

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ТРУПА

Приводи і завдання судово-медичної експертизи трупа

Судово-медична експертиза трупа здійснюється у разі:

- а) насильної (травматичної смерті) чи при підозрі щодо неї;
- б) раптової смерті особи, коли лікар медичної установи відмовляється видати «Лікарське свідоцтво про смерть»;
- в) смерті людини у стаціонарі, коли причина смерті невідома;
- г) смерті в стаціонарі невідомої особи, навіть при встановленому діагнозі;
- г) смерті у стаціонарі від захворювання із встановленим діагнозом, якщо з приводу смерті особи до правоохоронних органів надійшли заяви про неправильне лікування.

Судово-медична експертиза трупа відрізняється від патолого-анатомічного розтину (дослідження) трупа. Останнє проводиться у патологоанатомічних відділеннях лікарень для наукового контролю за правильністю діагностики хвороби, підвищення кваліфікації лікарів. Як правило, всі трупи людей, що померли у стаціонарі, досліджуються патологоанатомами лікарень. Головний лікар може відмінити розтин у виключних випадках, за винятком таких:

- а) якщо хворий перебував у стаціонарі менш як добу;
- б) якщо потрібна судово-медична експертиза трупа;
- в) якщо смерть сталася внаслідок інфекційного захворювання чи при підозрі на нього, а також при підозрі на СЛІД;
- г) при сумнівному прижиттєвому діагнозі;
- г) у спеціальних випадках, коли результати розтину потрібні для детального й всебічного вивчення хвороби.

Якщо під час патологоанатомічного розтину встановлено ознаки травми (фізичної, хімічної тощо), кримінального аборту, то розтин

припиняється, всі отримані результати заносяться до протоколу, труп та його органи зберігаються й передаються на судово-медичну експертизу. Головний лікар медичної установи сповіщає прокуратуру чи органи внутрішніх справ про трупи, які підлягають судово-медичній експертизі.

Судово-медична експертиза трупа є одним з найскладніших і найвідповідальніших видів експертної діяльності. Виконання її регламентується відповідними нормами кримінально-процесуального законодавства, залежно від стадії слідства (протягом попереднього - статті 192, 196, 198, 200 КПК України, а під час судового - статті 310, 311, 312 КПК України). Судово-медична експертиза трупа здійснюється за наявності постанови представників слідчих органів або ж ухвали суду. Правом призначати судово-медичну експертизу наділені органи внутрішніх справ, прокуратури, Служби безпеки, суди. Однак у повсякденній практиці частіше відбувається так: спочатку, за пропозицією представників правоохоронних органів, проводиться дослідження трупа, а вже від результатів його залежить, буде чи не буде порушено кримінальну справу й призначено експертизу.

У разі здійснення судово-медичної експертизи складається «Висновок експерта», а в разі дослідження трупа - «Акт судово-медичного дослідження трупа».

Судово-медичну експертизу трупа проводять у моргах бюро судово-медичної експертизи управлінь охорони здоров'я областей або ж у моргах лікувальних закладів. Вся відповідальність за якість експертизи, її результативність покладається на судово-медичного експерта, а за його відсутності - на лікаря-експерта, якому доручено цю роботу. Він же несе персональну відповідальність за вірогідність, об'єктивність і повноту результатів експертизи. Проведення експертизи регламентується законодавством, зокрема нормами КПК, КК України (ст. 77 КПК; статті 384, 385 КК) та інструкцією про проведення судово-медичної експертизи, затвердженою наказом МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6.

Судово-медична експертиза (дослідження) трупа здійснюється з метою отримання відповіді на такі запитання:

- 1) Коли й від чого настала смерть?
- 2) Чи наявна насильна смерть?
- 3) Який механізм спричинення ушкоджень?

4) Чи є ознаки, за допомогою яких можна встановити характер та особливості зброї або інших знарядь травми?

5) Чи дає змогу характер травм мотивовано стверджувати про наявність дії певних (фізичних, хімічних, біологічних тощо) факторів зовнішнього середовища?

6) Чи можна, враховуючи характер ушкоджень, довести факт спричинення чи неспричинення їх власноручно?

7) Якщо смерть ненасильна, то чи не є причиною її гостра інфекційна хвороба?

У процесі слідства можуть виникнути й інші запитання, зумовлені специфікою кожного окремого випадку.

Перед початком експертизи лікар ознайомлюється з постановою (відношенням, направленням) про необхідність експертизи, копією протоколу огляду місця події, медичними документами покійного (коли такі є), а інколи - й показаннями свідків. Якщо людина померла в лікарні, то з дозволу слідства можна отримати у лікаря, який лікував (спостерігав) хворого, нові дані про перебіг хвороби, методи та результати окремих лікувальних заходів. Він - також з дозволу слідства - може бути присутнім під час розтину трупа.

Зовнішнє дослідження трупа

Після ознайомлення з наявними матеріалами починають досліджувати одяг, який є на трупі. Спочатку проводять загальний огляд, потім детально вивчають кожний предмет одягу окремо. Робота ця вкрай важлива й копітка. Інколи одяг у такому стані (мокрый, забруднений тощо), що біля секційного столу його якісно дослідити неможливо. Огляд проводять з метою виявлення найважливіших речових доказів, їх зазначають у «Висновку» («Акті») й залишають для ретельного подальшого долабораторного дослідження, про що буде йтися далі. Зазначають вид, якість матеріалу одягу, відповідність погоді, окремі індивідуальні деталі (фасон, гудзики, шви, петельки, мітки, латки, вміст кишень), а також наявність забруднень, пошкоджень тощо. Останні найретельніше вимірюють та описують, вживаючи заходів для збереження їх первісного вигляду.

Після вивчення одягу проводять дослідження трупа. Визначають стать, довжину тіла, вік (на вигляд, якщо немає документів), статуру, вгодованість, колір шкіри. Потім ретельно вивчають абсолютні ознаки

смерті (трупні плями, залякання, охолодження, гниття тощо).

Детально описавши трупні явища, починають дослідження окремих частин тіла.

Під час огляду голови звертають увагу на наявність, колір, довжину та особливості волосся (завитки, штучне фарбування, сивина, лисина). Шляхом обмацування встановлюють, чи немає патологічної рухливості кісток голови (склепіння чи основи черепа) і обличчя, що свідчить про їх переломи, а також інших ушкоджень.

Оглядаючи обличчя, зазначають колір шкіри, стан і колір очей, форму, рівномірність та розміри зіниць, наявність «плям Лярше», колір сполучних оболонок, повік, наявність крововиливів у кон'юнктиву та рогівку. Встановлюють цілість кісток і хрящів носа, обмацуючи їх, досліджують вміст носових ходів.

При огляді порожнини рота відзначають: закритий він чи відкритий, колір слизових оболонок ротової порожнини, наявність сторонніх предметів. Потім перевіряють стан зубів - наявність хворобливих змін (карієс), протезів (вказуючи, де вони розміщені та з якого матеріалу виготовлені), коронок (занотовуючи дані про матеріал, з якого вони виготовлені, наприклад - метал жовтого чи білого кольору, пластмаса, порцеляна), ушкодження або відсутність зубів, стан альвеол на місці відсутніх зубів. Зазначають стан вушних раковин, акцентуючи увагу на наявності крові, гною, сукровиці у просвіті вушних ходів, зазначають наявність і стан барабанної перетинки.

Оглядаючи шию, звертають увагу на наявність ушкоджень чи особливостей (гулі, скривлення, пропорційність відносно тулуба і т. ін.). При огляді грудей зазначають їх форму, симетричність будови, шляхом пальпації визначають наявність чи відсутність патологічної рухливості ребер, груднини, хребта. У разі розтинів жіночих трупів звертають увагу на форму молочних залоз, їх пружність (еластичність), колір навколососкових кружальців, наявність і характер виділень із сосків. Визначають форму живота (рівний, втягнутий, опуклий), наявність рубців (серед них і вагітності, кил) тощо. Оглядаючи зовнішні статеві органи, звертають увагу на відхилення у розвитку, патологічні зміни. Якщо досліджується труп чоловіка, відзначають наявність виділень сечі та сперми, а при дослідженні жіночих трупів треба детально оглянути вхід у піхву, відзначити колір слизової оболонки, наявність і характер виділень

зі статевої щілини, стан дівочої перетинки. Потім оглядають відхідниковий отвір, визначають закритий він чи відкритий, чи забруднена навколо нього шкіра й чим. Описуючи кінцівки, визначають наявність ушкоджень кісток. Завершується зовнішнє дослідження детальним описом тілесних ушкоджень: їх розташування (у т. ч. і відносно довжини тіла), форма, розмір, вигляд; у разі експертизи трупів невідомих осіб - описом також особливих прикмет - рубців, бородавок, родимих плям, татування тощо.

Внутрішнє дослідження трупа

Як уже зазначалося, при внутрішньому дослідженні вивчають органи, що розміщені у трьох основних порожнинах тіла: грудній, черевній та черепній. За потребою робиться розтин спинномозкового каналу, додаткових пазух черепа тощо. Послідовність розтину залежить від специфіки випадку.

Свого часу були запропоновані різні методи дослідження трупа. Метод Вірхова передбачає вилучення у трупа кожного органу окремо й дослідження його розрізуванням.

Метод Абрикосова ґрунтується на вилученні органів і дослідженні їх у вигляді п'яти топографічних комплектів:

- а) органи шії та грудної порожнини;
- б) кишки;
- в) селезінка;
- г) печінка зі шлунком, дванадцятипалою кишкою та підшлунковою залозою;
- г) нирки з наднирковими залозами, сечоводами та органами малого тазу.

За методом Кіарі-Мареша здійснюють попереднє дослідження внутрішніх органів без вилучення з трупа, а вже після розтину кожен з них виокремлюється для детального огляду, вимірювання, зважування.

Метод Летюлю передбачає, що після евісцерації органокомплексу орган відрізають від комплексу й досліджують окремо.

Розтин трупа найчастіше здійснюють найпоширенішим у судово-медичній практиці методом повної евісцерації органокомплексу (запропоновано проф. Г. В. Шором у 1926 р.), що дає змогу до кінця дослідження зберегти анатомо-топографічні зв'язки. Спочатку роблять розріз по передній середній лінії тіла, розкриваючи черевну, а потім - і грудну порожнину. Звертають увагу на наявність ушкоджень у м'яких

тканинах шиї, грудей, передньої черевної стінки. Відзначають наявність або відсутність особливого запаху при розтині порожнин, сторонніх речовин або включень, а також колір і товщину підшкірної жирової клітковини на грудях і животі. Описують стан очеревини: колір, блиск, вологість, ушкодження, зрощення.

Послідовність подальшого дослідження. Кількість жиру в *сальнику* (чепцю), його колір. Розміщення органів черевної порожнини, стан шлунку та кишок (здуті вони чи ні).

Вміст *черевної порожнини* (водяниста рідина - її колір, кров - її стан, гній - колір, в'язкість: його кількість і наявність запаху). Цілісність діафрагми та висота стояння її куполів.

Особливості *м'язів шиї та грудей*. Легкість розтину ребрових хрящів.

Грудна клітка: наявність вмісту плевральних порожнин (характер, об'єм, колір, запах, стан тощо); положення легенів і стан плеври.

Наволоосерцева сумка: вміст (його кількість, колір, прозорість), вигляд поверхонь.

Язик: колір поверхонь, стан країв кінчика (наявність ушкоджень, відбитків зубів), стан сосків.

Мигдалики: їх розмір та особливості при розрізі.

Під'язикова кістка та хрящі гортані: їх цілісність.

Гортань: вигляд слизової оболонки зіва.

Щитоподібна залоза: величина, щільність, вигляд поверхні розрізу.

Стравохід: колір слизової оболонки та її стан, ушкодження, вміст.

Стан дихальних шляхів: наявність вмісту, його колір, консистенція, запах, колір слизової оболонки, ушкодження. Стан лімфатичних вузлів біля коренів легень. Об'єм, поверхня: колір, блиск; наявність ушкоджень та крововиливів на поверхні легень (плями Тардье, Рассказова-Лукомського-Пальтауфа), еластичність на дотик, їх колір на розрізі, рівномірність забарвлення, кількість речовини, що стікає. Стан легеневих судин.

Серце: форма, розміри, маса, положення над діафрагмою, кількість жиру під епікардом. Наявність крововиливів на зовнішній поверхні (плями Тардье), ушкоджень. Щільність серцевого м'яза на дотик. Стан вінцевих судин, аорти, легеневої артерії (ширина над клапанами, їх стан). Вміст порожнин серця. Стан ендокарда,

клапанів серця та його судин, сосочкових м'язів. Наявність крововиливів під ендокардом (плями Мінакова). Товщина м'яза серця (лівого та правого шлуночків), його щільність, колір на розрізі, наявність сполучнотканинних прошарків. Стан вінцевих судин, наявність бляшок.

Аорта: стан її клапанів та стінки, ширина на розрізі.

Селезінка: стан капсули, розмір, щільність на дотик. Характер пульпи на розрізі, колір, характер і кількість зішкрібка.

Печінка: розміри, колір, стан поверхні, щільність, характер малюнка при розрізі. Величина та стан жовчного міхура (вміст, характер стінок та слизової оболонки).

Шлунок: його розміри, цілість, товщина стінок, властивості слизової оболонки. Вміст шлунку, його вигляд, кількість, запах.

Підшлункова залоза: розміри, щільність, колір і будова при розрізі.

Тонкі й товсті кишки: стан стінок та слизової оболонки, вміст, брижа.

Нирки: кількість жиру в капсулах, розміри та маса нирок, щільність, колір поверхні, легкість відділення капсули, вигляд поверхні, колір при розрізі, стан кіркового та мозкового шарів. Колір слизової оболонки мисок і сечоводів, вміст їх.

Надниркові залози: розмір, колір кіркового та мозкового шарів, чіткість їх малюнка.

Сечовий міхур: вміст та його характер, стан слизової оболонки (колір, блиск, складчастість), товщина стінки.

Простата (передміхурова залоза): вигляд, розміри, щільність, стан поверхні при розрізі. Оглядають придатки, сім'яники, сім'яні канатики.

Піхва: відзначають її вміст, ступінь виявлених складок.

Матка: положення, форма, розміри, товщина, форма шийки, товщина стінки тіла, щільність та вигляд при розрізі. Стан слизової «пробки», вміст порожнини матки: плідні оболонки - є чи їх немає, кров, гній, слиз; стан фаллопієвих труб і зв'язок матки. Її маса. Розмір плідного яйця, вміст, місце прикріплення плаценти.

Яєчники: форма та величина, вигляд, колір при розрізі, жовте тіло.

Скелет: ушкодження кісток, характер змін м'яких тканин у місцях переломів. Цілість хребта, крововиливи, гній у просвіті хребтового каналу.

Спинний мозок: стан оболонки, тканини, його щільність, вигляд при розрізі. Наявність крововиливів та ушкоджень мозку.

Розтин голови. Шкірні покриви голови разом з апоневрозом розділяють поперечним розрізом від лівого до правого соскоподібного відростка через тім'я, м'які тканини відокремлюють від кісток (спереду до надбрівних дуг, а ззаду до потиличного бугра) та відтягують наперед і назад. Череп розтинають круговим розпилем.

М'які тканини: наявність травм, крововиливів (описують локалізацію, вид, розміри, колір, їх потовщення).

Кістки склепіння та основи черепа: цілість кісток, їх товщина, наявність ушкоджень (тріщин, переломів тощо).

При виявленні дірчастих переломів їх детально вимірюють за допомогою прозорої плівки, на яку накладена сітка з поділками 0,1 см. А якщо наявні вдавнені переломи, то після їх вимірювання бажано зробити зліпок з використанням компаунда (пасти), зокрема К-18.

Отриманий зліпок може бути доданий до «Висновку експерта» і використаний при медико-криміналістичних дослідженнях, під час проведення експериментів та зіставлення одержаних результатів.

Після того, як зняті кістки склепіння, досліджують чи немає *особливого запаху, сторонніх речовин або включень* (якщо є то описують їх наявність, локалізацію, характер тощо).

Тверда мозкова оболонка: колір, ступінь напруження, прозорість, товщина, зрощення по зовнішній та внутрішній поверхнях, вміст поздовжньої пазухи, ушкодження, стан пазах основи черепа.

М'які мозкові оболонки: ступінь наповнення кров'ю судин, колір, прозорість, вологість.

Приділяють також увагу виявленню можливих *крововиливів*. З'ясовують їх локалізацію (над чи під мозковими оболонками), розміри, товщину, стан гематоми, наявність гною тощо.

Тканина мозку: з поверхні - рельєф закруток, наявність забоїв, ушкоджень, дефектів, а при розрізі - вигляд, вологість і межа між сірою та білою речовинами, кровонаповнення.

Судини основи мозку: товщина та еластичність стінок, ступінь наповнення кров'ю, наявність патологічних змін.

Бічні шлуночки мозку: їх розміри, положення, вміст. Наявність пухлин мозку. Вигляд мозочку, стовбура мозку, мосту та довгастого мозку.

Досліджують ушкодження внутрішніх органів і кісток, визначаючи їх характер, локалізацію та особливості (наприклад, сліди рперациї, аномалії розвитку). За необхідності визначають масу органів.

Проводячи дослідження трупа, обов'язково звертають увагу на наявність ознак трупного автолізу, який насамперед настає в надниркових та підшлунковій залозах, печінці.

У процесі експертизи трупа забирають частини органів і тканин для лабораторних та наукових досліджень, про що робиться відповідний запис у «Висновку експерта» чи в «Акті дослідження трупа».

Особливості дослідження трупів залежно від певних причин смерті

Зазвичай розтин трупа проводять за викладеною схемою незалежно від причин смерті. Але у процесі дослідження часом виникає потреба змінити черговість розтину або зосередити особливу увагу на тих чи інших ушкодженнях, органах чи системах.

Так, при виникненні підозри на отруєння необхідно дотримуватися таких правил:

1. Судово-медичний експерт повинен детально ознайомитися з протоколом огляду помешкання потерпілого (щоб з'ясувати, чи не виявлено там якихось підозрілих речовин у пляшках, банках, посуді, коробках, пакетах тощо, які могли стати причиною отруєння), свідченнями осіб, які спостерігали картину вмирання потерпілого, та даними медичних документів.

З секційного столу, на якому досліджують труп при підозрі на отруєння, необхідно забрати всі хімічні речовини; категорично забороняється користуватися водою.

2. Акцентується увага на кольорі трупних плям (рожевий свідчить про отруєння чадним газом, сполуками синильної кислоти; димчасто-аспідно-сірий - на отруєння метгемоглобінотворювачами тощо).

3. Визначають наявність (чи відсутність) специфічних запахів (алкоголю, ефіру, дихлоретану, оцтової кислоти тощо).

4. Детально оглядають стан слизової оболонки порожнини рота, язика, глотки, стравоходу, шлунка, кишок, а також визначають характер змін внутрішніх органів.

1. Перед вилученням органоккомплексу накладають лігатури на шлунок біля входу та виходу, а також на початкові та кінцеві відрізки тонкої та товстої кишок.

2. Для судово-токсикологічних досліджень внутрішніх органів виокремлені частини внутрішніх органів розтинають над хімічно чистими банками, в яких їх потім відправляють на експертизу. При отруєнні невідомими отрутами беруть для дослідження не менш як 2 кг таких об'єктів:

1- ша банка - шлунок з усім вмістом;

2- га банка - найбільш змінені ділянки тонкої та товстої кишок і весь їхній вміст;

3- тя банка - близько однієї третини печінки з жовчним міхуром та його вмістом;

4- та банка - одна нирка і вся сеча (якщо вона є);

5- та банка - одна третина головного мозку;

6- та банка - серце з наявною в ньому кров'ю, селезінка та чверть легенів;

7- ма банка - 200-300 г сальника (чепця).

Банки герметично закривають і запечатують сургучною печаткою. На банки наклеюють етикетки з номером та зазначенням вмісту, прізвища, імені та по батькові особи, чий труп розтинали, а також із номером акта, датою дослідження та підписом судмедексперта. Звичайно органи не консервуються, лише в спеку допустима консервація органів спиртом-ректифікатом, за винятком випадків підозри на отруєння винним спиртом.

Зразок використаного для консервації спирту-ректифікату в кількості 200 мл запаковують окремо й посилають для контролю до судово-токсикологічної лабораторії одночасно з узятим матеріалом.

При отруєнні етиловим спиртом чи його сурогатами для судово-токсикологічного дослідження беруть кров із стегнової вени (10-15 мл) і сечу, а за їх відсутності - тканини мозку та легенів чи м'язів масою не менш як 200 г.

При підозрі на отруєння іншими речовинами для судово-токсикологічного дослідження вилучають різні органи й тканини. Так, Правилами судово-медичної експертизи трупа передбачено: при підозрі на отруєння, піддавати судово-токсикологічному дослідженню різноманітний матеріал, залежно від отрути (табл. 6, див. с. 290).

Вилучення матеріалів для судово-токсикологічного дослідження при підозрі на отруєння

Група токсичних речовин	Токсична речовина	Матеріал для дослідження	
		у випадках швидкого настання смерті	У разі настання смерті через декілька годин і пізніше після вживання токсичної речовини
Леткі речовини та технічні розчини	Синильна кислота, хлороформ, хлоралгідрат, чотирихлористий вуглець, дихлоретан, фенол, формалін і т. ін.	Шлунок із вмістом, верхній відділ тонкої кишки	Те саме + печінка, нирка, головний мозок, сеча, кров (100 мл)
	Етиловий спирт	Кров і сеча (10-15 мл), за відсутності - тканину головного мозку, легенів, м'язів (200-300 г); при гнійних змінах - кров та сеча (не менше 200 мл)	
	Метиловий спирт та інші вищі спирти	Шлунок із вмістом, кров та сеча (по 200 мл)	
Важкі метали	Сполуки миш'яку (арсену), ртуті, свинцю, барію, цинку, марганцю, міді, срібла, олова, хрому	Шлунок із вмістом, тонка та товста кишки, печінка, нирка (по 200 г), сеча (200 мл)	
Алкалоїди та барбітурати	Стрихнін, хінін, пахікарпін, морфін, кодеїн, барбітурова кислота та її сполуки	Шлунок із вмістом, тонка та товста кишки із вмістом	Те саме + печінка, сеча, головний мозок (по 200- 300 г), кров (200 мл)
Місцево-діючі речовини	Кислоти та луги	Глотка, трахея, стравохід, шлунок із вмістом, тонка та товста кишки	
Гази	Чадний газ, сірководень, аміак	Кров (100 мл), легені (не менше ніж 500 г)	Дослідження недоцільне

Продовження табл. 6

Група токсичних речовин	Токсична речовина	Матеріал для дослідження	
		у випадках швидкого настання смерті	У разі настання смерті через декілька годин і пізніше після вживання токсичної речовини
Інші отрути	Фториди, нітрити	Шлунок з вмістом, тонка й товста кишка, печінка з жовчним міхуром, кров (200 мл)	
Пестициди	Хлорорганічні - гексахлоран, хлорофос, ПО-ліхлорпінен Фосфорорганічні - тіофос, карбофос, рогор	Шлунок із вмістом, тонка кишка (не менше ніж 300 г). Те саме	Те саме + печінка, нирка, жирова тканина, головний мозок по 300 г). Те саме, крім жирової тканини

Примітка:

- 1) У випадках підозри на інгаляторне отруєння для дослідження вилучають тканину легенів (не менше ніж 500 г);
- 2) при підозрі на введення отрути через піхву чи матку - матку з піхвою;
- 3) у разі підозри на введення отрути підшкірно чи внутрішньом'язово - ділянки шкіри та м'язів з місць можливого введення токсичної речовини.

При підозрі на смерть від повітряної (газової) емболії, у разі відсутності на трупі ознак гниття проводять дослідження з використанням рентгенівського проміння та ультразвуку. При цьому можна виявити наявність повітря, найчастіше у вигляді кульок, у правому шлуночку та передсерді. Потім розкривають ліву плевральну порожнину, уникаючи ушкодження великих судин. Пінцетом трохи піднімають осердя (перикард) й розтинають його посередині. Ретельно оглядають серце, особливо вінцеві судини його передньої поверхні, де можуть залишитися пухирці повітря, що дає змогу діагностувати повітряну емболію. В осердя наливають води й протикають передню стінку правого шлуночка ножем нижче від поверхні води. За наявності повітря виходить у вигляді пухирців. Для контролю таким чином протикають і стінку лівого шлуночка. При венозній повітряній емболії звідти повітря не виділяється (проба П. А. Сунцова).

Для виявлення порушень у системі малого кола кровообігу - уражень легеневої артерії найбільше інформації можна отримати

при застосуванні методу морфологічного дослідження. Після вилучення комплексу внутрішніх органів розтин проводиться у такій послідовності: поздовжнім розрізом по всій довжині розтинаються і досліджують черевний та грудний відділи аорти. Після її вилучення досліджують легені, трахею та бронхи. Біля початку пересікають лівий бронх і відводять убік, потім виділяють й досліджують ліву легеневу артерію. Особливу увагу звертають на її стан: колір, напруженість, параметри. Роблять невеликий поперековий розріз стінки, який продовжують в обидва боки: поздовжньо розтинають стінку лівої легеневої артерії та її гілок до 3-4 порядків; у протилежні боки поздовжньо розтинають стінку загальної легеневої артерії (до рівня її клапанів), права легенева артерія та її розгалуження - до 3-4 порядків. Ретельно досліджують стан і вміст усіх названих судин: рідка кров, а особливо її згортки - їх конфігурація, колір, склад, щільність, розміри, розташування щодо внутрішньої поверхні судин і в просвіті останніх: наявність злипань, зрощень, їх щільність, розповсюдження вздовж судин та їх розгалужень.

При первинному тромбозі легеневої артерії та її гілок згорток (тромб) має певні особливості: він повністю або значною мірою оклюдує просвіт; судина в цьому місці розширена, напружена, має ціанотичний відтінок. Згортка більш чи менш міцно зв'язаний з внутрішньою поверхнею судинної стінки на значному протязі, іноді має неоднорідну структуру; до нього прилягають нашарування згорток крові різного кольору й щільності, які інколи вповнюють просвіт судин на значній відстані. У разі тромбоемболії наявні або множинність щільних згорток (тромбів, емболів), що оклюдують просвіт різного калібру, або розташування у просвіті магістрального стовбуру перекрученого тромбу, який відтворює форму судинного розгалуження. (Методика запропонована М. І. Шамаєвим).

Як відомо, однією з причин смерті може бути пневмоторакс. Для його діагностики також проводять дослідження з використанням приладів для виявлення наявності повітря (рентгенологічні та ультразвукові) й вимірювання кількості (останній запропонований О. М. Лебедевим). Потім відпрепаровують шкіру з м'якими тканинами на бічній поверхні грудної клітки, у вигляді кишені, до середньої пахової лінії. Кишеню цю наповнюють водою, а ножем, нижче поверхні води, протикають міжреберні м'язи й плевру і спостерігають за появою пухирців повітря.

У разі смерті внаслідок інфекційних захворювань розтин трупа проводять у спеціальних секційних залах з дотриманням заходів безпеки працюючих. Вилучені для дослідження органи направляють в лабораторії бюро судмедекспертизи та інфекційних лікарень.

Останнім часом багато уваги приділяють питанням діагностики, зокрема й морфологічної, синдрому набутого імунного дефіциту (СНІДу). Розроблено певні нормативні документи, які регламентують порядок проведення заходів, спрямованих на поліпшення профілактики, діагностики та лікування СНІДу (зокрема інформаційний лист МОЗ України від 26.12.1988 р.).

Дослідження трупів при підозрі на наявність вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) проводять з ужиттям заходів щодо запобігання зараженню - у спеціально виділених секційних залах, з використанням кольчужних рукавиць учасниками дослідження.

Для подальшого лабораторного вивчення з трупа - з правої половини серця чи вени - стерильно беруть кров (3-5 мл). Шматочки внутрішніх органів, які залишаються для судмедгістологічного дослідження, поміщають у формалін і протягом 15 діб зберігають в ізольованих контейнерах. Дослідження їх проводиться в окремих приміщеннях. Весь інструмент та місткості, де зберігалися шматочки органів, ретельно дезінфікують після вживання, а все, що не потребує подальшого зберігання, спалюють.

На практиці дослідження на ВІЛ-інфекцію проводиться у випадках смерті внаслідок пневмоній невстановленої етіології, сепсису, поліінфекційних захворювань у комплексі тощо.

Якщо людина померла від радіаційного ураження, розтин робиться у звичайному порядку, але у спеціальних секційних залах. Одночасно із забором органів для вивчення в лабораторіях бюро судово-медичної експертизи проводиться радіометричне дослідження органів і тканин.

У випадках смерті внаслідок ушкоджень тупими та гострими предметами під час експертизи трупа можна здійснити хімічні проби (реакції Перлса, Тірмана) на встановлення наявності й хімічного походження металів. Для визначення наявності й детального вивчення характеру ранових каналів при травмах колючими та колюче-ріжучими предметами проводиться їх рентгенологічне дослідження, для чого канали заповнюють контрастними та фарбуючими речовинами.

При вогнепальних травмах не тільки вживають заходів, спрямованих

на збереження речових доказів, а й виконують ряд досліджень, результати яких дозволяють встановити наявність і локалізацію сторонніх предметів, їх топографію на трупі (рентгенографія, метод кольорових відбитків) тощо.

Вогнепальні ушкодження, локалізовані на обличчі, досліджують всіма можливими методами (мікроскопія, фотографування, з використанням інфрачервоних та ультрафіолетових променів, кольорових відбитків) у секційному залі. Ділянки шкіри обличчя з естетичних міркувань не вилучають.

При ушкодженні вогнепальною зброєю, гострими та тупими предметами кістки вилучають для лабораторних досліджень. Слід зауважити, що на місці взятих кісток, з естетичних міркувань, необхідно поставити імітатори.

Якщо причиною смерті була електротравма, для лабораторного дослідження направляють шкіру з електромітками.

При експертизі трупа невідомої особи потрібно виконати ряд додаткових заходів, спрямованих на встановлення особи:

- 1) скласти картку невідомої особи;
- 2) зробити розпізнавальне фотографування анфас та в профіль після туалету обличчя;
- 3) зробити дактилоскопію (проводиться представником правоохоронних органів);
- 4) ретельно описати одяг із зазначенням фасону, відповідності порі року, якості й малюнка тканини, наявності й кількості гудзиків, замків-блискавок, наявності латок, міток тощо, а також фасону, якості, кольору, розміру взуття, його особливостей;
- 5) скласти словесний портрет;
- 6) описати індивідуальні особливості: стан зубів, колір, ступінь стертості жувальних поверхонь, наявність пломб, штучних зубів, протезів, коронок - із вказівкою кольору металу тощо, татувань, рубців, слідів операцій, вкорочень кінцівок, горбів, родимих плям і т. ін.

Значною складністю відзначаються експертизи ексгумованих, розчленованих, гнилих і скелетованих трупів.

При дослідженні ексгумованих трупів, якщо відоме ім'я померлого, користуються загальноприйнятою схемою. Водночас треба пам'ятати, що зміни в трупі, які сталися після похорону, можуть бути оцінені як прижиттєві. З метою уникнення помилок необхідно здійснити гістологічні та гістохімічні дослідження. У випадках підозри на смерть унаслідок отруєння, окрім органів та тканин

група, на дослідження відправляють зразки ґрунту, одягу, дошок домовини.

Шкіру, кістки, а якщо можливо -- й внутрішні органи з ушкодженнями, вилучають для лабораторних досліджень.

Експертиза розчленованих трупів дуже копітка й тривала. Звичайно для дослідження направляють частини трупа у міру їх виявлення, інколи це триває декілька днів.

У процесі вивчення детально описують кожну його частину, а потім ретельно аналізують лабораторними методами (імунологічне - з метою встановлення антигенної природи, гістологічне, інколи токсикологічне, медико-криміналістичне дослідження). Якщо окремо доставлена голова, то складається словесний портрет. Обов'язково проводиться дактилоскопія трупа.

У процесі експертизи встановлюють стать, вік, зріст особи, якщо можливо - фахові (професійні) особливості тощо. Одним з головних завдань у таких випадках є встановлення належності окремих частин трупа одній особі.

Дуже ретельно досліджують особливі прикмети, їх вимірюють, фотографують, а за можливості залишають як речові докази. У подальшому вони можуть бути використані для ідентифікації особи, наприклад, шляхом зіставлення з наявними змінами на прижиттєвих фотокартках.

Наявність гнильних змін не є перешкодою для ретельного дослідження трупа, вони лише вимагають особливої уваги, а також певних позаштатних дій, як-от: реставрації обличчя, підготовки рук для дактилоскопії тощо (Ю. М. Коваленко, Ю. П. Шупик).

Вкрай складними є експертизи скелетованих трупів. Можна вважати, що найголовнішою проблемою у таких випадках є ідентифікація особи.

У судово-медичному ототоженні особи можна виокремити два основні етапи. На першому - при дослідженні трупа встановлюють та фіксують всі ознаки особи померлого, використовуючи їх потім для потреб слідства, на другому - судово-медичний експерт зіставляє ознаки померлого і особи, що пропала безвісти.

Всі виявлені й задокументовані (шляхом детального опису та фотографування) ознаки особи можна поділити на постійні та тимчасові (непостійні).

Постійні ознаки: стать, вік, зріст, статура, расова приналежність, маса та особливості будови тіла й окремих його частин, антигенні властивості тканин.

Непостійні: захворювання та їх наслідки, перенесені травми та операції, аномалії розвитку, татуювання, ознаки професійної діяльності та інші індивідуальні особливості будови тіла людини.

Певні особливі прикмети, як уже зазначалося, після детального опису, фотографування й дослідження вилучають і зберігають до встановлення особи померлого.

Фіксація окремих ознак (зокрема, будови голови) виконується шляхом складання словесного портрета, фотографування з дотриманням вимог сигналітичної зйомки та виготовлення посмертної маски.

За наявності руйнувань чи різких змін м'яких тканин потрібно спочатку зробити туалет чи реставрацію для наступної експертизи особи за черепом.

Ідентифікація особи здійснюється різними методами. Зокрема, широко застосовується фотосуміщення черепа, після його попереднього вивчення, з прижиттєвою фотографією зниклого.

Досить поширеним методом є ідентифікація особи за допомогою графічних ідентифікаційних алгоритмів (АГІ). Суть його полягає у зіставленні лінійних і просторових показників, які характеризують будову обличчя зниклої людини, та особливостей черепа трупа. Ідентифікація особи проводиться шляхом побудови графічних систем.

Останнім часом у практиці судово-медичної експертизи та криміналістичної ідентифікації отримав визнання і застосування метод відтворення зовнішнього вигляду особи за допомогою комп'ютерів (О. В. Филипчук).

Значну роль у процесі ідентифікації особи померлого відіграють матеріали слідства (фотографії, словесні портрети), дані медичних документів (карт амбулаторних хворих, довідок, історій хвороб, витягів із санаторно-курортних карток тощо), знімки частин тіла, готові протези та їх напівфабрикати (головним чином - зубів), інші об'єкти, які відбивають певні прикмети зниклої особи (одяг, взуття, головні убори і т. ін.).

Після ретельного дослідження черепа детально вивчають інші кістки скелетованого трупа, що дає можливість встановити вік, зріст покійного, окремі індивідуальні особливості анатомічної будови тіла. Цьому не перешкоджає й та обставина, що досліджуються не всі кістки скелета. У наш час за окремими трубчастими кістками, їх фрагментами досить надійно визначають біологічний вид об'єкта, зріст людини, її вік (І. Й. Найніс, М. М. Стрілець, О. І. Туровцев) навіть, якщо на тіло

чи кістки діяла висока температура - випадкове чи кримінальне спалення трупа (Л. Л. Голубович, П. Л. Голубович та А. Л. Голубович). Досить детально вивчено можливості встановлення антигенної природи кісток, що разом з іншими даними дає змогу виконувати науково обґрунтовані експертні дослідження.

Слід пам'ятати, що експертиза трупа є дуже складною і відповідальною. Швидкі та необоротні зміни в мертвому тілі потребують надійних заходів для забезпечення детального дослідження трупа. Водночас невиправдана поспішність у цій справі вкрай шкідлива. За влучним висловом відомого судового медика О. Лакассаня, «погано зроблене дослідження трупа переробити неможливо». Ні повторна експертиза, ні велика кількість лабораторних досліджень не відновлять у повному обсязі картини первісного вигляду трупа, ушкоджень і патологічних змін у ньому, а грубе, непрофесійне втручання спотворює картину, вкрай ускладнює пошук істини, а саме вона і є головною метою роботи судово-медичного експерта.

Кінцевим етапом судово-медичного дослідження трупа є встановлення причини смерті, формулювання судово-медичного діагнозу, заповнення лікарського свідоцтва про смерть і складання обґрунтованих відповідей на питання, які інтересують слідство (якщо для цього не потрібні результати лабораторних досліджень).

У цьому розділі ми не зупинилися на особливостях експертизи дітей та плодів, це буде зроблено у відповідному місці. Нижче подаємо приклади судово-медичних діагнозів і записів про причину смерті в лікарських свідоцтвах (п. 8) (табл. 7).

Таблиця 7

**Формулювання судово-медичних діагнозів
у п. 8 лікарського свідоцтва про смерть**

Судово-медичний діагноз	Формулювання судмеддіагнозу у п. 8 лікарського свідоцтва про смерть
Відкрита черепно-мозкова травма. Забита рана потиличної ділянки, лінійний перелом потиличної кістки, підпаутинні крововиливи, осередок забою лобних, скроневих часток та мозочку. Стан після операції - первісної хірургічної обробки забитої рани та накладання трепанаційного отвору. Виражений набряк мозку	1. а) Набряк головного мозку. б) Забій головного мозку. в) Відкритий перелом склепіння черепа

Продовження табл. 7

Судово-медичний діагноз	Формулювання судмеддіагнозу у п. 8 лікарського свідцтва про смерть
Отруєння чадним газом. Яскраво-червоний колір трупних плям, м'язів, внутрішніх органів; яскраво-червоний колір та рідкий стан крові, повнокров'я внутрішніх органів; набряк головного мозку; наявність у крові 70% карбоксигемоглобіну (згідно з даними лабораторних досліджень)	<p>1.</p> <p>а) Велика концентрація карбоксигемоглобіну.</p> <p>б) Отруєння чадним газом</p> <p>в)</p>
Переохолодження тіла. Переповнення кров'ю та згортками фібрину лівої половини серця; яскраво-червоний колір легень на розрізі, плями Вишневого на слизовій оболонці шлунку; цяткові крововиливи в слизовій оболонці мисок нирок; набряк м'яких оболонок мозку та легенів. Запах алкоголю від органів та порожнин трупа. Жирова дистрофія печінки. Садна та крововиливи на руках. Алкогольна інтоксикація (в крові - 2,4‰, в сечі - 2‰)	<p>I. I.</p> <p>а) Переохолодження тіла.</p> <p>б) Дія низької температури.</p> <p>в)</p> <p>II. Алкогольна інтоксикація</p>
Враження електричним струмом. Електромітка на долоні лівої руки з металізацією її міддю та залізом (згідно з результатами лабораторних досліджень); нерівномірне наповнення кров'ю міокарда; множинні цяткові крововиливи під перикардом; цяткові та сукупні крововиливи під плеврою легенів; рідкий стан крові у порожнинах серця та судинах	<p>1.</p> <p>а) Враження електричним струмом</p> <p>б)</p> <p>в)</p>
Численні ушкодження органів і кісток скелета. Розриви печінки, селезінки, нирок, легенів, аорти, закриті переломи груднини, ребер, хребта, таза, обох стегон, лівого передпліччя. Гемоперитоніум (900 мл), двобічний гемоторакс (800 та 600 мл). Недокрів'я внутрішніх органів. Численні забиті рани, садна, крововиливи на тулубі і кінцівках	<p>1.</p> <p>а) Гостра втрата крові.</p> <p>б) Численні розриви внутрішніх органів з крововиливами у порожнини тіла.</p> <p>в) Закриті множинні переломи кісток скелета</p>