність небезпеки для життя.

2. Відсутність наслідків, передбачених кримінальним законодавством щодо тяжких тілесних пошкоджень

3. Тривалий (понад 21 день) розлад здоров'я.

4. Стійка втрата працездатності менше, як на третину.

Згідно ст. 125 ККУ навмисні легкі тілесні ушкодження поділяються на дві підгрупи:

- що спричинили нетривалий розлад здоров'я або нетривалу втрату працездатності;

- без нетривалого розладу здоров'я чи втрати працездатності.

При експертизі тілесних пошкоджень у “ Висновках експерта ” крім ступеня їх тяжкості слід відобразити:

1) характер пошкоджень із медичної точки зору (садно, синець, рана, перелом кістки тощо), їх локалізацію і властивості;

2) вид знаряддя чи засоби, якими могли бути спричинені пошкодження;

3) механізм виникнення пошкоджень;

4) давність (термін) заподіяння пошкоджень.

Ступінь тяжкості тілесних пошкоджень має бути наведений із зазначенням кваліфікаційної ознаки: небезпека для життя, розлад здоров’я, стійка втрата загальної працездатності.

Згідно ст. 126 ККУ побої не становлять особливого виду пошкоджень. Вони характеризуються заподіянням багаторазових ударів. Якщо після побоїв на тілі потерпілого залишились пошкодження, їх оцінюють за ступенем тяжкості, виходячи із звичайних ознак.

Мордування - це дії, що полягають у багаторазовому або тривалому спричиненні болю: щипанні, шмаганні, нанесенні численних, але невеликих пошкоджень тупими чи гострими колючими предметами, дії термічних чинників тощо

Судово-медичний експерт не кваліфікує ушкодження як заподіяння мордування, тому що це не належить до його компетенції. Він повинен у таких випадках встановити наявність, характер, локалізацію, кількість пошкоджень, одночасність їх утворення, особливості предметів, що спричинили пошкодження, механізм їхньої дії, а також ступінь тяжкості пошкоджень.

7.3. Судово-медична експертиза працездатності.

Судово-медична експертиза стійкої втрати працездатності проводиться як по кримінальних, так і по цивільних справах експертними комісіями бюро судово-медичної експертизи.

По кримінальних провадженнях така експертиза проводиться, якщо настала стійка втрата працездатності і слідство потребує встановлення її ступеня для правильної кваліфікації злочину.

У цивільних справах експертиза ступеня втрати професійної працездатності проводиться медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК), а судово-медичними експертизами - в решті випадків. За бажанням членів колективних господарств, яким заподіяно каліцтво або інше ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням ними трудових обов'язків, встановлення ступеня втрати професійної працездатності і потреби в додаткових видах допомоги може проводитись судово-медичною експертизою.

При цьому встановлюється:

1) наявність втрати загальної або професійної працездатності та її ступінь;

2) причинний зв'язок між травмою і теперішнім станом потерпілого.

Крім цього, можливе вирішення питань щодо необхідності протезування, додаткового харчування, стороннього догляду, санаторно-курортного лікування, можливості відповідної трудової діяльності, строків наступного обстеження і т.д.

Експертиза потерпілих проводиться після закінчення всіх видів лікування, коли повністю виявляється кінцевий наслідок травми або хвороби.

Стійка втрата професійної і загальної працездатності встановлюється у відсотках. При розв'язанні цих питань комісії бюро судово-медичної експертизи керуються відповідними інструкціями про встановлення ступеня втрати загальної і професійної працездатності.

7.4. Судово-медична експертиза стану здоров'я.

Судово-медична експертиза стану здоров’я проводиться в таких випадках:

1) при неявці особи за викликом слідчого або суду і відмові дати свідчення через хворобу, наявність якої викликає сумніви;

2) при відмові засудженого працювати і наявності у нього скарг на стан здоров’я;

3) в разі відстрочки виконання вироку при засудженні особи до позбавлення волі, виправно-трудових робіт або інших видів покарання внаслідок тяжкої хвороби до її вилікування,

4) при ухиленні від чергового призову на дійсну військову службу та в інших випадках.

Судово-медична експертиза стану здоров’я проводиться, як правило, комісією за участю лікарів кількох спеціальностей в умовах стаціонарного лікувального закладу.

Під час медичних обстежень, а також проведення судово-медичної експертизи лікарям доводиться стикатися з різного роду обманом обстежуваних щодо їхнього стану здоров’я (симуляція, аггравації, штучні хвороби і самопошкодження).

Симуляція - відтворення неіснуючої хвороби. Може бути навмисною і патологічною. Навмисна симуляція має корисливу мету, а патологічна такої мети не має і може спостерігатися при деяких нервових і психічних хворобах, істерії.

Симуляція може здійснюватись тільки імітацією хвороби або поєднуватись з прийманням деяких нешкідливих для здоров’я речовин. Симулянт - це здорова людина, і, видаючи себе за хворого, не має намірів досягти цього за рахунок розладу здоров’я. Цілком симулювати весь комплекс симптомів хвороби неможливо, а тому симулюються окремі її ознаки

Симуляція може бути:

- функціональних порушень діяльності серця;

- хвороби нирок;

- інших захворювань.

Дисимуляція - це навмисне приховування обстежуваним наявності хвороби або окремих її симптомів з метою введення в оману щодо свого справжнього фізичного, фізіологічного або психічного стану.

Судово-медична експертиза при дисимуляції проводиться в тих випадках, коли вона здійснюється зі злочинною метою і коли щодо особи, яка підозрюється в дисимуляції, відкривається кримінальне провадження.

Аггравація - це перебільшення, посилення проявів наявної хвороби або пошкодження.

Штучні хвороби можуть спричинятися ураженням різних органів і систем. При цьому використовуються методи, які не становлять значної небезпеки для здоров'я і тим більше для життя. Проте в окремих випадках штучні хвороби можуть мати затяжний перебіг і навіть становити небезпеку для життя, внаслідок розвитку сепсису чи інших ускладнень. Типовою локалізацією штучних хвороб шкіри і підшкірної жирової основи є верхні і нижні кінцівки, де найчастіше виявляються дерматит, виразки, абсцеси, пухлини, набряки, короста.

Із штучних хірургічних хвороб найчастіше спостерігаються обмеження рухів, контрактура, а також атрофія м'язів кінцівок, яка може виникати внаслідок навмисної фіксації кінцівок в певному положенні при виключенні функції; також – виразка шлунку, жовтяниця (гепатит).

Штучні хвороби органів зору спричиняються механічними, хімічними, променевими і токсико - алергічними подразниками, які зумовлюють розвиток кон'юнктивіту, кератиту.

Штучні хвороби органів слуху найчастіше спричиняються механічними чинниками - введенням сторонніх тіл у зовнішній слуховий прохід і проколюванням барабанної перетинки.

Самопошкодження (каліцтва членів) досягається шляхом механічного пошкодження. Наявність пошкодження, спосіб його заподіяння і наслідки для здоров'я встановлює судово-медична експертиза, а намір - слідство і суд.

Механічні ушкодження :

- вогнепальне (самострiл),

- при дії тупими предметами,

- гострими предметами,

- транспортними засобами.

Визначення віку.

Вік - це період часу від моменту народження організму до теперішнього або будь-якого іншого моменту. Розрізняють вік хронологічний, або календарний (паспортний) - проміжок від народження до моменту обчислення і біологічний (анатомо-фізіологічний), який характеризує біологічний стан організму. Біологічний вік не завжди відповідає хронологічному, може випереджати його або відставати від нього.

Ознаки віку поділяють на дві групи:

1) росту (розвитку) – ріст, маса, окружність грудної клітини, кістки, зуби,статеві ознаки;

2) старіння (в'янення) – зміни шкіри, волосся, ступінь старіння жувальної поверхні зубів, зміни кісткової системи.

7.5. Судово-медична експертиза при спірних статевих станах і статевих злочинах.

Згідно з Інструкцією про проведення СМЕ (обстежень) з приводу статевих станів, вони проводяться у бюро СМЕ. Коли своєчасне отримання постанови про призначення експертизи неможливе, вона може проводитися за заявою потерпілих, їхніх батьків або законних представників неповнолітніх. Про проведення такого обстеження судово-медичний експерт повинен негайно проінформувати органи слідства (дізнання). В таких випадках дозволяється проведення експертизи обстежуваних без пред'явлення документів, що засвідчують особу. При цьому має бути обов'язковим попереднє фотографування обстежуваних.

Експертиза осіб які не досягли 16 років проводиться при пред'явленні свідоцтва про народження, в присутності батьків або законних представників неповнолітніх, при їх відсутності - педагогів.

Характерною загальною рисою експертизи з приводу статевих станів є збирання спеціального анамнезу, в якому залежно від особливостей випадку має бути наведено певні дані.

Для осіб жіночої статі:

- час настання, особливості і тривалість менструацій, тривалість менструального циклу, дата першого дня останньої менструації;
- початок статевого життя, у тому числі дата останніх статевих зносин;
- кількість вагітностей, кінець кожної з них;
- кількість пологів, їх перебіг, кінець кожних із них, післяпологові хвороби;
- перенесені операції і хвороби, в тому числі менінгіт, енцефаліт, сифіліс, туберкульоз тощо.

Для осіб чоловічої статі:

- період статевого дозрівання, заняття онанізмом, початок статевого життя;
- наявність шкідливих звичок: куріння, вживання алкоголю, наркотичних, снодійних засобів тощо;
- перенесені хвороби, в тому числі венеричні, психічні, туберкульоз, хвороби шлунка і кишок.

Гермафродитизм - вроджена патологія, яка в більшості випадків генетично зумовлена. Розрізняють справжній (наявність у суб’єкта чоловічих і жіночих статевих залоз, спостерігається дуже рідко) і несправжній (при якому в індивідуумів є статеві залози чоловічої або жіночої статі, проте будова зовнішіх статевих органів має ознаки протилежної статі):чоловічий (жіночі є головними зовнішніми), жіночий (чоловічі є головними зовнішніми).

Експертиза встановлення статі проводиться комісією фахівців із залученням ендокринолога, акушера-гінеколога, уролога, андролога, психіатра.

Статева зрілість - це фізіологічний стан розвитку організму, який характеризується здатністю до повного виконання статевих функцій без шкоди

для здоров'я. Під станом статевої зрілості жіночого організму слід розуміти закінчення його формування, коли статевий акт, запліднення, вагітність, пологи і годування дитини є нормальною функцією і не призводять до розладу здоров'я.

При встановленні статевої зрілості обов'язково враховується сукупність ознак розвитку організму обстежуваної особи:

1) загальний фізичний розвиток;
2) розвиток зовнішніх і внутрішніх статевих органів;
3) здатність до статевих зносин;
4) здатність до запліднення;
5) здатність до виношування плода;
6) здатність до пологів;
7) здатність до вигодовування дитини.

Встановлення цілості дівочої пліви, а також ознак злягання має важливе значення при експертизі спірних статевих станів, розслідуванні статевих злочинів, а також злочинів проти гідності особи.

Дівоча пліва є дублікатурою слизової оболонки піхви і розташована при вході до неї. Розрізняють основу, вільний край, який утворює отвір, піхвову (верхню) і зовнішню (нижню) поверхні. В окремих випадках дівоча пліва може бути суцільною. Сперматозоїди можуть виявлятися у піхві протягом 3-7 днів

Встановлення статевої репродуктивної здатності:

1. У чоловіків – можливість статевих зносин і запліднення.

2. У жінок – можливість статевих зносин: зачаття, вагітності, пологів.

Нездатність до статевих зносин може бути зумовлена органічними і функціональними причинами. Нездатність до зачаття (безпліддя) може бути наслідком гінекологічних хвороб, а також ендокринних, хронічних інфекцій, інтоксикацій.

Велике значення має встановлення минулих пологів, абортів, викиднів, штучних пологів. Так, аборт (викидень) може бути:

- самовільний;
- штучний : правомірний (законний)- до 12 тижнів;
- кримінальний (ст.. 134 ККУ) : не в стаціонарній лікувальній установі ;

- при наявності гострих інфекційних захворювань;
- при вагітності 12-28 тижнів;
- в стаціонарі, але без оформлення необхідної медичної документації;
- виконання викидня забороненим способом;
- штучні пологи (більше 28 тижнів).

Отже, метою судово-медичної експертизи живих осіб є встановлення стану здоров'я. Разом з тим, судово-медичному експерту часто доводиться стикатися з ситуаціями, коли людина намагається сфальсифікувати дані щодо своїх ушкоджень чи хвороб. У результаті судово-медичної екпертизи з'ясовується їх наявність чи відсутність та визначається ступінь тяжкості тілесних ушкоджень.

Контрольні питання

1. Що є приводом для проведення судово-медичної експертизи живих осіб?
2. Які, згідно ККУ, є ступені тяжкості тілесних ушкоджень?
3. Хто проводить судово-медичну експертизу працездатності?
4. Основні ознаки симуляції та аггравації?
5. Основні ознаки штучних хвороб і самопошкодження.
6. Що таке спірні статеві стани?

Теми рефератів

1. Правові та організаційні основи судово-медичного дослідження живих осіб.
2. Порядок проведення судово-медичної експертизи для встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.
3. Особливості та порядок проведення судово-медичної експертизи працездатності.
4. Порядок проведення судово-медичної експертизи стану здоров'я.
5. Спірні статеві стани та їх судово-медична експертиза.

Додатки

Схема 7.1

ОСНОВНІ ПІДСТАВИ ЕКСПЕРТИЗИ ЖИВИХ ОСІБ

- Заподіяння тілесних ушкоджень
  Статеві стани та злочини
- Визначення віку
- Сумнівне батьківство, материнство, підміна чи викрадення дітей
- Ототожнення особи
- Встановлення загального стану здоров’я
- Встановлення відсотка втрати працездатності
- Експертиза рубців як наслідків давніх ушкоджень

.

Схема 7.2

Приводи проведення судово-медичної експертизи стану здоров'я

- Заява арештованої людини про неможливість утримування під вартою через поганий стан здоров’я
- Відмова від явки до суду за викликом через незадовільний стан здоров’я
- Відмова призовників від військової служби за станом здоров'я
- Відмова ув'язненого від роботи через “хвороби”
- Ухилення від роботи «за станом здоров'я» злісних неплатників аліментів
- У справах цивільного позову для вирішення питання про необхідність санітарно-курортного лікування чи додаткового харчування

Схема 7.3

КВАЛІФІКАЦІЯ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

- Тяжкі тілесні ушкодження
- Ушкодження середньої тяжкості
- Легкі тілесні ушкодження

Схема 7.4

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА УДАВАНИХ І ШТУЧНИХ ХВОРОБ

Форми удаваних і штучних хвороб	Суть удаваних і штучних хвороб
Симуляція (удавана хвороба)	Зображення симптомів неіснуючого захворювання
Дисимуляція	Приховування наявного захворювання (його симптомів) чи ушкоджень
Аггравація	Перебільшення тяжкості дійсного ушкодження або захворювання, або зменшення фактичних результатів лікування
Дезаггравація	Зменшення симптомів захворювання чи ушкодження або збільшення фактичних результатів лікування
Членоушкодження	Умисне заподіяння шкоди своєму здоров'ю
Штучні хвороби	Хвороби, що умисно спричинюються застосуванням фізичних, хімічних, біологічних чинників або їх комбінацій

Схема 7.5

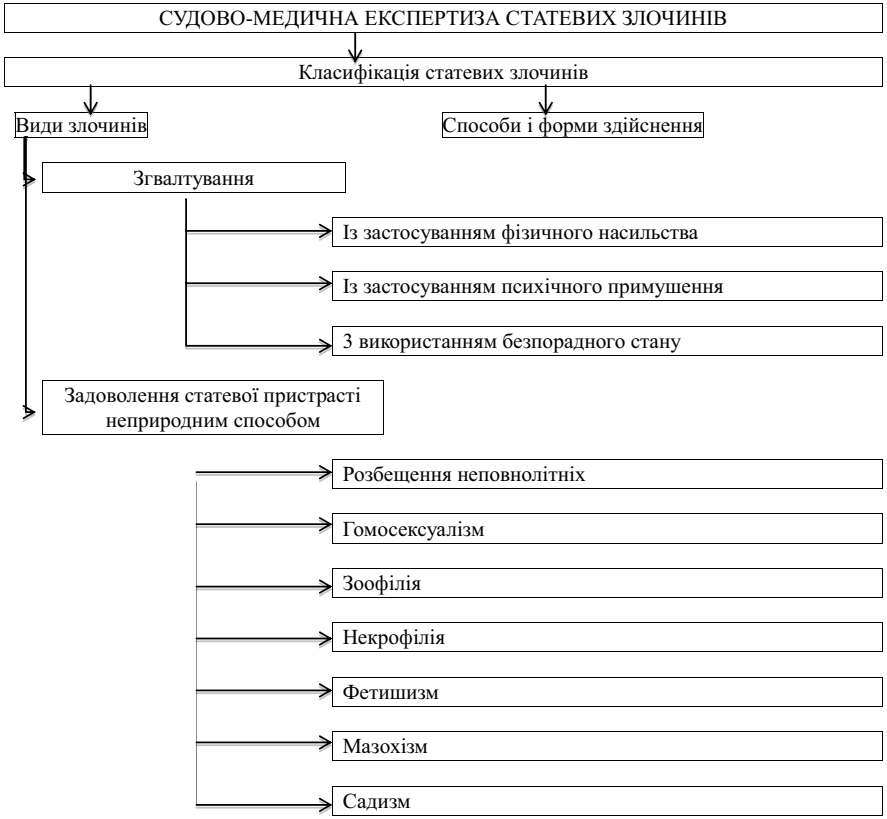
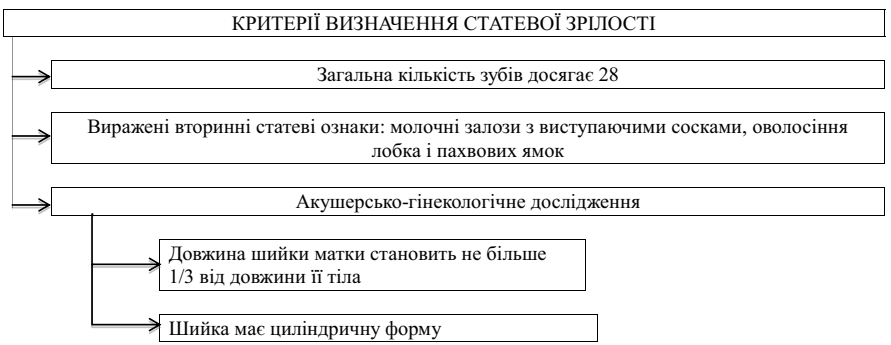


Схема 7.6



Тема №8.
СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА РЕЧОВИХ ДОКАЗІВ.

Одним з об'єктів СМЕ є речові докази. Речовими доказами є предмети, що були знаряддями скоєння злочину і зберегли на ньому свої сліди, або будь-який інший об'єкт злочинних дій, гроші, коштовності та інші речі, нажиті злочинним шляхом, а також усі предмети, що сприятимуть розкриттю злочину і викриванню винних або можуть бути засобами спростування чи пом'якшення відповідальності. Внаслідок різноманітності речові докази підлягають дослідженню різними за фахом експертами.

Об'єктом СМЕ є предмети зі слідами біологічного походження (кров, сперма, слина, виділення з грудних залоз, піхви, піт), частини тканин організму (волосся, нігті, шкіра, м'язові та хрящові тканини) і внутрішні органи.

СМЕ речових доказів виконуються лікарями, які крім загальної судово-медичної підготовки, мають спеціальну теоретичну і практичну підготовку з судово-медичного дослідження речових доказів. Цю експертизу проводять в імунологічних відділеннях судово-медичних лабораторій БСМЕ за "Правилами судово-медичної експертизи речових доказів", а також за методичними листами, наказами та інструкціями.

Речові докази мають важливе значення для розслідування злочинів проти життя і здоров'я людини. Їх образно називають "німими свідками злочину", а завдання експертів - змусити цих німих свідків заговорити.

8.1. Дослідження біологічних субстанцій.

Дослідження крові.

Судово-медичне дослідження крові відіграє важливу роль у розслідуванні справ про вбивство, нанесення тілесних пошкоджень згвалтування, крадіжки та інші злочини. Сліди крові можуть бути на одязі, тілі, потерпілого і

звинуваченого, різних предметах і знаряддях вчинення злочину, які виявлено на місці події.

Сліди крові набувають нової якості речових доказів у кримінальних провадженнях лише після їх виявлення на місці події, вилучення і спеціального дослідження . Вологі речові докази завжди потрібно висушувати перед направленням у лабораторію (не слід висушувати їх на сонці, осушувальних предметах тощо).

Залежно від форми, величини та особливостей, сліди крові можуть бути у вигляді:

- крапель, тобто плям від падіння крові на горизонтальну площину;
- бризок – плям від падіння крапель крові на похилену площину;
- потьоків – коли кров стікає по вертикальній або похилій площині;
- помарок і мазків – при ковзанні закривавлених предметів, рук тощо по інших предметах;
- відбитків (пальців, підошви, інших предметів);
- плям, що просочують інші предмети;
- калюж крові;
- слідів крові в рідинах, які використовувалися для її заливання (заливні води).

Сліди крові можуть мати темно-червоний, багрово-червоний, бурштиновий або багрово-бурштиновий колір, залежно від давності утворення і дії чинників навколишнього середовища. Якщо сліди крові піддаляся хімічній або фізичній дії (пранню, хімчистці, прасуванню, спалювання тощо) з метою їх знищення і приховування злочину, вони можуть набувати жовтого, сірого і навіть чорного кольору, що утруднює їх виявлення.

Для виявлення і встановлення наявності слідів крові оглядають предмети (свіжі плями мають темно-бурштиновий колір і оксамитовий вигляд, старі плями – оранжево-червону флуоресценцію – неспецифічне явище).

Попередня реакція на кров:

- проба з перекисом водню;

- проба бензидинові;
- проба з люміналом.

Найчастіше перед СМЕ крові постають такі питання:

- чи є плями кров'ю;
- якщо так, то кому вона належить – людині чи тварині (вид крові);
- групова належність крові;
- кількість крові, що витекла (1л – 211г сухої речовини);
- статева приналежність крові (ХХ – хромосоми –жін., ХУ – чол.);
- регіональне походження крові;
- приналежність крові новонародженому чи дорослій людині;
- давність утворення слідів крові.

Групова належність крові.

Зараз в судово-імунологічних відділеннях кров людини може диференціюватись за 10 еритроцитарним системами: АВО, MNSs, P, Rh (резус +, -), К (Келле), Kidd, Diego, Le (Люіс), Lu (Лютерам), Fu (Дафі), лейкоцитарною системою Gm, Hp, Ge і ферментними системами – холін естеразою, кислою фосфатазою еритроцитів та інші. У кожній із систем сполучення антигенів формують групи крові.

Серед населення України антигени системи АВО розділяються так: 0 – 34,9%, А – 28,3%, В – 21,3%, АВ – 13,7%.

Дослідження волосся.

Дослідження волосся часто проводиться при розслідуванні вбивств, статевих злочинів, дорожніх пригод, при заподіянні тілесних пошкоджень, крадіжок тварин тощо. На початках судово-медичної діяльності та експертної практики за морфологічними ознаками неможливе було встановлення приналежності досліджуваного волосся певній особі. Можна було лише зробити висновок про схожість (чи несхожість) з певними зразками.

Волосся можна виявити на місці події, знарядді травми, транспортних засобах, одязі та тілі потерпілих і підозрюваних. Для вилучення волосся на кінці пінцета одягають гумові наконечники, щоб не пошкодити його. Виявлене

волосся і відібрані зразки запаковують в окремі конверти, на яких вказують, що це за об'єкт, ким, коли і де був вилучений і разом з постановою направляють до судово-імунологічного відділення БСМЕ. Зразки волосся стрижуть чи вириває у вигляді пучка (не менше 15) з 5 ділянок голови: лобової, тім'яної, потиличної і двох скроневих. Якщо на голові є забиті рани, то зразки волосся беруть поруч із цими пошкодженнями.

З'ясовують такі питання:

- чи є надісланий для дослідження об'єкт волоссям;
- належить волосся людині чи тварині, якщо тварині то якій;
- якщо волосся належить людині, то з якої воно частини тіла;
- випало чи вирване волосся;
- чи мала місце дія на волосся чинників навколишнього середовища;
- яка групова і статева приналежність волосся;
- можливе походження волосся від певної особи.

Для вирішення цих питань використовують різні методи дослідження волосся, спрямовані на виявлення їх морфологічних, фізико-хімічних і біологічних властивостей.

При макроскопічному дослідженні описують форму волосся (пряме, хвилясте, кучеряве), колір (чорний, темний, русявий, світло русявого, білявий, рудий), за допомогою окулярного гвинтового мікроскопа вимірюють його довжину.

Дослідження сперми / сім'я.

Судово-медичне обстеження слідів здійснюють при проведенні експертизи, пов'язаної із розслідуванням статевих злочинів. Ці сліди можуть бути виявлені на тілі, на одязі потерпілих, а також мазки взяті з піхви і прямої кишки потерпілих.

Рідку сперму досліджують для вирішення питання про спроможність чоловіка на запліднення.

За мікроскопічною картиною сперма є середовищем, що містить морфологічні елементи - сперматозоїди, які становлять її специфічну частину, а також передміхурові тільця, що нагадують зерна крохмалю. В спермі можуть виявитись і неспецифічні елементи - клітини епітелію, лейкоцити, лецетинові зерна, кристали холіну.

В сперматозоїді розрізняють 3 основні частини: головку, шийку, хвіст. Довжина сперматозоїда 52-62 мкм. Рухливість їх зумовлена скороченням хвоста.

На місці події предмети, на яких можуть виявитись сліди сперми, оглядають неозброєним оком та за допомогою лупи. Якщо плями сперми дуже малі або розташовуються на забруднених предметах, то для виявлення їх може бути застосований огляд в ультрафіолетовому випромінюванні.

Плями сперми мають різну форму, звивисті краї, крохмальну щільність, сіруватий чи жовтуватий колір. Запах свіжої сперми нагадує запах каштана.

У разі необхідності дослідження вмісту піхви для встановлення наявності сперматозоїдів необхідно врахувати, що вони зберігаються там у середньому до 7 днів залежно від реакції середовища піхви, активності мікрофібри і ферментів. У середовищі піхви трупа тривалість збереження сперматозоїдів більша (близько 2 місяців) внаслідок припинення дії ферментів.

Такі предмети, як спідниця, білизна, колготи, простирадла зі слідами, що нагадують плями сім'я, відбирають для дослідження цілком, запаковуючи так, щоб вони не пошкодились і не змішались з іншими відібраними речовинами біологічного походження

При дослідженні сперми СМЕ має дати відповідь на такі питання:

- чи є на речових доказах сперма;
- яка її групова приналежність;
- чи може ця сперма належати підозрюваному (звинуваченому) чи ні.

Наявність сперми встановлюється за допомогою:

а) попередніх методів:

- дослідження в УФ випромінюванні;
- мікрокристалічна реакція Флоранса;

б) доказові методи:

- морфологічний (під мікроскопом);

- метод Виноградова – Туманова;

- метод Х.М. Тахо-Годі;

- метод електрофорезу;

- емісійне спектральне дослідження.

Групова приналежність по системі АВО.

З тієї точки зору всі люди поділяються на 2 групи:

• виділювачів (80%) – у виділеннях яких містяться групові антигени системи АВО;

• невиділювані (20%) – у виділеннях яких немає наведених антигенів.

Явище виділюваності позначається символами Se, невиділюваності - se. Поняття "невиділюваності" є умовним тому, що у виділеннях невідновлювачів все ж виявляються групові антигени, проте в дуже невеликій кількості.

Групові антигени, що містяться у виділеннях людини утворюються в клітинах тканин і завжди відповідають групі крові особи і не змінюються протягом усього життя.

Крім розглянутих речових доказів у судово-медичній практиці періодично виникає необхідність дослідження знарядь травми, транспортних засобів, одягу та інших предметів, на яких може бути не тільки кров чи волосся, а й шматочки шкіри, м'язів, мозку та інші об'єкти.

В судово-медичній практиці дослідження речових доказів перед експертом досить часто виникає необхідність встановлювати наявність на них слідів різних виділень людини: слини, сечі, поту, виділень з носу та інші для вирішення питання про можливість їх походження від певної особи, що становить інтерес для слідчого (потерпілого, підозрюваного, обвинуваченого.) Частіше всього це сліди слини на недопалках сигарет, залишених на місці скоєння злочину, плями поту на предметах чи частинах одягу, знайдених на місці пригоди, сліди потожирових виділень, відбитків на різних предметах, в т.ч.

і на знаряддях злочину, сліди виділень з носа на загублених носових хустках і т.п.

В таких випадках експерт спочатку встановлює наявність слідів тих чи інших виділень на запропонованих йому речових доказах, а потім вирішує питання про можливість чи неможливість їхнього походження від певної особи шляхом виявлення в них групових, а інколи і статевих факторів і властивостей. При цьому враховується групова приналежність крові осіб, які проходять по справі, а також категорія і ступінь їх виділення.

При розслідуванні справ про дітовбивство велике значення придається відшукуванню на речових доказах плям навколоплідної води, меконія і сировидної змазки, що доказують факт народження.

Дослідження слини.

Встановлення наявності слини на плямах ґрунтується на виявленні в них ферменту амілази, який в слині має виключно високу активність, порівняно з іншими виділеннями людини.

Кількість досліджуваного об'єкту достатнього для визначення в ньому амілази, залежить від давності плями, оскільки по мірі збільшення часу зберігання плям слини активність амілази падає. Так, для позитивного результату в плямі слини давністю до 6 місяців потрібно 15-30 мг матеріалу плями, при давності більше року 40-50 мг.

Реакція на амілазу потребує великої кількості досліджуваного матеріалу, тому при дослідженні слини на недопалках попереднє встановлення її наявності не проводиться. Після встановлення наявності слини в досліджуваній плямі, експерт також намагається відповісти на питання про можливість походження слини від певної особи.

Інколи при дослідженні плям слини можливим є визначення її статевої приналежності. Статева приналежність слини визначається по клітинах епітелію слизистої ротової порожнини, які перебувають в них в різних кількостях. Якщо експерт має велику кількість слини на речових доказах і в ній

знаходяться велика кількість епітеальних клітин, то виявлення її статевої приналежності не становить великих труднощів. В інших випадках навіть достатня кількість слини не дозволяє встановити її статеву приналежність із-за малої кількості в ній епітеальних клітин.

Дослідження сечі.

Плями, утворені сечею, в ультрачервоних променях дають білувато-голубе свічення. Воно допомагає експертам виявити підозрілі на плямах сечі місця, в яких він доказовими методами встановлює її наявність.

Метод виявлення сечі в плямах полягає у встановленні в слідах сечі креатиніну. Кількість матеріалу, необхідного для дослідження, залежить від інтенсивності плями сечі та від давності їх утворення. З плям давністю декілька тижнів для досягнення позитивного результату достатньо 10-15 мг плями. Для виявлення креатиніну в старих плямах сечі (1 рік і більше) потрібно 30-40 мг плями для дослідження.

Проведення реакції на креатинін сечі є неможливим після дії на плями сечі різними миючими засобами і навіть звичайною водою, а також в результаті незначного вимочування протягом кількох хвилин. Але прасування плям сильно нагрітою праскою навіть довгий час практично не впливає на креатинін сечі і не перешкоджає його наступному виявленню.

Окрім хімічної реакції на креатинін, доказовим методом встановлення його наявності в плямі рахується метод тонкошарової хромографії, що базується на виявленні не тільки креатиніна, але й сечовини. Цей метод є високочутливим і специфічним, але із-за своєї складності не знайшов практичного застосування.

Дослідженням сечі людини можна встановити її групову приналежність.

Дослідження поту і потожирових виділень.

При освітленні плям поту і потожирових виділень ультрафіолетовим промінням, вони часто дають голубувате свічення. Цю властивість слід завжди використовувати в якості орієнтовного дослідження на присутність слідів поту.

Доказовим методом на наявність поту є реакція на амінокислоту серин, яка знаходиться в ньому у великій кількості. Ця реакція є дуже чутливою,

позитивний результат може бути отриманий з кількістю матеріалу в 5-10 мг для свіжих плям і в 15 мг для давніх.

Більшу кількість матеріалу вводити в реакцію небезпечно, оскільки в цьому випадку може бути виявлений серин не поту, а крові чи інших виділень. Виявлення серину залежить не тільки від давності утворення слідів поту, але і від кількості в плямі, яка є невідомою для експерта. Тому при дослідженні слідів поту і потожирових виділень реакцію на серин проводять з різною кількістю плям для отримання найбільш чітких результатів.

Серин може бути знайдено і у слідах поту, змішаних з кров'ю, і, навпаки коли піт потрапив на пляму крові. Реакцією на серин можна виявити піт на одязі, який вимочувався в розчині пральних порошків, соди, але прання її з милом повністю усуває піт із плями. Промивання одежі бензином перешкоджає виявленню серину. Встановлення наявності поту в плямах на речових доказах завжди проводяться паралельно з дослідженням завідомо відомої плями поту.

При вирішенні питання про можливість походження слідів поту від тієї чи іншої особи експерт враховує групову приналежність крові, ступінь виділення та силу вираженості ознак тієї чи іншої групи.

Також широко застосовується метод визначення групової приналежності потожирових виділень, відбитків пальців рук. Цей метод діє і в тому випадку, коли відбитки пальців є досить старими, давністю понад 1 рік і більше, а також неповними, частковими, змазаними, тобто непридатними для дактилоскопічного дослідження.

Сліди, придатні для дактилоскопічної експертизи, спочатку обробляють різними запилювачами для отримання повноцінних фотознімків, а потім направляють на експертизу. Така обробка відбитків пальців не перешкоджає проведення експертизи.

Питання про походження відбитків пальців від тієї чи іншої особи вирішується комплексно на основі дактилоскопічного та біологічного досліджень. При визначенні групової приналежності пальців рук експерту також слід мати на увазі і можливість їх походження від різних осіб (при

накладенні одних на інші). Тому необхідно проводити попереднє дактилоскопічне дослідження, що дасть змогу підтвердити чи спростувати це припущення.

8.2. Дослідження тканин і органів людини.

Об'єктами СМЕ речових доказів можуть бути різні органи і тканини організму людини. В таких випадках експерт спочатку встановлює належність їх людині чи тварині, а потім, якщо вони належать людині, виявляє їх групову приналежність.

Видова належність органів і тканин людини і тварини визначається, як хімічним, так і іншими спеціальними методами, наприклад, порівняльно-анатомічним та морфологічним.

Видова належність кісток чи фрагментів встановлюється передусім порівняльним анатомічним методом. Якщо частини кісткової тканини є дрібни ми, сильно пошкодженими, то застосовуються хімічні методи дослідження. Далі експерт визначає групову приналежність за дослідженням шматків органів і тканин для вирішення питання про можливість походження цього біоматеріалу від певної особи чи осіб. Таке дослідження обов'язково проводиться при ексгумації трупа для встановлення групи крові, якщо вона не була відома при його житті.

Групова приналежність органів і тканин визначається аналогічно визначенню групової приналежності різних виділень людини. Для цього необхідно не менше 100 мг дослідного матеріалу. На результати реакції впливає стан наданого біоматеріалу. Великі труднощі виникають при дослідженні різко змінених тканин і органів, що мають зеленувато-сірий колір і сильний гнилісний запах, органів, пошкоджених різними гнилісними змінами. В таких випадках їх промивають у воді, вирізають найменш змінені тканини, які просушують. Інколи на знаряддях злочину (ножах, сокирах, молотках, ломах) можуть залишатись не тільки сліди крові, але і дрібні частини пошкоджених

органів і тканин людини. Ці моменти необхідно врахувати при проведенні експертизи. Виявлення на знарядді злочину певних особливостей, які притаманні тому чи іншому органу доказує, що цим предметом був скоєний злочин з пошкодженням певного органу чи тканини.

Такі дослідження можуть бути проведені у випадках крайньої необхідності, тільки у великих судово- медичних закладах, що мають в своєму розпорядженні відповідно підготованих фахівців.

8.3. Судово-медична експертиза за матеріалами кримінального провадження.

Трудові відносини медичних працівників, їх права і обов'язки регулюються нормами трудового законодавства: професійні права і обов'язки медичних працівників - основами законодавства з охорони праці.

Помилки спостерігаються в професійній діяльності будь якого спеціаліста. Переважно вони пов'язані з не вдосконаленням медичних знань, методів діагностики і лікування, рідше з халатним відношенням медичних працівників до своїх обов'язків, або необережними діями при лікуванні хворого. У ряді випадків, коли у результаті таких «помилок» наступає смерть хворого, від родичів поступають в слідчі органи заяви про неправильне лікування. Основне на що необхідно звернути увагу слідчих органів під час розгляду лікарських справ - це встановлення вини зі сторони лікаря, так як відповідальність несе і підлягає покаранню тільки особа, яка умисно чи необережно скоїла передбачене кримінальним законодавством суспільно небезпечне діяння.

Найчастіше подібні провадження відкриваються проти хірургів, акушерів, гінекологів, специфіка роботи яких змушує їх більш активно втручатися в перебіг хворобливого процесу, ніж терапевтів і лікарів інших спеціальностей. Всі медичні дії, пов'язані з несприятливим кінцем, діляться в судово – медичній

практиці на навмисні злочини, необережні дії, лікарські помилки, нещасні випадки.

Згідно чинного законодавства медичні працівники можуть бути притягнуті до відповідальності, якщо їх професійні дії або бездіяльність, а також виконання професійно - посадових обов'язків призведуть до суспільно небезпечних наслідків, в тому числі викличуть шкоду здоров'ю або небезпеку життю окремих громадян.

Відповідальність медичних працівників за умисні професійні злочини передбачена ККУ.

Умисним злочином вважаються:

- неподання допомоги хворому (ст. 136,139);
- незаконне проведення аборту (ст. 134);
- незаконне заняття лікарською діяльністю (ст. 138);
- протизаконне складання і видача підроблених медичних документів;
- порушення правил виготовлення, зберігання, видачі, обліку, перевозу, пересилки наркотичних та інших сильнодіючих ii ядовитих речовин (ст. 307);
- зловживання владою або своїм посадовим становищем (ст. 364).

Необережні дії лікарів можуть ділитися:

- необережність або халатність, яка виражається в бездіяльності, коли лікар не передбачає наслідків своїх вчинків, хоча повинен був їх передбачити;
- самонавіяність, коли лікар передбачав можливі наслідки своїх проступків, але легковажно надіявся попередити ці наслідки.

Кримінальна відповідальність за лікарську необережність залежить як від самих дій лікаря, так і від їх наслідків.

Питання необережних дій медичних працівників нерідко пов'язані з не оправданим і неправомірним ризиком у процесі надання допомоги хворому. З юридичної точки зору ризик правомірний, коли небезпечні дії застосовуються для досягнення суспільно-корисної цілі, при цьому настання неблагополучних наслідків лише можливе, але невідворотне. Хворі та рідні повинні знати про певний ризик операцій або при іншому медичному втручанні і дати на це свою

згоду. Неблагополучні наслідки нерідко можуть бути обумовлені не діями лікаря, а об'єктивно-випадковими причинами (запізнілим зверненням за медичною допомогою, тяжкістю, і характером захворювання). Цим пояснюється те, що багато лікарських проваджень, що стосуються необмежених дій, припиняються в стадії попереднього слідства.

Основна група проваджень, пов'язаних з необережними діями лікарів, характеризується недостатнім обслідуванням хворих, неправильним і несвоєчасним призначенням ліків, операцій, неповним об'ємом лабораторних та інших досліджень., відсутністю певного контролю за станом тяжко хворих, несвоєчасним прийняттям мір при погіршенні стану здоров'я хворих. Під час лікувального процесу недопустимі зміни одних ліків іншими, неправильний спосіб введення, неправильне дозування ліків, а під час операції – переливання крові не тієї групи, неправильне ведення операції, залишення інших тіл (марлевих салфеток, інструментів) в порожнинах тіла хворого, якого оперують, виконання операції недостатньо кваліфікованими спеціалістами. Лікарськими помилками рахуються витікаючи з певних об'єктивних умов: добросовісне заблудження лікаря без елементів халатності, необережності. При цих діях в лікаря повністю виключений умисел. Лікарські помилки можуть бути діагностичні, тактичні, технічні.

Нещасний випадок у медичній практиці передбачає неблагополучний кінець лікування, операції або іншого лікарського втручання, коли лікар був не в стані передбачити нещасний випадок, не дивлячись на добросовісне відношення до своїх службових обов'язків. До категорії таких випадків закінчень лікарського втручання можуть бути віднесені смертельні випадки від наркозу, коли наркоз давався зі всіма правилами і вимогами медичної науки і смерть стала результатом особливого стану організму, що передбачити в окремих випадках медична наука не в силах. До подібної категорії відносять випадки раптової смерті при вживанні різних ліків, коли смертельний кінець обумовлюється підвищеною чутливістю організму, а не порушеннями в проведенні даного лікування яке було бездоганним з точки зору сучасних

положень медичної науки, а смертельний кінець, обумовлений випадковими незалежними від дій лікаря обставинами.

Тому лікарські помилки і нещасні випадки кримінально не караються. Але для уникнення повторення подібних помилок, для попередження їх в подальшій медичній практиці, такі випадки детально розглядаються на клініко - анатомічних конференціях або лікувально-контрольних комісіях.

Таким чином, обгрунтовано важливість і значення СМЕ речових доказів (крові, волосся, сперми , слини, поту та потожирових виділень) для практичної роботи правоохоронних органів. Речові докази є не тільки одним із джерел доказів, але й допомагають слідчому правильно орієнтуватись в слідчій ситуації, відповідно приймати правильне рішення і скоріше розкрити злочин, що є кінцевою метою будь - якого розслідування.

Контрольні питання

1. Що таке біологічні субстанції та які є приводи для їх дослідження?
2. За якою схемою проводять дослідження біологічних субстанцій?
3. Який порядок забору матеріалу для проведення судово-медичної експертизи біологічних субстанцій?
4. Які основні методи дослідження біологічних субстанцій?
5. Що таке лікарські помилки?
6. Що таке необережні дії медичних працівників?

Теми рефератів

1. Правові та організаційні основи проведення судово-медичного дослідження крові.
2. Правові та організаційні основи проведення судово-медичного дослідження слини і поту.

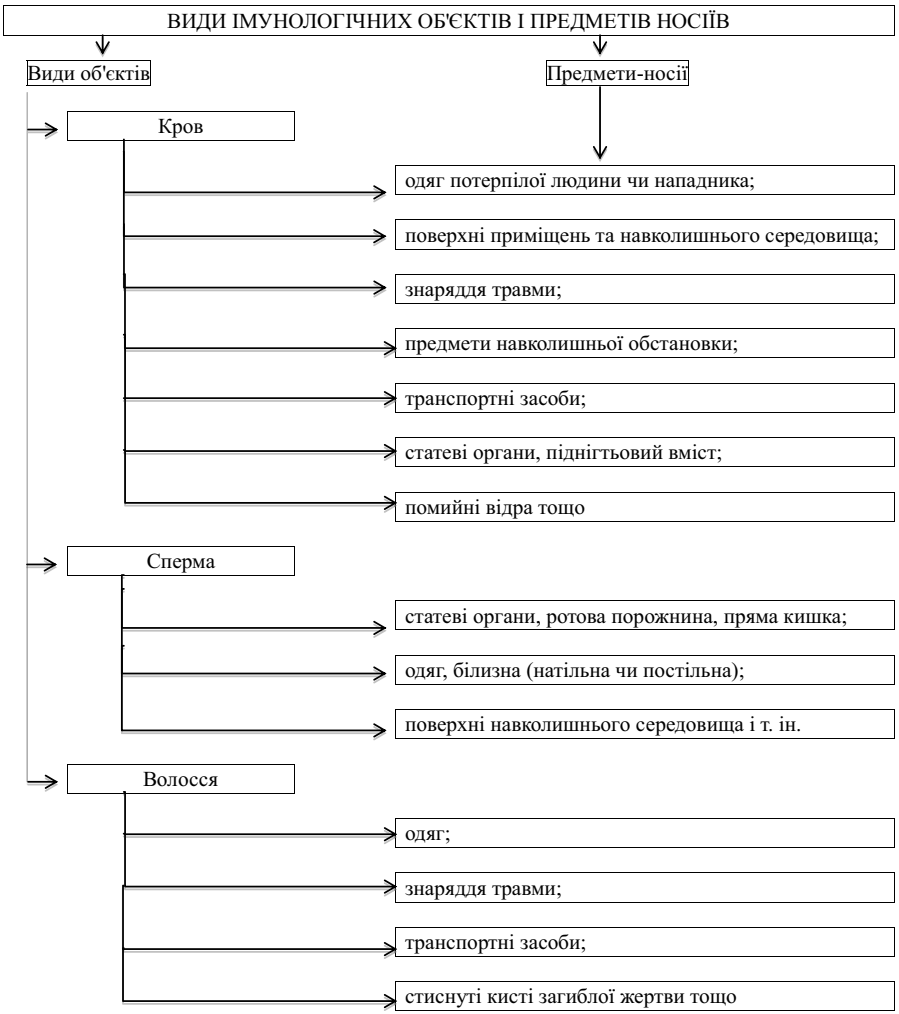
3. Правові та організаційні основи проведення судово-медичного дослідження сім'я та сечі.

4. Відповідальність медичних працівників за умисні професійні злочини.

5. Особливості судово-медичної експертизи при розслідуванні справ, пов'язаних з необережними діями лікарів.

Додатки

Схема 8.1



Продовження схеми 8.1

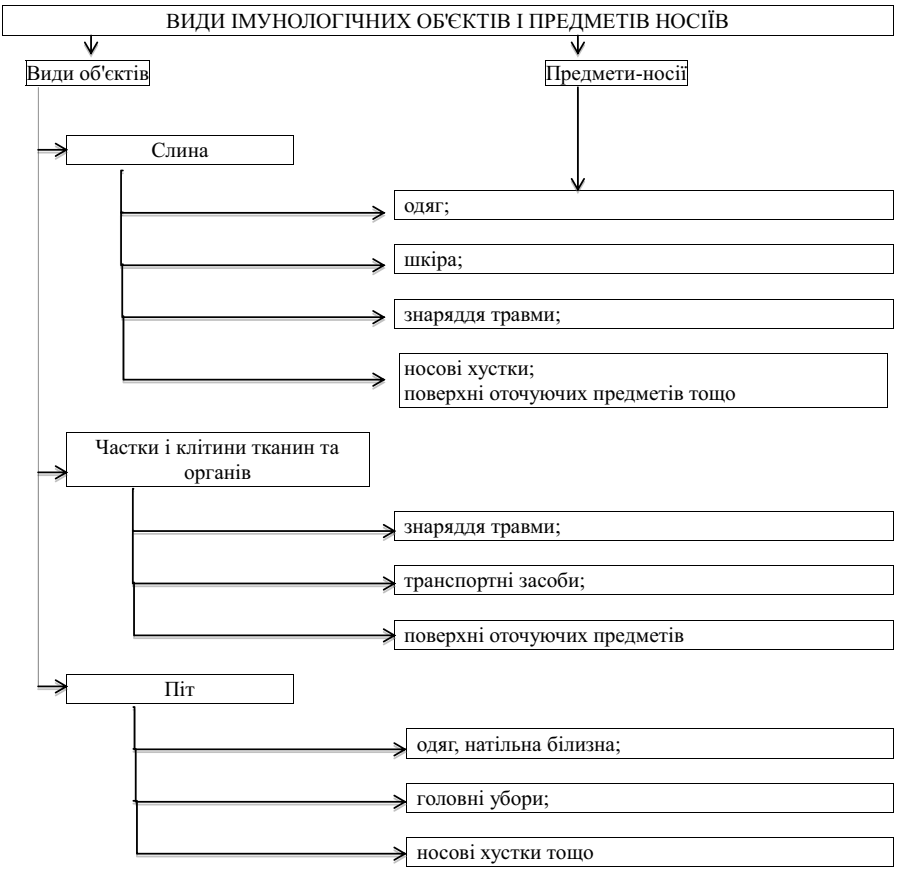
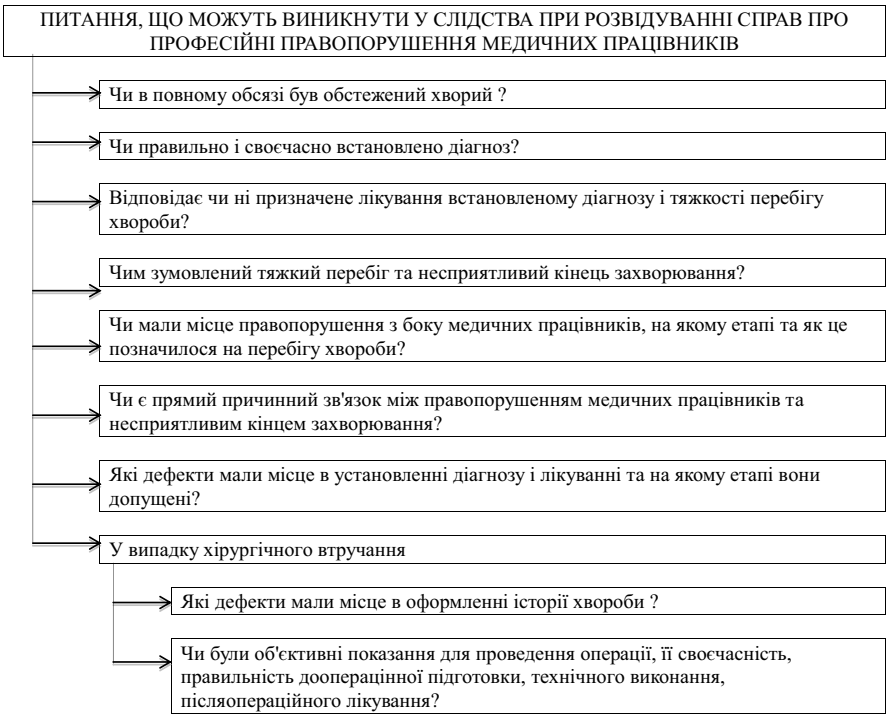


Схема 8.2

ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ
Види
Суть
Діагностичні
Неправильно встановлений діагноз: зумовлено нестачею знань та досвіду молодих фахівців, недосконалістю медичної науки (необхідних методик) на сучасному рівні тощо, або ж об'єктивними причинами
Тактичні
Вибір неправильного методу лікування чи хірургічного втручання: викликані нестачею інформації стосовно конкретного хворого або хвороби
Технічні
Невідповідне застосуванням технічних засобів або маніпуляцій: пов'язане з самовпевненістю лікаря або переоцінкою ним ситуації
Деонтологічні
Порушення комунікації медичних працівників з пацієнтом чи його родичами: незнання чи невикористання етичних професійних правил, що спричинює ятрогенне захворювання (хворобливий стан, пов'язаний з неадекватними висловлюваннями, поведінкою або діями медичних працівників)

Схема 8.3


ПИТАННЯ, ЩО МОЖУТЬ ВИНИКНУТИ У СЛІДСТВА ПРИ РОЗВІДУВАННІ СПРАВ ПРО ПРОФЕСІЙНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
Чи в повному обсязі був обстежений хворий ?
Чи правильно і своєчасно встановлено діагноз?
Відповідає чи ні призначене лікування встановленому діагнозу і тяжкості перебігу хвороби?
Чим зумовлений тяжкий перебіг та несприятливий кінець захворювання?
Чи мали місце правопорушення з боку медичних працівників, на якому етапі та як це позначилося на перебігу хвороби?
Чи є прямий причинний зв'язок між правопорушенням медичних працівників та несприятливим кінцем захворювання?
Які дефекти мали місце в установленні діагнозу і лікуванні та на якому етапі вони допущені?
У випадку хірургічного втручання
Які дефекти мали місце в оформленні історії хвороби ?
Чи були об'єктивні показання для проведення операції, її своєчасність, правильність доопераційної підготовки, технічного виконання, післяопераційного лікування?

1.	**Аборт**	передчасне, до 28 тижнів, мимовільне або штучне переривання вагітності, коли плід ще нежиттєздатний.
2.	**Аборт кримінальний**	переривання вагітності, здійснене поза лікувальним закладом особою, яка не має медичної освіти.
3.	**Абстиненція**	термін, що використовується для опису стану хворих на істерію страху і невроз нав'язливих станів у процесі психоаналітичної терапії.
4.	**Авіатравма**	травма, що виникає у зв'язку з експлуатацією літальних апаратів.
5.	**Автоінтоксикація**	отруєння організму шкідливими речовинами, що утворюються в ньому при нормальній життєдіяльності або при захворюваннях.
6.	**Автоліз**	саморозклад клітин тканини і крові під впливом ензимів, найчастіше кабепсинів. Посмертним автолізом є розпад тканин після загибелі організму, що відбувається без участі мікроорганізмів і обумовлений активацією гідролітичних ферментів в умовах зсуву реакції середовища в кислий бік.
7.	**Автотравма**	травма, що виникає у процесі експлуатації автомобільного транспорту.

8. Агональні ушкодження ушкодження, що можуть виникнути в агональному періоді, котрий іноді супроводжується судомами.

9. Агонія стан, за якого внаслідок виснаження центрів життєдіяльності вищого порядку виходять з під контролю (активізуються) бульбарні центри та ретикулярна формація. У хворого відновлюється м'язовий тонус та рефлекси, з'являється зовнішнє дихання (безладне, з участю допоміжної мускулатури). Над магістральними артеріями пальпується пульс, може відновлюватись тонус судин систолічний артеріальний тиск зростає до 50-70 мм.рт.ст. Однак в цей час метаболічні порушення у клітинах організму стають незворотніми. Швидко вичерпуються останні запаси енергії, акумульовані в макроергічних зв'язках, і через 20-40 секунд настає клінічна смерть.

10. Аероби в біології живі організми, для життєдіяльності яких потрібен вільний молекулярний кисень. Аеробами є переважна більшість тварин, усі рослини і багато мікроорганізмів, винятком є деякі види бактерій.

11. Аконітин дуже токсичний алкалоїд, що міститься у бульбочках та корінні рослини аконіту. Аконітин та його складові входять до складу деяких лікарських препаратів.

12. Акселерація прискорення росту та розвитку дітей і

		підлітків, а також настання статевої зрілості у більш ранньому віці.
13.	**Акт судово-медичного дослідження**	документ, який видається державним органом, органом МС, посадовою особою або громадською організацією у межах її компетенції: закон, указ, постанова, наказ, розпорядження та інші документи. Це процесуальний документ, що містить дані відносно підстав проведення експертної дії, результатів дослідження та відповіді на запитання слідства.
14.	**Активне дітовбивство**	застосування матір'ю активних дій, засобів з метою убивства своєї дитини в період новонародженості. Найчастішим засобом активного дітовбивства є різні види механічної асфіксії і механічні ушкодження тупими, гострими предметами, інколи отруєння, спалення.
15.	**Алергія**	підвищена чутливість організму до різних чужорідних речовин, пов'язана зі зміною його реактивних можливостей.
16.	**Аліментарна дистрофія**	хвороба, що виникає внаслідок тривалого недостатнього надходження харчових речовин до організму.
17.	**Алкалоїди**	органічні сполуки, що містять азот природного, переважно рослинного, походження; мають властивості основ і значну фізіологічну активність; як правило, відрізняються значною токсичністю.

18.	**Алкоголь**	Токсична речовина з наркотичною дією; органічна сполука. Різноманітні спирти – похідні вуглеводнів, що містять у молекулі одну гідроксильну групу. Етиловий спирт застосовуються для отримання спиртних напоїв, в медицині, переважно, як дезинфікуючий засіб або розчинник.
19.	**Анаероби**	організми, здатні жити без атмосферного кисню, за рахунок так званого анаеробного дихання.
20.	**Аспірація**	вдихання, потрапляння сторонніх предметів (рідин, сипучих, твердих) у дихальні шляхи через їх засмоктування повітрям при вдиху. Супроводжується асфіксією, часто закінчується смертю.
21.	**Асфіксія**	порушення газообміну, яке настає внаслідок кисневого голодування з накопиченням в організмі вуглекислоти.
22.	**Аутоліз**	процес самопереварювання тканин під дією протеолітичних ферментів без участі мікроорганізмів.
23.	**Аутопсія**	патологоанатомічна або судово-медична процедура, посмертний розтин чи дослідження тіла, зокрема органів і тканин. Проводять для того, аби встановити причину смерті.

24.	**Бампер - перелом**	це перелом кісток стегна або гомілки з утворенням характерного клиноподібного відламка, спричинений ударом бампера автомобіля, що рухається.
25.	**Барбітурати**	похідні барбітурової кислоти; залежно від хімічної будови, дози та способу введення мають седативну, снодійну, наркотичну або протисудомну дію.
26.	**Баротравма**	ушкодження повітроприймаючих органів у разі різкої зміни барометричного тиску. Баротравма від високого тиску може виникнути при кесонних роботах у водолазів: коли у крові людини розчинені гази вивільнюються і накопичуються у вигляді пухирців, у судинах розвивається газова емболія
27.	**Безпорадний стан**	стан, за якого людина позбавлена можливості самостійно створювати для себе умови, що забезпечують її існування та захист життя і здоров'я від небезпечних зовнішніх факторів.
28.	**Біологічна смерть**	незворотнє порушення процесів обміну речовин, вона є остаточною, оскільки організм людини повернутись до нормального стану не може через настання незворотніх процесів у ньому, а саме, в центральній нервовій системі (ЦНС). Припиняється діяльність всіх життєво важливих органів. Незворотне припинення

	життєдіяльності організму, неминуча стадія індивідуального існування будь-якої відокремленої живої системи
29. Біологічний матеріал	об’єкти біологічного походження (тканини або органи), вилучені з організмів живих людей або тварин, чи з їх трупів.
30. Біоманекен	труп людини, на якому проводяться експериментальні дослідження, зокрема, моделювання різних видів травм.
31. Біопсія	вилучення за життя невеликого об’єму тканини для мікроскопічного дослідження з діагностичною метою.
32. Бойові отруйні речовини	хімічні сполуки, здатні уражати людей і тварин на великих територіях, проникати в споруди, заражати місцевість і водойми.
33. Венеричні захворювання	особлива група інфекційних хвороб, які передаються переважно статевим шляхом; на них хворіють однаковою мірою як чоловіки, так і жінки.
34. Викидень	ускладнення вагітності зі спонтанним відторгненням плода в періоді, в якому він не здатний до життя поза утробою матері.
35. Виразки	глибокий некротичнозапальний дефект епітелію шкіри або слизової оболонки та (на відміну від ерозії) тканин, як правило, хронічного характеру, що виникає внаслідок

	інфекції, механічного, хімічного або променевого ураження, а також в результаті порушення кровопостачання та/або іннервації.
36. Вогнепальна зброя	зброя, яка робить постріли завдяки розширенню газів, що утворюються при згоранні пороху або інших займистих сполук.
37. Вогнепальний раневий канал	шлях, який пройшов снаряд у тілі. Він може бути прямим і непрямим, безперервним і перервним, напівкруглим і круглим, опоясуючим.
38. Вогнепальні рани	рани, які виникають у результаті поранення кулями, мисливським дробом чи осколками. Вони бувають наскрізні (коли куля проходить крізь тканини і не затримується, тобто має вхідний та вихідний отвори, причому вихідний отвір завжди більший за вхідний), сліпі (коли куля чи осколок залишається в тканині, є лише вхідний отвір) та дотичні (коли куля, пролітаючи по дотичній, пошкоджує шкіру, проникаючи всередину глибоких тканин).
39. Волосся	ниткоподібні епітеліальні придатки шкіри. Волосся має кутикулу тонкого малюнка, клітини її щільно прилягають одна до одної. Кора волосся товста, тоді як мозкова речовина тонка, часто переривається, може бути навіть відсутньою.
40. Волочіння	один із етапів заподіяння транспортної

		травми, характеризується певними ознаками: стиранням поверхневого шару одягу, паралельними подряпинами на шкірі, суцільними саднами, розкресленими подряпинами, зпилюванням шкіри, м'язів, розтягненням шкіри та утворенням трикутної дрібної луски, формуванням численних паралельних одна одній борозен і валків на кістці.
41.	**Гаспінг дихання**	поодинокі, глибокі, рідкісні, що убувають по силі зітхання.
42.	**Гематома**	медичний термін, який означає обмежене скупчення крові при закритих і відкритих ушкодженнях органів та тканин з розривом (пораненням) судин, що призводить до утворення порожнини, яка містить рідку кров або кров, яка згорнулася. Може спостерігатися практично на всіх ділянках тіла.
43.	**Гематома епідуральна**	локальне скупчення крові в просторі між внутрішньою поверхнею черепа і зовнішнім листком твердої мозкової оболони.
44.	**Гемотоксини**	отрути, які руйнують червоні кров'яні тільця (тобто, викликають гемоліз), порушуючи здатність крові скипатися або викликають руйнування органів й загальні ушкодження в тканинах.
45.	**Гіпоксія**	патологічний стан, під час якого тканини і органи недостатньо насичуються киснем або кисню достатньо, але він не

		засвоюється тканинами. Внаслідок цього в життєво важливих органах розвиваються незворотні зміни. Найбільш чутливі до кисневої недостатності центральна нервова система, м'язи серця, тканини нирок, печінки.
46.	**Гниття**	складний мікробіологічний процес, який полягає в розкладанні органічних субстанцій, перш за все білків органів і тканин організму, під дією різних мікроорганізмів. Серед гниттєвих бактерій розрізняють аероби і анаероби.
47.	**Гомосексуалізм**	протиприродний статевий потяг чоловіка чи жінки до осіб своєї статі (мужоловство, лесбійська любов, куннілінгус, трибадія тощо).
48.	**Грижа**	захворювання, що характеризується випинанням вмісту порожнини крізь оточуючу стінку разом з усіма її сполучнотканинними шарами під дією важкого тягаря.
49.	**Давність смерті**	проміжок часу, що минув від моменту смерті людини до початку огляду або дослідження трупа.
50.	**Давність ушкоджень**	проміжок часу, що минув з моменту заподіяння ушкоджень до обстеження або смерті потерпілого, встановлюється за змінами забарвлення крововиливів, температури шкіри в ділянці ушкоджень, у динаміці загоєння ран та ін.

51. Дерматит — гостре запалення шкіри, яке виникає під впливом різних екзогенних факторів (хімічних, фізичних, термічних, рослинних, медикаментозних та ін.).

52. Дефект тканин — ділянка тканини, вибита кулею або газами при вогнепальних ушкодженнях, достеменна ознака вогнепального вхідного отвору.

53. Деформа́ція — зміна розмірів і форми твердого тіла під дією зовнішніх сил (навантажень) або якихось інших впливів (наприклад, температури, електричних чи магнітних полів).

54. Диссимуляція — приховування захворювання або його окремих симптомів з метою ввести в оману щодо свого фізичного або психічного стану.

55. Дистанція пострілу — відстань від дульного зрізу зброї до поверхні перешкоди.

56. Дітовбивство — умисне вбивство матір'ю своєї дитини під час пологів або одразу після пологів.

57. Додаткові фактори пострілу — все те, що вилітає з каналу ствола вогнепальної зброї в момент пострілу, крім снаряда (передкульовий стовб стисненого повітря, порохові гази, копоть тощо).

58. Доношеність — поняття, що стосується визначеної тривалості перебігу вагітності. Доношеною вважається дитина, внутрішньоутробний вік якої дорівнює 10 зоряним місяцям, тобто приблизно 280 дням. Якщо дитина народилася раніше цього терміну, то вона є недоношеною.

59. Евтаназія — прискорення смерті безнадійного хворого. Евтаназія може бути як активною, так і пасивною.

60. Ексгібіціонізм — статеве збочення, яке полягає в отриманні статевого задоволення від оголення статевих органів.

61. Ексгумація — вилучення трупа з місця поховання, при необхідності його огляду, проведення експертизи в ході кримінального провадження для судово- медичного дослідження.

62. Електромітка — ушкодження, що виникає у місці контакту тіла з провідником електричного струму, являє собою ділянку шкіри надмірної щільності з піднятими краями та втягнутою серединою, яка часто імпрегнована металом провідника електроструму.

63. Електротравма — короткочасна дія технічної чи атмосферної (блискавка) електрики, яка спричинила розлад здоров'я чи смерть людини.

64.	**Елімінація**	виключення, усунення, виривання чи виділення чого-небудь. Наприклад, після того, як рівень алкоголю у крові людини досягає найвищого рівня, починається період елімінації, який супроводжується зниженням рівня алкоголю у крові за рахунок його окислення та виділення з організму.
65.	**Емболія**	паталогічний процес, за якого спостерігається циркуляція у крові чи лімфі будь-яких сторонніх часток, що спричиняє порушення току крові або закупорку судин різного діаметру. Ці частки називаються емболами.
66.	**Етиловий спирт**	безбарвна, прозора, легкорухома, летюча, з характерним спиртовим запахом, рідина; вона легко запалюється. Гранично допустима концентрація етилового спирту в повітряному середовищі робочої зони виробничих приміщень становить згідно санітарних норм 0,1 мг/л.
67.	**Життєздатність**	здатність новонародженого продовжувати жити поза організмом матері у звичайних умовах.
68.	**Забита рана**	рана, заподіяна тупим предметом; характерною ознакою є рвані, нерівні, здерті, розбиті, синюшні, частково відшаровані від навколишніх тканин краї з тканинними перемичками між ними.

69. Загальноасфіктичні ознаки — ряд морфологічних змін, які виявляються як при зовнішньому дослідженні, так і при розтині трупа у разі настання смерті від механічної асфіксії.

70. Заду́шка — затруднене дихання або біль при диханні, один із основних симптомів захворювань серця та легенів.

71. Задушення блювотними масами — своєрідний вид попадання стороннього предмета в дихальні шляхи. При блюванні блювотні маси викидаються назовні, але в тих випадках, коли людина перебуває у безпорадному стані, блювотні маси з порожнини рота легко аспіруються в дихальні шляхи. Внаслідок рідкої чи каплеподібної консистенції блювотні маси проходять далеко по дихальних шляхах, а рідкі їхні частки можуть заповнити альвеоли. У таких випадках з поверхні розрізу легенів, з бронхів витискається вміст, в якому можуть бути виявлені складові його частини.

72. Задушення петлею — вид механічної асфіксії, при якому петля на шиї затягується руками чи під дією сторонніх сил. Основною видовою ознакою задушення петлею, як і при повішенні, є странгуляційна борозна. Але вона має свої особливості: розміщується низько на шиї, має горизонтальний напрямок, замкнена і рівномірно виражена на всій поверхні шиї. При задушенні петлею інколи зустрічаються переломи хрящів гортані з

		крововиливами у м’які тканини, випадіння язика з порожнини, інколи надриви інтими сонних артерій.
73.	**Зґвалтування**	вчинення статевого акту без добровільної згоди одного з партнерів. Є одним із статевих злочинів. Найчастіше відбувається із застосуванням фізичного насильства чи погрозою його застосування. Примус може відбуватися з використанням психологічного тиску й без застосування фізичної сили.
74.	**Знівечення**	наслідок ушкодження, що призвело до спотворення зовнішності. Знівечення невиправне тоді; коли не може бути усунуто без хірургічного втручання. Знівечення обличчя виправне може бути вилікувано без хірургічного втручання, тобто лише консервативними методами лікування (масаж, фізіотерапія тощо).
75.	**Зрілість плода**	стан плода, що характеризується здатністю органів і систем до забезпечення його позачеревного існування.
76.	**Зупинка серця**	раптове і повне припинення ефективної діяльності серця з наявністю або відсутністю біоелектричної активності.
77.	**Ізольовані ушкодження**	ушкодження однієї анатомічної зони чи одного сигмента опорнорухового апарату.
78.	**Іммобілізація**	науковий термін, що пов’язаний з

		просторовою фіксацією, знерухомленням об'єкту.
79.	**Інвалідність**	стійка постійна або тривала, повна або часткова втрата працездатності.
80.	**Каліцтво**	стійке чи короткочасне ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку або протиправних дій, що призводить до втрати працездатності.
81.	**Катування**	систематичне спричинення легких тілесних ушкоджень чи інші дії, що викликають фізичне чи психічне страждання.
82.	**Кіптява пострілу**	один з додаткових факторів пострілу, що являє собою дрібні частки - залишки згоряння пороху чи капсулю.
83.	**Клінічна смерть**	стан організму, який виникає протягом декількох хвилин (від 3 до 5) після зупинення дихання та кровообігу, коли зникають всі зовнішні прояви життєдіяльності, але в найбільш чутливих до гіпоксії органах та тканинах незворотніх змін ще не відбулося.
84.	**Кодинаміка**	реакція організму на дію отрути.
85.	**Комбіновані ушкодження**	поєднання механічних ушкоджень внутрішніх органів чи кісток скелета з дією інших видів ушкоджень.

86. Комісійна судово-медична експертиза	експертиза, до складу якої включено лише представників однієї галузі науки медицини.
87. Кров	рідка сполучна тканина організму, що циркулює в замкненій кровоносній системі тварин і людини, що виконує важливі функції в забезпеченні його життєдіяльності.
88. Кровоносні суди́ни	складові серцево-судинної системи, які забезпечують швидкий транспорт крові до усіх органів тіла людини, забезпечуючи обмін речовин між кров'ю та навколишніми тканинами.
89. Кровотеча	витікання крові із кровоносних судин при порушенні їхньої цілісності.
90. Кумуляція	скупчення в організмі хімічної або фармакологічно активної речовини. Нагромаджуватись може речовина, що повільно виводиться або знешкоджується в організмі.
91. Легкі тілесні ушкодження	тілесні ушкодження, при яких можлива незначна втрата працездатності (до 21 дня).
92. Летаргія	патологічний, хворобливий стан людини, схожий на сон; характеризується ослабленням усіх проявів життєдіяльності.

93. Ливорометрія дослідження трупних плям за допомогою спеціального мікродинамометра. Дослідження проводять шляхом натискання на трупну пляму прозорою головкою приладу з певною силою, що дає можливість спостерігати за змінами плям аж до їх зникнення.

94. Лікарська таємниця сукупність відомостей про хвороби, а також про інтимне та сімейне життя хворого, що стали відомі медичним і фармацевтичним працівникам під час виконання ними своїх професійних обов'язків і не підлягають розголошенню.

95. Лікарське свідоцтво про смерть обліковий документ, що реєструє факт і причину смерті: заповнюється лікарем, який лікував хворого та встановив причину смерті на підставі лікарняного чи амблуаторного спостереження за хворим до його смерті або на підставі результатів розтину.

96. Маска екхімотична видова ознака смерті від механічної асфіксії внаслідок стискання грудей або живота. Являє собою інтенсивний ціаноз шкіри обличчя, шиї та верньої частини грудей з численними крапковими синюшнобагряними крововиливами.

97. Механізм травми сукупність і певна послідовність дії предмета на тіло людини та виникаючих у тілі явищ, що призводять до ушкодження.

98. Механічна асфіксія — такий вид асфіксії, при якому порушення процесів газообміну в організмі виникає в результаті дії зовнішніх факторів, що утруднюють доступ повітря до дихальних шляхів.

99. Мінералізація — процес розкладання трупа на окремі хімічні елементи і прості хімічні сполуки.

100. Множинні ушкодження — травма двох або кількох органів однієї порожнини чи анатомічної зони, або кількох сегментів опорнорухового апарату.

101. Морг — спеціально обладнане приміщення стаціонарного лікувального закладу для зберігання, проведення розпізнання та розтину трупів людей.

102. Муміфікація — повне висихання тканин трупа, що створює можливість його довготривалого збереження, одне з пізніх трупних явищ. Муміфікація настає під впливом певних факторів навколишнього середовища шляхом бальзамування, введення речовин, що запобігають розкладанню трупа.

103. Мучення — завдання людині моральних або фізичних мук, страждань. У судовій медицині мучення визначається як навмисні дії, що спричиняють страждання людині, позбавляючи її необхідних умов для існування: їжі, води, тепла, світла або волі.

104.	**Набряки**	підвищення вмісту міжтканинної рідини у будь-якому органі.
105.	**Надрив**	часткове порушення неперервності м'яких тканин, сухожилля, м'язів, фасцій, зв'язок, капсули суглоба при закритих ушкодженнях.
106.	**Надріз**	деталь краю рани , нанесеної ріжучим знаряддям. Це лінійне поверхневе пошкодження шкіри, яке поступово сходить нанівець.
107.	**Напрямок пострілу**	лінія прямування снаряду, якщо політ його не змінюється.
108.	**Насильницька смерть**	смерть, що наступає від механічних ушкоджень, таких, як дія тупих предметів, у тому числі транспортна травма, падіння з висоти, дія гострих предметів, вогнепальної зброї, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, променевої енергії, низького та високого атмосферного тиску, отруєнь тощо.
109.	**Насильство**	застосування силових методів, або психологічного тиску за допомогою погроз, свідомо спрямованих на слабких або тих, хто не може чинити опір. Тобто, будь-яке застосування сили щодо беззахисних.
110.	**Нашарування на**	матеріальні об'єкти, які залишаються на

знаряддях травми	знаряддях травми: кров, волосся, клітинні елементи тканин тіла, текстильні волокна.
111. Небезпечні для життя пошкодження	пошкодженння, що під час заподіяння або в клінічному перебігу через певні проміжки часу спричиняють загрозливі для життя стани, які призводять або можуть призвести без надання медичної допомоги до смерті.
112. Ненасильницький опір	протидія, що характеризується такими основними типами впливу як пацифізм, моральний опір, пасивний опір, «активне примирення», ненасильницька революція, «селективне ненасильство» та інші.
113. Нетверезий стан	стан людини, яка вживає алкогольні напої. Клінічними виявами нетверезого стану є незначне порушення координаційних рухів, зміна кольору шкіри, зокрема обличчя, зниження критичності в оцінці оточення та власної поведінки, відчуття підвищеної комфортності.
114. Новонароджена дитина	дитина, яка має хоча б одну з ознак, притаманних плоду (пуповину, первородну змазку, пологову пухлину тощо).
115. Обстеження	експертна дія, що полягає в огляді живої особи (потерпілого, обвинуваченого тощо) для виявлення на тілі ознак злочину.
116. Отруєння	патологічний стан, викликаний отруєнням організму токсичними речовинами ендогенного та екзогенного походження, які

утворилися в ньому самому або надійшли ззовні.

117. Отрута речовина, яка після введення в організм ззовні у певних малих дозах завдає шкоди хімічним шляхом. Отрути поділяються на : місцевої дії, корозійні, опікаючі; деструктивні, які спричинили різні дистрофічні зміни у тканинах органів, кров'яні, нервово-функціональні. За певних умов навіть у малих кількостях може призвести до розладу здоров'я (отруєння) або до смерті.

118. Пасивне дітовбивство навмисне залишення дитини після пологів без необхідної допомоги і догляду, що призводить до її смерті, яка досить швидко настає від переохолодження. Інколи при підозрі на пасивне дітовбивство мати повинна бути піддана судово-психіатричній експертизі.

119. Первинна судово-медична експертиза експертиза, яка проводиться вперше.

120. Передагональний стан порушення функцій центральної нервової системи, зниження артеріального тиску, централізація кровообігу, порушення дихання.

121. Передагонія стан організму, при якому фізіологічні механізми життєдіяльності знаходяться в фазі декомпенсації: центральна нервова система пригнічена, можливий коматозний стан; діяльність серця ослаблена, пульс

нитковидний, артеріальний тиск нижчий критичного (70 мм.рт.ст.); функції зовнішнього дихання та паренхіматозних органів порушені. Передагонія триває від кількох годин до декількох днів. За цей час стан хворого ще більш погіршується й закінчується термінальною паузою. Хворий втрачає свідомість, знижується артеріальний тиск, сповільнюється пульс, дихання не зупиняється , рефлекси відсутні.

122. Перелом часткове або повне порушення цілісності кістки, викликане впливом на неї механічної сили: насильно або в результаті падіння, удару, а також внаслідок патологічного процесу, пухлини, запалення.

123. Побої численні удари, котрі не становлять якогось особливого виду ушкоджень, можуть супроводжуватись утворенням синців, саден або взагалі не залишити видимих ушкоджень. Побої як правило відносять до легких тілесних ушкоджень. Основною ознакою побоїв є фізичний біль, що призводить до погіршення функціонування органів і тканин людини, послаблення їх діяльності, пригнічення психічного стану потерпілого, моральних переживань.

124. Повішення вид механічної асфіксії, коли петля на шиї затягується під вагою власного тіла чи його частини. У першому випадку труп повністю висить, у другому він може мати точку опори і перебувати у напівсидячому, напівлежачому положенні і т. ін. Інколи здається незрозумілим, чому людина

померла, адже варто було злегка розслабити петлю, і смерть не наступила б.

125. Подряпини аналогічні саднам ушкодження шкіри, які не проникають через усю її товщину. Вони мають лінійну форму, тонкі, вузькі, можуть бути поверхневими, проникати в епідерміс чи мальпігієвий шар шкіри, в дерму.

126. Посмертна поза тіла взаємне розміщення частин тіла , котре настає вже після смерті особи, наприклад поза боксера, котра є наслідком ущільнення м'язів під дією високої температури.

127. Посмертні роди видавлювання плоду через родові шляхи з матки трупа вагітної жінки газами, що утворились у черевній порожнині при гнитті трупа.

128. Потенціал дії короткочасні амплітудні зміни мембранного потенціалу спокою (МПС), що виникають при збудженні живої клітини.

129. Працездатність здатність людини працювати, бути активним учасником трудових процесів.

130. Псевдоартроз патологічне з'єднання кісток в місці перелому, при якому перелом не зростається, а утворюється рухоме з'єднання. Причинами є погане кровопостачання ураженої ділянки і відсутність іммобілізації.

131. Психіатрія	наука, галузь медицини, що вивчає причини виникнення, прояви, перебіг, методи запобігання і лікування психічних хвороб.
132. Пухлини	патологічний процес, представлений новоствореною тканиною, в якій зміни генетичного апарату клітин призводять до порушення регуляції їхнього росту і диференціювання.
133. Рана	ушкодження тканин тіла і внутрішніх органів людини будь - яким чином. Рана може бути на поверхні тіла або входити в його порожнини, заподіяна тупими предметами, гострими, вогнепальна - внаслідок дії кулі, дробу, осколків тощо.
134. Рванозабита рана	рана, яка є результатом поєднання двох механізмів: удару та розтягування.
135. Реанімація	процедура боротьби за життя помираючої людини лікарями.
136. Реставрація трупа	надання обличчю трупа колишнього, зажиттєвого вигляду з метою його упізнання, фотографування.
137. Речовий доказ (у судово-медичній експертизі)	об’єкти біологічного походження: кров, волосся, сперма, піт, слина, виділення з носа, матки та піхви, сеча тощо.

138. Речові докази біологічного походження — докази, що являють собою виділення організму людини чи тварини або частини їх органів і тканин.

139. Розбещення неповнолітніх — розпусні дії сексуального характеру, спрямовані на задоволення статевої пристрасті самого суб'єкта злочину чи мають за мету збудження або задоволення статевого інстинкту особи, що не досягла повноліття.

140. Розтління — позбавлення незайманості, статевий зв'язок з дівчиною, яка не досягла статевої зрілості.

141. Розтягання — процес взаємодії тіла людини чи його частини з двома твердими предметами, які діють у різних напрямах, відцентрово; рухаються обидва предмети або один з них.

142. Садно — поверхневе ушкодження шкіри, що не проникає через сосочковий шар. Садно є наслідком дії тупого предмета на будь-яку ділянку тіла.

143. Самогубство — навмисне позбавлення людиною себе життя. Воно може бути здійснено особою безпосередньо або опосередковано.

144. Самокалічення — каліцтво членів, заподіяне собі з метою одержання вигоди, привілеїв тощо.

145. Самоушкодження навмисне заподіяння шкоди своєму здоров'ю шляхом нанесення ушкоджень різними засобами та способами, самостійно або за допомогою інших осіб. Самопошкодження найчастіше спричиняється гострими або тупими предметами, рідко вогнепальною зброєю.

146. Сенсибілізація явище, при якому в організмі виникає підвищена чутливість до повторного вживання хімічної речовини. Часто повторне введення одних й тих же ліків у сенсибілізований організм проявляється алергічними реакціями.

147. Сепсис патологічний стан, зумовлений безперервним або періодичним надходженням мікроорганізмів з вогнища гнійного запалення. Сепсис має значення в генезисі смерті при ушкодженнях, кримінальному аборті, опіках тощо.

148. Симптоматична терапія терапія, яка спрямована на підтримку кровообігу (введення серцевих глікозидів, камфори) та дихання (аналептичні засоби - стимулятори дихання, штучне дихання).

149. Симуляція свідоме удаване вираження почуттів або певного фізичного стану.

150. Синець скупчення вилитої у міжтканинні щілини крові, її згортання. Синець є наслідком удару чи стискання твердим предметом, що

призводить до розриву кровоносних судин під шкірою чи слизовою оболонкою.

151. Сировидне мастило — на тілі новонародженого це жирна на дотик, сірувато-біла маса конститенції мазі, яка складається із пушкового волосся, крапель жиру, ороговілих клітин епідермісу, кристалів холестерину і жирних кислот.

152. Смерть — припинення життєдіяльності організму.

153. Спектральний метод — це дослідження слідів крові, яке полягає в отриманні абсорбційних спектрів похідних гемоглобіну.

154. Сперма — Суміш секретів яєчок та їх придатків, а також залозистих утворень статевого тракту; мутна, студениста маса білуватого кольору, слабо-лужної реакції, в'язкої консистенції з специфічним запахом.

155. Спірні статеві стани — загальна назва питань, що пов'язані з статевою функцією та вирішуються СМЕ (статева належність, здатність до злягання, зачаття, наявність вагітності або її припинення, дівоча незайманість тощо).

156. Стадія гемолізу — розвивається приблизно через 48 годин після моменту біологічної смерті. При натисканні на трупну пляму не відбувається зміни забарвлення, а при перевертанні трупа - зміни локалізації. У подальшому будь-яких трансформацій, окрім гнилісних змін, у трупних плямах не відбувається.

157. Стадія гіпостазу початкова стадія розвитку трупної плями, починається відразу після припинення активного кровообігу та закінчується через 12 - 14 годин. У цій стадії трупні плями при натисканні зникають. При зміні пози трупа (перевертанні) плями можуть повністю переміститися до нижніх частин.

158. Стадія стазу трупні плями починають переходити до неї приблизно через 12 годин після настання біологічної смерті. У цій стадії відбувається поступове згущення крові в судинах за рахунок дифундування плазми через судинну стінку в оточуючі тканини. У зв'язку з цим при натисканні трупна пляма блідне, але повністю не зникає, та через деякий час відновлює своє забарвлення. При зміні пози трупа (перевертанні) можуть частково переміститися у нижні частини.

159. Статева зрілість такий фізіологічний стан організму (такий ступінь розвитку), при якому статеве життя є фізіологічно нормальною функцією, не викликає розладу здоров'я і не наносить шкоди подальшому розвиткові організму.

160. Статева зрілість (жінки) такий ступінь розвитку жіночого організму, за якого жінка здатна виконувати всі статеві функції без шкоди для здоров'я.

161. Статева зрілість (чоловіча) здатність до злягання та запліднення.

162. Статеві зносини категорія близьких людських відносин, що спрямована на задоволення статевого потягу, зумовлена інстинктом розмноження і є однією з фізіологічних потреб організму людини, яка приносить користь для здоров'я.

163. Стискання двобічна, у напрямку один до одного доцентрова дія двох масивних тупих предметів, між якими знаходиться тіло людини чи його частина.

164. Странгуляційна борозна негативний відбиток матеріалу петлі (зашморгу) на шкірі.

165. Странгуляція слід від стискання шиї петлею, наслідок механічної асфіксії.

166. Субдуральна гематома крововилив, який розташовується між твердою і павутинною мозковими оболонками і, в результаті, спричинює загальну або місцеву компресію (стиснення) головного мозку.

167. Судова медицина розділ медицини, що вивчає питання медичного та біологічного характеру, які виникають під час слідства і судового провадження.

168. Судово-медична експертиза науково-практичне дослідження, яке здійснюється за постановою уповноважених органів або за ухвалою суду

з метою дослідження на підставі спеціальних знань матеріальних об'єктів, що містять інформацію про обставини справи, яка перебуває в провадженні органів дізнання, слідчого, прокурора чи суду.

169. Судова психіатрія — галузь загальної психіатрії, яка вивчає психічні розлади відповідно до завдань, котрі вирішуються у цивільному та кримінальному процесі. Висновки судових психіатрів підлягають оцінці разом з іншими доказами, суд на їх основі та в межах цивільного чи кримінального судочинства приймає процесуальне рішення (ухвалу, постанову, вирок). Судова психіатрія сформувалася на стику медичних, правових та філософських наук.

170. Судова токсикологія — є галуззю судової медицини, що вивчає отруєння з метою вбивства або самогубства чи внаслідок випадкового потрапляння отрути в організм людини.

171. Судова травматологія — розділ судової медицини, що вивчає особливолсті механічних ушкоджень, пов'язаних з властивостями ушкоджуючих предметів, прижеттєвістю, послідовністю та давністю ушкоджуючої дії, розробляє методи судово-медичної експертизи механічних ушкоджень.

172. Судово - медичний експерт — особа, яка має вищу медичну освіту, спеціальну підготовку в галузі судової медицини й займає штатну посаду судово-

медичного експерта.

173. Судово-психіатрична експертиза — науково-практичне дослідження, що здійснюється за постановою уповноважених органів або за ухвалою суду судово-психіатричним експертом з метою відповіді на питання, що виникають під час провадження адміністративних, кримінальних та цивільних справ з приводу психічного стану особи.

174. Судоми — мимовільне скорочення м'язів, що супроводжуються, як правило, різким болем.

175. Сукупні ушкодження — ушкодження, які поєднують у собі ушкодження двох або більше органів різних порожнин або одночасне ушкодження порожнин та ізольовані чи множинні ушкодження опорно-рухового апарату під дією однієї причини.

176. Танатологія — вчення про смерть, тобто наука що вивчає процес вмирання.

177. Тепловий удар — стан організму, який триває 1–4 хв: дихання припиняється, розвивається брадикардія, іноді асистолія, зникають реакції зіниць на світло, корнеальний та інші стовбурні рефлекси, зіниці розширюються. При вмиранні в стані глибокого наркозу термінальна пауза відсутня.

178. Термінальна пауза — стан, який триває 1-4 хв: дихання

припиняється, розвивається брадикардія, іноді асистолія, зникають реакції зіниць на світло, корнеальний та інші стовбурні рефлекси, зіниці розширюються. Апное має тимчасовий характер та може тривати від декількох секунд до 3-4 хвилин. Вважають, що при зростаючої гіпоксії головного мозку різко посилюється активність блукаючого нерва — звідси апное. При вмиранні в стані глибокого наркозу, при ураженні електричним струмом термінальна пауза відсутня.

179. Термінальний стан перехідні стани між життям і біологічною смертю. Характеризуються глибокими, хоча і зворотніми порушеннями функцій найважливіших органів і систем організму, наростаючою гіпоксією. Т. с. включає стадії передагонії, з згасанням свідомості, рефлексів при збереженні дихання і серцевої діяльності; агонії; клінічної смерті, при якій відсутні зовнішні ознаки життя. Тривалість Т. с. залежить від тягаря основного захворювання і від того, чи застосовуються заходи по оживленню організму, серця, що включають масаж, штучне або допоміжне дихання та ін. Одночасно з ними проводять лікування основного захворювання (наприклад, протишокову терапію при травмі).

180. Тертя взаємодія поверхні тіла чи його частин з травмуючою поверхнею тупого предмета, який діє по дотичній. У цьому випадку може рухатися як травмуючий предмет, так і тіло людини чи його частина.

181. Тілесні ушкодження — ушкодження, які характеризуються відсутністю небезпеки для життя та інших ознак тяжкого тілесного ушкодження, при якому присутній тривалий розлад здоров'я, стійка втрата загальної працездатності менш як на 33%.

182. Токсикінетика — процес перетворення токсичної речовини в організмі.

183. Токсикологія — наука, що вивчає фізичні й хімічні властивості отрут та їх дію на організм.

184. Торф'яне дублення — своєрідний стан трупа, який виникає тоді, коли труп потрапляє в торф'яні болота і ґрунти, що містять гумусові кислоти. Під впливом гумусових кислот і таніну шкіра трупа дубиться, стає щільною, темно-бурого кольору, внутрішні органи різко зменшуються в розмірах, мінеральні солі в кістках розчиняються і вимиваються із трупа, внаслідок чого кістки стають м'якими, легко ріжуться ножем, нагадують за консистенцією хрящі. Торф'яне дублення фіксує ушкодження, які є на трупі, і дозволяє провести упізнання загиблого.

185. Травма — порушення структури та функцій організму, що виникло під впливом дії одного чи декількох зовнішніх травмуючих факторів.

186. Травматизм — однотипні ушкодження, які повторюються серед окремих груп населення. В залежно

від умов та характеру ушкодження розрізняють такі види травматизму: промисловий, сільськогосподарський, побутовий, вуличний, транспортний, спортивний, військовий, дитячий.

187. Трансплантація — заміщення тканин або органів, відсутніх чи пошкоджених патологічним процесом, або власними тканинами чи органами, або такими що взяті від донора.

188. Труп — мертве тіло людини чи тварини.

189. Трупні плями — явна ознака настання біологічної смерті. Вони відносяться до ранніх трупних явищ, та являють собою, як правило, ділянки шкіри синюшно-фіолетового кольору. Виникають трупні плями за рахунок того, що після припинення серцевої діяльності та втрати тонусу судинної стінки відбувається пасивне переміщення крові по судинах під дією сили тяжіння та концентрації її у розташованих нижче ділянках тіла.

190. Трупні явища — зміни, яким піддаються органи і тканини трупа після настання біологічної смерті. Трупні явища поділяються на ранні та пізні. До ранніх відносяться охолодження трупа, трупні плями, трупне задубіння, висихання і автоліз; до пізніх: гниття, скелетування, муміфікація, жировіск і торф'яне дублення.

191. Туберкульоз — інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерія туберкульозу, котре передається переважно повітряно

крапельним шляхом.

192. Тяжке тілесне ушкодження

тілесне ушкодження, яке заподіяне в небезпечних для життя обставинах, спричинило втрату органу чи його функцій, душевну хворобу, розлад здоров'я, пов'язаний зі стійкою втратою працездатності не менш як на 1/3, призвело до переривання вагітності або невиправного знівечення обличчя.

193. Удар

короткочасний процес взаємодії тіла (чи частини його) людини й тупого предмета, коли тупий предмет діє однобічно відцентрове, менше 0,1- 0,01 секунд, досить імпульсивний.

194. Утоплення

один із видів механічної асфіксії, при якій механічним фактором, що викликає це явище, є будь-яка рідина, що потрапила в дихальні шляхи. Причому рідина може бути різноманітною: вода, нафта, вино і т. ін. Найчастіше утоплення трапляється у воді. Втопитися можна навіть у невеликій її кількості, досить, щоб у воду було занурено тільки обличчя. Зустрічаються випадки утоплення не в річках, озерах, морях, басейнах тощо, але й калюжі води, бочці і т. ін.

195. Хвороба

життя, порушене в своєму перебігу ушкодженням структури і функцій організму під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів при реактивній мобілізації в якісно своєрідних формах його

компенсаторно - пристосовних механізмів.

196. Холостий набій — набій (патрон), призначений для створення звукового та світлового ефекту стрільби, який не містить снаряду і може мати додаткові елементи, що забезпечують герметичність та працездатність патрона.

197. Хронічні отруєння — отруєння, при яких токсична речовина невеликими дозами поступає в організм.

198. Черепно - мозкова травма — стан, що виникає в наслідок травматичного ушкодження головного мозку, його оболонок, судин, кісток черепа і зовнішніх покривів голови.

199. Шизофренія — психічне захворювання, що характеризується розладом розумових процесів.

200. Шок — загальний тяжкий розлад функцій організму, який характеризується різким порушенням гемодинаміки, дихання, обміну речовин.

201. Ятрогенія — хвороби, які породжуються неправильним, необережним, необдуманим висловлюванням лікаря, а інколи неуважною, безтактною поведінкою лікаря щодо хворого.

ТЕСТИ

Перший рівень

1. Судова медицина - це наука що вивчає і розробляє питання медичного та загальнобіологічного характеру щодо правової практики :

а) так;

б) ні.

2. Судово медична експертиза проводиться лікарями які мають спеціальну підготовку в цій галузі:

а) так;

б) ні.

3. Судово- медична експертиза передбачає надання допомоги органам охорони здоров'я:

а) так;

б) ні.

4. Зміст судової медицини визначається потребами правової практики:

а) так;

б) ні.

5. Судово-медичним експертом може бути особа, яка має кваліфікацію лікаря і відповідну підготовку:

а) так;

б) ні.

6. Експерт несе кримінальну відповідальність за неправдивий висновок та розголошення слідчої таємниці:

а) так;

б) ні.

7. **Наука, яка вивчає тілесні ушкодження, називається травматологією:**

а) так;

б) ні.

8. Ушкодження – це будь-яке порушення анатомічної цілості чи функціонального стану тканини, органу чи частини тіла, викликане зовнішньою дією:

а) так;

б) ні.

9. Удар – різкий сильний поштовх або стусан, при якому у відповідно короткий час відбувається зіткнення рухаючого предмету і тіла людини:

а) так;

б) ні.

10. Існує три види падіння:

а) так;

б) ні.

11. Якщо первинна судово-медична експертиза не надала чітких або повних висновків, то призначають повторну судово-медичну експертизу:

а) так;

б) ні.

12. Існує 5 видів механічної асфіксії:

а) так;

б) ні.

13. Чи впливає алкогольне сп'яніння на переохолодження організму?

а) так;

б) ні.

14. Отрута – це речовина, яка при введені в організм людини викликає розлад здоров'я або смерть:

а) так;

б) ні.

15. Речовини, які знаходяться у рідкому стані всмоктуються організмом значно повільніше, при цьому концентрація речовин не впливає на розчин до всмоктування:

а) так;

б) ні.

16. До безумовно їстивних грибів відносять такі, які не можна споживати без додаткової попередньої обробки:

а) так;

б) ні.

17. До видів насильницької смерті відноситься смерть, яка наступила від дії пухлин:

а) так;

б) ні.

18. Тривалість клінічної смерті 5-6 хвили:

а) так;

б) ні.

19. У ККУ приводиться три ступеня тяжкості тілесних ушкоджень:

а) так;

б) ні.

20. Визначення інвалідності потерпілих належить до компетенції МСЕК:

а) так;

б) ні.

21. Сліди крові набувають якості речових доказів у справах після їх виявлення на місці події, вилучення і спеціального дослідження:

а) так;

б) ні.

22. При судово-медичній експертизі органів і тканин спочатку встановлюється їх належність людині чи тварині, а потім виявляється групова приналежність:

а) так;

б) ні.

23. Якщо первинна судово-медична експертиза не надала чітких або повних висновків, то призначають повторну судово-медичну експертизу:

а) так;

б) ні.

Другий рівень (одна правильна відповідь)

1. В системі якого відомства знаходяться заклади судово-медичної експертизи України?

а) міністерства внутрішніх справ;

б) міністерства юстиції;

в) міністерства охорони здоров'я.

2. Лікарсько - експертні огляди почали практикуватися з:

а) 10 століття;

б) 16 століття;

в) 9 століття.

3. Якою статтею КПК України передбачено обов'язкове проведення судово-медичної експертизи?

а) Ст. 201;

б) Ст. 77;

в) Ст. 78;

г) Ст. 242;

д) Ст. 192.

4. В якій статті КПК України говориться про порядок залучення експертизи?

а) Ст. 190;

б) Ст.76;

в) Ст. 200;

г) Ст. 182;

д) Ст. 243.

5. Проведення якої з експертиз не може бути доручено судово-медичному експерту, який проводив первинну експертизу?

а) додаткової;

б) комплексної;

в) повторної;

г) комісійної;

д) двохмоментної.

6. При якому структурному підрозділі обласного бюро судово-медичної експертизи є судово-гістологічне відділення?

а) при відділі судово-медичної експертизи потерпілих, обвинувачених та інших осіб;

б) при відділі судово-медичної експертизи трупів;

в) при відділі судово-медичної експертизи речових доказів;

г) при судово-імунологічному відділені;

д) при судово-цитологічному відділені.

7. На скільки видів поділяється травматизм за умовами і обставинами походження ушкоджень?

а) 5;

б) 6;

в) 3.

8. Яка ознака є критерієм для визначення давнини синця?

а) колір;

б) локалізація;

а) розміри;

г) глибина;

д) усі перераховані ознаки.

9. Відрізнити глибоке садно від поверхневої рани можна за:

а) розмірами;

б) формою;

в) кольором;

г) наслідком після загоєння;

д) тривалістю розладу здоров'я.

10. При загоюванні садна відмічається декілька послідовних стадій, крім:

а) поверхня садна розміщується нижче рівня неушкодженої шкірки;

б) поява кірочки;

в) зміна кольору кірочки;

г) відшарування кірочки;

д) відпадання кірочки (епітелізація).

11. Що залишається на місці загоєного садна через 2 – 3 місяці ?

а) пігментація;

б) рубець;

в) зміна кольору шкіри;

г) ніяких слідів;

д) рожеве забарвлення шкіри.

12. Що називається раною?

а) порушення цілісності всієї товщини шкіри до підшкірної клітковини;

б) порушення цілісності поверхневого шару шкіри;

в) порушення цілісності всієї товщини слизової оболонки;

г) порушення цілісності поверхневого шару слизової оболонки;

д) порушення цілісності всієї товщини шкіри і підшкірної клітковини.

13. Для усіх випадків падіння з висоти найхарактернішою ознакою є:

а) компресійний перелом тіла хребців у шийному відділі;

б) загнаний перелом кісток гомілки;

в) внутрішні ушкодження переважають над зовнішніми;

г) розриви внутрішніх органів;

д) багатоосколкові переломи кісток черепа.

14. До ран від дії гострих предметів відносяться усі перераховані рани крім:

а) укушених;

б) різаних;

в) колотих;

г) колото-різаних;

д) рубаних.

15. До гострих знарядь відноситься усе перераховане, крім предметів:

а) ріжучих;

б) колючих;

в) колючо-ріжучих;

г) рубаючих;

д) дроблячих.

16. У якій послідовності розміщуються додаткові фактори пострілу?

а) гази – полум'я – кіптява – зерна пороху;

б) гази – кіптява – полум'я – зерна пороху;

в) полум'я – гази – кіптява – зерна пороху;

г) полум'я – кіптява – гази – зерна пороху;

д) кіптява – гази – полум'я – зерна пороху.

17. Чим характеризується різана рана?

а) гострими кутами;

б) рівними гладкими краями;

в) сильною зовнішньою кровотечею;

г) зіянням рани;

д) сукупністю всіх перелічених ознак.

18. Яка смерть може настати від дії електричного струму?

а) миттєва;

б) уповільнена;

в) перервана;

г) пізня;

д) усі вище перераховані.

19. Скільки є різновидів странгуляційної асфіксії?

а) 2;

б) 3;

в) 4;

г) 5;

д) 6.

20. В яких частинах тіла, як правило, розташовані ушкодження при падінні з мотоцикла на дорогу?

а) в ділянці голови;

б) на животі;

в) на нижніх кінцівках;

г) в ділянці промежини;

д) на шиї.

21. Від чого настає смерть у перші години після отримання опіків?

а) від опікового шоку;

б) від порушення хімізму крові;

в) від септичних ускладнень;

г) від інтоксикації організму;

д) від асфіксії.

22. Якого виду експертиза призначається для встановлення швидкості руху автомобіля у момент наїзду його на пішохода?

а) автотехнічна;

б) судово-медична;

в) трасологічна;

г) комплексна;

д) криміналістична.

23. Приблизно через скільки хвилин при механічній асфіксії настає смерть?

а) через 1 хвилину;

б) через 2 – 3 хвилини;

в) через 5 – 6 хвилини;

г) через 6 – 7 хвилини;

д) через 8 – 10 хвилини.

24. Скільки є видів обтураційної асфіксії?

а) 2;

б) 3;

в) 4;

г) 5;

д) 6.

25. Коли спостерігається горизонтальне розміщення странгуляційної борозни?

а) при самоповішанні;

б) при повішенні;

в) при вільному висінні тіла в петлі;

г) при самоповішенні в позі «на карачках;

д) при стисканні петлею.

26. При якому виді механічної асфіксії спостерігається різке збільшення об'єму легень з розпливчастими блідо-червоного кольору крововиливами під плеврою?

а) стискання грудей і живота;

б) стискання петлею;

в) втоплення;

г) закриття дихальних шляхів блювотними масами;

д) повішання.

27. Отруйний гриб, який утворює шапинку товстом'ясу, жовтувато-бурого кольору, без особливого запаху:

а) бліда поганка;

б) свинуха тонка;

в) печериця рудіюча.

28. Основними токсичними речовинами є:

а) амантіни;

б) фалоїдин;

в) всі відповіді правильні.

29. При споживанні мухоморів отруєння наступає через:

а) 1-2год;

б) 0,2-1год;

в) 0,5-3год.

30 Дурман звичайний (бур'як):

а) отруйна багаторічна рослина;

б) отруйна однорічна травяниста рослина;

в) смертельно отруйна дворічна рослина.

31. Допустимою для людини(крім дітей грудного віку) добова доза нітратів й нітритів становить:

а) 0,4мг/кг-0,5мг/кг;

б) 0,6мг/кг-0,7мг/кг;

в) немає правильної відповіді.

32. Основою для нормування олова у харчових продуктах є присутність у ньому:

а) міді;

б) свинцю;

в) цинку.

33. Кавове дерево та чайні кущі містять алкалоїди:

а) аденін і кофеїн;

б) ізатин,ксантин та гіпоксатин;

в) параксатин,теофелін і теобромін;

г) всі відповіді правильні.

34. Що з перерахованого належить до ранніх трупних явищ:

а) відсутність кровообігу, рухів і рефлексів;

б) гниття, муміфікація і жировіск;

в) рідкий стан крові;

г) розчленування і руйнування трупа;

д) охолодження, висихання аутоліз, заклякання, трупні плями.

35. В яких групах м'язів з'являються перші ознаки трупного заклякання при горизонтальному положенні трупа:

а) в жувальних м'язах обличчя;

б) в м'язах шиї;

в) в м'язах верхніх кінцівок;

г) в м'язах грудної клітки;

д) в м'язах нижніх кінцівок.

36. На скільки градусів знижується температура тіла трупа за кожну годину при кімнатній температурі:

а) 1°;

б) 2°;

в) 3°;

г) 4°;

д) 5°.

37. Яка температура тіла є достовірною ознакою смерті:

а) +35°;

б) +32°;

в) +30° ;

г) +28°;

д) нижче 25.

38. Який з перерахованих органів у першу чергу піддається посмертному самоперетравленню:

а) шлунок;

б) стравохід;

в) гортань;

г) підшлункова залоза

д) сечовий міхур.

39. Виникнення трупних змін та їх розвиток залежать від усіх перерахованих факторів крім:

а) віку, статті, маси трупа;

б) професії померлого;

в) причини і темпу настання смерті;

г) стану здоров'я потерпілого який передував смерті ;

д) умов зовнішнього середовища в яких знаходився труп.

40. Хто повинен організувати доставку трупа, одягу, а також речових доказів у морг:

а) родичі померлого;

б) судово-медичний експерт;

в) слідчий;

г) лікар лікувально-профілактичних установ;

д) організація в якій працював померлий.

41. Як називається документ, який складає судово-медичний експерт при розтині трупа на основі постанови слідчих органів і органів дізнання:

а) акт судово-медичного дослідження трупа ;

б) протокол судово-медичного дослідження;

в) лікарське свідоцтво про смерть;

г) висновок експерта;

д) акт огляду.

42. Що дозволяє судити про тривалість перебування трупа у воді:

а) ступінь розвитку ранніх трупних явищ;

б) ступінь розвитку гниття трупа;

в) ступінь розвитку ранніх трупних змін і гниття;

г) вираженість мацерації шкірних покривів;

д) наявність і кількість рідини у дихальних шляхах і шлунку.

43. Який документ складається при судово-медичній експертизі живих осіб:

а) висновок експерта;

б) акт судово-медичного огляду;

в) акт судово-медичного дослідження;

г) протокол судово-медичного огляду;

д) судово-медична довідка.

44. Як оцінюється душевна хвороба, яка виникла в результаті отриманого ушкодження:

а) тяжке тілесне ушкодження;

б) середнього ступеня тяжкості тілесне ушкодження;

в) легке тілесне ушкодження;

г) завдання мук;

д) мордування.

45. В якому віці виникає необхідність проведення судово-медичної експертизи для встановлення статевої зрілості:

а) біля 14 років;

б) 14 – 18 років;

в) 18 – 20 років ;

г) 20 – 25 років;

д) понад 25 років.

46. При якому терміні вагітності переривання її в результаті травми оцінюється як тяжке тілесне ушкодження:

а) незалежно від терміну вагітності;

б) 2 місяці;

в) 4 місяці;

г) 5 місяців;

д) 9 місяців.

47. Хто кваліфікує ушкодження як мучення і мордування:

а) судово-медичний експерт;

б) комісія судово-медичних експертів;

в) начальник обласного бюро судово-медичної експертиза ;

г) травматологічна ВТЕК;

д) органи дізнання, попереднього слідства, прокурор, суд.

48. До чиєї компетенції відноситься вирішення питання про спотворення обличчя:

а) хірурга;

б) судово-медичного експерта;

в) органів дізнання;

г) прокурора;

д) суду.

49. При якому терміні вагітності дозволено її переривання у лікувальних закладах за бажанням жінки:

а) близько 12 тижнів;

б) близько 16 тижнів;

в) близько 20 тижнів;

г) близько 24 тижнів;

д) близько 28 тижнів.

50. Що слід розуміти під короткочасним розладом здоров'я:

а) розлад здоров'я на термін до 6 днів;

б) розлад здоров'я на термін більше 6 днів але не більше 3 тижнів (21 день);

в) розлад здоров'я на термін більше 3 тижнів (21 день);

г) більше 3 тижнів, але не більше одного місяця;

д) розлад здоров'я на термін до 6 днів підтверджений листком працездатності.

51. Що слід розуміти під тривалим розладом здоров'я:

а) розлад здоров'я тривалістю більше 12 днів;

б) розлад здоров'я тривалістю більше 21 днів;

в) розлад здоров'я тривалістю більше одного місяця ;

г) розлад здоров'я тривалістю більше трьох місяців;

д) розлад здоров'я обумовлений стійкою втратою загальної працездатності більше 33%.

52. Про обставини настання смерті експерт може довідатися з перерахованих джерел, крім:

а) постанови про призначення експертизи;

б) протоколу огляду місця події;

в) індивідуальної картки стаціонарного хворого;

г) повідомлення осіб, які доставили труп у морг;

д) супровідного листа «швидкої допомоги».

53. Як позначається друга група крові з урахуванням аглютинінів і аглютиногенів:

а) АВ0;

б) АВ;

в) Ав;

г) Ва;

д) 0ав.

54. Хто оформляє супровідний документ і забезпечує доставку речових доказів для проведення експертизи у судово-медичній лабораторії:

а) судово-медичний експерт;

б) слідчий;

в) поняті;

г) судово-медичний експерт чи слідчий;

д) середній медичний персонал ОБСМЕ.

55. Як позначається 4-та група крові з урахуванням аглютинінів і аглютиногенів:

а) АВ0;

б) АВ;

в) Ав;

г) Ва;

д) 0ав.

56. Функціями лікаря на місці події є все перераховане крім:

а) констатації смерті;

б) опису трупа;

в) виявлення мотивів злочину;

г) консультації слідчого зі спеціальних питань;

д) допомоги слідчому у виявленні та вилучені речових доказів.

57. Де саме проводиться дослідження речових доказів у бюро судово-медичної експертизи:

а) судово-гістологічному відділені;

б) судово-токсикологічному відділені;

в) судово-імунологічному відділені;

г) медико-криміналістичному відділені;

д) лабораторії спектральних методів дослідження.

58. Як позначається 3-та група крові з урахуванням аглютинінів і аглютиногенів:

а) АВ0;

б) АВ;

в) Ав;

г) Ва ;

д) 0ав.

59. На основі чого встановлюється кількість рідкої крові, яка утворила пляму:

а) кольору плями;

б) площі плями;

в) кількості сухого залишку крові у плямі;

г) виявлення у плямі крові похідних гемоглобіну;

д) визначення кількості гемоглобіну в плямах крові.

60. Яка ознака свідчить про смерть від переохолодження тіла?

а) плями Лярше;

б) плями Тораз'є;

в) плями Мінакова;

г) плями Вишневського;

д) плями Рассказова – Лукомського – Пальтауфа.

Третій рівень (дві і більше правильних відповідей)

1. З юридичних наук судова медицина найчастіше пов'язана з:

а) криміналістикою;

б) кримінальним правом;

в) трудовим правом;

г) кримінальним процесом.

2. Судово-медична експертиза проводиться при досліджуванні злочинів проти:

а) волі та честі;

б) виборчих і трудових прав;

в) життя особи;

г) здоров'я особи.

3. З медичних наук судова медицина найчастіше пов'язана з:

а) паталогічною анатомією;

б) травматологією;

в) токсикологією.

4. Найвидатнішими представниками судово-медичної науки 20 ст. є:

а) М.І.Пірогов, М.С.Бокаріус;

б) В.П.Філатов, А.Є.Вершигора;

в) О.П.Нелюбін, І.Ф.Венсович.

5. Який документ регламентує діяльність судово-медичної експертизи:

а) Конституція України;

б) Закон України, «Про судову медицину»;

в) накази МВС України;

г) методичні вказівки головного судмедексперта України.

6. Судова медицина розвивається на основі:

а) морфологічних медичних знань;

б) клінічних медичних знань;

в) теоретичних медичних знань.

7. Відповідальність експертів передбачена статтями КК України:

а) Ст. 384;

б) Ст. 385;

в) Ст. 386;

г) Ст. 387;

д) Ст. 388.

8. Підставами для проведення судово-медичної експертизи є:

а) постанова органів дізнання;

б) постанова слідчих органів;

в) ухвала суду;

г) направлення міністерства охорони здоров'я;

д) постанова прокурора.

9. В яких статтях КПК України не викладені обов'язки і права експертів?

а) ст. 75;

б) ст. 76;

в) ст. 69;

г) ст. 78;

д) ст. 79.

10. В якій статті КПК України не говориться про зміст висновку експерта?

а) ст. 190;

б) ст. 76;

в) ст. 102;

г) ст. 192;

д) ст. 203.

11. Хто не може бути керівником обласного бюро судово-медичної експертизи?

а) завідуючий;

б) головний лікар;

в) начальник;

г) директор;

д) завідувач моргом.

12. Через скільки діб у живої людини після утворення синця по його краях з'явиться зеленуватий або жовтуватий відтінок?

а) добу;

б) 2 доби;

в) 3 доби;

г) 4 доби;

д) 5 доби.

13. Що не можна назвати синцем?

а) крововилив, який видно на шкірі;

б) крововилив, який видно в слизовій оболонці;

в) крововилив, який видно на шкірі і слизовій оболонці;

г) кровонатік;

д) витікання крові із пошкоджених судин.

14. Які переломи неможна назвати непрямими?

а) переломи з неушкодженою шкірою;

б) переломи з порушенням цілісності шкіри;

в) переломи які виникають у місці удару чи стискання;

г) переломи які виникають на деякій відстані від місця удару;

д) переломи кісток черепа.

15. Які ушкодження включає в себе група ушкоджень фізичними факторами?

а) механічні ушкодження від знарядь або зброї;

б) ушкодження електрикою;

в) ушкодження від дій крайніх температур;

г) хімічні опіки;

д) ушкодження від різних видів променевої енергії.

16. За садном можна встановити:

а) місця прикладання сили;

б) давності ушкодження;

в) характеру насильницьких дій;

г) напрямку ушкоджую чого предмету;

д) силу удару.

17. За наслідками ушкодження поділяються на:

а) торпедні;

б) хронічні;

в) смертельні;

г) несмертельні.

18. Які зовнішні фактори спричиняють тілесні ушкодження?

а) механічні;

б) фізичні та хімічні;

в) природні та штучні;

г) біологічні та психічні.

19. Які види травматизму існують?

а) кустарний;

б) військовий;

в) виробничий;

г) невиробничий.

20. Який з предметів відносяться до рубаючих?

а) сокира;

б) палаш;

в) шашка;

г) меч;

д) кортик.

21. Механізми утворення ушкоджень при дії тупих предметів є:

а) удару;

б) стискання;

в) ковзання (тертя);

г) розтягнення;

д) розчавлення.

22. Які предмети не відносяться до колючих?

а) з гострим кінцем і однаково гострими лезами;

б) подовженні з гострим кінцем;

в) які мають з одного боку гостре лезо;

г) які мають однаково гострі леза;

д) з гострим кінцем і гострим лезом.

23. Який з тупих предметів не називають зброєю?

а) молоток;

б) напильник;

в) кастет;

г) палиця;

д) камінь.

24. До яких предметів не відносяться пили?

а) ріжучих;

б) гострих;

в) тупих;

г) рубаючих;

д) колючих.

25. Який з названих різновидів механічної асфіксії відноситься до обтураційної?

а) закриття отворів рота і носа рукою;

б) утоплення;

в) аспірація блювотними масами;

г) стискання грудей і живота;

д) закриття дихальних шляхів чужорідними предметами.

26. Які ушкодження характерні для зіткнення автомобіля з пішоходом?

а) ушкодження бампером автомобіля;

б) ознаки стресу тіла;

в) ушкодження від виступаючих частин автомобіля;

г) непрямі злами ребер;

д) локальні ушкодження.

27. Странгуляційна борозна при повішенні буває:

а) замкненою;

б) незамкненою;

в) горизонтальною;

г) рівномірно вираженою;

д) з відбитком вузла.

28. Який механізм дій тупих предметів зустрічається при дорожньо-транспортних пригодах?

а) удар;

б) стискання;

в) тертя;

г) розчленування;

д) розтягнення.

29. Який вид транспорту відноситься до механічних транспортних засобів?

а) автомобіль;

б) мотоцикл;

в) велосипед;

г) трамвай;

д) тролейбус.

30. В якій області тіла не локалізується «бампер перелом» при наїзді на пішохода вантажного автомобіля?

а) попереку;

б) таза;

в) стегна;

г) гомілки;

д) стопи.

31. За походженням отруєння діляться на :

а) побутові, які є наслідком необережності (нещасний випадок), самогубства або вбивства;

б) деструктивні , при дії яких на внутрішніх органах (серце , печінка, та інш.), різко виражена картина морфологічних змін;

в) привичні, токсикоманії (алкоголізм, морфінізм та інші);

г) місцеві ,які викликають ураження у зоні їх первинної дії;

д) медикаментозні , які виникають з різних причин в результаті примінення ліків у медичній практиці.

32. На які 3 групи поділяються токсини?

а) токсини з місцевою подразнюючою дією, які викликають порушення функцій систем травлення, їх дія проявляється через 15 - 60 хв. Після споживання грибів;

б) токсини , які викликають тяжке захворювання, яке закінчується смертю;

в) токсини, які викликають порушення діяльності Центральної нервової системи , їх дія проявляється через 0,5 - 2.0 год;

г) токсини з тимчасовою подразнюючою дією, які викликають порушення функцій систем травлення , їх джія проявляється через 15 - 60 хв після споживання грибів;

д) смертенльно небезпечні, якіпотрапивши в організм людини, вони 24-48 год не виявляють жодних ознак.

33. Які небезпечні отруйні гриби є у всіх рослинних зонах України ?

а) опеньок сірчано-несправжній, який утворює шапинку темнішу;

б) опеньок сірчано-жовтий несправжній, який утворює шапинку спочатку півкруглу , згодом-випуклу, голу, сіро-жовту до центру темнішу;

в) опеньок цегляно-червоний несправжній подібний до опенька осіннього.Шапинка гриба спочатку випукла, ротім напіврозпростерта, в центрі до краю світліша;

г) опеньок червоно-цегняний подібний до опенька зимового;

д) опеньок сірчано-цегловий, який росте на пеньках від зими до весни.

34. Які хімічні речовини є отрутами ?

а) квасоля сира- фазин, який являє собою токсальбумін -гемаглютинуючу речовину;

б) нітрати, пестициди;

в) мигдаль звичайний(гіркий) і гіркі ядра кісточкових фруктів;

г) свинець;

д) мідь і цинк.

35. До отруєнь лікарськими рослинами відносять:

а) аконіти-смертельно отруйні рослини, при отруєнні ними хворі відчувають поколювання і свербіння у різних частинах тіла, печію, ломоту, артимію серця;

б) сморчки - умовно їстівні гриби,які можна вживати лише після відварювання, при вживанні зморшок з відваром трапляються випадки тчяжких отруєнь;

в) жовтий жасмин - багаторічна кущова рослина, при отруєнні нею спостерігається головокружіння , розширення зіниць параліч повік;

г) дощовик оранжевий - отруйний гриб, який часто приймають за дощовик їстівний;

д) папоротник- багаторічна спорова рослина. При отруєнні цією рослиною спостерігається рвота, юолі у шлунку, розлади зору, задишка.

36. Виберіть перелік дуже отруйних рослин в Україні :

а) аконіт волосистий, гайовий, джунгарський, маленький та строкатий;

б) барвінок малий та трав"янистий ;

в) вовчі ягоди звичайні;

г) огірок-пирскач пружний;

д) дріоптерис чоловічий (чоловіча папороть).

37. Отруйними продуктами тваринного походження та тканинами риб є?

а) ікра і молока деяких риб: до них відносять щуку, налима, окуня, скумбрію;

б) мідії , які стають отуйнимим влітку під час споживання одноклітинних мікроорганізмів-динофлагелатів;

в) ікра , молока і брюшина риби маринки, севанської хромулі, усача та голкобрюхи;

г) ікра із залози внутрішньої секреції забійних тварин;

д) вживання меду з отруйних рослин, таких як богульник, блекота чорна.

38. Які елементи з оточуючого середовища можуть потрапити у харчові продукти?

а) неорганічна ртуть в результаті метилювання;

б) гіркий мигдаль;

в) пестициди, хлорорганічні пестициди , фосфорорганічні пестициди ;

г) проросла зелена картопля;

д) органічна ртуть в результаті метилювання.

39. Які з наведених експертиз повинні застосовуватись при встановленні діагнозу отруєння?

а) судово-медична експертиза;

б) судово-ботанічна експертиза;

в) судово-токсикологічна експертиза;

г) ботанічна експертиза;

д) токсикологічно-ботанічна експертиза.

40. В аптеках та медичних установах відпуск та охорона токсичних лікарських рослин регламентується:

а) нормативними положеннями , правилами , документами , за порушення яких передбачені види дисциплінарної відповідальносьі , недотримання яких карається законом відповідно до ст. 321 ККУ;

б) нормативними документами, правилами, положеннями, інструкціями;

в) нормативними актами, недотримання яких карається законом відповідно до ст 268 ККУ;

г) порушення яких передбачені різні види дисциплінарної відповідальності, а також недотримання яких карається законом відповідно до ст. 326 ККУ.

41. Що не обумовлює муміфікації трупа:

а) омилення жирів;

б) гниття;

в) аутоліз ;

г) висихання ;

д) дублення.

42. На які питання слідчого може відповісти лікар при огляді трупа на місці його виявлення?

а) яка орієнтовна причина смерті;

б) коли приблизно наступила смерть;

в) які ушкодження є на трупі ;

г) яка група крові трупа;

д) чи є біля трупа забруднення біологічного походження.

43. Які спеціалісти можуть бути залучені слідчим до участі в огляді трупа?

а) хірург;

б) фельдшер;

в) гігієніст;

г) гінеколог;

д) офтальмолог.

44. До достовірних ознак смерті відносять:

а) трупні плями;

б) трупне заклякання;

в) нерухомість тіла;

г) трупне охолодження ;

д) трупне висихання.

45. Які з наведених ознак не відносяться до трупних плям:

а) аутоліз;

б) набряк, повнокріввя;

в) гіпостаз, стаз та імбібіція ;

г) крововиливи і синці;

д) трупна емфізема.

46. Який з перерахованих станів є природною консервацією трупа:

а) муміфікація;

б) жировіск;

в) торф'яне дублення ;

г) замерзання;

д) бальзамування.

47. У яких випадках (на секції) легені не тонуть у воді:

а) якщо вони дихали;

б) якщо вони не дихали;

в) при вторинному ателектазі ;

г) при емфіземі;

д) якщо вони загнилі.

48. Основою для судово-медичної експертизи трупа не може бути:

а) постанова слідчих органів і органів дізнання;

б) направлення слідчого;

в) направлення органів дізнання;

г) супровідний лист «швидкої допомоги»;

д) направлення управління охорони здоров’я.

49. Основними ознаками новонародженості є:

а) наявність пуповини;

б) наявність пологової пухлини;

в) наявність сировидного мастила;

г) наявність меконія;

д) наявність помарок крові на тулубі новонародженого.

50. Яка дитина вважається життєздатною:

а) яка народилася без зовнішніх виродливостей;

б) яка спроможна продовжувати жити поза організмом матері;

в) яка пробула в утробі матері не менше семи місяців ;

г) яка пробула в утробі матері не менше восьми місяців.

51. Коли не встановлюється розмір стійкої втрати працездатності внаслідок отриманих ушкоджень:

а) зразу ж після нанесення ушкодження;

б) після надання першої медичної допомоги;

в) після надання кваліфікованої медичної допомоги ;

г) через один місяць після нанесення ушкодження;

д) після остаточного визначення наслідку ушкодження (після закінчення лікування).

52. На яких ділянках тіла потерпілої судово-медичний експерт найчастіше знаходить ушкодження, характерне для насильства з чиненням фізичного опору потерпілої:

а) на голові;

б) на шиї;

в) на руках;

г) на стегнах;

д) на тулубі.

53. До наслідків насильного статевого акту може відноситися:

а) фізична і психічна травма;

б) вагітність;

в) зараження венеричними хворобами;

г) самогубство;

д) порушення менструального циклу.

54. Що таке статева зрілість:

а) здатність людини до статевого акту;

б) здатність організму до виконання статевих функцій без шкоди для здоров'я;

в) здатність до запліднення;

г) здатність до відтворення потомства.

55. Які з слідів крові не відноситься до помарок:

а) калюжі;

б) просочування;

відбитки;

в) бризки;

г) потьоки.

56. Хто оформляє супровідний документ для проведення додаткового дослідження речових доказів у судово-медичній лабораторії:

а) судово-медичний експерт;

б) слідчий;

в) поняті;

г) судово-медичний експерт чи слідчий;

д) середній медичний персонал ОБСМЕ;

е) слідчий суддя.

57. При дослідженні слідів крові можуть бути вирішені такі питання:

а) чи належить кров певній людині ;

б) кому належить кров: дорослій людині чи дитині;

в) кому належить кров: чоловіку чи жінці;

г) яка давність утворення плям крові;

д) який механізм утворення слідів крові.

58. Які речові докази не можуть свідчити про факт здійснення статевого акту:

а) сперма;

б) кров;

в) слина;

г) сеча;

д) волосся.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК ТЕРМІНІВ

А
Аборт
Аборт кримінальний
Абстиненція
Авіатравма
Автоінтоксикація отруєння
Автоліз
Автотравма
Агональні ушкодження
Агонія
Аероби
Аконітин
Акселерація
Акт судовомедичного
Активне дітовбивство
Алергія
Аліментарна дистрофія
Алкалоїди
Алкоголь
Анаероби
Аспірація
Асфіксія
Аутоліз
Аутопсія

Б
Бампер
Барбітурати
Баротравма
Безпорадний стан
Біологічна смерть
Біологічна смерть
Біологічний матеріал
Біоманекен
Біопсія
Бойові отруйні речовини

В
Венеричні захворювання
Викидень
Виразки
Вогнепальна зброя
Вогнепальний рановий канал
Вогнепальні рани
Волосся
Волочіння

Г
Гаспінг дихання
Гематома
Гематома
Гематома епідуральна
Гемотоксини
Гіпоксія
Гниття
Гомосексуалізм
Грижа

Д
Давність смерті
Давність ушкоджень
Дерматит
Дефект тканин
Деформа́ція
Диссимуляція
Дистанція пострілу
Дітовбивство
Додаткові фактори
Доношеність

Е
Евтаназія
Ексгібіціонізм
Ексгумація

Ексгумація
Електромітка
Електротравма
Елімінація
Емболія
Етиловий алкоголь

Ж
Життєздатність

З
Забита рана
Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ)
Загальноасфіктичні ознаки
Задишка затруднене
Задушення блювотними масами
Задушення петлею
Зґвалтування
Знівечення
Зрілість плода
Зупинка серця

І
Ізольовані ушкодження
Іммобілізація
Інвалідність

К
Каліцтво
Катування
Кіптява пострілу
Клінічна смерть
Кодинаміка
Комбіновані ушкодження
Комісійна СМЕ
Кров
Кровоносні суди́ни
Кровотеча
Кумуляція скупчення

Л
Легкі тілесні ушкодження
Летаргія
Ливорометрія
Лікарська таємниця
Лікарське свідоцтво про смерть

М
Маска екхімотична
Механізм травми
Механічна асфіксія
Мінералізація
Множинні ушкодження
Морг
Муміфікація
Мучення

Н
Набряки
Надрив
Надріз
Напрямок пострілу
Насильницька смерть
Насильство
Нашарування на знаряддях травми
Небезпечні для життяпошкодження
Ненасильницький опір
Нетверезий стан
Новонароджена дитина

О
Обстеження
Отруєння
Отрута
П
Пасивне дітовбивство
Первинна СМЕ

Передагональний стан
Передагонія
Перелом
Побої
Повішення
Подряпини
Посмертна поза
Посмертні роди
Потенціал дії
Працездатність
Псевдоартроз
Психіатрія
Пухлини

Р
Рана
Рванозабита рана
Реанімація
Реставрація трупа
Речовий доказ (у СМЕ)
Речові докази
Розбещення неповнолітніх
Розтління
Розтягання

С
Садно
Самогубство
Самокалічення
Самоушкодження
Сенсибілізація
Сепсис
Симптоматична терапія
Симуляція
Синець
Сировидне мастило
Смерть
Спектральний метод
Сперма
Спірні статеві стани
Стадія гемолізу
Стадія гіпостазу
Стадія стазу
Статева зрілість
Статева зрілість (жінки)
Статева зрілість (чоловіча)
Статеві зносини
Стискання
Странгуляційна борозда
Странгуляція
Субдуральна гематома
Судова медицина
Судова психіатрія
Судова токсикологія
Судова травматологія
Судово - медичний експерт
Судово-психіатрична експертиза
Судоми
Сукупні ушкодження

Т
Танатологія
Тепловий удар
Термінальна пауза
Термінальний стан
Тертя
Тілесне ушкодження середньої тяжкості
Тілесні ушкодження
Токсикінетика
Токсикологія
Торф’яне дублення
Травма
Травматизм
Трансплантація
Труп
Трупні плями
Трупні явища

Туберкульоз
Тяжке тілесне ушкодження

У
Удар
Утоплення

Х
Хвороба
Холостий набій
Хронічні отруєння

Ч
Черепно - мозкова травма

Ш
Шизофренія психічне
Шок

Я
Ятрогенія

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ І РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонюк П.П. Щодо професійної компетентності судово-медичного експерта. Криміналістичний вісник. 2016. № 1 (25). С. 36−42.
2. Бідняк Г.С., Пантелєєв К.М. Використання спеціальних медичних знань під час огляду пошкоджень одягу трупа на місці його виявлення. Криміналістичний вісник. 2017. № 1 (27). С. 111−117.
3. Варфоломеєв Є.А. Сучасний стан судово-медичної експертизи електротравми, спричиненої електрошоковими пристроями. Актуальні питання судово-медичної експертизи. 2019. Т.18, №2 (68). С.157-162.
4. Визначення давності настання смерті: монографія / В.О. Ольховський ... та ін.; за загальною редакцією В.О. Ольховського та Л.Л. Голубовича; Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет. Харків: О.В. Бровін, 2017. 167 с.
5. Дроздов О., Дроздова О. ДНК як персональні дані: ЄСПЛ нагадав правила відібрання зразків в рамках кримінального процесу. Практика ЄСПЛ. український аспект. 22.04.2020. URL: https://www.echr.com.ua/dnk-yak-personalni-dani-yespl-nagadav-pravila-vidibrannya-zrazkiv-v-ramkax-kriminalnogo-procesu/
6. Змієвська Ю.Г., Савка І.Г. Розвиток та сучасні можливості судово-медичної діагностики виду основного травмуючого фактора при вогнепальних ушкодженнях. Актуальні питання судово-медичної експертизи. 2020. Т.19, №1(71). С.152-159.
7. Канабіс та канабіноїди: навчальний посібник / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, В. О. Рудь, П. В. Кидонь ; УМСА. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2020. 120 с.
8. Козань Н.М., Коцюбинська Ю.З., Зеленчук Г.М. Dermatoglyphics for prediction - ідентифікаційна судово-медична програма. Актуальні питання судово-медичної експертизи. 2019. Т.18, №2 (68). С.115-119.

9. Комплексні судово-експертні дослідження: теорія та практика: монографія / Е.Б. Сімакова-Єфремян; Міністерство освіти і науки України, Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого. Харків : Право, 2016. 455 с.

10. Кулик О.Ф. Особливості судово-медичного дослідження трупа при окремих видах смерті: навчально-методичний посібник / О.Ф. Кулик ... [та ін.]. Чернівці : БДМУ, 2010. 218 с.

11. Куслій Ю.Ю. Тільце барра та молекула ДНК – найкраща зброя при розкритті та розслідуванні злочинів на статевому грунті. Криміналістичний вісник. 2014. № 2 (22). С. 206−211.

12. Куслій Ю.Ю., Бачора Д.Я. Можливість проведення молекулярно-генетичного експертного дослідження слідів рук після їх обробки ціаноакрилатом. Криміналістичний вісник. 2017. № 1 (27). С. 184−191.

13. Лисак Г.С., Фесенко О.Т. Визначення видової належності слідів крові після змивання речовинами різного походження. Криміналістичний вісник. 2015. № 2 (24). С. 171−179.

14. Макаренко Є. І., Здор В. М. Проблеми призначення судової експертизи у кримінальному провадженні. Право і суспільство. 2019. № 3. с.218□222.

15. Моргун Н. Отримання зразків для експертизи як важлива передумова її проведення. Криміналістичний вісник. 2017. № 1 (27). С. 63−68.

16. Назаренко О.М., Гарига-Грихно М.М. До проблем вивчення давності поховання трупа за скелитизованими рештками. Методика та експертна практика. Криміналістичний вісник. 2016. № 2 (26). С. 131−136.

17. Нові судово-медичні підходи до вирішення проблем механічної травми: збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю, м.Одеса, 15-16 червня 2017 р. / ред. кол.: В.М. Запорожан ... [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, Одеський національний медичний університет, Державна установа «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» ... [та ін.]. Одеса: Екологія, 2017. 241 с.

18. Огляд місця події: процесуальні підстави, особливості тактики, криміналістичні рекомендації: науково-практичний посібник для слідчих,

прокурорів, поліцейських патрульної та кримінальної поліції /В.П. Корж. Харків: Золоті сторінки, 2017. 215 с.

19. Ортинський В. Л., Гула Л. Ф. Особливості судово-псхіатричної експертизи підозрюваного у вчиненні вбивства. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Юридичні науки. 2019. Вип. 21. С. 4-9. http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnulpurn_2019_21_3.

20. Особливості збирання у досудовому провадженні біологічних слідів людини: метод. рек. / [Фурман Я. В., Юсупов В. В., Котляренко Л. Т., Дмитрук Р.С.]. Київ: Нац. акад. внутр. справ, 2016. 44 с.

21. Попович І.І. Сучасні можливості експертного дослідження слідів крові за кримінальними провадженнями про вбивства. Порівняльно-аналітичне право. 2017. Вип. 46. Том. 2. С.124−127.

22. Примусовий відбір зразків у особи для проведення експертизи. методичні рекомендації для практичних підрозділів / [О.В. Лускатов, В.В. Рогальська, А.І. Терещенко, В.Д. Людвік, К.М. Пантелєєв, Н.В. Павлова, Г.С. Бідняк]. Дніпро: Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ, 2017. 36 с.

23. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва та ін. Київ: ВСВ «Медицина», 2019. 344 с.

24. Рогальська В.В. Процесуальний порядок здійснення відібрання біологічних зразків для експертизи. Теорія та практика кримінального процесуального доказування: Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції, (Івано-Франківськ, 24 березня 2017 року). Івано-Франківськ, 2017. С. 123–127.

25. Сибірна Р.І., Сибірний А.В. Судова медицина: термінологічний словник. Львів: ЛьвДУВС, 2018. 55с.

26. Судова медицина та психіатрія: навч. посіб. для підготовки іспитів. Київ: Центр навчальної літератури, 2018. 212 с.

27. Судова медицина та судова психіатрія: підручник / Г. А. Білецька. Харків : Право, 2018. 376 с.

28. Судова медицина. Медичне законодавство у двох книгах: підручник / Б.В. Михайличенко, В.А. Шевчук, С.С. Бондар та ін.; за ред. Б.В. Михайличенка. Київ: Медицина, 2018. 448 с.

29. Судова медицина. Медичне законодавство у двох книгах: правова регламентація лікарської діяльності: підручник / М.В. Банчук, В.Ф. Москаленко, Б.В. Михайличенко, Т.С. Грузєва, І.Ю. Хміль, О.І. Артеменко; за ред. Москаленка В.Ф., Михайличенка Б.В. Київ: Медицина, 2017. 496 с.

30. Судова медицина: підручник / Мішалов В. Д., Хохолєва Т. В., Бачинський В. Т., Войченко В. В., Кривда Г. Ф., Костенко Є. Я.; за загальною редакцією В. Д. Мішалова. Київ, 2018. 575 с.

31. Судова медицина: підручник для ВНЗ / О. І. Герасименко, А. Г. Антонов, Н. О. Комісарова, М. Л. Комісаров; за заг. ред. О. І. Герасименка. Вид.3-тє, перероб. та допов. Київ : КНТ, 2016. 630 с.

32. Судова медицина (у схемах, таблицях і рисунках) : навч. посібник / А.С. Лісовий, П.Л. Голубович, Л.Л. Голубович, К.А. Лісовий, В.Д. Мішалов за заг. ред.: А.С. Лісового, П.Л. Голубовича. Київ : Атіка, 2007. 412с.

33. Судова психіатрія: навчальний посібник / Р.І. Сибірна, А.В. Сибірний ; Львівський державний університет внутрішніх справ. Львів: ЛьвДУВС, 2017. 147 с

Основні законодавчі та нормативно-правові акти

1. Конституція України від 28.06.1996 р. (зі змінами і доповненнями) URL: http://zakon4.rada.gov.ua.

2. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 р. (зі змінами та доповненнями) URL: http://zakon4.rada.gov.ua.

3. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 р. (зі змінами і доповненнями) URL: http://zakon4.rada.gov.ua.

4. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. (зі змінами і доповненнями) URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/435-15.

5. Про Національну поліцію: закон України від 02.07.2015 р. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/580-19.

6. Про судову експертизу: закон України від 25.02.1994 р. № 4038-XII (зі змінами і доповненнями). Відомості Верховної Ради. 1994. № 28. Ст. 232.
7. Про прокуратуру: закон України від 14.10.2014 р. № № 1697-VII. Відомості Верховної Ради. 2015. № 2-3. Ст. 12.
8. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua
9. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
10. Правила проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
11. Правила проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
12. Правила проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів в бюро судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
13. Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної імунології бюро судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
14. Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної криміналістики бюро судово-медичної експертизи (додаються): наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
15. Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної токсикології бюро судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
16. Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної цитології бюро судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.

17. Положення про завідуючого відділом бюро судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
18. Положення про завідуючого відділенням бюро судово-медичної експертизи: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
19. Положення про судово-медичного експерта: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6 URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
20. Положення про Головне бюро судово-медичної експертизи Міністерства охорони здоров'я України: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
21. Положення про Головного судово-медичного експерта Міністерства охорони здоров'я України: наказ МОЗ України від 07.01.1995 р. № 6. URL: http://zakon4.rada.gov.ua.
У додатках використано окремі схеми з навчального посібника Судова медицина (у схемах, таблицях і рисунках) А.С. Лісового, П.Л. Голубович, Л.Л. Голубовича, К.А. Лісового, В.Д. Мішалова Київ : Атіка, 2007. 412с.

Інформаційні ресурси

1. Офіційне Інтернет-представництво Президента України (http://www.president.gov.ua).
2. Сайт Верховної Ради України (http://www.rada.gov.ua).
3. Верховний Суд України (http://www.scourt.gov.ua).
4. Вищий господарський суд України (http://www.arbitr.gov.ua).
5. Урядовий портал – єдиний веб-ресурс органів виконавчої влади України (http://www.kmu.gov.ua).
6. Міністерство охорони здоров’я (https://www.moz.gov.ua)
7. Сайт медичної газети «Медичний світ» (http://medsvit.org)
8. Український національний науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України (www.undisspn.org.ua)
9. Міністерство внутрішніх справ України (http://www.mvs.gov.ua).
10. Інформаційний центр Міністерства юстиції України (http://www.informjust.kiev.ua).

11. Бібліотека Верховної Ради України (http://www.rada.kiev.ua).
12. Державна науково-технічна бібліотека України (http://www.gntb.n-t.org).
13. Наукова бібліотека Національно університету «Києво-Могилянська академія» (http://www.ukma.kiev.ua).
14. Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського (http://www.nbuv.gov.ua).
15. Єдиний реєстр судових рішень (http://www.reyestr.court.gov.ua).
16. Національна поліція України (https://www.npu.gov.ua

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

СИБІРНА Рома Іллінічна

СИБІРНИЙ Андрій Володимирович

СУДОВА МЕДИЦИНА

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
для студентів спеціальності 081 «Право»

Видано в авторській редакції

Підписано до друку 05.09.2022 р.
Формат 60×84/16. Папір офсетний. Друк цифровий.
Умовн. друк. арк. 13,72. Обл.-вид. арк. 8,23.
Наклад 100 прим.

Видавець: ТОВ «Растр-7»
79005, м. Львів, вул. Кн. Романа, 9/1.
Тел./факс: (032) 235 72 13. E-mail: rastr.sim@gmail.com
www.rastr-7.com.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ЛВ № 22 від 19.11.2002 р.

РАСТР·7

ISBN 978-617-8134-36-5