

МВС України
Харківський національний університет внутрішніх справ

СУДОВА МЕДИЦИНА ТА ПСИХІАТРІЯ

Навчальний посібник

*Рекомендовано Вченою радою
Харківського національного університету внутрішніх справ*

Харків 2019

УДК 340.6(07)
С89

Колектив авторів:

Кікінчук В. В., кандидат юридичних наук;
Лозова С. М., кандидат психологічних наук, доцент;
Гусєва В. О., кандидат юридичних наук, доцент;
Книженко С. О., кандидат юридичних наук, доцент;
Малярова В. О., доктор юридичних наук, доцент;
Матюшкова Т. П., кандидат юридичних наук, доцент;
Орлова Т. А., кандидат юридичних наук, доцент;
Пешенко О. М., кандидат медичних наук;
Савчук Т. І., кандидат юридичних наук;
Степанюк Р. Л., доктор юридичних наук, професор;
Сімонович Д. В., доктор юридичних наук, старший науковий співробітник;
Приходько В. О.

Рецензенти:

Ольховський В. О., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри судової медицини, медичного правознавства ім. засл. проф. М. С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету;
Юхно О. О., доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри кримінального процесу та організації досудового слідства факультету № 1 Харківського національного університету внутрішніх справ

*Рекомендовано Вченою радою Харківського національного університету внутрішніх справ як навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти «бакалавр» зі спеціальності 081 «Право»
(протокол № 7 від 28 травня 2019 р.)*

ISBN 978-966-610-240-2

© Колектив авторів, 2019
© Харківський національний університет
внутрішніх справ, 2019

ПЕРЕДМОВА

Навчальний посібник підготовлено відповідно до програми навчальної дисципліни «Судова медицина та психіатрія» як компонента освітньої програми першого рівня вищої освіти профілю підготовки 081 «Право» в Харківському національному університеті внутрішніх справ. У посібнику викладено теоретичні положення та практичні рекомендації щодо використання спеціальних медичних і психіатричних знань у кримінальному судочинстві, передусім на стадії досудового розслідування злочинів, які входять до системи професійної підготовки працівників Національної поліції України.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є сукупність медичних та психіатричних знань, що необхідні слідчому, працівнику оперативних підрозділів для ефективної організації досудового розслідування вбивств, заподіяння тілесних ушкоджень, звалтувань та інших злочинів, де в провадженнях учасники виявляють ознаки психічних розладів чи захворювань, а також джерелами доказів виступають такі біологічні об'єкти, як труп, тіло живої людини з ушкодженнями, сліди виділення та частини організму: кров, слина, сперма, волосся тощо.

Навчальний посібник структуровано на розділи, глави та параграфи, що відображають зміст основних тем курсу судової медицини та психіатрії.

У розділі «Судова медицина» подано навчальний матеріал з таких тем, як «Предмет судової медицини. Правові та організаційні основи судово-медичної експертизи», «Судова травматологія», «Смерть і трупні явища», «Особливості огляду і дослідження трупа на місці події», «Підготовка та призначення судово-медичної експертизи», «Особливості огляду і судово-медичного дослідження об'єктів (речових доказів) біологічного походження».

Розділ «Судова психіатрія» вміщує основні положення тем «Загальні положення судової психіатрії», «Причини виникнення психічних розладів», «Узагальнені групи психічних розладів, що складають медичний критерій неосудності (хронічні психічні розлади, тимчасові психічні розлади, слабоумство, інші хворобливі стани психіки)».

Навчальний посібник призначений для курсантів і студентів вищих навчальних закладів системи МВС України, що навчаються за освітніми програмами бакалаврського рівня вищої освіти за спеціальностями «Право» та «Правоохоронна діяльність», проте може бути корисним для вивчення судової медицини та судової психіатрії в інших закладах вищої освіти, а також працівниками правоохоронних органів, аспірантами, викладачами, науковцями.

Розділ 1

СУДОВА МЕДИЦИНА

ГЛАВА 1

ПРЕДМЕТ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ. ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

1.1. ПРЕДМЕТ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

У процесі реалізації правових норм перед правоохоронними органами виникають питання, вирішити які можливо лише шляхом використання спеціальних медичних знань. Наприклад: «Яка причина смерті?», «Який час смерті?», «Який вид та характер тілесних ушкоджень?» тощо. Такі питання вирішуються судовою медициною за допомогою використання знань медико-біологічного характеру та застосовуються правоохоронними органами в процесі доказування у кримінальних провадженнях. Можна сказати, що судова медицина є науково-практичним посередником між правом та великими обсягами інформації медико-біологічного характеру.

Судова медицина – це галузь медичної науки, яка вивчає і розробляє питання медичного, біологічного і криміналістичного характеру для цілей правосуддя, законодавства та охорони здоров'я.

Судова медицина являє собою самостійну науку, яка має свою специфіку, хоч і не розвивається у відриві від інших медичних дисциплін. Спеціальний характер судової медицини визначається трьома обставинами: а) історично судова медицина виникла і розвивається в інтересах правосуддя; б) практична реалізація судово-медичних знань здійснюється у суворих рамках закону; в) судова медицина володіє спеціальними, лише їй притаманними методами дослідження.

Прийнято виділяти загальні, окремі та спеціальні методи судової медицини.

Так, загальним методом судової медицини є діалектичний матеріалізм (вчення про вищу нервову діяльність, про єдність фізіології та патології, про локалізацію та компенсацію функцій, про єдність процесів збудження та гальмування відкрили перед судовими медиками методологічно правильний шлях до розуміння та розроблення таких проблем судової медицини, як процеси танатогенезу, раптової смерті, кисневого голодування, дії отруйних речовин тощо).

До окремих методів судової медицини належать методи, які застосовуються в інших галузях медицини. Наприклад, під час експертизи живих осіб використовуються методи дослідження, які застосовуються в різних клінічних спеціальностях. При дослідженні трупів використовуються гістологічні, мікробіологічні, інструментальні, судово-хімічні методи тощо.

Крім того, в судовій медицині розробляються та застосовуються власні спеціальні методи дослідження: метод судово-медичної ідентифікації умов виникнення ушкоджень (властивостей травмуючого предмета, часу і механізму його дії); метод судово-медичної ідентифікації особи; при дослідженні вогнепальних пошкоджень для визначення дистанції пострілу застосовується, по-перше, експеримент, який встановлює ознаки пострілу з близької дистанції; і по-друге, рентгенологічні, мікрохімічні та спектрологічні дослідження порохових залишків; розроблені методи визначення видової, групової та статевої належності крові в плямах тощо.

Поряд із цим судова медицина використовує знання інших медичних дисциплін, наприклад нормальної і патологічної анатомії і фізіології, травматології в судовій медицині розглядаються, як правило, у конкретному аспекті, стосовно питань судової практики.

Як свідчить досвід, для юристів необхідно підкреслити взаємозв'язок і різницю судової медицини і патологічної анатомії, тому що часто вони ці дисципліни не диференціюють. Дійсно, ці види діяльності зовнішньо схожі, однак між ними є чіткі межі. Так, патолого-анатомічне дослідження трупа проводиться, як правило, у випадку смерті хворих у медичній установі при встановленому діагнозі з метою уточнення механізму протікання захворювання і визначення адекватності проведеного лікування.

Якщо в особи, яка померла в лікарні, причиною захворювання та смерті виступає зовнішній фактор – травма отруєння тощо, то дослідження трупа повинен проводити не патологоанатом, а судовий медик.

Крім того, в судовій медицині вивчаються окремі розділи природничих, технічних і правових наук. Серед юридичних дисциплін вона найтісніше пов'язана з криміналістикою, кримінальним правом, цивільним правом, кримінологією тощо. Криміналістика та судова медицина при розслідуванні злочинів проти особи настільки тісно стикаються, що провести між ними якусь межу досить важко, оскільки багато криміналістичних методів дослідження останнім часом використовується в судово-медичній практиці і навпаки.

Предмет судової медицини – сукупність спеціальних знань, практичних навичок і вмінь, спрямованих на вирішення конкретно поставлених питань медичного та медико-біологічного характеру, що виникають у посадових осіб слідчих та судових органів у процесі досудового розслідування та судового розгляду справи.

Предмет судової медицини прийнято розподіляти на такі розділи:

1) процесуальні та організаційні положення судово-медичної експертизи – зміст і тлумачення законів та відомчих розпоряджень, права й обов'язки, межа компетентності та відповідальності судово-медичної служби, її установи, зв'язок з органами охорони здоров'я;

2) розлад здоров'я та смерть людини внаслідок дії різноманітних факторів зовнішнього середовища (механізм виникнення, розвиток і діагностика травм, заподіяних фізичними, хімічними, біологічними та психоемоційними чинниками);

3) судово-медична експертиза:

а) живих осіб – приводи, порядок, особливості проведення дослідження несмертельних травм, статевих злочинів, статевих станів, визначення віку, стану здоров'я, питань симуляції, штучних хвороб та самоушкоджень тощо;

б) трупа – вчення про смерть, трупні явища, приводи, судово-медичне дослідження трупів у випадках насильницької та раптової смерті, трупів новонароджених та екстумованих;

в) речових доказів біологічного походження (кров, сперма, волосся, кістки тощо);

г) матеріалів і документів, що стосуються випадків, пов'язаних із завданням шкоди здоров'ю людини.

До предмета судової медицини належать об'єкти, які досліджуються під час проведення судово-медичної експертизи:

– живі особи – потерпілі, підозрювані, обвинувачувані чи підсудні;

– трупи;

– речові докази (знаряддя злочину та предмети, що зберегли на собі біологічні сліди злочинних дій: плями крові, сперми, слини; волосся, піт тощо);

– матеріали кримінальних проваджень або цивільних справ, що містять інформацію медико-біологічного характеру.

Судова медицина вирішує загальні та спеціальні (окремі) завдання.

До загальних завдань належать наступні:

– забезпечення прав людини в галузі медицини та екології;

– допомога правоохоронним органам при розслідуванні злочинів проти життя, здоров'я, честі та гідності особи;

– допомога органам охорони здоров'я в поліпшенні діагностики та надання медичної допомоги населенню;

– вивчення досягнень світової судової медицини з метою впровадження в практику судово-медичної служби.

До спеціальних (окремих) завдань належать:

– постійний розвиток наукових розробок стосовно вивчення окремих питань судової медицини;

– вивчення, аналіз та узагальнення судово-медичної експертної практики з метою удосконалення організаційних, методичних та практичних експертних дій;

– розроблення і удосконалення нових методів і засобів наукового вивчення об'єктів судово-медичної експертизи.

1.2. ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Судова медицина складається із теоретичної та практичної частин. Теорія займається вивченням об'єктивних закономірностей, які мають місце в практичній діяльності, та розробленням рекомендацій для практики. Судово-медична практика вирішує

конкретні проблеми медико-біологічного профілю, які виникають в ході реалізації норм права. Одним із напрямків судово-медичної практики є судово-медична експертиза, яка спеціально призначена для обслуговування потреби судової та слідчої роботи.

Таким чином, судово-медична експертиза є галуззю практичної медицини, що використовує знання судової медицини в правовій і судовій практиках.

Судово-медична експертиза – це регламентоване законом і проведене лікарем науково-практичне дослідження, в ході якого досліджуються конкретні об'єкти для вирішення конкретних медичних питань, які виникають при розслідуванні кримінальних правопорушень.

Судово-медична експертиза проводиться з метою дослідження на підставі спеціальних знань матеріальних об'єктів, що містять інформацію про обставини справи, яка перебуває в провадженні слідчих органів, прокуратури чи суду. Проводиться вона в експертних установах Міністерства охорони здоров'я України. Відповідно до Положення про бюро судово-медичної експертизи управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів та республіканське бюро (Автономної Республіки Крим), система судово-медичної служби України складається з Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України; республіканського бюро судово-медичної експертизи (Автономна Республіка Крим); бюро судово-медичної експертизи управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів (обласне бюро).

Обласне бюро судово-медичної експертизи має такі відділи:

- експертизи трупів;
- експертизи потерпілих, обвинувачених та інших осіб;
- чергових судово-медичних експертиз (експертів);
- експертизи речових доказів (судово-медична лабораторія), що має такі відділення:

- а) судово-медичної гістології
- б) судово-медичної імунології;
- в) судово-медичної цитології;
- в) судово-медичної токсикології;
- г) судово-медичної криміналістики (судово-медико-криміналістичне відділення);

- комісійних експертиз;
- організаційно-методичний відділ;

– адміністративно-господарська частина з канцелярією та архівом;

– міські, районні (міжрайонні) відділення, до функцій яких належить: проведення дослідження (експертизи) трупів; обстеження (експертиза) потерпілих, обвинувачених та інших осіб; проведення експертизи за медичною документацією; участь в огляді місця події; участь у судових засіданнях і надання допомоги правоохоронним органам.

Правовою основою проведення судово-медичної експертизи є ряд законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів.

Основними законодавчими актами у сфері регулювання судово-експертної діяльності є Кримінальний, Кримінальний процесуальний, Цивільний, Цивільний процесуальний кодекси, Основи законодавства України про охорону здоров'я та Закон України «Про судову експертизу».

Перелік підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють діяльність у сфері судово-медичної експертизи досить широкий. Їх можна розподілити залежно від мети: 1) підзаконні нормативно-правові акти, що регулюють правила та порядок проведення окремих видів експертиз; 2) підзаконні нормативно-правові акти, що регулюють організацію діяльності судово-експертної служби та її співробітників.

Підзаконні нормативно-правові акти, що регулюють правила та порядок проведення окремих видів експертиз: Інструкція про проведення судово-медичної експертизи; Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень; Правила проведення судово-медичної експертизи (дослідження) трупів в бюро судово-медичної експертизи; Правила проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи; Правила проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів в бюро судово-медичної експертизи; Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної гістології бюро судово-медичної експертизи; Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної імунології бюро судово-медичної експертизи; Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної криміналістики бюро судово-медичної експертизи; Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях

судово-медичної токсикології бюро судово-медичної експертизи; Правила проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної цитології бюро судово-медичної експертизи.

Підзаконні нормативно-правові акти, що регулюють організацію діяльності судово-експертної служби та її співробітників: Положення про бюро судово-медичної експертизи управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів та республіканського бюро (Автономної Республіки Крим); Положення про начальника бюро судово-медичної експертизи управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів та республіканського бюро (Автономної Республіки Крим); Положення про завідуючого відділом бюро судово-медичної експертизи; Положення про завідуючого відділенням бюро судово-медичної експертизи; Положення про судово-медичного експерта; Положення про методичну (консультативну) раду бюро судово-медичної експертизи; Положення про Головне бюро судово-медичної експертизи Міністерства охорони здоров'я України; Положення про Головного судово-медичного експерта Міністерства охорони здоров'я України; Положення про заступника начальника Головного бюро судово-медичної експертизи Міністерства охорони здоров'я України; Положення про організаційно-методичний відділ Головного бюро судово-медичної експертизи Міністерства охорони здоров'я України; Штатні нормативи медичного персоналу структурних підрозділів бюро судово-медичної експертизи.

Основні вимоги щодо особливостей залучення судового експерта до вирішення завдань кримінального провадження на стадії досудового розслідування та в суді встановлено КПК України.

Частина 2 ст. 242 КПК України передбачає обов'язкові випадки проведення судової експертизи для:

- 1) встановлення причин смерті;
- 2) встановлення тяжкості та характеру тілесних ушкоджень;
- 3) визначення психічного стану підозрюваного за наявності відомостей, які викликають сумнів щодо його осудності, обмеженої осудності;
- 4) встановлення віку особи, якщо це необхідно для вирішення питання про можливість притягнення її до кримінальної відповідальності, а іншим способом неможливо отримати ці відомості;

5) визначення розміру матеріальних збитків, якщо їх не може підтвердити потерпілий, шкоди немайнового характеру, шкоди довікллю, заподіяного кримінальним правопорушенням.

Експертиза проводиться експертною установою, експертом або експертами, яких залучають сторони кримінального провадження або слідчий суддя за клопотанням сторони захисту, якщо для з'ясування обставин, що мають значення для кримінального провадження, необхідні спеціальні знання. Примусове залучення особи для проведення медичної або психіатричної експертизи здійснюється за ухвалою слідчого судді, суду.

Стаття 7 Закону України «Про судову експертизу» передбачає, що судово-експертну діяльність здійснюють державні спеціалізовані установи, а також судові експерти, які не є працівниками зазначених установ, та інші фахівці (експерти) з відповідних галузей знань у порядку та на умовах, визначених цим Законом. Виключно державними спеціалізованими установами здійснюється судово-експертна діяльність, пов'язана з проведенням криміналістичних, судово-медичних і судово-психіатричних експертиз (ч. 3 ст. 7 Закону України «Про судову експертизу»).

Слідчим прокурором, суддею чи судом можуть бути призначені первинна, додаткова, повторна, комісійна та комплексна судово-медична експертизи.

Первинною є експертиза, коли об'єкт досліджується вперше. При первинній експертизі здійснюється первинне, частіше одномоментне і кінцеве дослідження об'єкта з відповідним висновком експерта. Первинна судово-медична експертиза може бути проведена як одним, так і кількома експертами. Необхідність участі кількох експертів визначається особою, що призначила таку експертизу, або начальником бюро судово-медичної експертизи.

Додатковою є експертиза, якщо для вирішення питань щодо об'єкта, який досліджувався під час проведення первинної експертизи, необхідно провести додаткові дослідження або дослідити додаткові матеріали (зразки для порівняльного дослідження, вихідні дані тощо), які не були надані експертів під час проведення первинної експертизи. Додаткова експертиза може призначатись у випадках недостатньої ясності чи повноти висновків експерта. Додаткова судово-медична експертиза доручається експерту

(експертам), що проводив (проводили) первинну експертизу, або іншому (іншим) експерту (експертам).

Повторною є експертиза, під час проведення якої досліджуються ті самі об'єкти і вирішуються ті самі питання, що й при проведенні первинної (попередніх) експертизи (експертиз). Вона проводиться в тих випадках, коли висновки первинної експертизи були необґрунтованим чи викликали сумнів у їх правильності, не задовольнили з будь-яких мотивів слідство чи суд, або якщо вони суперечать іншим доказам у справі. Повторна судово-медична експертиза повинна бути доручена тільки іншому (іншим) експерту (експертам).

Комісійною є експертиза, яка проводиться двома чи більшою кількістю експертів, що мають кваліфікацію судового експерта за однією експертною спеціалізацією (фахівцями в одній галузі знань).

Участь кількох експертів є обов'язковою при проведенні:

а) експертиз у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення;

б) повторних експертиз за матеріалами кримінальних та цивільних справ;

в) експертиз з визначення втрати загальної та професійної працездатності.

Відповідно до Правил проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи такі експертизи проводяться з метою:

- усунення протиріч між раніше проведеною експертизою та іншими матеріалами справи у випадку необґрунтованості висновків або сумнівів особи, яка провадить дізнання, слідчого, прокурора, судді або суду в правильності згаданої експертизи;

- встановлення терміну зачаття, здатності до запліднення;

- визначення проценту втрати професійної працездатності;

- встановлення правильності надання медичної допомоги у випадках притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за «професійні правопорушення».

Проведення цих експертиз здійснюється у відділах комісійних експертиз бюро судово-медичних експертиз управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів, у відділі комісійних експертиз республіканського бюро (Автономної Республіки

Крим), а також у судово-медичному відділі Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України.

Комплексна експертиза призначається у разі необхідності вирішення питань, що потребують спеціальних знань із судової медицини та інших галузей науки та техніки й виконується судово-медичним експертом та фахівцями інших спеціальностей.

Персональний склад експертів, що проводять експертизу, визначається особою, яка призначила експертизу, або начальником бюро судово-медичної експертизи у разі відсутності в документі про призначення експертизи персонального складу експертів.

Судовими експертами державних спеціалізованих установ можуть бути фахівці, які мають відповідну вищу освіту, освітньо-кваліфікаційний рівень не нижче спеціаліста, пройшли відповідну підготовку та отримали кваліфікацію судового експерта з певної спеціальності (ч. 2 ст. 10 Закону України «Про судову експертизу»). Інструкція про проведення судово-медичної експертизи встановлює, що фахівці державних установ судово-медичної експертизи повинні мати вищу медичну (фармацевтичну) освіту, пройти спеціальну підготовку з проведення судово-медичних експертиз та отримати сертифікат на звання судово-медичного експерта.

Права та обов'язки судово-медичного експерта при проведенні експертизи визначаються процесуальним законодавством України. Відповідно до ст. 69 КПК, експерт має право:

- 1) знайомитися з матеріалами кримінального провадження, що стосуються предмета дослідження;
- 2) заявляти клопотання про надання додаткових матеріалів і зразків та вчинення інших дій, пов'язаних із проведенням експертизи;
- 3) бути присутнім під час вчинення процесуальних дій, що стосуються предметів та об'єктів дослідження;
- 4) викладати у висновку експертизи виявлені в ході її проведення відомості, які мають значення для кримінального провадження і з приводу яких йому не були поставлені запитання;
- 5) ставити запитання, що стосуються предмета та об'єктів дослідження, особам, які беруть участь у кримінальному провадженні;
- 6) одержати винагороду за виконану роботу та відшкодування витрат, пов'язаних із проведенням експертизи і викликом для

надання пояснень чи показань, у разі, якщо проведення експертизи не є службовим обов'язком особи, яка залучена як експерт;

7) заявляти клопотання про забезпечення безпеки у випадках, передбачених законом;

8) користуватися іншими правами, передбаченими Законом України «Про судову експертизу».

Експерт не має права за власною ініціативою збирати матеріали для проведення експертизи. Експерт може відмовитися від давання висновку, якщо поданих йому матеріалів недостатньо для виконання покладених на нього обов'язків. Заява про відмову має бути вмотивованою.

Експерт зобов'язаний:

1) особисто провести повне дослідження і дати обґрунтований та об'єктивний письмовий висновок на поставлені йому запитання, а в разі необхідності – роз'яснити його;

2) прибути до слідчого, прокурора, суду і дати відповіді на запитання під час допиту;

3) забезпечити збереження об'єкта експертизи. Якщо дослідження пов'язане з повним або частковим знищенням об'єкта експертизи або зміною його властивостей, експерт повинен одержати на це дозвіл від особи, яка залучила експерта;

4) не розголошувати без дозволу сторони кримінального провадження, яка його залучила, чи суду відомості, що стали йому відомі у зв'язку з виконанням обов'язків, або не повідомляти будь-кому, крім особи, яка його залучила, чи суду про хід проведення експертизи та її результати;

5) заявити самовідвід за наявності обставин, передбачених КПК України.

Експерт невідкладно повинен повідомити особу, яка його залучила, чи суд, що доручив проведення експертизи, про неможливість проведення експертизи через відсутність у нього необхідних знань або без залучення інших експертів.

У разі виникнення сумніву щодо змісту та обсягу доручення експерт невідкладно заявляє клопотання особі, яка призначила експертизу, чи суду, що доручив її проведення, щодо його уточнення або повідомляє про неможливість проведення експертизи за поставленим запитанням або без залучення інших осіб.

При проведенні експертизи судово-медичний експерт має право ознайомлюватись з матеріалами справи, що стосуються експертизи.

Якщо наданих матеріалів недостатньо для вирішення поставлених перед експертом питань, він має право порушувати клопотання перед особою, яка призначила експертизу, про надання додаткових матеріалів та документів, які необхідні для її проведення. Експерт також має право просити особу, яка призначила експертизу, уточнити або пояснити питання, запропоновані йому для вирішення при виконанні експертизи.

Якщо питання, що поставлені перед експертом, виходять за межі або не входять до його компетенції, він зобов'язаний відмовитися від відповідей на них. При неможливості дати відповіді на питання (частину питання), що поставлені, або неможливості виконати всю експертизу судово-медичний експерт мотивує свою відмову і в письмовому вигляді повідомляє про це особу, яка призначила експертизу.

У разі виявлення при проведенні експертизи даних, що мають значення для справи, але щодо яких питань поставлено не було, судово-медичний експерт вправі повідомити про них особу, яка призначила експертизу, або вказати на них у своїх підсумках.

При виконанні експертиз, у яких виникла необхідність вирішення спеціальних питань, що не входять до компетенції судово-медичного експерта, і потрібна консультація фахівця у відповідній галузі медицини, або у разі потреби у проведенні огляду особи, яка піддається судово-медичній експертизі у лікаря-фахівця, що працює в іншому закладі охорони здоров'я, судово-медичний експерт за погодженням з особою, яка призначила експертизу, має право залучати цього фахівця для проведення всіх необхідних досліджень, для вирішення питань, поставлених перед експертизою.

Коли при відповіді на питання, поставлені перед експертизою, виникає необхідність у проведенні судово-медичних лабораторних досліджень, судово-медичний експерт має право надіслати всі необхідні матеріали на ці дослідження. Порядок, організація та вид лабораторного дослідження визначаються правилами проведення окремих видів експертиз, затверджених наказом МОЗ України від 17.01.1995 № 6.

Якщо в процесі виконання судово-медичної експертизи виявлені об'єкти, що за своїм характером можуть стати речовими

доказами і предметом окремої судово-медичної, криміналістичної або іншої експертизи, то їх слід описати у висновку експерта та передати особі, яка призначила експертизу, під розписку для направлення на відповідну експертизу.

Судово-медичний експерт не має права:

1) розголошувати дані медичного характеру, матеріали кримінальних та цивільних справ, які стали йому відомі при виконанні службових та професійних обов'язків;

2) брати участь у проведенні експертиз та слідчих дій, якщо він є потерпілим, цивільним позивачем або відповідачем, свідком або перебуває в родинних стосунках, службовій чи іншій залежності від підозрюваного, потерпілого, цивільного позивача або відповідача та їх представників, а також якщо наявні інші обставини, які дають підставу вважати, що він особисто, прямо чи побічно зацікавлений у результатах справи.

В означених випадках експерт підлягає відводу або повинен заявити самовідвід. Питання про відвід експерта вирішується слідчим, прокурором або судом відповідно до процесуального законодавства.

Попередня участь експерта у справі як фахівця із судової медицини при огляді трупа на місці події не є підставою для відводу.

На судово-медичного експерта згідно з чинним законодавством покладається особиста відповідальність за проведення дорученої йому експертизи. Так, відповідно до ст. 70 КПК, експерт несе відповідальність, встановлену законом за завідомо неправдивий висновок, відмову без поважних причин від виконання покладених обов'язків у суді, невиконання інших обов'язків. Судовий експерт може бути притягнутий до адміністративної, кримінальної, дисциплінарної та матеріальної відповідальності.

Так, наприклад, адміністративна відповідальність у виді накладення штрафу може наставати у разі злісного ухилення експерта від явки до суду (ст. 185-3 КУпАП), а також у разі його злісного ухилення від явки до органів досудового розслідування чи прокурора (ст. 185-4 КУпАП). За завідомо неправдивий висновок експерта настає кримінальна відповідальність за ст. 384 КК, а його відмова без поважних причин від виконання покладених на нього обов'язків у суді або під час провадження досудового розслідування є злочином, передбаченим ст. 385 КК. Крім того, в окремих випадках може наставати кримінальна відповідальність експерта

за ст. 387 КК у разі розголошення ним без дозволу прокурора, слідчого або особи, яка провадила оперативно-розшукову діяльність, даних оперативно-розшукової діяльності або досудового розслідування, якщо його в установленому законом порядку попереджено про обов'язок не розголошувати такі дані.

Проведення експертизи повинно бути закінчене протягом одного місяця з дня отримання від органів слідства, прокуратури або суду всіх необхідних матеріалів. При перевищенні експертом встановлених строків він повинен дати усне роз'яснення причин затримки начальнику бюро і направити про це письмове повідомлення особі, яка призначила експертизу.

Результати судово-медичної експертизи оформляються висновком експерта. Структура цього документа визначається правилами проведення окремих видів експертиз, що затверджені Наказом МОЗ України від 17.01.1995 № 6. Цей документ повинен складатися із трьох розділів: вступної частини (вступу), дослідної частини та заключної частини (підсумків). Оформлення висновку регламентується вимогами процесуального законодавства України. Висновок експерта складається не менш як у двох примірниках, один із яких одразу ж надсилається особі, яка призначила експертизу, а другий залишається в архіві бюро судово-медичної експертизи.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Дайте визначення поняття «судова медицина».
2. Назвіть методи судової медицини.
3. Вкажіть поняття та зміст предмета судової медицини.
4. Дайте визначення поняття «судово-медична експертиза».
5. Які об'єкти досліджуються судово-медичною експертизою?
6. Яка система судово-медичної служби України?
7. Що є правовими підставами для проведення судово-медичної експертизи?
8. Вкажіть права та обов'язки судового експерта.
9. Яка відповідальність судово-медичного експерта?

ГЛАВА 2

СУДОВА ТРАВМАТОЛОГІЯ

2.1. ПОНЯТТЯ СУДОВОЇ ТРАВМАТОЛОГІЇ

Травматологія є частиною науки медицини, назва якої походить від поєднання двох термінів грецького походження *trauma* – ушкодження, і *logos* – наука. Таким чином, травматологію слід розуміти як науку про ушкодження.

Судова травматологія – це вчення про ушкодження, присвячене положенням, необхідним для виконання завдань, що виникають у рамках кримінальних та цивільних проваджень. Положення судової травматології розкривають юридично значущі питання вчення про ушкодження.

Вивчення положень судової травматології спрямовано на вироблення розуміння закономірностей появи ушкоджень у людей, факторів, що їх спричиняють, закономірностей розвитку і зміни ушкоджень у часі й просторі, а також вироблення знань про основи виявлення, фіксації, методи дослідження та судово-медичної оцінки ушкоджень.

Ушкодження (травма) – це порушення анатомічної цілості або фізіологічної функції тканини, органів або систем організму в результаті дії факторів зовнішнього середовища.

У рамках судової травматології виокремлюються ушкодження, що отримала жива людина, і посмертні ушкодження, що утворились на трупі.

За наслідками ушкодження поділяються на ті, що призводять до смерті, і ті, що спричиняють розлад здоров'я. За ступенем розладу здоров'я експертна практика розрізняє тяжкі, середньої тяжкості і легкі тілесні ушкодження.

Залежно від факторів зовнішнього середовища ушкодження класифікуються на наступні групи:

1) *ушкодження, що спричиняються фізичними чинниками*. До таких травм належать:

а) механічні травми від дії тупих предметів, гострих знарядь, вогнепальної зброї, а також травми, пов'язані з механічною асфіксією;

б) термічні травми від дії високих (опіки) і низьких (обмороження) температур;

в) травми від дії атмосферної та технічної електрики (електротравми);

г) променеві травми від дії іонізуючого випромінювання;

г) травми від змін атмосферного тиску (баротравми);

д) травми від звуку (контузії);

2) *ушкодження, завдані хімічними чинниками, до яких відносять хімічні опіки та отруєння;*

3) *ушкодження, завдані біологічними чинниками, до яких належать зараження інфекційними та бактеріальними токсинами, а також умисне позбавлення людини їжі та води, що тягне за собою розлад здоров'я або смерть;*

4) *ушкодження, завдані психічними чинниками, до яких належать різного роду психічні розлади та захворювання, що виникають у зв'язку із психічною травмою від переляку, морального тиску, погроз, приниження, систематичних образ чи іншого впливу.*

Під час дослідження ушкоджень у рамках кримінальних проваджень обов'язково підлягають встановленню наступні обставини:

а) тяжкість тілесних ушкоджень;

б) черговість завдання ушкоджень (наприклад, який удар ножом нанесено першим, другим і так далі);

в) механізм завдання ушкоджень, зокрема порядок знаходження і переміщення тіл у просторі відповідно законів механіки (наприклад, механізм нанесення удару ножом: перший удар, яким спричинено проникаючу колото-різану рану грудної клітини з проникненням і ушкодженням порожнини серця, потерпілому було завдано в положенні стоячи, у напрямку зверху вниз під кутом 45 градусів);

г) давність завдання ушкоджень.

Крім того, під час дослідження ушкоджень на трупі обов'язково оцінюють наступні обставини: а) яке з ушкоджень пов'язано з причиною смерті (спричинило смерть); б) які з ушкоджень є прижиттєвими, а які мають посмертне походження.

2.2. ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕНЬ ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ

Під час розслідування кримінальних правопорушень проти життя та здоров'я людини найчастіше виникає необхідність виявляти, фіксувати й досліджувати ушкодження, завдані тупими предметами, знаряддями і зброєю.

Експертна практика відносить до тупих будь-які предмети та поверхні, які не мають гострих країв і кінців.

Тупі знаряддя травми за формою, виглядом і призначенням дуже різноманітні. Вид ушкоджень залежить від особливостей поверхні та маси цих предметів, швидкості руху, а також особливостей травмованої частини тіла.

Залежно від особливостей форми поверхні, що контактує з тілом і завдає ушкодження, розрізняють наступні *види тупих предметів*:

- 1) з плоскою переважаючою поверхнею (плита, поверхня стола, підлога тощо);
- 2) з плоскою обмеженою поверхнею (молоток, обух сокири);
- 3) зі сферичною поверхнею (гантель, гиря);
- 4) зі циліндричною поверхнею (ціпок, труба);
- 5) з тригранним кутом (кут стола);
- 6) з ребром або двогранним кутом (край цегли, край поверхні молотка).

При вчиненні кримінальних правопорушень найбільше поширення мають випадки завдання ушкоджень наступними тупими предметами:

- побиття руками, ногами, нанесення ударів головою, палицями, камінням;
- нанесення ушкоджень такою зброєю, як нунчаки, кастети, телескопічні дубинки;
- нанесення ударів знаряддям побутового і спортивного призначення такими, як молоток, обух сокири, бита тощо;
- травмування під час дорожньо-транспортних пригод;
- падіння тіла з висоти.

До травм, що завдані тупими предметами, належать також травми від укусів, у тому числі собак та інших тварин.

Травматична дія тупих предметів залежно від механізму впливу на тіло поділяється на удар, стискання, розтягування, тертя. Інколи

має місце комбінація дій (наприклад, тіло водія автомобіля при дорожньо-транспортній пригоді отримує комбіновану травму від удару і стискання внутрішніми частинами автомобіля).

Удар – це короточасний сильний поштовх у тіло людини під кутом, близьким до прямого. Залежно від сили удару можуть виникати синці, садна, рани, переломи кісток, розриви внутрішніх органів. Якщо удар наноситься з великою силою предметом, то може виникати струс внутрішніх органів (головного мозку, серця), їх розриви і масивні крововиливи в порожнини.

Стискання відбувається тоді, коли протягом певного часу сили тупих предметів спрямовані назустріч одна одній. Тяжкість травми залежить від маси і площі предмета, яким завдана травма, а також часу стискання. Стискання може спричинити деформацію частини тіла (наприклад, кісток склепіння черепа при перекочуванні колеса автомобіля через голову), пошкодження внутрішніх органів, перелам кісток, руйнування суглобів, відокремлення частин тіла.

При *розтягуванні* сили травмуючих предметів, що діють на тіло людини, спрямовані в протилежних напрямках. При розтягуванні можуть утворюватися тріщини і надриви шкіри, рвані рани, відрив частин тіла, кінцівок.

Тертя виникає в разі сковзання тіла по предмету, волочіння тіла по поверхні, а також руху по тілу з натиском тупого предмета під кутом. В таких випадках утворюються садна, неглибокі рани. При тривалому волочінні тіла можуть утворюватися ділянки стирання шкіри і м'яких тканин, аж до кісток.

Тупі предмети спричиняють наступні види ушкоджень.

Садно – це поверхневе пошкодження шкіри або епітелію слизової оболонки, іноді сосочкового шару дерми. Садно утворюється під дією знаряддя травми, яке з натиском рухається по тілу, або ж тіло рухається по знаряддю під кутом, меншим прямого. Ушкодження виникає внаслідок тертя тіла об поверхню предмета, або навпаки.

Подряпина – це поверхневе, вузьке, лінійної форми пошкодження шкіри.

Садно за морфологією дуже схоже на подряпину, проте остання є тонким, вузьким ушкодженням, виміряти яке можна тільки у довжину, а садно має, найчастіше, невизначену, неправильну форму, площа якої вимірюється у двох параметрах – встановлюється завжди довжина і ширина ушкодження.

Дослідження саден дозволяє вирішити ряд важливих питань при огляді як трупа, так і живих осіб.

Так, за швидкістю загоєння садна, в якому виділяють чотири стадії, можна визначити давність завдання цього ушкодження.

I стадія. В перші години після травми поверхня садна волога, покрита тканинною рідиною з домішкою краплин крові при ушкодженні сосочкового шару дерми. Протягом 12 годин поверхня садна підсихає і утворюється бурувато-червонувата кірка, яка розташована нижче від рівня неушкодженої шкіри.

II стадія. Протягом 2-3 діб від моменту виникнення травми кірка, що утворилася, підіймається до рівня непошкодженої шкіри, а потім підвищується над нею.

III стадія. Унаслідок розростання епітелію під кіркою остання на 5-6 день з периферії починає відділятися. На 7-12-й день епітелізація закінчується, кірка відпадає.

IV стадія. Закінчується до 15-го дня від утворення садна і характеризується поступовим зникненням слідів, що залишилися на місці відпалої кірки.

При дослідженні саден за допомогою стереомікроскопії або з використанням лупи можна визначити напрям дії предмета, що спричинив травму. За поверхнею садна, виходячи з його глибини та властивостей краю, можна визначити початок руху предмета і закінчення його дії.

Виявлення на поверхні саден частинок предметів, якими вони заповдіяні (металу, дерева, фарби), може надати можливість визначити особливість цих предметів.

Садно вказує також на місце прикладання сили, є свідченням боротьби, самооборони. Кількість саден, їх форма та локалізація є допоміжними ознаками у визначенні роду насильної смерті.

Синець - це просякання підшкірної жирової клітковини або глибших тканин кров'ю, що вилілася із пошкоджених судин. Синці також можуть утворюватися і під слизовими оболонками.

Від синців слід відрізняти гематоми, що являють собою скупчення крові у вигляді згустків або в рідкому стані з утворенням порожнин.

Як і садна, синці часто стають предметом дослідження в кримінальних провадженнях про злочини проти життя та здоров'я. Насамперед, наявність цих ушкоджень свідчить про застосування насильства до потерпілого, про ознаки боротьби або протидії злочинцю. Локалізація синців на тілі вказує на місце прикладання

сили. Слід пам'ятати, що синці поширюються в різних напрямках, але здебільшого кров'ю просякаються тканини, що розташовані під місцем ураження. Тобто кров виливається із пошкоджених судин униз від місця дії тупого предмета. Наприклад, при ударі в ділянку лоба або перенісся кров переміщується на повіки.

Унаслідок механізму утворення цих ушкоджень (просочування підшкірної клітковини кров'ю) синці найчастіше мають невизначену форму і не відображають форму травмуючого предмета. Лише в окремих випадках форма синців може вказувати на певний предмет, яким була заподіяна травма (наприклад, синці від удару пряжкою ременя, гумовим кийком, прутом).

Іноді форма і локалізація синців може вказувати на особливості застосованого насильства. Так, кілька круглих, у формі півмісяця, розташованих на одній лінії та на певній відстані один від одного синців на шії потерпілого характерні для стискання шії пальцями рук. Синці на внутрішньому боці стегон є характерною травмою примусового статевого акту.

За зміною кольорів синця, що зумовлено перетворенням гемоглобіну, можна визначити приблизно його давність. У перші години після виникнення синці мають червоно-багрове забарвлення, а потім протягом 1-2 днів синьо-червоне. На 3-4 день синець набуває бурувато-зеленого забарвлення. Поступово синець змінює колір на жовтий. На 5-6-й день його утворення він має жовто-зелений колір і поступово починає зникати з країв.

Нерівномірна товщина тканини, що просякнута кров'ю з ушкоджених судин, зумовлює його неоднакове «цвітіння» від периферії до центра. Через тиждень синець може мати три кольори: жовтуватий на периферії, зеленуватий усередині і синій у центрі.

Як правило, синці повністю зникають через 2 тижні.

Слід звернути увагу на те, що крововиливи під кон'юнктиву очей та під слизову оболонку губ часто зовсім не змінюють кольору, залишаючись весь час червоними унаслідок проникнення через вологі оболонки в крові кисню з повітря. Вони зникають, поступово зменшуючись.

Інтенсивність «цвітіння» синців залежить від розміру, кількості крові, щільності і товщини підшкірної жирової клітковини, а також локалізації (наприклад, на обличчі синці зникають швидше, ніж на стегнах). Зміна кольору і період повного зникнення синців також залежать від стану здоров'я людини і особливостей судин.

Синці є основним показником прижиттєвого нанесення травми, але вони можуть утворюватися і протягом перших двох годин після настання смерті.

При дослідженні синців під час розтину трупа потрібно диференціювати їх із трупними плямами. Останні завжди розташовані в нижчих частинах тіла, а синці можуть мати будь-яку локалізацію. Синці характеризуються більш чіткими межами, ніж трупні плями, в місці синця спостерігається припухлість, на фоні його може бути садно, синець не змінює забарвлення в разі натискання на нього пальцем. На розтині шкіри в ділянці синця в підлеглих тканинах виявляють згустки, які не змиваються водою і важко знімаються спинкою ножа. В ділянці трупної плями згустків крові немає.

Ранами називають глибокі ушкодження шкіри і слизових оболонок разом із розташованими глибше тканинами.

Рани можуть виникати від дії різних видів зброядь і зброї, рухомих механізмів, зубів людини або тварин тощо. Зброядь або зброя, якими завдано ушкодження, визначають характер утвореної ними рани. Залежно від дії тупого предмета розрізняють рани: забиті, рвані, рвано-забиті (клаптеві), розтрощені, укушені, скальповані. Забиті рани виникають від удару, рвані – від розтягування, забито-рвані – від поєднання обох механізмів (найчастіше, такі рани виникають від удару тупим предметом, що діє під кутом). Рани від тупих предметів зазвичай проникають тільки в товщу шкіри, але в ділянці голови можуть проникати в порожнину черепа. Рани, що проникають в порожнини в ділянках грудей і живота, зустрічаються дуже рідко.

Формування ран залежить від багатьох умов, зокрема маси і характеристики поверхні предмета, сили, з якою він діє, кута дії та інших особливостей. Рани від дії тупих предметів мають наступні ознаки: краї рани нерівні (нерідко клаптеві), здерті, розчавлені, з відшаруванням від підлеглих кісток, тканинні перетинки між краями, що найчастіше спостерігаються на кінцях ушкодження. Стінки і дно таких ран також нерівні, розчавлені.

При огляді ран необхідно визначити й відобразити в протоколі слідчої дії наступне: а) локалізацію рани; б) форму (наприклад, форма рани невизначена; форма неправильно овальна, неправильно трикутна, прямокутна тощо) розмір рани (довжину і ширину в її найбільших місцях); в) особливості країв рани (наприклад, краї нерівні, з осадненням та крововиливами; краї рівні

з розтрощенням); г) особливості кінців рани (наприклад, кінці у вигляді тупого кута, закруглені, П-подібні тощо); г) наявність у глибині рани тканинних перетинок; д) особливості дна і стінок рани, наявність сторонніх частинок у них (скла, фарби, дерева).

Форми ран від тупих твердих предметів можуть бути найрізноманітнішими.

Установлення форми рани, поряд із характеристикою країв, стінок і дна, відіграє важливу роль у визначенні виду травмуючого предмета та його властивостей. Повний і детальний опис рани дозволяє слідчому здійснити ефективний пошук знаряддя травми і забезпечити його ідентифікацію у рамках кримінального провадження.

Вивих – зсув кістки в суглобі, а також місце, де відбувся такий зсув. Вивих може бути спричинений ударом, стисненням, розтягуванням.

Розрив і розтягнення зв'язок – ушкодження цілісності (частковий надрив або повний розрив) сполучних волокон, що мають функцію з'єднувати кістки з м'язами й утримувати суглоб на місці. Зв'язки забезпечують рух у заданому напрямку тіла людини. Порушення цілості зв'язок тягне значні обмеження у русі людини, неможливість виконувати певні дії (водити автомобіль, швидко ходити тощо), а також больові відчуття. Відновлення цілості зв'язок потребує значного періоду часу (декілька місяців), фіксації ділянки тіла та значних обмежень у побуті.

Перелом кістки – це часткове або повне порушення її цілості. Переломи кісток можуть бути відкритими, якщо вони супроводжуються порушенням цілості шкіри, і закритими, коли цілість у місці перелому не порушена.

Залежно від механізму утворення переломи кісток поділяються на місцеві, тобто утворені в місці прикладання травмуючої сили (наприклад, перелом кістки передпліччя від нанесеного по ній удару), і віддалені, тобто ті, що утворюються в місці, протилежному від дії травмуючого фактора (наприклад, перелом кісток черепа при його стисканні між двома тупими твердими предметами утворюється в протилежних напрямках від полюсу прикладання зусиль; або падіння з висоти на сідниці може призвести до перелому кісток склепіння черепа).

Тріщина – один із різновидів перелому, при якому поверхні пошкодження кістки не розходяться. Розрізняють наскрізні тріщини

і такі, що виникають тільки на одній із двох пластинок компактної речовини плоскої кістки.

Тріщини мають важливе судово-медичне значення для вирішення деяких питань. Напрямок тріщини збігається з напрямом травмуючої сили, що дозволяє визначити напрям удару.

Якщо тріщини від вдавненого перелому розходяться рівномірно в усіх напрямках, це свідчить про те, що удар був нанесений перпендикулярно. Коли предмет діє під кутом у будь-якому напрямі, то в цьому ж напрямі буде відходити і більшість тріщин. Поперечний перелом основи черепа утворюється при ударах збоку, а повздожній – при значних ударах спереду або ззаду.

При розгалуженні тріщин утворюється гострий кут, повернений вершиною в бік дії сили.

За взаємним розташуванням тріщин можна визначити послідовність виникнення переломів черепа. Тріщини, що утворились раніше, ніколи не перетинаються з тріщинами, що виникли при повторних ушкодженнях.

Ушкодження внутрішніх органів при цілості шкірних покривів від дії тупих твердих предметів значної сили можуть виникати внаслідок еластичності і піддатливості ділянки шкіри та м'язових тканин у місці ураження. Це спостерігається при падінні тіла з висоти, автомобільних і залізничних травмах, ударах взутою ногою в живіт тощо.

У вказаних випадках можливе ушкодження тих органів, що наповнені газом або рідиною (наприклад, роздуті газами кишки, наповнений шлунок або сечовий міхур).

Залежно від сили удару і стану органа наслідком його травмування може бути тріщина, надрив, забій, розрив, розчавлення, відрив органа. *Забій* і *розрив* звичайно спостерігаються при прямому ударі, *розчавлення* – при сильному стисненні, а *відрив* – у разі непрямої дії сили за ударно-струсовим механізмом.

Особливої уваги заслуговують розриви з виникненням субкапсулярних крововиливів, які можуть характеризуватися поступовим і досить значним скупченням крові під капсулою. Якщо капсула ціла, людина з такою травмою може виконувати якісь дії протягом певного часу. Проте коли капсула розривається, кров виливається в черевну порожнину, що спричиняє смерть.

Ушкодження при падінні з висоти (вікон, балконів, дахів будинків, мостів) пов'язані із настанням насильницької смерті людини

в результаті нещасних випадків, випадків суїциду, а також вчиненням вбивств.

Особливості механізму ушкоджень при падінні з великої висоти полягають у тому, що тіло людини падає, а травмуюча поверхня або предмет залишається нерухомим.

Для визначення механізму даної травми важливо знати умови падіння, зокрема масу тіла, висоту падіння, властивості травмуючої поверхні (грунт, крига, асфальт), наявність і характеристики одягу, положення тіла в момент контакту з поверхнею.

Особливістю травм при падінні з висоти є перевага внутрішніх ушкоджень над зовнішніми. Тіло зазнає значно більше таких ушкоджень, як множинні переломи кісток, розриви, відриви внутрішніх органів. У таких випадках говорять, що труп нагадує мішок, наповнений кістками.

При прямому падінні тіла спостерігається, як правило, переважно одностороння локалізація пошкоджень. Вони можуть бути і двосторонніми внаслідок ударів об предмети, розташовані на шляху падіння на різній висоті.

При падінні тіла з висоти звичайно виявляють ознаки загального струсу тіла – крововиливи і розриви в ділянці коренів легень, судин, основи серця, крововиливи у зв'язки і під капсулу печінки, селезінки, у клітковину і жирову капсулу нирки.

Для визначення положення тіла в момент удару об площину важливе значення має дослідження кісток.

У випадках падіння на ноги спостерігаються переломи п'яткових кісток, вбиті переломи кісток гомілок і стегон, перелом шийки стегна, компресійні переломи тіл хребців. При падінні на сідниці мають місце переломи кісток таза, компресійні переломи хребта на рівні XI–XII грудних і I–III поперекових хребців, кільцеподібний перелом кісток основи черепа; в разі падіння на голову – численні переломи кісток склепіння і основи черепа.

У слідчій практиці часто виникають випадки, коли необхідно диференціювати травми, отримані людиною від падіння з висоти власного зросту (наприклад, чи могла особа в стані сп'яніння втратити координацію і впасти на асфальт, отримавши смертельну черепно-мозкову травму), і травми, завдані сторонньою особою (наприклад, особа отримала смертельну черепно-мозкову травму від удару і падіння на асфальт).

У вказаних випадках слід звертати увагу на локалізацію травми, оскільки під час падіння людина отримує удар потилицею.

Із зовнішніх ушкоджень будуть спостерігатися садна, синці, рідше рани в місці удару, характерні для дії тупого предмета з пласкою, необмеженою поверхнею.

Обсяг травми голови збільшується в разі, якщо тілу при падінні з положення стоячи надається додаткова швидкість, тобто людину б'ють в обличчя або штовхають у груди.

Транспортна травма – це механічні ушкодження, заподіяні зовнішніми або внутрішніми частинами транспорту під час його руху, а також при падінні з транспорту, що рухається.

Залежно від виду транспорту, що спричиняє ушкодження, розрізняють автомобільну, мотоциклетну, тракторну, гужову, трамвайну, залізничну, авіаційну і травму на водному транспорті.

Отримання вказаних ушкоджень пов'язане із розслідуванням фактів дорожньо-транспортних пригод.

Автомобільна травма – це сукупність ушкоджень, які виникають у водіїв, пасажирів і пішоходів унаслідок руху автотранспортних засобів.

Експертна практика виокремлює наступні види автомобільної травми:

- 1) ушкодження від наїзду (або удару) частинами автомобіля, що рухається;
- 2) ушкодження від випадання з автомобіля, що рухається;
- 3) ушкодження від переїзду колесами автомобіля;
- 4) ушкодження пасажирів та водія автомобіля;
- 5) ушкодження від стискання тіла між автомобілем та іншими предметами;
- 6) комбіновані ушкодження.

Кожний вид автомобільної травми складається з окремих послідовних коротких фаз, при яких можуть виникати ушкодження від удару і струсу тіла, стискання, розтягування і тертя.

Травма від зіткнення автомобіля, що рухається, з людиною спостерігається найчастіше і становить понад 50 % від загального числа автомобільних травм.

Виділяють три варіанти зіткнення автомобіля з пішоходом: передньою, бічною і задньою поверхнями.

Найчастіше спостерігається удар частинами передньої поверхні автомобіля: бампером, облицюванням радіатора, переднім краєм капота, крилом, фарами (I фаза). Якщо зіткнення людини відбувається з легковим автомобілем, то первинний удар завдається на

рівні гомілок, нижче від центра ваги тіла людини, внаслідок чого вона падає на капот, ударяється об вітрове скло, одержуючи ушкодження голови, тулуба, верхніх кінцівок (II фаза). Після цього відбувається відкидання тіла, падіння на ґрунт (III фаза) і ковзання тіла по ґрунту (IV фаза), де спостерігається два механізми травматичної дії – удар і тертя.

Вантажним автомобілем, автобусом або тролейбусом удар вдається на рівні і навіть вище центра ваги, і потерпілий відразу після первинного удару відкидається, падає, вдаряючись об ґрунт.

У момент первинного удару бампером виникають контактні ушкодження м'яких тканин у ділянці гомілок або стегон: синці, садна, забиті рани, нерідко на обох кінцівках і на одній висоті, крововиливи в м'які тканини кінцівки на боці удару. Нерідко утворюються так звані бампер-переломи, які при ударі бампером легкового автомобіля розташовуються на рівні верхньої або середньої третини гомілки, а при ударі бампером вантажного автомобіля – в ділянці стегна.

Слід звернути увагу на те, що коли потерпілий із місця дорожньо-транспортної пригоди потрапляє до лікарні, для оцінки бампер-перелому і визначення напрямку удару потрібно детально дослідити рентгенограми. Бампер-перелом має важливе криміналістичне значення з урахуванням наступного: 1) він є характерною ознакою автомобільної травми, зокрема наїзду автотранспортом; 2) його локалізація чітко вказує на тип транспортного засобу (легковий, вантажний); 3) свідчить про те, що потерпілий у момент травми перебував у вертикальному положенні; 4) морфологія його дозволяє визначити напрям удару; 5) за морфологічними особливостями цього перелому певною мірою можна визначити швидкість руху транспорту.

Специфічними для удару автомобілем є ушкодження, які за вдаються облицюванням радіатора, фарою або іншими виступаючими частинами автомобіля. Удар цими частинами залишає ушкодження у вигляді синців круглястої чи візерунчастої, дугоподібної форми, розташовані на стегнах чи в ділянці тазу. Приблизно на цьому ж рівні утворюються великі синці від удару крилом чи верхнім краєм капота, що супроводжуються переломами кісток тазу з великими крововиливами в прилеглі м'які тканини та позачеревний простір.

При ударі вантажною автомашиною, автобусом, тролейбусом чи іншим транспортним засобом із вагонним типом кузова

виникають контактні ушкодження голови і грудей. Це садна, рани, заподіяні болтами, гаками, що скріплюють борти кузова, та іншими частинами, які мають певну форму.

При відкиданні тіла, падінні й просуванні його по дорозі ушкодження найчастіше локалізуються на голові та кінцівках. На виступаючих частинах обличчя (надбрівні дуги, вилиці, ніс, підборіддя) виникають широкі садна з множинними лінійними, паралельними одна одній глибокими подряпинами з нашаруванням частинок дорожнього покриття, рвані рани на тілі, відокремлення кінцівок.

Травма від переїзду колесом автомобіля є дуже тяжкою, залежить від маси автомобіля, положення тіла, локалізації та напрямку переїзду і характеризується складним механізмом утворення ушкоджень, у якому виділяють п'ять фаз:

- 1) первинний контакт колеса з тілом;
- 2) поступове зміщення тіла в напрямку руху автомобіля – тертя;
- 3) наїзд колеса на тіло – тертя й розтягування,
- 4) перекочування колеса через тіло – стискання й розтягування;

5) волочіння тіла – тертя. Ці фази не завжди відбуваються в такій послідовності, що залежить від швидкості руху, дорожнього покриття, положення тіла потерпілого тощо.

Найважливішою специфічною ознакою переїзду є відбитки рисунка протектора колеса, які можна виявити як на одязі, так і на тілі потерпілого. Відбитки можуть бути у вигляді нашарувань бруду дороги, які відповідають заглибленим частинам протектора, та у вигляді синців, які відтворюють рисунок випуклих фрагментів. Утворені вони за рахунок того, що виступаючі частини протектора стискають ділянки шкіри, внаслідок чого переповнюються кров'ю і розриваються судини в місці заглиблення у шкіру.

Виявлення й детальна фіксація відбитка рисунка протектора на тілі й одязі потерпілого має велике значення, оскільки забезпечує можливості ефективного розшуку та ідентифікації автомобіля – учасника дорожньо-транспортної пригоди. По-перше, він є специфічною ознакою переїзду колеса автомобіля через тіло людини; по-друге, допомагає визначити положення тіла людини в момент переїзду; по-третє, вказує на тип і марку, а іноді й на конкретний автомобіль, що скоїв переїзд.

Травма водія і пасажирів усередині автомобіля виникає в момент зіткнення автомобілів між собою або з іншими транспортними

засобами, нерухомими предметами, при перевертанні автомобіля під час руху, а також при різкому прискоренні руху або різкому гальмуванні.

У разі зустрічного зіткнення автомобілів або наїзду автомобіля на нерухомий предмет тіло потерпілого внаслідок інерційного руху зміщується вперед. Основним механізмом утворення ушкоджень при цьому є удар об внутрішні частини салону автомобіля і загальний струс тіла. Травмування водія і пасажирів, що сидять спереду, при лобовому зіткненні порівняно однотипне і характеризується комплексом ушкоджень (голови, грудей і кінцівок).

Від удару об приладний щиток, раму вітрового скла, кронштейн дзеркала заднього виду та інші деталі кабіни у водія на лиці утворюються садна, синці, а також забиті рани з осколковими переломами кісток черепа. У пасажирів, що сидять поруч із водієм, можуть виникнути ушкодження на передній поверхні шиї (садна, синці, переломи під'язикової кістки, щитоподібного хряща) від удару об панель приладів.

Як у водія, так і у пасажирів переднього сидіння при ушкодженні вітрового скла або скла дверцят на обличчі, волосистій частині голови, шиї, руках утворюються численні подряпини й різані рани, в глибині яких і на шкірі навколо них, а також на одязі є дрібні уламки скла.

У водія від удару об колесо керма спереду на грудях виникають садна, синці дугоподібної форми, а також переломи передніх кінців ребер, грудини.

Характерними для травми всередині автомобіля є ушкодження верхніх і нижніх кінцівок. Так, у водія можуть виникати рвані рани в перших міжпальцевих проміжках, вивихи і переломи кісток зап'ястків також у ділянці променево-зап'ясткових суглобів. У пасажирів найчастіше спостерігаються забиті рани на долонях, переломи кісток передпліч, ключиць.

Нижні кінцівки ушкоджуються переважно від ударів колінами об панель приладів керування. При цьому утворюються садна, синці, забиті рани, переломи надколінків, розриви хрестоподібних зв'язок колінних суглобів, а на віддаленні – переломи діафізів, стегон, ушкодження кульшових суглобів, переломи кісток тазу.

Значно зменшує обсяг травмування осіб у кабіні автомобіля під час дорожньої пригоди використання ременів безпеки, які запобігають виникненню черепно-мозкової травми та зменшують тяжкість ушкоджень кінцівок.

2.3. ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕНЬ ГОСТРИМИ ЗНАРЯДДАМИ

Гострим називається знаряддя, що має гострий край (лезо), гострий кінець або їх поєднання. Ним може бути знаряддя побутового і промислового призначення, зброя, а також предмети оточуючої обстановки (палка, камінь із гострим краєм тощо).

Залежно від властивостей предмета, всі гострі знаряддя розподіляються на:

- 1) *колючі* – мають гострий кінець і стрижень (цвях, спиця, голка, багнет, стилет, вила, складені ножиці, піка, вузька викрутка);
- 2) *ріжучі* – мають гострий край – лезо і, як правило, малу вагу (бритви, різні типи ножів при ріжучій дії, край скла або металу);
- 3) *колючо-ріжучі* – мають гострий кінець і край або краї (різні типи ножів, клинків);
- 4) *рубачі* – мають гострий край і велику масу (сокира, сапка, шабля, шашка, мачете);
- 5) *пиляючі* – ріжучий край представлений гострими зубцями (пилка ручна, пилка по металу, пилка циркулярна);
- 6) *колючо-рубачі* – мають гострий кінець і значну вагу (кирка, сокира);
- 7) *рубачо-ріжучі* – мають гострий край, довгий клинок і значну масу (шашка, шабля);
- 8) *інші предмети комбінованої дії.*

Основним механізмом дії гострих предметів на слідосприймаючий об'єкт є проколювання, проколювання з розрізуванням, розрізування або розруб. У результаті цього утворюються ушкодження, що мають різні властивості.

Колота рана – це ушкодження, утворене проколом вістря, з подальшим просуванням стрижня у тканини, розщеплюванням і розривом тканин стрижнем знаряддя. У колотих ушкодженнях розрізняють вхідний отвір, рановий канал і вихідний отвір. Для вхідних і вихідних отворів типові відсутність дефекту тканини (краї рани повністю зводяться) і менші, порівняно з діаметром стрижня, розміри.

Неглибокі рани кінцівок і тулуба з нерясною кровотечею оцінюються як легкі тілесні ушкодження. Глибокі колоті рани шиї, живота належать до тяжких тілесних ушкоджень за ознакою небезпеки для життя у момент спричинення.

Значення колотих ушкоджень для практики визначається можливістю встановлення виду колючого знаряддя, його довжини,

форми, особливостей конфігурації елементів будови клинка або стрижня, а також напрямів, кількості й послідовності нанесених знаряддям ударів.

Різана рана – це ушкодження, що утворюється від натиску і просування гострого краю або леза знаряддя по тілу. Під час оцінки ступеня тяжкості рваних ран ураховують їх вплив на здоров'я, працездатність і життя.

Так, невеликі неускладнені поверхневі рани відносять до легких тілесних ушкоджень, що не призвели до розладу здоров'я. Рани глибокі, з ушкодженням м'язів, зв'язок, судин і нервів, що розкривають порожнини суглобів, а також інфіковані рани, відносять до легких тілесних ушкоджень, що призвели до короткочасного розладу здоров'я. Проникаючі в порожнини й інфіковані рани, загрозливі для життя, що закінчуються стійкою втратою працездатності не менше ніж на одну третину, визначаються як тяжкі.

Дослідження в рамках кримінальних проваджень особливостей рваних ушкоджень має велике значення для встановлення виду знаряддя травми, механізму дії, кількості і черговості травмуючих рухів знаряддя, а також диференціації ушкоджень, завданих власною рукою (наприклад, при спробі самогубства) та завданих сторонньою особою. Крім цього, дослідження цих ушкоджень дозволяє здійснити ефективний пошук знаряддя травми і забезпечити його процесуальну ідентифікацію. Слід звернути увагу на те, що оцінка ушкоджень у сукупності з обставинами їх завдання дозволяє визначити особливості фізичного й психічного стану особи, що їх заподіяла.

Найчастіше в практиці розслідування злочинів проти життя та здоров'я осіб слідчий стикається з необхідністю дослідження й оцінки колото-різаних ран. Це пов'язано з тим, що колочо-ріжучі знаряддя завжди знаходяться поруч у побуті (наприклад, кухонні ножі), тому потрапляють під руку під час сварок і побутових конфліктів та обираються навмисно злочинцями як зброя під час учинення запланованих вбивств (наприклад, мисливські ножі, кинджали). Колочо-ріжучі знаряддя мають такі складові елементи будови, як рукоятка і клинок з гострим кінцем, одним або двома лезами. Послідовність дії колочо-ріжучого знаряддя полягає в проколі гострим кінцем тканин, їх розриві обушком клинка з одночасним проникненням і розрізом тканин лезом при просуванні клинка углиб тіла.

Колото-різане ушкодження складається з вхідного отвору, ранового каналу й іноді вихідного отвору. При зовнішньому огляді тіла потерпілого дослідженню підлягають вхідний і за наявності вихідний отвори, при цьому детально фіксуються ознаки їх країв і кінців. Під час розтину трупа дослідженню підлягає рановий каналу ушкодження, зокрема детально фіксуються ознаки стінок, ребер і дна.

Рублячим називається знаряддя, що має лезо, значну вагу і розміри. Рублячі знаряддя травми мають клинок і рукоятку. Клинок має такі елементи, як рублячий край – лезо, і розташований напроти обух (тупа частина клинка). Краї леза клинка сокири прийнято називати носком (верхній край леза) і п'ятою (нижній край леза). До рублячих знарядь, окрім сокир різного призначення, належать кирки, лопати, шашки, великі поварські ножі й інші знаряддя. Механізмом завдання ушкоджень даними знаряддями є удар, сила якого обумовлюється значною вагою знаряддя, занесенням його (назад або вбік) і ударом по дузі зверху-вниз, зліва-направо, зправа-наліво.

Унаслідок сильного удару рубляче знаряддя лезом розтинає тіло, клинком розсовує тканини, утворюючи глибокі проникаючі рани, часто з руйнацією підлеглих кісток. Дія рублячих знарядь часто призводить до відокремлення частин тіла (голови, кінцівок). Слід звернути увагу на те, що даний механізм і знаряддя дії використовуються часто злочинцями для розчленування тіл.

Залежно від докладеної сили розрізняють удари кистьовий, ліктювий і плечовий, що обумовлюють глибину проникнення знаряддя під певним кутом.

Сила удару обумовлена амплітудою розмаху і вагою знаряддя. Рублячими знаряддями заподіюють рубані рани. Дія обухом рублячого знаряддя спричиняє ушкодження, ідентичні тим, що наносяться тупими знаряддями травми.

Рубана рана – це ушкодження, що утворюється від удару лезом рублячого знаряддя, що розтинає тканини, розриває і розсовує їх поверхніми клинка в сторони.

Дослідження рубаних ран у рамках кримінальних проваджень дозволяє визначити вид рублячого знаряддя, його характеристики і, відповідно, здійснити його пошук та процесуальну ідентифікацію як знаряддя травми. Крім цього, оцінка ушкоджень у сукупності дозволить встановити кількість і черговість ударів, взаємне положення нападаючого і постраждалого, ознаки боротьби між ними та інші важливі обставини.

Ушкодження, що завдаються гострими знаряддями, можуть мати вигляд подряпин, поверхневих надрізів, ран, розрубів і надрубів (насічок) кісток, від'єднання частин тіла є наступні.

Особливостями роботи слідчого на місці виявлення трупа з ушкодженнями гострими знаряддями травми.

Огляд місця події проводиться у звичайному порядку і починається від трупа. Після опису пози і розташування частин тіла трупа вказується місце знаходження знаряддя травми. Якщо воно знаходиться в тілі трупа, клинок не витягується, оскільки некваліфіковане вилучення може внести зміни в рановий канал (завдати додаткові ушкодження). Знаряддя, що знаходиться на, під або поблизу трупа, детально описується після огляду трупа.

У випадках знаходження трупа з ушкодженнями гострим знаряддям в обстановці, що вказує на можливий суїцид, під час опису в протоколі особливу увагу звертають на типову сидячу позу трупа з різаними ранами на шії або положення лежачи у ванні з різаними ранами на передпліччі. У протоколі також відображаються відсутність забруднення одягу кров'ю, відсутність будь-яких тілесних ушкоджень, що вказують на боротьбу постраждалого. Особлива увага концентрується на слідах крові на місці події, зокрема наявності на трупі та предметах обстановки (на стільці, на якому сидить; на ванні, у якій лежить) вертикальних потьоків крові, а також калюж крові під місцями кровотечі. У разі завдання власною рукою різаних ушкоджень одяг потерпілого, зазвичай, мало або зовсім не забруднений кров'ю. Частини тіла, на які наносяться ушкодження, заздалегідь оголюються. Типовими місцями завдання ушкоджень особами, які вчиняють самогубство, є ліктюві згини і долонна поверхня передпліччя в проміжку між ліктювим згином і променево-зап'ястковим суглобом, а також ділянка шії. Тильна поверхня кисті, як правило, забруднена стікаючою кров'ю.

Оглядаючи приміщення, в якому знаходиться труп, необхідно звернути увагу на наявність дзеркал чи інших поверхонь, що відображають тіло постраждалого. На задніх поверхнях таких предметів зазвичай залишаються відбитки пальців рук загиблого і сліди крові. Це вказує на поведінку перед смертю. Особи, що вчиняють суїцид, як правило, контролюють через дзеркало ефективність (достатність) завданих ушкоджень, спостерігають своє вмирання, тому часто торкаються вказаних предметів.

Під час огляду ванної кімнати, де знаходиться труп із різаними ранами, необхідно зазначити в протоколі, наскільки ванна

заповнена водою, наскільки в ній багато крові, і обов'язково зазначити температуру води на час огляду. Ще з давніх часів особи, які вчиняли суїцид, знали про те, що тепла вода сприяє швидшій крововтраті, оскільки не допускає спазму і тромбування судин.

На типову поведінку самогубців також указує обставина фіксації ріжучого знаряддя шляхом прив'язування рукоятки стрічкою, скотчем до кисті руки. Таким чином забезпечується зменшення рухливості леза і спричинення більш глибоких ран.

Вищевказані обставини повинні бути детально відображені в протоколі огляду місця події, оскільки будуть слугувати основою підтвердження версії про самогубство та підставою прийняття рішення про закриття кримінального провадження.

Під час огляду трупа з ушкодженнями гострими знаряддями на місці події, обстановка яких вказує на ознаки вчиненого кримінального правопорушення, необхідно детально дослідити вміст кишень. Такі предмети, як гаманці, блокноти, записки, грошові банкноти (особливо складені), як правило, зазнають ушкодження від дії знаряддя травми і дуже точно відображають форму і розмір його стрижня або клинка.

Оглядаючи трупи з ушкодженнями гострими знаряддями, необхідно обов'язково дослідити долоні й пальці загиблого. Зігнуті в кулак пальці обов'язково розкриваються і підлягають детальному огляду для виявлення порізів, які вказують на оборону потерпілого. З цією ж метою необхідно оглядати зовнішній бік передпліч і тильну поверхню кистей рук.

У випадках огляду трупа з рубаними ранами необхідно детально дослідити й зафіксувати параметри приміщення, де відбулось вбивство. Так, загальна площа приміщення, висота стелі, особливості меблевої обстановки нададуть можливість уявити фізичні параметри нападаючого, зокрема його зріст, статуру, рівень фізичної сили. Особливу увагу необхідно зосередити на оцінці обстановки із залишеними слідами крові (бризками, потьокками, краплями, калюжами, просяканням м'яких частин меблі, паласів тощо).

Під час огляду трупа з пиляними ранами або частин розчленованого трупа за допомогою пили для ідентифікації знаряддя травми обов'язково вилучаються частинки м'яких тканин, кісткова тирса з ранового каналу, дна рани, а також навколо рани.

Під час огляду пили, що досліджується на предмет ідентифікації як знаряддя травми, особливу увагу звертають на феномен засалювання її полотна. Засалювання проявляється не раніше ніж через добу після взаємодії пили з тілом людини, і виражається у відкладенні великої кількості жиру підшкірної клітковини і кісткового мозку на полотні. В перші години після використання на полотні пили, якою розчленовувався труп, феномен засалювання проявлений не буде. Виявити засалювання зможе тільки слідчий, у якого після огляду місця події залишилась пила. Слід звернути увагу на те, що час проявлення засалювання дозволяє визначити час використання пили як знаряддя травми, що є дуже важливим моментом у виконанні завдань розслідування.

Оглядати гострі знаряддя травми на місці події необхідно обережно, беручи їх за краї, кінці таким чином, щоб не пошкодити наявні сліди і не залишити власних відбитків пальців. Недопільно розбирати знаряддя травми для пошуку слідів крові, волосся і тканин людини, а також відкривати закритий складаний ніж або закривати відкритий.

Усі гострі знаряддя, виявлені під час огляду місця події як зі слідами крові, так і без них, детально описуються в протоколі, упаковуються і вилучаються таким чином, щоб сліди біологічного походження (кров, частинки тканин і органів, волосся), волокна одягу і відбитки пальців не пошкодились і не були внесені інші. З цією метою знаряддя травми фіксують нитками до листа картону або роблять перегородки з прорізами в картонній коробці, в які вставляють і упаковують знаряддя, вилучені під час огляду.

Слідчому необхідно пам'ятати про те, що ушкодження гострими знаряддями завжди спричиняють сильні больові відчуття жертви і масивні крововиливи. Тому жертва, як правило, себе активно поводить – чинить опір, закривається, кричить, намагається втекти. Така поведінка залишає відповідне відображення в оточуючому середовищі. Необхідно правильно шукати, фіксувати й вилучати джерела доказів. Для цього слідчий повинен досліджувати обстановку на місці події в сукупності всіх її елементів – як просторових, так і предметних. Аналіз даних про обстановку місця події, зіставлення характеристик загальних і окремих її елементів надасть можливість висунути обґрунтовані версії та обрати вірний напрямок розслідування.

2.4. УШКОДЖЕННЯ ВІД ПОСТРІЛУ ІЗ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ (ВОГНЕПАЛЬНІ УШКОДЖЕННЯ)

Вогнепальні ушкодження – це ушкодження, спричинені дією кулі та додатковими чинниками пострілу, зокрема температурою вибуху, продуктами горіння, пороховими газами тощо. Вогнепальною є зброя, в якій куля чи інший заряд (дроб, картеч) приводяться в дію енергією вибуху вибухової речовини в каналі ствола.

Характер вогнепальних ушкоджень залежить від багатьох чинників, зокрема виду набойів, відстані пострілу, наявності перешкод між зброєю і тілом, анатомічної будови частини тіла, що вражається.

У вогнепальних ушкодженнях, крім дії заряду, відображається дія наступних чинників:

1) полум'я, що спалахує біля зрізу каналу ствола зброї в результаті горіння пороху (вогонь із каналу ствола), утворює в зоні своєї дії на шкірі людини невеликі опіки, обгорання волосків, оплавлення волокон одягу;

2) кіптява (продукт згорання пороху у вигляді сажоподібних частинок) при близьких дистанціях пострілу відкладається на шкірі людини та її одязі. Слід звернути увагу на те, що кіптява залишається як на тілі постраждалого, так і на тілі нападника;

3) предкульове повітря на дистанції пострілу впритул завдає удар по шкірі в радіусі притиснутого зрізу каналу ствола, залишаючи ушкодження у вигляді відшарування шкіри від підшкірного шару.

У слідчій практиці доволі часто мають випадки дослідження на місці події трупа з вогнепальними ушкодженнями, що мають ознаки пострілу впритул. *Постріл впритул* характеризується контактом зрізу каналу ствола з тілом людини. Притул ствола зброї може бути герметичним (зріз каналу ствола втиснуто в тіло перпендикулярно) і негерметичним (канал ствола втиснуто в тіло під кутом менше 60 градусів, один край зрізу має проміжок зі шкірою).

Від пострілу впритул на тілі постраждалого залишається ушкодження, яке отримало назву «штанцмарка». Це ушкодження має важливе криміналістичне значення, оскільки є відбитком дульного зрізу каналу ствола. Відповідно детальна фіксація і дослідження цього елемента забезпечують ефективний пошук і процесуальну ідентифікацію зброї, яку використовував правопорушник. Штанцмарка має вигляд невеликого вхідного кульового отвору, навколо

якого спостерігається кільце чорного кольору. По суті штанцмарка складається з двох елементів: 1) ушкодження у вигляді садна (завдається обертом оболонки кулі) і опіку (завдається полум'ям, що проходить і опалює шкіру та рановий канал); 2) забруднення шкіри мастилом, що обтирається з оболонки кулі, і кіптявою. Зазначене ушкодження і забруднення утворюють своєрідний штамп дульного зрізу каналу ствола зброї. Воно може мати вигляд кільця (при герметичному притулі зброї) і півмісяця (при крайовому притулі).

При значних дистанціях пострілу ушкодження на тілі постраждалого утворюється тільки кулею або іншим зарядом. Додаткові чинники пострілу відображаються в таких випадках тільки на тілі стріляючого та на предметах оточуючої обстановки.

Під час дослідження ушкоджень кулею необхідно розуміти наступне. Рухаючись по каналу ствола нарізної зброї, куля обертається навколо подовжньої осі. Потрапляючи в тіло, вона утворює вогнепальну рану. Куля має контузійну, пробивну та клиновидну травмуючу дію для тканин і органів.

Наскрізне вогнепальне ушкодження залишає дія кулі, яка, потрапивши в тіло, не втрачає повністю своєї кінетичної енергії та проходить скрізь, утворюючи при цьому вхідний отвір, рановий канал і вихідний отвір.

Сліпе вогнепальне ушкодження залишає дія кулі, яка, потрапивши в тіло, втрачає кінетичну енергію і залишається в рановому каналі. Таке ушкодження має вхідний отвір і рановий канал й завдається пострілом зі зброї слабкого бою або на значній відстані, або від рикошету кулі. Дослідження сліпих вогнепальних ушкоджень на трупах, а також операційні втручання в тіло живих потерпілих із такими пораненнями повинні відбуватись під супроводженням і контролем слідчого. Головним завданням слідчого є забезпечення збереження цілісності оболонки кулі, що залишилась в тілі постраждалого. Вилучення кулі повинно супроводжуватись всіма можливими заходами з недопущення торкання оболонки кулі металевими інструментами чи приладами, оскільки найдрібніші елементи ушкоджень оболонки у своєму комплексі забезпечать ідентифікацію зброї під час балістичної експертизи.

Дотичне кульове ушкодження залишає контакт із рухом кулі, що проходить по дотичній до тіла. Такий контакт утворює садно або довгасту смугасту рану.

Забиті кульові ушкодження завдаються кулею, що під час польоту втратила кінетичну пробивну силу і при контакті зі шкірою

зупинилась. Залежно від сили удару і частини тіла може виникнути гематома, синець або рана з усіма ознаками забитої. Забиті кульові ушкодження виникають у осіб, які захищені бронезилетами, касками, щитками, а також у випадках проходження кулі через перешкоди або внаслідок рикошету.

Слідчій практиці відомі непоодинокі випадки, коли під час зовнішнього огляду трупа виявляється тільки вихідний отвір кулі. Слід звернути увагу на те, що тільки розтин тіла в таких випадках виявляє рановий канал і встановлює факт входу кулі через природні отвори рота, носа, вух. І навіть найретельніший огляд не дозволяє слідчому розпізнати вогнепальне ушкодження.

Особливості роботи слідчого на місці виявлення трупа з вогнепальними ушкодженнями наведені нижче.

Огляд місця події у випадках використання вогнепальної зброї слід проводити одним із двох способів: а) від периферії до центру по спіралі (якщо постраждалого госпіталізовано); б) від центру до периферії (якщо на місці події є труп). Центром місця події слід вважати місце отримання потерпілим ушкоджень, а периферією – місце, де можуть знаходитись гільзи, сліди перебування правопорушника зі зброєю, місця ведення вогню, місця знаходження куль, які не потрапили в потерпілого. Труп оглядається за загальноприйнятою схемою.

Спочатку необхідно сфотографувати труп, зброю, боєприпаси і пристосування, що застосовувалися для пострілу. Місце розташування даних об'єктів слід прив'язати описом у протоколі до нерухомих орієнтирів і скласти відповідну схему. Взаємне місце розташування таких об'єктів, труп, зброя, боєприпаси, сліди крові, предмети обстановки мають велике криміналістичне значення.

Під час роботи слідчого на місці вірогідного суїциду при описі зброї необхідно вказати, куди направлено дульний зріз каналу ствола, чи утримується зброя рукою, як розташовуються пальці на деталях зброї. Обов'язково фіксується наявність запаху пороху від руки, якою утримувався пістолет. Для запобігання втрати слідів-нашарувань кисті рук слід огорнути папером або одягнути паперові пакети і зав'язати їх.

Під час огляду трупа обов'язково вимірюється відстань від руки до рукоятки зброї. Якщо зброя знаходиться в руках, то увага акцентується на розташуванні пальців рук, що утримують зброю. Зброя оглядається в динамічній стадії огляду в рукавичках, щоб

не залишити слідів. За відсутності рукавичок зброю беруть за рифлені деталі. Зі зброєю слід поводитись дуже обережно. Необхідно пам'ятати про те, що після пострілу черговий патрон досилається в патронник, і зброя під час огляду є зарядженою.

Опис вхідного і вихідного отворів на місці події здійснюється за загальноприйнятою схемою. Починається він зі встановлення локалізації і вимірювання висоти розташування ушкоджень відповідно до положення і пози тіла: від підшовної поверхні стоп до вхідного кульового отвору; а у випадку положення сидячи – від нижнього краю сідниць до отвору. Ці дані допомагають вирішити питання про напрям пострілу.

Детальному опису також підлягають характер країв кульових отворів, наявність дефекту тканини (відсутність фрагменту шкіри, що вибивається кулею), нашарувань навколо кульових ушкоджень, занурених чужорідних частинок, їх форма, колір, розміри, ознаки дії високої температури і відкритого полум'я.

2.5. УШКОДЖЕННЯ ВІД ДІЇ ЕЛЕКТРОСТРУМУ

Електротравма може бути спричинена в результаті нещасного випадку, самогубства, а також під час вчинення вбивства, завдання умисних тілесних ушкоджень, тортур чи інших злочинів.

Електротравма виникає від контакту з електричним дротом або елементом електроприладу, що знаходяться під напругою. Ураження електрикою також може мати місце у разі потрапляння в людину блискавки, перебування людини в радіусі дії електричної (вольтової) дуги, а також у разі знаходження у воді, яка контактує із джерелом електричного струму.

Ступінь ураження електричним струмом обумовлений типом струму, напругою, частотою, тривалістю контакту тіла з джерелом, а також особливостями фізіології людини, її одягу і взуття, поверхні, на якій людина знаходиться під час ураження електричним струмом.

Під час роботи слідчо-оперативної групи на місці події, де є підозра про можливість ураження електричним струмом, обов'язково необхідно вжити заходів щодо вимкнення або ізоляції електричної мережі. Слід звернути увагу на те, що на момент початку огляду труп може перебувати під напругою.

Необхідно пам'ятати про те, що учасники огляду можуть бути уражені електрострумом в умовах так званої «крокової напруги», якщо наблизяться до джерела високої напруги менш ніж на 10 м. Так, наприклад, струм від обірваного дроту, що лежить на землі, створює небезпеку в радіусі до 10 м. А в разі контакту дроту з вологим середовищем (калюжею, мокрою травою тощо) ця дистанція значно збільшується.

Під час огляду місця події необхідно звертати увагу на ознаки дії електроструму. Такими, наприклад, можуть бути обстановка ремонту в приміщенні, аварійний стан електропроводки, відсутність захисних накладок на розетках, ознаки короткого замикання або несправних електроприладів тощо.

У ході зовнішнього огляду трупа, який виявлено в умовах підозри про ураження електрострумом, необхідно сконцентрувати зусилля на виявленні і фіксації специфічного ушкодження – електромітки.

Електромітка – це ушкодження, що виникає у місці контакту тіла з джерелом електричного струму і являє собою ділянку шкіри надмірної щільності з піднятими краями та втягнутим центром. Ця ділянка шкіри часто імпрегнована частками металу електродроту, колір її сірувато-білий або жовтуватий, із рожевим вінчиком по краях.

Слід звернути увагу на те, що іноді електромітка може мати вигляд садна, мозолі, опіку та навіть рани. Особливості цього ушкодження залежать від характеристик контактуючої поверхні джерела струму. Форма, розміри, рельєф електромітки відображають, як правило, поверхню провідника, що дозволяє здійснити його пошук та процесуальну ідентифікацію. Так, наприклад, ушкодження від застосування електрошокера являє собою електромітку у вигляді точок, взаємне розташування яких на шкірі повністю ідентичне розташуванню контактних елементів вказаного приладу. Слід звернути увагу на те, що при перевірці версії про застосування електрошокера під час зовнішнього огляду трупа детально необхідно обстежувати волосяну частину голови та поверхню грудної клітини. Аналіз слідчо-оперативної практики свідчить про численні випадки використання даного засобу з метою вчинення вбивств саме способом завдання удару струмом у ділянку розташування важливих життєвих центрів організму – мозок і серце.

Слід також зазначити, що в 10-12 % випадків ураження людини струмом електричності на поверхні тіла відсутні. Це має місце при значних за площею контактах із вологою чи мокрою поверхнею, що стала провідником ураження.

Під час проведення судово-медичної експертизи внутрішнє дослідження трупа, як правило, не виявляє характерних ознак дії електричного струму. Експерт може встановити лише ознаки смерті, що настала швидко (повнокров'я внутрішніх органів, темна рідка кров, численні дрібні крововиливи під серозні оболонки – епікард, плевру легень, миски нирок тощо). Відповідно, слідчий повинен розуміти, що підтвердження або спростування діагнозу про електротравму може ґрунтуватися тільки на комплексних даних, отриманих під час зовнішнього і внутрішнього досліджень трупа, результатах гістологічного та медико-криміналістичного дослідження, з урахуванням усіх обставин кримінального провадження.

2.6. УШКОДЖЕННЯ ВІД ДІЇ ВИСОКИХ ТА НИЗЬКИХ ТЕМПЕРАТУР

Ушкодження від дії високої температури виникають в умовах впливу на тіло температури понад 50 °С, яка призводить до загибелі клітин. Травмуючими факторами можуть виступати відкрите полум'я, киг'яток, гарячі предмети, палаюча рідина, пар, розплавлені речовини тощо.

Ступінь ураження тіла і небезпеки для життя залежить від температури вражаючого фактору, тривалості впливу, частини тіла, що вражається. За глибиною ураження шкіри та тканин розрізняють чотири ступеня опіків. *Опіки першого ступеня* – це поверхневе запалення шкіри – еритема. *Опіки другого ступеня* – ураження шкіри з відшаруванням рогового шару й утворенням пупирів, заповнених серозною рідиною, що містить лейкоцити і білки. *Опіки третього ступеня* характеризуються вологим або сухим первинним некрозом шкіри. *Опіки четвертого ступеня* – це обуглювання шкіри, підшкірної жирової тканини, м'язів і навіть кісток.

Від опіків на місці пожежі смерть настає досить рідко. Ці випадки пов'язані з двома основними причинами смерті. По-перше,

смерть настає від больового шоку від масивних опіків, наприклад коли горить одяг, просякнутий пальним, або людина перебуває всередині полум'я. По-друге, постраждалий помирає від гострого отруєння окисом вуглецю або продуктами горіння синтетичних матеріалів. Смерть може настати також від механічної травми при обвалах палаючих споруд.

Опіки тіла, особливо глибокі й великі, викликають порушення функцій усіх внутрішніх систем і органів. Протягом декількох днів стрімко розвивається так звана «опікова хвороба», яка призводить до смерті постраждалого. Слідчому необхідно звернути увагу на цю обставину і, відповідно, вжити всіх необхідних заходів у рамках кримінального провадження з невідкладного отримання від потерпілого показань із застосуванням засобів відеофіксації.

Під час огляду місця події при зовнішньому огляді трупа необхідно дослідити залишки одягу на тілі та місця, що одягом (або його фрагментами) прикриті. Треба брати до уваги, що синтетичний одяг спричиняє додаткові опіки, а, наприклад, бавовна, шкіряний одяг або його елементи, навпаки, захищають ділянки тіла від дії полум'я і жару. Смуги неушкодженої шкіри дають можливість встановити характер деталей одягу (тугий комірець, щільно прилягаючий бюстгальтер тощо). Детальний огляд волосся й шкіри дозволяє визначити характер вражаючого фактора. Зокрема слід зважити на те, що від дії полум'я волосся обгорає, набуваючи рудого кольору і здуваючись у колбоподібну форму. При хімічних опіках волосся, як правило, не страждає. Форма і напрямок смуг опіків теж дають можливість встановити характер діючого фактора, а також позу, в якій потерпілий був під час горіння, оскільки полум'я дає смуги опіків, що спрямовані вгору. Від контакту з гарячими поверхнями опіки повністю повторюють їх форму. Наявність кіптяви на шкірі свідчить про опік полум'ям. Відсутність кіптяви у щілинах зморшок на обличчі трупа вказує на те, що постраждалий у вогонь потрапив живим. На дану обставину вказує також колір трупних плям на трупі, зокрема вони набувають яскраво-рожевого кольору на ділянках неушкодженої шкіри. Цей колір свідчить про наявність у крові карбоксигемоглобіну, який утворюється при вдиханні окису вуглецю, і відповідно про прижиттєвість потрапляння загиблої особи у вогонь.

Під час зовнішнього огляду трупа необхідно детально описати виявлені ушкодження, додатково зафіксувати за допомогою фотозйомки і виготовлення схем. Під час більш детального судово-медичного дослідження слід звернути увагу на наявність включень на поверхнях і в глибині опіків, зокрема часток їжі, кави, бітуму, горючої рідини тощо, які можуть вказувати на природу вражаючого фактору.

Ушкодження від дії низької температури

Слідчий стикається із необхідністю дослідження ушкоджень від дії низьких температур у двох основних випадках. По-перше, у ситуаціях виявлення трупів з ознаками переохолодження, що може бути пов'язане як із нещасними випадками, так і з учиненням таких кримінальних правопорушень, як залишення в небезпеці, вбивство, вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини, тортури, невиконання батьками своїх батьківських обов'язків та інших. По-друге, у ситуаціях завдання умисно або з необережності особі таких тілесних ушкоджень, як обмороження.

Під час огляду місця події при огляді трупа з ознаками смерті від переохолодження необхідно мати на увазі наступні факти:

1) людина, яка замерзає, приймає характерну позу «калачиком» – руки й ноги зігнуті і притиснуті до тіла. У більшості випадків одяг на трупі щільно застебнутий. Але часто у стані агонії у людини виникає почуття жару, відповідні галюцинації, внаслідок чого вона роздягається і розкидає свій одяг. У таких випадках труп залишається оголеним у звичайному положенні лежачі;

2) температура тіла живої людини, яка вмирає на снігу або льоді, розтоплює їх, внаслідок чого вмерзає в лід її одяг;

3) у кутках очей можуть бути замерзлі сльози, а у отворів носа і рота, на вусах і бороді – льодяні бурульки;

4) може виявитися різко виражене трупне залякання й «гусяча шкіра» як результат скорочення м'язів шкіри, що підіймають волосся;

5) при тривалій прижиттєвій дії холоду на відкриті частини тіла часто має місце озноблення. Ці ділянки синюшні, набряклі, на розрізах – на вигляд соковиті, з великою кількістю дрібних крововиливів;

6) трупні плями червоного кольору. Такий колір при мінусових температурах є наслідком надмірного вмісту в крові кисню;

7) у чоловіків, які вмирають від переохолодження, може спостерігатися втягнення сім'яних канатиків і яєчок (ознака Пупарева), а також червоний колір і припухлість головки статевого члена.

У живої людини дія низьких температур викликає такі ушкодження, як обмороження різного ступеня важкості. Обмороження частіше виникають на відкритих або погано захищених ділянках тіла, зокрема на вухах, носі, підборідді, вилицях, а також на верхніх і нижніх кінцівках.

Обмороження виникають тільки у живих людей, оскільки виявляються після відігрівання вражених холодом ділянок.

Судово-медичне обстеження живих осіб з приводу відморожень у практиці трапляється досить рідко. Мета експертизи – встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Питання вирішується за тривалістю розладу здоров'я (I–III ступінь) або за відсотком втрати працездатності (IV ступінь).

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Що вивчає судова травматологія?
2. Поняття та види тупих знарядь травми.
3. Види й особливості ушкоджень від дії тупих знарядь травми.
4. Особливості ушкоджень при падінні з висоти.
5. Поняття та види транспортної травми.
6. Поняття та види гострих знарядь травми.
7. Особливості колотих, різаних, колото-різаних і рубаних ран.
8. Поняття та види вогнепальних ушкоджень.
9. Види травмуючих факторів пострілу.
10. Поняття та характеристика елемента штанцмарка.
11. Особливості ушкоджень від дії електроструму.
12. Поняття та характеристика електромітки.
13. Поняття та види ушкоджень від дії високої температури.
14. Особливості опікової хвороби.
15. Поняття та види ушкоджень від низької температури.

ГЛАВА 3

СМЕРТЬ І ТРУПНІ ЯВИЩА

3.1. ПОНЯТТЯ СМЕРТІ ТА ЇЇ ВИДИ. ТЕРМІНАЛЬНІ СТАНИ, ЩО ПЕРЕДУЮТЬ НАСТАННЮ СМЕРТІ

Смерть – заключна стадія індивідуального існування організму, внаслідок якої незворотно припиняється його основні життєві функції (кровообігу, дихання, центральної нервової системи). Вивченням стану організму в кінцевій стадії несприятливого результату хвороби або ушкодження, динаміки, механізму процесу вмирання, безпосередніх причин смерті, клінічних, біохімічних, морфологічних проявів поступового припинення життєдіяльності організму займається такий розділ теоретичної та практичної медицини, як *танатологія* (від грец. *thanatos* – смерть, *logos* – вчення).

Судово-медична танатологія – розділ судової медицини, що вивчає процес вмирання та посмертні зміни органів і тканин відносно цілей і завдань судово-медичної експертизи. Судово-медична танатологія являє наукову основу для вирішення низки спеціальних питань, що виникають у правоохоронних органах при розслідуванні злочинів, при вчиненні яких настає смерть людини. Зокрема встановлення причини смерті у кожному конкретному випадку, давності її настання, прижиттєвого або посмертного походження виявлених на трупі ушкоджень, давності їх утворення, можливого посмертного переміщення трупа тощо.

Одним із головних питань танатології є визначення самого терміна «смерть». У судовій медицині та криміналістиці прийнято розрізняти дві категорії смерті: 1) насильницьку, що настає внаслідок дії на організм різних факторів зовнішнього середовища (смерть через вбивство, нещасний випадок, самогубство тощо); 2) ненасильницьку як результат захворювань (її підвид «нахабна» смерть, передчасна ненасильницька смерть) та смерть від старечої дряхлості («фізіологічна»).

Також судовій медицині відоме таке поняття, як «уявна» (або «удавана») смерть, або вмирання – це стан, за якого життєдіяльність організму настільки ослаблена, що зовні створюється враження настання смерті. Таке глибоке згасання дихання і кровообігу

спостерігається при деяких захворюваннях (центральної нервової системи – епілепсія, енцефаліт, а також у недоношених немовлят, у стані глибокої непритомності, після сильних душевних потрясінь тощо) і певних зовнішніх впливах (наприклад, при ураженні електричним струмом, сонячному й тепловому ударах, утопленні, отруєнні наркотиками і снотворним). Таке явище може призвести до помилкової констатації смерті. З проявом уявної смерті працівники слідства та експерти можуть зустрітися при огляді постраждалих на місці події.

Процес переходу від життя до смерті – вмирання – не є миттєвим, він складається з кількох послідовних стадій. Ці стадії також називають термінальними станами – вони завжди передують настанню смерті і можуть тривати різні періоди часу – від декількох хвилин до годин і навіть днів. Залежно від тривалості вмирання розрізняють повільну і швидку смерть. Свідченнями швидкоплинності або уповільнення процесу вмирання є певні патоморфологічні зміни, які встановлюються при судово-медичному розтині трупа.

Термінальні стани (лат. *terminalis* – належить до кінця, граничний) – стани, граничні між життям і смертю, критичний рівень розладу життєдіяльності з катастрофічним зниженням артеріального тиску, глибоким порушенням газообміну і метаболізму. Термінальний стан – це згасання функцій організму, який передує біологічній смерті.

До термінальних станів належить вмирання, тяжкий шок, кома, колапс, а також стан організму, який оживили після реанімації.

На розвиток і прояви термінального стану значною мірою впливає патологічний процес, який його спричинив. Так, у разі несумісних із життям ушкоджень – множинної черепно-мозкової травми, розчленування тіла, розриву серця, аневризми аорти тощо – смерть, як правило, настає досить швидко. Якщо вмирання тривале, термінальний стан можна умовно поділити на кілька **етапів**:

- 1) предагональний етап;
- 2) термінальна пауза;
- 3) агонія;
- 4) клінічна смерть;
- 5) біологічна смерть.

Під час *передагонального етапу* відбувається поступове зниження артеріального тиску, пригнічення свідомості та електричної активності мозку. На цьому етапі також з'являється ціаноз (синюшність шкіри та слизових оболонок), блідість або плямистість шкіри, загальмованість, слабка реакція на сильні зовнішні подразники, затемнення свідомості, послаблення рефлексів, поверхневе часте, іноді періодичне, дихання. Цей стан може тривати доволі довго.

Потім настає *термінальна пауза*, яка є початком клінічної смерті. Під час цього етапу виникає тимчасова затримка дихання, відсутність пульсу, зниження артеріального тиску майже до нуля, скорочення серця вкрай уповільнені, свідомість і рефлексивні відсутні. Її тривалість від 5–10 с до 3–4 хв.

Наступний етап умирання – *агонія* – це граничний стан між життям та смертю. Характеризується раптовою активізацією підкіркових центрів на фоні повного виключення кори великого мозку, внаслідок чого послаблюються серцева і дихальна функції, настає помутніння свідомості за рахунок наростаючої гіпоксії головного мозку. Диханню притаманні довгі паузи, шкіряні покриви стають блідими, температура тіла знижується, з'являється липкий, холодний піт, риси обличчя загострюються, нижня щелепа відвисає, очні яблука і рогівки втрачають свій блиск, реакція на зовнішні подразники відсутня, нерідко з'являються судоми. Тривалість агонії – від кількох хвилин до кількох годин і навіть днів – залежить від причин смерті (більш тривала – у випадку настання смерті через хворобу, короткочасна – внаслідок насильницької смерті). Наприкінці агонії дихання зупиняється, скорочення серця припиняються.

Після агонального підвищення життєдіяльності швидко настає *клінічна смерть*. У цей час організм як одне ціле вже не існує, проте незворотні зміни в органах ще не розвиваються. Зовнішні ознаки клінічної смерті – повне розслаблення тіла, бліда шкіра, зіниці не реагують на світло, пульс, тони серця і дихання не визначаються. Тривалість даного періоду в середньому дорівнює 5–6 хв. та залежить від умов умирання (швидко чи повільне вмирання, температура навколишнього середовища тощо).

Біологічна смерть є незворотним станом умирання, адже виключає можливість відновлення життєвих функцій («смерть мозку»). Притаманні їй відсутність дихання, діяльності серця і функціонування центральної нервової системи вважають за **ймовірні, або орієнтовні, ознаки смерті**.

3.2. ВИДИ, ОЗНАКИ ТРУПНИХ ЯВИЩ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВИКОНАННЯ ЗАВДАНЬ РОЗСЛІДУВАННЯ

Трупні явища (або трупні чи посмертні зміни) – це зміни, що поступово розвиваються в організмі після припинення його основних життєвих функцій. Зазначені явища (зміни) дозволяють достовірно встановити факт настання смерті, вони є *абсолютними (вірогідними) ознаками смерті*. Виникають трупні явища в різні строки, тому їх умовно поділяють на *ранні та пізні* (трансформативні).

Ранніми трупними явищами є:

- 1) охолодження трупа;
- 2) висихання окремих ділянок шкіри і слизових оболонок (плями Лярше);
- 3) трупне залякання;
- 4) трупні плями.

Крім того, важливого експертного значення набуває також ознака Білоглазова – симптом котячого ока, який встановлюють шляхом стискання ока, внаслідок чого розширена та округла зіниця набуває овальної форми. Цей симптом виникає за 10–15 хв. після настання смерті.

Охолодження тіла. Життєві обмінні процеси в організмі супроводжується виробленням тепла, внаслідок чого тіло людини має певну температуру. Після настання смерті перестають діяти системи регуляції, різко уповільнюється активність ферментів та гормонів, і припиняється теплопродукція. Внаслідок цього температура тіла поступово знижується.

Охолодження починається з кінцівок, носа, вух, обличчя. За звичайної кімнатної температури труп, у середньому, охолоджується в перші 6 год. після смерті на 1 градус за годину, потім темп охолодження уповільнюється і становить вже 1 градус протягом кожних 1,5–2 годин після смертного періоду. За законом охолодження Ньютона, швидкість охолодження пропорційна різниці температур між тілом і середовищем, яке його оточує. Абсолютною ознакою смерті трупне охолодження вважають тоді, коли температура тіла становить нижче за 20 °С, зниження її до цієї величини відбувається досить довго і до цього часу наявними стають також і трупні плями, і трупне залякання. Найпоширенішою є ректальна термометрія, яку проводять на місці виявлення

трупа. Для цього вводять термометр у пряму кишку на 10–12 см і за 10 хв. визначають дані вимірювання – якщо температура становить 23 °С – це є достовірною ознакою смерті. Через 1–2 год. вимірювання повторюють.

Трупне висихання. За кілька годин після настання смерті поступово починає проявлятися процес трупного висихання, зумовлений випаровуванням рідини з тіла померлого. Насамперед, трупне висихання спостерігається в тканинах, які за життя перебувають у вологому стані. Наприклад: склера очей, слизова оболонка і облямівка губ, зовнішні статеві органи, прижиттєві рани, поверхня яких ущільнюється та набуває бурого кольору.

Якщо очі трупа були відкритими, то в середньому за 5–6 год. на склері відповідно до меж відкритих повік виникають буруватожовті плями після смертного висихання. За формою вони нагадують трикутник, вершина якого спрямована до кута ока. Це плями Лярше, який вперше їх описав у 1868 р. За умов швидкого випаровування вологи плями Лярше можуть виникати через 1,5–2 год. після смерті. Якщо ж труп перебуває у вологому приміщенні і випаровування вологи немає, то плями Лярше не утворюються. Їх наявність свідчить про те, що очі трупа залишались відкритими деякий час після смерті.

Трупне залякання. Трупне залякання (або задубіння) є своєрідним ущільненням й скороченням скелетних і гладких м'язів, що виникає за 1–3 год. після настання смерті і фіксує тіло у певному положенні. Насамперед, трупне задубіння можна виявити в м'язах нижньої щелепи та обличчя, потім – у м'язах ший, тулуба, рук і ніг. Через 24 год. після настання смерті воно стає найінтенсивнішим та повністю охоплює всі м'язи тіла. Такий стан м'язів спостерігається 1–2 доби, після чого трупне залякання поступово зменшується. Повністю трупне залякання зникає у такій самій послідовності через 3–7 діб після настання смерті.

На інтенсивність розвитку трупного залякання впливають температура і вологість навколишнього середовища. За умови підвищеної температури повітря та незначній його вологості залякання починається раніше, розвивається швидче. Із пониженням температури до +5 °С залякання не настає, за температури нижче за 0 °С труп починає замерзати. Трупне залякання у воді, температура якої від 0 °С до +15 °С, продовжується у 3–4 рази довше, ніж на повітрі. У дітей, осіб похилого віку зі слабо вираженою

мускулатурою трупне залякання проявляється швидко, виражено слабо і швидко зникає. Температура повітря вище за +50 °С викликає теплове залякання, внаслідок якого труп застигає у позі «боксер», «воїна». Якщо смерті передували судоми, був ушкоджений довгастий мозок, верхня частина спинного мозку, розвивається так зване каталептичне трупне залякання, яке виникає відразу після настання смерті і фіксує позу тіла в її момент (див. табл. 1).

Таблиця 1

Час розвитку встановлення трупного залякання (години)

М'язи	Термін трупного залякання	Термін розрішення трупного залякання
Жувальні	2-6	26-30
Ший та пальців рук	3-7	27-31
Зап'ястків	4-8	28-32
Передпліччя	5-9	29-33
Плеча та гомілки	6-10	30-34
Стегна	7-11	31-35
Усього тіла	До 24	До 48-55

Трупне залякання є ранньою абсолютною ознакою смерті і фіксує післясмертну позу померлого, за ступенем його розвитку можливо визначити приблизний час настання смерті. В деяких випадках за наявністю і ступенем прояву трупного залякання можна дійти висновку про ймовірну причину і механізм настання смерті, можливу зміну пози трупа.

Трупні плями. Після зупинки серця поступово припиняється рух крові по судинах. За законом тяжіння кров починає збиратися у найнижчих частинах тіла, внаслідок чого за 30 хв. – 1 год. після смерті починають утворюватися трупні плями.

Термін появи трупних плям залежить від механізму настання смерті. Так, у разі смерті від асфіксії, серцево-судинних хвороб, ураження електричним струмом трупні плями виникають досить швидко. Якщо смерть настала внаслідок крововтрати, вони виникають повільно.

Колір трупних плям залежить від причини смерті. Так, у разі смерті від отруєння чадним газом трупні плями мають яскраво-червоний, а від нітратів – сіро-коричневий колір; у випадку смерті

від гострої крововтрати трупні плями маловидимі, сіро-фіолетового кольору; у разі дії холоду і вологи трупні плями набувають рожево-червоного кольору. В осіб, які померли швидко від асфіксії чи травм, не пов'язаних із крововтратою, трупні плями синьо-червоного забарвлення.

Трупні плями утворюються у нижчерозташованих ділянках тіла і тільки там, де вони нещільно контактують з поверхнею, на якій лежить тіло. На їхнє розташування впливає початкове і наступне положення трупа, що дозволяє робити висновки про посмертне переміщення трупа, максимальний тиск ваги тіла чи предметів одягу (ремінь, пояс тощо).

Трупні плями у трупів, що знаходяться у вертикальному положенні, утворюються нижче нижньої третини передпліччя опущених рук і нижче рівня тазу, а в горизонтальному положенні – на задньобоківих поверхнях тіла, за виключенням місць, на які здійснювався тиск (ділянка лопаток, сідниць, ікор). Іноді на фоні трупних плям виділяють ділянки з незмінним кольором шкіри та відбитком рельєфу поверхні, на якій знаходився труп.

Велика кількість трупних плям утворюється при смерті внаслідок асфіксії, невелика – при значній крововтраті, а також у виснажених людей, осіб похилого віку, дітей, осіб, хворих на анемію, туберкульоз, тощо. Відсутність трупних плям за відсутності ушкоджень шкіри може свідчити про внутрішні крововиливи.

Швидкість утворення трупних плям залежить від характеру травми, причини і генезису смерті. Більш швидкому утворенню трупних плям сприяють: висока температура навколишнього середовища, асфіксія, електротравма, отруєння, раптова смерть від серцево-судинних захворювань (трупні плями з'являються за 1 год. після смерті). Уповільнює утворення трупних плям низька температура навколишнього середовища, крововтрата, тривала агонія, зневоднення організму.

Зміни трупних плям залежать від давності настання смерті і відбуваються стадійно: 1) гіпостаз (натікання); 2) стаз (просочування, набряк); 3) імбібіція (трупне просочування). Проте такий розподіл є умовним, тому що перехід однієї стадії в іншу відбувається поступово.

Стадія гіпостазу перебігає протягом перших 10–12 год. після настання смерті. З'являються трупні плями за 30 хв. – 2 год. За 6 год. вони збільшуються у розмірах й інтенсивності. В цій стадії

трупна пляма після натискання зовсім зникає на незначний проміжок часу (див. табл. 2).

Таблиця 2

Час настання смерті, що може бути визначений за характером змін у трупних плямах

№ з/п	Давність смерті	Характер трупних плям
1	0-20 хв.	Відсутні
2	20-30 хв.	З'являються
3	30-40 хв.	При натисканні на трупну пляму утворюється біле поле, яке зникає за 15-30 с
4	40-60 хв.	Відзначається інтенсивне забарвлення трупних плям
5	1-2 год.	Біла пляма, що утворюється після натискання на трупну пляму, зникає за 30-60 с. Одиначні трупні плями зливаються
6	2-4 год.	Трупні плями мають ще інтенсивніше забарвлення, після натискання повністю блідніють
7	4-6 год.	Збліднення трупних плям після натискання повністю зникає за 2-3 хв.
8	6-8 год.	При зміні положення трупа трупні плями повністю зникають і утворюються в нових місцях
9	8-10 год.	При зміні положення трупа трупні плями зникають частково. Трупні плями, що утворюються в нових місцях, мають менш інтенсивне забарвлення
10	12-24 год.	Фіксація трупних плям
11	24-72 год.	Трупна імбібіція

Через 12 год. після смертного періоду стадія гіпостазу поступово переходить у стадію стазу, яка триває майже до кінця другої доби після настання смерті. Колір трупних плям із темно-сіро-фіолетового на початку стазу змінюється на бурий, а їх межі стають

чіткішими. Після дозованого натискання трупні плями бліднуть і поступово відновлюються. Якщо в цей час змінити положення, то трупні плями лише частково перемістяться в інші, нижче розташовані, частини тіла.

За 48 год. після настання смерті трупні плями переходять у стадію імбібіції (трупне просочування). Забарвлення трупних плям набуває буруватого відтінку, який переходить у сіро-зелений і зеленуватий колір. При дозованому натисканні колір трупних плям не змінюється. При зміні положення трупа трупні плями не змінюють свого розташування.

У деяких випадках виникають складнощі диференціювання трупних плям і синців, що знаходяться на їх фоні. Для їх розмежування враховують те, що синці мають досить чіткі контури, розташовуються у місці дії тупого предмета, де можливо виявити ще й припухлість тканин. Крім того, вони не змінюють свого забарвлення у разі дозованого натискання.

З часом на фоні трупних плям також можуть утворюватися посмертні крововиливи, що утворюються від розриву капілярів шкіри, розтягнених кров'ю.

Наявність трупних плям, які є ранньою абсолютною ознакою смерті, не лише свідчить про факт її настання. За результатами їх дослідження можна встановити давність настання смерті, положення трупа після смерті та факт його переміщення (за невідповідністю розміщення трупних плям позі трупа), характер предметів, на яких був розташований труп (за відбитком поверхні на частинах тіла, щільно притиснутих власною вагою трупа), а також з'ясувати швидкість процесу вмирання, орієнтовно визначити і причину смерті (за кольором трупних плям, відносною кількістю крові в трупі), а також вирішити деякі інші питання, що цікавлять слідство і суд.

Пізними називають *трупні зміни*, які виникають на другу-третю добу після смерті або протягом кількох днів, тижнів, місяців чи навіть років, і продовжуються протягом невизначеного тривалого часу. Внаслідок пізніх трупних явищ труп або розкладається і руйнується, або відбувається його природна консервація. Таким чином, виділяють дві групи пізніх трупних явищ: 1) руйнівні; 2) консервувальні.

Руйнівні трупні явища змінюють зовнішній вигляд трупа, форму і структуру його органів і тканин. До них належать гниття, ушкодження трупа рослинами і тваринами, випадкові або навмисні пошкодження трупа тощо.

Консервувальні трупні явища – жировіск, муміфікація, торф'яне дублення, штучне консервування і збереження трупа в певних середовищах (у холоді, соляних чи інших розчинах) – хоча і певним чином змінюють зовнішній вигляд трупа, форму і структуру його органів і тканин, проте в цілому дозволяють як впізнання трупу за зовнішніми ознаками, так і вирішення при судово-медичному дослідженні багатьох питань, ускладнених або неможливих після дії руйнівних трупних явищ (зокрема, щодо причин смерті).

Гниття (або мікробний розклад) трупа – це складний мікробіологічний процес, при якому за участю мікроорганізмів відбувається розпад органічних, головним чином білкових, речовин. Внаслідок гниття органічних речовин утворюються амінокислоти, органічні кислоти, сірководень, метан, аміак, вуглекислий газ, меркаптани, а також отруйні речовини. Газоподібні продукти гниття переходять у повітря, розчинні – всмоктуються у землю, і з часом від білкової маси нічого не залишається.

Зміни в тканинах під час гниття відбуваються в такій послідовності: 1) зміни кольору тканин; 2) виділення газів; 3) зрідження тканин.

Гниття проявляється гнилісним запахом, гнилісним брудно-зеленим забарвленням тканин, гнилісною судинною сіткою (брудно-зелені смуги з'являються на 3–4 добу після смерті на шкірі по ходу кровоносних судин), гнилісною трупною емфіземою (скупчення гнилісних газів в тканинах, що викликає значне збільшення їх обсягу до кінця першого тижня після смерті), гнилісними пухирцями і гнилісним розпадом тканин (на 10–12 день вся шкіра трупа має брудно-зелений колір, епідерміс набухає, поверхня шкіри стає ослизлою, утворюються і легко розкриваються гнилісні пухирці, з трупа просочується смердюча рідина. У подальшому внаслідок розпушення шкіри гнилісні гази вільно виходять назовні і обсяг трупа наближається до первинного).

Таким чином, у процесі мікробного розкладу трупа (гниття) виділяють 4 стадії: 1) «свіжого трупа» – до розвитку ранніх трупних змін; 2) ранніх трупних змін – тривалістю до 2–3 діб; 3) ранніх гнилісних змін – поява трупної зелені та гнилісної венозної сітки; 4) гнильна емфізема (роздутість) трупа.

Процеси гниття перебігають з різною інтенсивністю, яка зумовлюється рядом чинників. Так, найінтенсивніше гниття відбувається при температурі +25 – +40 °С і високій вологості. Зниження вологості і температури повітря від 0 °С до + 10 °С уповільнює

гниття. А за умов температури повітря нижче 0 °С або вище 55 °С–60 °С гниття припиняється. Інтенсивність гниття залежить також від середовища, в якому воно проходить. Зокрема, на повітрі гниття відбувається особливо швидко, у воді в 2 рази, а в землі у 8 разів повільніше, ніж на повітрі. Прискорюють процес гниття масивні ушкодження шкіри, інфекційні хвороби, тривала агонія. Якщо ж смерть настала внаслідок кровотечі, отруєння чадним газом, миш'яком, то швидкість гниття уповільнюється.

Залежно від ваги тіла, характеру захворювань чи травм, а також наявності в тілі перед смертю тих чи інших мікробів, в умовах зовнішнього середовища гниття може протікати по одному з трьох типів:

1) газовий – характеризується різким накопиченням гнилісних газів, гігантським виглядом трупа із випиранням язика, випадінням прямої кишки, матки, утворенням гнилісної судинної сітки – спостерігається у осіб міцної тілобудови, значної ваги, що загинули від гострої інфекції, тощо;

2) вологий – характеризується появою вологих пухирців, що з'являються на 4–6 добу після смерті, швидко прориваються під натиском рідин, епідерміс від торкання рветься на клапті, труп вологий, смердючий – спостерігається у осіб із набряком тіла, водянкою, злоякісними утвореннями тощо;

3) сухий – характеризується загостренням рис обличчя, усиханням кінцівок, шкіряні покриви сухі, щільні – спостерігається у осіб з малою кількістю вологи в тілі через виснаження (туберкульоз, рак) або загиблих від гострої крововтрати.

Гниття ускладнює, а іноді унеможлиблює визначення прижиттєвого чи посмертного походження ушкоджень на трупі, прибирає ознаки ушкоджень і хворобливих змін в органах і тканинах, ускладнює визначення давності і причин смерті, змінює концентрацію алкоголю в тканинах і рідинах трупа. За ступенем розвитку гниття можуть бути висунуті імовірні припущення про давність смерті.

Протягом 2 місяців (якщо смерть настала влітку) або протягом року (в разі смерті взимку) відбувається часткове скелетування трупа, проте зв'язковий апарат ще зберігається. Якщо ж труп лежить на землі, повне його скелетування відбувається за 1–3 роки.

Ушкодження і знищення трупів комахами, тваринами, птахами, рослинами. В середньому після третьої доби від настання смерті, коли відбувається інтенсивне гниття трупа, у місцях його природних отворів (очі, рот, ніс) та у ділянках ушкоджень мухи починають

відкладати сотні тисяч яєць, які за 10–30 год. перетворюються в личинки. Вони досить швидко знищують основну масу м'яких тканин трупа – новонародженого за 10–12 діб, дорослої людини за 3–4 тижні. Далі личинки мух перетворюються у лялечки, а ще за 2 тижні – в мух. Таким чином, розвиток мух при температурі +15–+20 °С відбувається протягом 3 тижнів. Виявлення лише яєць мух свідчить, що після настання смерті пройшло від 12 до 24 год., наявність яєць і личинок – більше, ніж 24 години. Наявність значної кількості лялечок свідчить, що з моменту смерті пройшло більше тижня (за М. І. Райським, 1953).

Крім личинок мух, у розкладенні трупа беруть участь мурахи й жуки, які замінюють популяцію мух. Мурахи здатні перетворити труп у скелет за 4–8 тижнів. У свою чергу, популяція жуків за цей час знищує м'які тканини, які ще залишилися. Протягом цього терміну розкладання трупа триває внаслідок життєдіяльності мікроорганізмів і плісневих грибів.

Заподіюють ушкодження трупа і таргани. Засохлі сліди впливу комах на шкірі трупа мають вигляд пергаментних плям різної форми і розміру. Вони нагадують садна чи сліди від хімічних опіків, що може викликати підозру про насильницьку смерть. Аналогічні зміни можуть залишатись і від лялечок мух.

Огляд місця події етномофауни дозволяє визначити причину смерті, місце захоронення (приховання) трупа. А виявлені на трупі комахи та їх личинки дозволяють визначити давність смерті (рік, сезон, час), умови перебування трупа.

Якщо труп перебуває в лісі, на відкритій місцевості, у приміщенні, воді, він може ушкоджуватись або знищуватись свійськими чи морськими тваринами і птахами. Так, птахи своїми дзьобами заподіюють рани, схожі з колото-різаними ранами, кішки своїми кликами заподіюють рани, що нагадують сліди уколів ножицями. У воді тканини трупа зазнають ушкоджень від риб (воронкоподібні заглиблення до підшкірної клітковини), раків (можуть виїдати м'які тканини до кісток), водяних щурів (поїдають м'які тканини, залишаючи фестончасті краї) тощо. Великі тварини можуть відривати частини від трупа, залишаючи рвані, укушені рани.

Зазначені ушкодження, як правило, супроводжуються рештками обгризених кісток трупа, каловими масами тварин та залишками їх вовни навколо трупа.

Після того, як із трупа зникають жуки-некробіонти, його подальше розкладання спричиняється мікроорганізмами та залежно

від температурних умов перебування трупа призводить до розпаду скелета на окремі кістки. Через 4–5 років після смерті відбувається і розпад кісток.

Перебування трупа у вологих приміщеннях (підвалах, колодязях тощо) супроводжується утворенням плісняви, що проростає у глибокі прошарки тіла, зневоднює його, сприяє висиханню. Після відмирання плісняви на шкірі залишаються чорні плями, схожі на кіптяву. Виявлення плісняви може свідчити про місце приховання трупу.

Іноді скрізь труп проростає трава, кущі, дерева. За їх станом спеціаліст в галузі ботаніки може визначити вік рослини, що дозволить встановити давність перебування трупа на поверхні ґрунту (див. табл. 3).

Таблиця 3

Час трупного розкладання

№ з/п	Строк після настання смерті	Характер змін
1	24–36 год.	Зеленувате забарвлення черевних покривів і м'якість очних яблук
2	3–5 діб	Темно-зелений колір усього живота й статевих органів. Окремі зеленуваті плями, розсіяні на інших частинах тіла. В роті та носі кров'яниста піниста рідина
3	8–12 діб	Усе тіло темно-зелене, окремі місця на обличчі, шиї і грудях червонясто-зелені. Живіт роздутий гнильними газами. Нігті ще міцно закріплені
4	14–20 діб	Усе тіло болотно-зеленого або іржаво-бурого кольору, надшкір'я підняте міхурами або відокремилося. Груді і весь підшкірно-жировий шар роздуті газами, очі брудно-іржаво-бурого кольору, радужна оболонка не розрізняється, нігті легко відокремлюються. При подальшому розкладанні тіло брудно-зеленого кольору, роздуте, лопається і облуплюється
5	4–6 міс.	Труп знаходиться в стані гнильного розм'якшення

Випадкові ушкодження трупа можуть бути утворені під час розшуку, діставання трупа, його переміщення, транспортування, розтину тощо.

Навмисні ушкодження трупа бувають різного характеру – від незначних до розчленування трупа і, як правило, заподіюються з метою приховання злочину (інсценування самогубства за допомогою вогнепальної зброї, маскування вчиненого вбивства під нещасний випадок на залізниці чи самогубство шляхом скидання тіла вбитого з висоти, спалення трупа тощо).

Природне консервування трупа належить до пізніх трупних змін. Після смерті в деяких випадках звичайний перебіг трупних змін порушується і за певних умов унаслідок дії відповідного поєднання природних і штучних чинників трупні зміни набувають характеру консервувальних, і труп може тривалий час зберігатися у вигляді, що дозволяє провести його впізнання за ознаками зовнішності, визначити ушкодження і хворобливі зміни, тощо.

Муміфікація виникає за умов сухого середовища, достатньої вентиляції повітря і підвищеної температури. Тому найчастіше вона відбувається влітку, коли труп перебуває на горищі, в сухому піщаному ґрунті або склепі. При муміфікації труп втрачає всю рідину і висихає, внаслідок чого його маса може становити до 1/10. Шкіра муміфікованого трупа стає бурою, набуває інтенсивної пергаментної щільності. Внутрішні органи також зменшуються, стають сухими, безформними, часом плівчастими, внаслідок чого розпізнати їх неможливо. На муміфікованих трупах довго зберігаються травматичні ушкодження. Також у стані муміфікації зберігається зовнішній вигляд трупа, що дозволяє встановити його стать, зріст, вік, індивідуальні особливості і завдяки цьому в деяких випадках провести його розпізнавання.

Значення муміфікації для встановлення давності смерті незначне, адже швидкість муміфікації залежить від численних факторів, які складно визначити. Водночас цей процес дозволяє впізнати труп за зовнішнім виглядом, визначити стать, зріст, вік, визначити ушкодження і хворобливі зміни, групу крові тощо.

Жировіск. В умовах значної вологості при відсутності або недостатці повітря тканини трупа перетворюються у жировіск.

Утворення жировоску починається вже через 2–3 місяці перебування трупа у відповідних умовах. Повністю всі тканини і органи перетворюються у жировіск в середньому за рік. У початкових

стадіях жировіск нагадує тьяне, згіркле масло з неприємним запахом. За кілька років він стає сіро-білим і крихким, сироподібним, із незначним запахом. Досить часто ці дві стадії перебігають майже одночасно.

За умов утворення жировоску значно краще зберігаються органи і тканини багатьох ділянок тіла, ознаки прижиттєвих ушкоджень, хворобливі зміни та деякою мірою зовнішній вигляд трупа, що дозволяє проводити ідентифікацію особи.

Торф'яне дублення виникає в разі перебування трупа в болоті або ґрунті, де є гумусні кислоти. Під їх впливом і дією таніну шкіра трупа стає щільною, темно-буною, внутрішні органи значно зменшуються, а мінеральні солі кісток розчиняються і поступово вимиваються. Внаслідок цього кістки скелета стають м'якими, гнучкими, легко ріжуться, а за консистенцією нагадують хрящі.

Торф'яне дублення фіксує ушкодження, які є на трупі, і дозволяє проводити ідентифікацію особи.

Штучне консервування і збереження трупа в певних середовищах (у холоді, соляних чи інших розчинах). У стародавні часи було прийнятним зберігати трупи від гниття шляхом їх бальзамування. Сьогодні для нетривалого збереження тіл померлих застосовують їх бальзамування шляхом введення у кровоносну систему або порожнини тіла трупа хімічних речовин, дія яких запобігає гниттю, наприклад, формаліну (10 %), суміші формаліну зі спиртом (1:1), з одночасним покладенням у всі порожнини трупа вати, просоченої цим самим розчином. Для зменшення трупного запаху до бальзамуючих речовин додають деякі есенції. Після обробки м'яких тканин речовинами, які не випаровуються, наприклад гліцерином, тіло залишається м'яким і зовнішньо нагадує початковий стан після смерті.

Охолодження трупів у холодильних камерах, поміщення трупа у глибоку суху яму із використанням для прикриття гілок сосни чи ялини також належить до штучного консервування і збереження трупа.

Слідчій практиці відомі й поодинокі випадки штучного консервування трупа завдяки використанню сольових розчинів або сухої солі. Як правило, до таких дій вдаються злочинці з метою приховання вчиненого вбивства або психічно хворі особи, які бажають «зберегти при собі близьку особу, що померла». Стан і

зовнішній вигляд таких трупів залежить від типу використаної солі й умов процесу. Так, труп може бути висушений до стану тараньки або кам'яний – при використанні калійних солей.

3.3. ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ТРУПНИХ ЯВИЩ ТА ДЕЯКІ ПРАВИЛА ЇХ ОПИСУ В ПРОТОКОЛІ ОГЛЯДУ

Наявність і ступінь виразності трупних явищ, їх локалізація на трупі та розташування відносно трупа підлягають обов'язковому опису в протоколі огляду трупа або протоколі огляду місця події. При цьому обов'язковій фіксації підлягають час і спосіб фіксації трупного явища, температура навколишнього середовища.

Зокрема, температура тіла може бути визначена за допомогою термометра або на дотик (у відкритих частинах тіла й у складках шкіри, під одягом на початку і наприкінці огляду – при використанні термометра вказується температура, при фіксації температури на дотик слід зазначити, шкірний покрив холодний чи теплий тощо).

При огляді наявних трупних плям слід зазначити їх локалізацію, колір, інтенсивність, зміни при натисканні пальцем (не бліднуть; бліднуть, але не зникають; повністю зникають; відновлюються в первісному кольорі за 30, 60, 90 секунд тощо).

При огляді трупного залякання слід зазначити ступінь його виразності (яскраво виражене в усіх групах м'язів, виражено тільки у м'язах нижньої щелепи та відсутнє в інших групах м'язів, тощо).

При описі шкірного покриву зазначається його колір (бурий, брудно-бурий тощо), наявність гнильних міхурів, венозної сітки тощо.

При описі ложа трупа має бути описана зона трупних виділень (ділянка поверхні, по якій розтікаються продукти розкладання трупа). Якщо трупні явища призвели до повної або часткової руйнації тіла (наприклад, комахами, тваринами, рослинами), слід не тільки зазначити про це у протоколі огляду. Також слід описувати і вилучати сліди дії визначених факторів та їх зразки (личинки, лялечки, комахи, вовну тварин, рослини тощо).

Якщо огляд певних трупних явищ пов'язаний із виконанням певних дій (наприклад, натискання на трупні плями для визначення часу, за який вони відтворюють свій колір, або вимірювання температури тіла трупа для з'ясування ступеня його охолодження), інформація про факт їх виконання, їхній докладний опис, час (період) виконання, а також встановлені результати (температура тіла у певній частині, кількість секунд, за який трупа пляма повністю відтворює свій колір, тощо) також мають бути відображені у протоколі.

Обов'язковому зазначенню в протоколі підлягають і технічні засоби, які використовувались для виконання певних дій з трупними явищами (термометр, лінійка тощо) чи з трупом в цілому (наприклад, для його виявлення, витягання, упакування, переміщення тощо).

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Поняття смерті та її види.
2. Термінальні стани організму.
3. Поняття та види трупних явищ.
4. Види та ознаки ранніх трупних явищ.
5. Поняття та види пізніх трупних явищ.
6. Види та ознаки пізніх трупних явищ руйнівного характеру.
7. Види та ознаки пізніх трупних явищ консервувальної дії.
8. Особливості виявлення трупних явищ.
9. Особливості опису трупних явищ у протоколі огляду.

ГЛАВА 4

ОСОБЛИВОСТІ ОГЛЯДУ І ДОСЛІДЖЕННЯ ТРУПА НА МІСЦІ ВІЯВЛЕННЯ

4.1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Працівники закладів охорони здоров'я у разі надходження повідомлення про смерть людини негайно повідомляють органи та підрозділи Національної поліції за телефоном екстреного виклику (102) про кожен випадок установлення ними факту смерті людини незалежно від місця її настання, у тому числі породіль та новонароджених дітей, за винятком смерті від захворювань у закладах охорони здоров'я.

У випадках повідомлення органів та підрозділів Національної поліції про смерть людини за наявності ознак насильницької смерті або підозри на таку до приїзду працівників поліції на місце події працівникам закладів охорони здоров'я забороняється порушувати обстановку за місцезнаходженням трупа, переміщати його, дозволяти такі дії присутнім на місці події особам, у тому числі родичам померлих, видавати лікарське свідоцтво про смерть.

Насильницька смерть – смерть від механічних ушкоджень (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.

Підозра на насильницьку смерть – сукупність обставин, які дають підстави вважати, що смерть людини могла настати внаслідок механічних ушкоджень (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, зокрема раптова смерть, за нез'ясованих обставин, за наявності тілесних ушкоджень тощо.

Першочерговою, однією з найважливіших та невідкладних слідчих дій є огляд місця події. Багато в чому успіх розслідування залежить від ретельності та якості проведення огляду. Він здійснюється з метою вивчення місця події, виявлення, фіксації та

вилучення слідів та інших речових доказів для з'ясування характеру події, що відбулася, особи злочинця, мотивів вчинення злочину, а також встановлення інших фактів, що мають значення для розслідування. Проведення огляду регламентовано статтями 223, 237, 238 КПК України.

Під місцем події розуміють ділянку місцевості чи приміщення, де безпосередньо сталася певна пригода, і яке підлягає слідчому огляду. Здебільшого це водночас є і місцем вчинення злочину (вбивства, звалтування). Проте ці місця можуть бути різними, наприклад коли людину вбито в одному місці, а труп перенесено в інше, де його знайдено. Огляд трупа на місці події слідчий найчастіше здійснює при розслідуванні вбивства, пожежі, транспортної пригоди тощо. У більшості випадків зовнішній огляд трупа є складовою частиною огляду місця події. Як самостійна слідча дія огляд трупа здійснюється, як правило, тоді, коли труп було переміщено з місця його виявлення, а також при його вийманні з місця захоронення. Огляд трупа на місці його виявлення виконує слідчий, який несе повну відповідальність за об'єктивність і повноту огляду. Для участі в огляді трупа необхідно залучати штатного судово-медичного експерта як спеціаліста в галузі судової медицини. Якщо останній із тих чи інших причин не може бути запрошеним, то запрошується найближчий лікар, але перевагу слід надати патологоанатому або хірургу. Під час проведення огляду місця події та трупа на місці виявлення, як і низки інших слідчих (розшукових) дій (слідчі експерименти, допити, обшуки тощо), лікар бере участь не як експерт, а як спеціаліст (фахівець) у галузі судової медицини. Огляд місця події і трупа на місці виявлення організує та проводить слідчий, тому всі учасники огляду діють за його вказівками і за його дозволом. Фахівець у галузі судової медицини допомагає проводити огляд трупа, обстановки, що оточує його, з метою виявлення, фіксації і вилучення для подальшого дослідження речових доказів (слідів крові, волосся, відбитків рук, ніг, протекторів тощо) та різних предметів (знаряддя травми, одяг тощо). Завданням лікаря є зіставлення виявлених слідів зі змінами та ушкодженнями на трупі, з метою всебічного встановлення і чіткого з'ясування обставин події.

Для огляду місця події залучають понятих, якими можуть бути особи (не менше двох) не зацікавлені в наслідках кримінального

провадження. Винятками є випадки застосування безперервного відеозапису ходу проведення відповідної слідчої (розшукової) дії.

Якщо потрібно, слідчий може залучити також відповідних фахівців – криміналіста, інженера з автотехніки та інших, які звертають увагу слідчого на всі особливості конкретного випадку, дають відповіді на окремі питання, які виникають під час огляду місця події. Нерідко запрошуються також працівники оперативних підрозділів, кінолог зі службовою собакою.

Завдання слідчого під час огляду місця події

Завданням слідчого під час огляду місця події є з'ясування певного кола питань, які допомагають вивчити обставини кримінального провадження:

- 1) чи мало місце кримінальне правопорушення;
- 2) чи було вчинено кримінальне правопорушення там, де відбувається огляд, чи в іншому місці;
- 3) яким шляхом проникли злочинці на місце події;
- 4) скільки було осіб та які їх характерні ознаки;
- 5) що мали на межі учасники кримінального правопорушення;
- 6) протягом якого часу на місці події перебували злочинці і потерпілий;
- 7) коли відбулась подія, яка розслідується;
- 8) які предмети чи сліди залишив злочинець;
- 9) які сліди могли залишитись на злочинцеві;
- 10) хто бачив чи чув те, що відбувалось на місці події;
- 11) виявлення, збирання, фіксація, попереднє дослідження і оцінка та вилучення різних слідів і речових доказів для подальшого дослідження.

Після повідомлення про подію слідчий повинен негайно дати розпорядження працівникам поліції про охорону місця події та необхідність дотримання таких положень:

- 1) до приїзду оперативною групи не торкатися трупа і предметів навколо нього у випадках, коли нема сумнівів у тому, що людина померла і не потребує негайної медичної допомоги;
- 2) зареєструвати всіх осіб, які брали участь у цьому;
- 3) вжити заходів щодо збереження трупа і слідів різного характеру, а всіх сторонніх осіб попросити залишити це місце. Вїзд на місце події здійснюється негайно і вдень, і вночі, оскільки перші години для огляду трупа і виявлення речових доказів та розкриття злочину найефективніші.

Огляд трупа є важливою слідчою дією, в ході якої необхідно зафіксувати у протоколі все те, що було виявлено. Тому все має бути ретельно оглянуто, докладно описано, сфотографовано або зафіксовано за допомогою відеозйомки, нанесено на схеми до дрібниць. Основне правило при огляді трупа: ні до чого не торкатися, нічого не змінювати до того моменту, доки все буде зафіксовано фотозйомкою, на схемах і в протоколі огляду. Ступінь детальності огляду трупа залежить від характеру події, місця виявлення трупа, оточуючих умов.

З'ясувавши обставини події, слідчий залежно від її особливостей спрямовує тактику і характер слідчих дій. Він вирішує, яким чином доцільніше їх проводити – від центра до периферії чи навпаки.

Під центром розуміють основний предмет слідства; у випадках вбивства – це труп.

Поза трупа – взаємне розташування частин тіла трупа одна відносно одної.

Огляд місця події потрібно проводити в певному порядку, залежно від того, де сталася подія (в приміщенні чи на відкритій місцевості), а також від характеру події (вбивство, самогубство, нещасний випадок, транспортна травма, отруєння тощо), від наявності чи відсутності трупа людини.

Якщо подія відбулася в приміщенні, спочатку оглядають вхід до нього (стан дверей, вікон, замків тощо), відзначають, порядок чи безладдя в ньому, наявність стороннього запаху, досліджують різні сліди, забруднення, залишки їжі тощо. Закінчують оглядом трупа.

Якщо подія відбулася на відкритій місцевості, в ході огляду трупа, важливо з'ясувати, чи є місце його виявлення місцем смерті людини, знайти при цьому речові докази, звернути увагу на сліди ніг, транспортних засобів, залишки їжі тощо. Огляд місця події в таких випадках можна починати з трупа або оточуючої місцевості.

Питання про порядок огляду вирішується кожного разу залежно від конкретних обставин. Важливо, щоб кожна ділянка території, яка підлягає огляду, не залишалася поза увагою слідчого та інших учасників цієї дії. Огляд місця події складається з трьох стадій – загальної, детальної та заключної. Загальний огляд слідчий починає з огляду місцевості з метою: орієнтації на ній;

визначення межі простору, що підлягає огляду; вирішення питання про його початок та послідовність; вибору позиції проведення орієнтовної та детальної відео-, фотозйомки та виконання її. Потім необхідно з'ясувати, які об'єкти розташовано на місці події, вивчити весь комплекс обставин, що стосуються місця події, встановити взаєморозташування та взаємозв'язок елементів обстановки, їх зовнішній вигляд і стан, зафіксувати положення об'єктів на момент початку огляду.

Розрізняють два основні методи огляду місця події: об'єктивний і суб'єктивний. Об'єктивний метод – це повний ретельний послідовний огляд і опис усіх ділянок місця події та об'єктів, на яких можна виявити різні сліди, і вивчення яких може бути важливим для розслідування справи. Звертається увага на так звані «негативні» обставини, які суперечать звичайному розвитку подій, наприклад відсутність крові під трупом при наявності ран на трупі, відсутність трупних плям на нижче розташованих частинах тіла при їх наявності на протилежних тощо.

Суб'єктивний метод – це огляд місця події, який проводять за наявності слідів злочинця – як його особи, так і його дій на місці скоєного злочину (сліди волочіння, сліди транспортних засобів тощо). Суб'єктивний метод застосовують у випадках, коли сліди на місці події настільки свіжі, чітко виражені, що, йдучи по них, можна виявити злочинця. При цьому часто використовують собаку-шукача. Об'єктивний і суб'єктивний методи застосовують у поєднанні. Після огляду суб'єктивним методом слідчий здійснює об'єктивний, повний і детальний огляд місця події.

Детальний огляд здійснюється статичним і динамічним методами (фазами). Особливість першого полягає в тому, що під час огляду ніхто з його учасників, як правило, не торкається предметів і слідів, не зрушує їх з місця. Все на місці огляду перебуває у стані статички, а слідчий та інші учасники дії лише уважно розглядають предмети, сліди, їх ознаки, стан, взаєморозташування. Під час такого огляду слідчий вивчає механізм події й за розташуванням різних речей та слідів складає свою думку про те, що і як відбувалося на місці огляду при вчиненні злочину. Проводячи огляд, слідчий звертає увагу на всі деталі обстановки, особливо на предмети, які могли бути знаряддям злочину, сліди злочинця і транспорту, яким він користувався, на речі, які індивідуалізують особу злочинця, тощо. Необхідно особливо уважно вивчити так

звані негативні обставини, тобто відсутність того, що при звичайному ході події повинно було б мати місце (наприклад, відсутність крові біля трупа з колото-різаними ранами). До негативних обставин належить також наявність ознак, які у даному разі не відповідають уявленню про злочинну подію.

Після закінчення статичного огляду місця події та фіксації всього виявленого слідчий застосовує метод динамічного огляду. Динамічна стадія відрізняється тим, що предмети раціонально переміщують, візуально досліджують кожний окремо дуже обережно, щоб не пошкодити їх і не залишити на них слідів своїх пальців рук. При цьому учасники слідчої дії всебічно оглядають окремі предмети, за потреби зрушують їх з місця, беручи в руки. Для того щоб не залишати на предметах своїх слідів, необхідно користуватися гумовими рукавичками і брати предмети за кінці, ребра чи кути. Перед цим потрібно зафіксувати положення предметів, зробивши позначки (наприклад крейдою, оскільки це, за необхідності, допоможе відтворити обстановку на місці події). Якщо певний предмет – речовий доказ має бути вилучений та приєднаний до матеріалів кримінального провадження, треба спочатку визначити його місцезнаходження щодо двох постійних точок. Статична і динамічна стадії взаємозв'язані, є частинами єдиного процесу огляду.

Під час заключної стадії огляду завершується складання протоколу, перевіряється якість опису виявлених слідів, речових доказів тощо, способів їх фіксації й вилучення. Відібрані предмети, зліпки, відкопійовані сліди, речовини та інші об'єкти запаковують із дотриманням застережних заходів. Усе відібране та підготовлене до вилучення опечатують, супроводжують відповідними надписами і засвідчують підписами учасників, у тому числі понятих.

У процесі проведення огляду місця події слідчий складає протокол огляду місця події, в який заносить усі дані, одержані під час цих дій. Він складається зі вступної, описової і заключної частин.

У *вступній частині* описують місце події, дату, час початку і кінця огляду, посаду, прізвище особи, яка складає документ, прізвище, ім'я та по батькові учасників огляду, вказують також домашні адреси понятих. Далі наводять дані про особу, труп якої виявлено (якщо це відомо зі слів чи документів), – прізвище, ім'я та по батькові, вік, фах, місце проживання.

В описовій частині докладно наводять дані, які характеризують умови огляду – освітлення, температуру навколишнього середовища, погоду. Описують місце виявлення трупа, а також усі відомості, одержані під час його огляду.

У заключній частині вказують, що вилучено з місця події, куди відправлено труп і речові докази для подальшого дослідження, які дії проводились для фіксації різних об'єктів. У заключній частині потрібно протоколу зазначити час закінчення огляду. Протокол підписують всі учасники огляду, в тому числі і поняті. Кожен із них може внести свої зауваження або доповнення, висловити свої думки щодо побаченого. До протоколу додають план огляду місця події з позначками трупа та речових доказів.

Завдання лікаря під час огляду трупа на місці події

Лікар, який бере участь в огляді трупа на місці події, насамперед має пересвідчитись у тому, що перед ним мертва людина. Якщо є будь-які сумніви в цьому, він повинен негайно вжити всіх заходів щодо його оживлення самостійно або викликати швидку медичну допомогу. Реанімаційні заходи слід проводити до відновлення життєвих функцій організму або виникнення абсолютних ознак смерті (трупні плями, залякання), при наявності яких уже немає сумніву в тому, що людина мертва. Тільки тоді лікар має починати огляд, завданнями якого є:

- 1) встановлення факту смерті та часу її настання;
- 2) встановлення первинного положення трупа і, якщо можливо, виявлення його змін;
- 3) з'ясування, чи відповідає місце виявлення трупа місцю злочину;
- 4) встановлення характеру, особливостей ушкоджень, які могли призвести до смерті, а також чим вони були заподіяні, чи є ці пошкодження слідами боротьби і самооборони;
- 5) допомога слідчому в правильному і послідовному проведенні огляду трупа і описі його в протоколі;
- 6) допомога слідчому у виявленні, описі і вилученні речових доказів біологічного походження, а також знаряддя травми зі слідами боротьби і оборони;
- 7) якщо потрібно, консультування слідчого щодо подальшого дослідження трупа і речових доказів, вилучення з місця події та допомога йому у формулюванні питань, які належить розв'язати в процесі судово-медичної експертизи трупа і речових доказів.

Для розв'язання питань на сучасному рівні лікар під час огляду трупа на місці події має бути достатньою мірою оснащений різноманітними приладами, реактивами та іншим знаряддям. Сконструйована валіза для виїзду судово-медичного експерта на місце події, яка містить усі потрібні засоби, в тому числі і прилади оригінальної конструкції з блоком живлення, а також гідравлічний динамометр тощо.

Виходячи зі встановленого під час огляду, а також базуючись на теоретичних знаннях та професійному досвіді, судово-медичний експерт уже в процесі роботи може зробити певні висновки й повідомити їх слідчому. Це, зокрема, стосується визначення:

- факту та часу смерті;
- зміни положення трупа після настання смерті;
- характеру та особливостей травм;
- відповідності місця виявлення трупа місцю події;
- наявності ознак того, яким було положення потерпілого на момент події;

- чи рухалася жертва після отримання ушкоджень. Але ці висновки лише попередні, хоча й надзвичайно важливі. Нерідко вони є основою подальших слідчих (розшукових) дій.

4.2. ПРАВИЛА ОГЛЯДУ ТРУПА

Незважаючи на те, що процес огляду місця події залежить від багатьох обставин, він має певні закономірності: спочатку учасники огляду ознайомлюються з обставинами шляхом опитування очевидців події або ж осіб, які виявили труп, уточнюючи час пригоди та її обставини, встановлюють особу покійного, час смерті, загальний стан перед смертю (скарги, клінічні прояви хвороби тощо). Отримані в ході опитування дані інколи дають можливість відтворити картину того, що трапилося, визначити характер і спрямованість слідчих дій.

Під час огляду трупа на місці події потрібно максимально виявляти всі деталі, які можуть бути використані при розслідуванні будь-якого злочину. Найдоцільніше проводити огляд трупа в такій послідовності:

- 1) указати в протоколі місце, де виявлений труп (будь-яке приміщення, його призначення, чи відкрита місцевість – ліс, луг, вулиця, автотраса тощо);

2) занотувати загальні відомості про труп – паспортні дані (якщо вони є), стать, приблизний вік, довжину тіла, статуру, ступінь вгодованості, колір шкіри, наявність татуювань, шрамів тощо;

3) зафіксувати місце виявлення трупа щодо оточуючих предметів чи обстановки. Місце розташування трупа повинно бути визначено по відношенню до навколишніх предметів з орієнтацією до тих, які постійно нерухомі для цього приміщення. Якщо біля трупа є будь-які предмети та об'єкти, необхідно залишити їх без змін, описати, називаючи, який це предмет або об'єкт, та де вони знаходяться по відношенню до трупа. Це також стосується до слідів крові, сечі, блювотних мас тощо, тобто всіх слідів біологічного походження. Обов'язково описують їх форму, проводять вимірювання їх розмірів;

4) докладно описати положення і позу трупа. Положення трупа буває: труп лежить, сидить, стоїть, висить (повне висіння; неповне висіння – у положенні стоячи, сидячи, на колінах, лежачи) тощо. Під час опису пози трупа слід зазначити положення голови відносно середньої лінії тіла (нахилена вліво, вправо), сагітальної (повернена вправо, уліво) та фронтальної (нахилена вниз, відхилена назад) площин. Далі вказують на положення голови (торкається підборіддям грудей, лівою щогою торкається зони лівого плечового суглоба тощо). Опис верхніх та нижніх кінцівок виконують із зазначенням положення їх у цілому або окремих їхніх сегментів відносно сагітальної та фронтальної площин (відведена вправо, уліво, назад, під яким кутом), зігнуті та розігнуті, де і яких частин тіла торкаються. Під час опису пальців верхніх кінцівок слід укапати їх позицію (зігнуті, зігнуті в кулак, розігнуті). Опис пози трупа повинен бути таким, щоб за необхідності позу можна було реконструювати.

Трапляються випадки, коли труп є «неповним». «Неповний труп» – труп, що не має певних відокремлених частин тіла. Це свідчить, як правило, про зміну його початкової пози або місцезнаходження. Це буває тоді, коли частини трупа розтягають тварини або тоді, коли злочинець не встиг закінчити розчленування трупа та винести його з місця злочину повністю.

Положення і поза трупа мають важливе значення для з'ясування причини і виду смерті. Наприклад, у разі смерті від дії низької температури, тобто переохолодження, характерною є поза скоцюрбленої людини. Поза «бійця» або «фехтувальника»

свідчить про дію полум'я, але вона не вказує на те, живою чи мертвою людиною в нього потрапила. Характерними є положення трупа в разі самогубства через повішення: у висячому положенні з точкою опори і без неї, сидючи або напівсидючи, стоячи на колінах, лежачи.

При огляді та описанні ложа трупа – поверхні, на якій розташований труп, необхідно підкреслити його характер, наявність відбитка його рисунка на тілі трупа, забруднень, слідів крові та інших речовин біологічного походження, будь-яких предметів під трупом. Під трупом можуть бути виявлені різні речові докази і сліди, тому його необхідно підняти з ложа і перенести так, щоб не зсунути їх з місця чи взагалі знищити;

5) детально оглянути і описати одяг трупа. Під одягом розуміють сукупність предметів (в тому числі взуття), що людиною носить для захисту тіла від негативних впливів зовнішнього середовища. Також одяг виконує естетичні функції, відображає статеві, вікові та національні особливості.

Одяг може бути речовим доказом за наявності на ньому пошкоджень, нашарувань або забруднень, що виникли у зв'язку з травмою. Пошкодження на одязі бувають основним джерелом інформації щодо характеру травми в разі, коли зроблено хірургічну обробку рани, а також у разі дослідження скелетованих, гнилих та розчленованих трупів та в інших випадках. Велике значення має дослідження одягу для вирішення питання щодо форми та розмірів колючої та колючо-ріжучої зброї, а взуття – для вирішення питання про напрямок удару за слідами ковзання. Одяг є важливою ознакою для ідентифікації особи.

Спочатку описують верхній, а потім нижній одяг. Обов'язково визначають, у якому стані перебуває одяг (у порядку чи ні), чи відповідає він порі року, застебнутий він чи ні, чи є на ньому сліди від дії зовнішніх факторів (розриви, відбитки протектора, забруднення, різноманітні нашарування, підпали тощо). Ззначають, які предмети зміщені, оглядають кишені, їх вміст (цінності, документи, що засвідчують особу покійного). При огляді одягу потрібно описати, як він був розташований на трупі: у порядку чи був порушений тощо. Як правило, одяг з трупа не знімають, а тільки розстібають ґудзики або дещо підіймають його частини. При описі предметів одягу потрібно вказати найменування, вид тканини, з якої вони пошиті, колір та малюнок, стан застібок,

наявність забруднень, пошкоджень, їх особливості, ступінь зношеності, вміст кишень тощо. При огляді та при описі взуття особливу увагу потрібно звернути на його підбори. Іноді біля зміщеного одягу виявляють чужі документи. Так, під полою піджака трупа можуть бути виявлені різні папери. Звертають увагу на виявлення різних забруднень, слідів крові, слідів від протектора коліс автомобіля та інших предметів. Докладно вказують їх локалізацію, форму, особливості, нумерують кожне окремо, вимірюють відстань від підшов. На місці події одяг не знімають, а лише послідовно оголюють ті частини тіла, які оглядають;

6) приділити увагу дослідженню трупних явищ, особливо ранніх, оскільки вони дозволяють визначити час настання смерті, первинне положення трупа, можливе його переміщення, а в окремих випадках орієнтовно з'ясувати причину смерті. Якщо можливо, треба провести деякі суправітальні реакції. При описанні трупних явищ дають оцінку кожного з них у такій послідовності: ознаки охолодження на різних ділянках тіла, локалізація, колір трупних плям, їх зміни при натисканні, тобто встановлюють їх стадію і фазу та ознаки поверхневого висихання, ознаки гниття (якщо вони є), наявність трупного залякання. Одночасно проводять вимірювання температури тіла у прямій кишці, яке проводять тричі через кожні 30 хв. протягом 1 год. з одночасним вимірюванням температури повітря у приміщенні. Значну увагу приділяють дослідженню трупних явищ, особливо ранніх. Детально описують колір трупних плям, їх розташування, проводять їх динамометрію, для чого робочою частиною динамометра у центрі поперекової ділянки тулуба трупа, якщо там наявні трупні плями, під прямим кутом натискають і утримують зі сталюю інтенсивністю 3 секунди. Час дослідження трупних плям визначають за годинником, а час їх відновлення – за секундоміром. Описують ступінь прояву трупного залякання в окремих групах м'язів, наявність ділянок висихання шкіри та слизових оболонок.

При проведенні суправітальних реакцій починають з проби Чако, постукуючи по відповідних точках неврологічним молоточком із застосуванням удару середньої сили. Зіничну реакцію починають зі встановлення розміру зіниць, а далі виконують пробу Білоглазова, для чого після розтулення повік із боків здавлюють очне яблуко та спостерігають за зміною форми зіниці. Через 10–15 хв. після настання смерті вона набуває форми котячої зіниці.

Вивчають також реакцію зіниці на фармакологічну дію, яка оснований на введенні пілокарпіну та атропіну в передню камеру ока. Шприцом з тонкою голкою вводять 1 % розчин пілокарпіну в передню камеру ока. При цьому укол виконують зі скроневої сторони ока на незначній відстані від краю рогівки, притримуючи око. Голку розташовують паралельно площині радужки. Після того, як кінець голки дійде до середини зіниці, повільно вводять 0,1 мл розчину пілокарпіну та фіксують час максимального звуження зіниці. Аналогічно проводять і пробу з розчином атропіну, на який зіниця реагує розширенням. Якщо реакція зіниці тримається 3–5 с – давність настання смерті становить до 5 год., якщо 6–15 с, то 10–14 год., а якщо 20–30 с, то смерть настала майже за 24 год. до дослідження.

Для виявлення ідіомускулярної пухлини (м'язового валика) металевим стержнем спричиняють міцні удари в середню третину двоголового м'яза плеча. Проведення опису окремих ділянок тіла трупа починають з огляду ділянок голови, обличчя, порожнин вушних та носових отворів, а також порожнини рота.

При дослідженні ротової порожнини відзначають особливості зубів, ясен. При огляді шийі необхідно вказати її форму, довжину, наявність або відсутність ушкоджень. При огляді тулуба треба врахувати наявність одягу. Якщо є можливість опису ділянок тулуба без зняття одягу, то потрібно визначити форму грудної клітини, цілісність ребер при натисканні, а у трупів жінок – стан молочних залоз. При огляді живота потрібно вказати його форму, конфігурацію. При описуванні зовнішніх статевих органів – їх стан, наявність або відсутність вад розвитку, забруднень та слідів сечовиділення, у трупів чоловіків – сліди випорскування сім'я, стану калитки та яєчок при пальпації, у жінок – стан дівочої пліви, слизового присінка вагіни, характер виділень зі статевої щілини, якщо вони є.

При огляді отвору відхідника обов'язково відмічають його стан до введення ртутного термометра при вимірюванні температури тіла. Потрібно вказати, отвір відкритий, зіє або замкнений, наявність виділень або забруднень, якщо вони є.

При огляді кінцівок потрібно відзначити стан кісток та суглобів при натисканні. Описуючи руки та ноги, відзначають стан долонь, кистей та стоп;

7) оглянути і описати ушкодження на відкритих частинах тіла. Особлива увага під час огляду трупа приділяється виявленим

слідом насильства: ранам, переломам кісток, опікам, синцям. Фіксуючи їх, необхідно зазначити точну локалізацію, розміри, форму, спрямування та особливості ушкоджень.

Їх рекомендується описувати, послідовно оглядаючи окремі частини тіла (голова, шия, груди, живіт, кінцівки). Опис ушкоджень проводять за прийнятою в судовій медицині послідовністю: локалізація, вид ушкоджень (садна, крововиливи, рани, переломи, ампутація частин тіла тощо), їх форма і розміри, особливість країв ран, кінців, поверхні ушкоджень, стан оточуючої шкіри і прилеглих тканин, наявність сторонніх забруднень навколо них для встановлення знаряддя травми і пошуку його на місці події. При визначенні локалізації деяких видів ушкоджень (вогнепальних, транспортних травм) слід виміряти відстань від них до серединної лінії тіла і до підшви. Форму визначають звичайно як лінійну або порівнюють її з формою геометричних фігур (кругляста, овальна, промениста тощо) і літер (П-, Т-, У-подібна тощо). Форму ран бажано відзначати до і після зведення країв. За наявності саден, крововиливів вивчають особливості поверхні, рівень щодо оточуючої поверхні шкіри, наявність клаптів епідермісу (з якого краю), кірок, їх колір, ступінь епітелізації, колір крововиливів. У разі наявності переломів відзначають кривизну, деформацію відповідних частин тіла, вкорочення кінцівок тощо.

Під час вивчення ушкоджень забороняється змінювати їх положення, а також зондувати рану і вилучати предмети, які фіксуються у глибині рани. Знаряддя травми з різними слідами і забрудненнями після детального опису вилучають для подальшого дослідження.

Треба пам'ятати, що при вивченні трупа на місці виявлення та при транспортуванні до моргу первісний вигляд одягу може змінитися. Тому дані, отримані у процесі огляду, підкріплюють зйомками. Звичайно на місці події одяг не знімають, лише послідовно оголюють для огляду окремі частини тіла з метою виявлення ушкоджень, які описуються з позначенням локалізації, форми, розмірів, особливостей. Травма фотографується, тому що деякий час ушкодження можуть змінити свій первісний вигляд, а в окремих випадках і зникнути, наприклад слабо виражена странгуляційна борозна. На характер ушкоджень впливають як фактори зовнішнього середовища (температура, опади), так і процеси, що відбуваються у мертвому тілі (гнигтя, висихання),

тому детальний опис ушкоджень на місці події може допомогти у встановленні механізму травми, характеру зброї тощо. Водночас слід пам'ятати, що всі дії, пов'язані зі встановленням розмірів та форми ушкоджень, треба проводити, запобігаючи можливості привнесення змін у первісний вигляд. Вимірюють травми на деякій відстані від країв, ранові канали не зондують. Надзвичайно важливим є вжиття заходів для збереження слідів, фіксації їх на місці виявлення та створення умов, які виключають можливість негативного впливу зовнішніх факторів. Після закінчення огляду трупа його відправляють для судово-медичного дослідження.

Одним із найважливіших завдань при огляді місця події є пошук, закріплення та вилучення речових доказів. Деякі з них можна виявити при звичайному огляді (знаряддя травми, сліди транспортних засобів тощо), для встановлення інших доцільно використати відповідні апарати, інструменти, прилади – лупи, джерела інфрачервоних та ультрафіолетових променів, металошукачі тощо).

Використання цих технічних засобів значно розширює можливості слідчого та судово-медичного експерта при огляді місця події, підвищує якість та результативність оперативних дій. Нині у спеціальних валізах (чемоданах, сумках) слідчого та судово-медичного експерта є прилади для виявлення слідів крові, слини, сперми, волосся, тобто речових доказів біологічного походження. Після детального огляду та опису цих речових доказів їх треба направити для подальшого лабораторного дослідження.

Найбажанішим та найраціональнішим способом є вилучення предметів-носіїв із наявними на них слідами (речовими доказами) цілком (одяг, зброя, постільна білизна тощо). Якщо вилучити предмети-носії чи їх частини неможливо, то виявлені сліди описують, фотографують та фіксують, складають схеми чи роблять рисунки. Найзручніше з цією метою використовувати аркуші прозорого поліетилену, які обережно накладають на ділянку предмета з виявленими слідами і чорнилом наносять їх контури, намагаючись із максимальною точністю відтворити первісний вигляд слідів (форму, розміри, взаєморозташування тощо). Зазначений спосіб простий, зручний, наочний, дає змогу використати отримані рисунки як ілюстрації до протоколу огляду місця події. Занотувавши сліди описаним методом, їх вилучають способом змивання або зішкрябання. Ці речові докази фіксують, і слідчий, керуючись нормами закону, направляє їх для відповідних лабораторних досліджень.

4.3. ОСОБЛИВОСТІ ОГЛЯДУ МІСЦЯ ВИЯВЛЕННЯ РОЗЧЛЕНОВАНИХ І СКЕЛЕТОВАНИХ ТРУПІВ

Розчленування трупа може здійснюватися прижиттєво або по-смертно. Прижиттєве розчленування спостерігається у випадках транспортної, авіаційної, вибухової травми, ушкоджень деталями будівельних конструкцій, агрегатів, різних машин і механізмів, трансмісією, крилами та гвинтами підводних суден. Це, в основному, випадкові розчленування.

Кримінальні розчленування можуть бути прижиттєвими і посмертними. Їх поділяють на дефензивні і офензивні. Перші здійснюються з метою приховання слідів злочину і полегшення транспортування, другі – в разі вбивств за сексуальними мотивами з виділенням окремих органів, або скоєних психічно хворими, для яких характерні хаотично нанесені ушкодження без ознак приховання злочину.

Для розчленування трупа використовуються різні гострі предмети – ножі, сокири, пилки, а іноді ножиці, якими розділяють тіло на частини. Нерідко відчленовують голову, кінцівки, розділяють тулуб на частини, іноді на велику кількість малих, безструктурних фрагментів, які з метою приховання злочину розкидають на значну відстань від місця події. Відшукати всі частини тіла відразу часто неможливо, що значно ускладнює роботу слідчих органів.

Місцем виявлення навмисно розчленованого трупа звичайно є так звані приховані місця – ями, канави, вигрібні ями, колодязі, сміттєзбірники, різні каналізаційні системи тощо. У протоколі огляду потрібно описати конкретне місце виявлення частин трупа із зазначенням, наприклад, глибини поховання, характеру ґрунту, температури навколишнього середовища тощо. Потрібно дуже докладно описати матеріал, у який загорнуті частини трупа. Це може бути мішковина, папір, постільна білизна, деталі одягу. Ці предмети в подальшому розслідуванні можуть бути важливими речовими доказами. Особливе значення має обстеження одягу на частинах розчленованого трупа, при описі якого потрібно вказувати колір, рисунок, оздоблення, наявність міток, пошкоджень. При відсутності одягу відзначають наявність вдавлень від частин білизни, яка була на тілі до настання смерті. Кожна частина розчленованого трупа має бути промаркована, сфотографована і описана з обов'язковим визначенням:

- 1) анатомічного призначення, розмірів, форми, характеристики відчленованої поверхні, товщини підшкірної жирової клітковини;
- 2) ступеня розвитку трупних змін та їх характеристики;

3) наявності будь-яких ушкоджень на відчленованих частинах;

4) наявності забруднень і нашарувань, татуювання (рисунок, колір тощо), шрамів, бородавок. Сліди крові та інші біологічні об'єкти описують за звичайними правилами. Детально розглядаючи лінію розчленування, особливу увагу звертають на характер країв шкіри на ділянці різаних, рубаних ран, лінії розрубів або розпилів кісток, хрящів, що допомагають встановити, яким знаряддям був скоєний злочин.

Методика дослідження і опису частин трупа спрямована на встановлення особи покійного, а також з'ясування, належать розчленовані частини одній чи кільком особам.

З метою приховання злочину іноді після розчленування трупа його частини закопують у землю в різних місцях або викидають у водоймища, а іноді спалюють.

Особливостями дослідження *скелетованих трупів* є те, що такі трупи у вигляді цілого скелета або окремих його кісток виявляють, як правило, випадково при спорудженні будівель, археологічних розкопках, копанні колодязів, проведенні різних сільсько-господарських робіт тощо. Проте бувають випадки, коли слідчі органи при зникненні людини мають підозру на поховання в певних місцях. Для виявлення останків трупа слідчий за участю лікаря – фахівця з судової медицини і понятих організує розкопки. При цьому вручну просівають ґрунт, фіксуючи всі виявлені знахідки. Під час огляду місцевості, де проводять розкопки, звертають увагу на рельєф, характер рослинності, глибину поховання кісток скелета, їх колір, структуру, склад ґрунту, флору і фауну в землі та на поверхні кісток, відзначаючи стадію їх розвитку.

Усі етапи виявлення скелетованого трупа фотографують і дуже обережно відчищають від ґрунту кістки, поки не буде виявлений весь скелет, який вилучають для подальшого дослідження. На цьому етапі беруть ґрунт для фізико-хімічного аналізу.

Наступним етапом дослідження є огляд кісток. Насамперед, потрібно зіставити їх взаємне розташування, визначити його відповідність нормальному положенню в скелеті, наявність ушкоджень, характер забруднень на їх поверхні. При цьому кожному кістку розглядають окремо.

У разі наявності волосся його вилучають та описують (колір, довжина, пряме, закручене тощо). Вилучають також залишки одягу і взуття, а також предмети, які з часом не змінюються, – гудзики, пряжки, ювелірні прикраси тощо.

Скелетовані трупи, виявлені у воді, досліджують і описують у протоколі так само, за винятком того, що фіксують особливості водоймища, берега, навколишньої рослинності, властивості дна, температуру води і повітря, глибину промерзання води. Огляд трупа проводять за звичайною схемою в такій самій послідовності.

Використовувати різні щупи і трали для виявлення останків трупа в ґрунті і воді слід дуже обережно. Результати досліджень потрібно занотовувати в протоколі. Зразки ґрунту з місця виявлення трупа та на відстані від нього, а також комах та їх останки, як правило, відправляють для спеціального дослідження.

Одним із найважливіших питань, які розв'язують під час дослідження скелетованого трупа, є ідентифікація особи покійного, тобто встановлення статі, віку, зросту, наявності різних хвороб, давності поховання.

Усі частини розчленованого або скелетованого трупа, виявлені в різних місцях і в різні часи, направляються слідчими органами в один морг із копіями протоколів огляду і постановою для призначення експертизи, в якій перелічують питання, що потрібно розв'язати. Дослідження скелета має проводитись у медико-криміналістичних відділеннях бюро судово-медичної експертизи.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Насильницька смерть.
2. Підозра на насильницьку смерть.
3. Завдання слідчого під час огляду місця події.
4. Місце події та місце виявлення трупа.
5. Обов'язки лікаря-спеціаліста в галузі судової медицини при проведенні огляду місця події та трупа.
6. Позиція трупа.
7. Ложе трупа.
8. Правила проведення зовнішнього огляду трупа.
9. Стадії огляду місця події.
10. Методи огляду місця події.
11. Складові протоколу огляду місця події.
12. Особливості огляду місця виявлення розчленованих і скелетованих трупів.

ГЛАВА 5

ПІДГОТОВКА ТА ПРИЗНАЧЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

5.1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

У слідчій практиці під час розслідування кримінальних правопорушень дуже важливою є роль судово-медичних досліджень, особливо під час розслідування таких тяжких злочинів, як вбивства та інші злочини проти життя та здоров'я особи. Підготовка та призначення судово-медичної експертизи є важливими етапами під час проведення таких експертиз.

Призначення експертизи – це система кримінально-процесуальних дій. Підготовка матеріалів на експертизу є комплексом процесуальних, тактичних і технічних заходів зі збирання й оформлення всіх необхідних речових доказів, документів, зразків, вихідних відомостей.

У ході вибору об'єктів, що подаються експерту для дослідження, слідчий повинен керуватися нормативними актами, які регламентують порядок проведення відповідної експертизи, а також методичними рекомендаціями та інформаційними листами експертних установ. Крім того, важливим є той факт, що більшість судово-медичних експертиз може бути успішно проведено лише за наявності в розпорядженні експерта найбільш повних даних у кримінальному провадженні.

У свою чергу, якщо призначення експертиз відбувається за загальним алгоритмом, то підготовка залежить від виду судово-медичного дослідження, зокрема від об'єктів, що направляються, та переліку запитань, що ставляться на вирішення експертизи. На цьому етапі ставляться і конкретизуються питання, які підлягають вирішенню, визначаються об'єкти досліджень, збираються необхідні для експертів відомості і порівняльні матеріали, планується процес експертного дослідження. Тим самим визначаються напрямки, цілі експертного дослідження і створюються його матеріальні передумови. У ряді випадків, особливо при призначенні складних експертиз, коли слідчий не в змозі самостійно розібратися в можливостях і умовах подальшого вивчення, не має

навичок і технічних засобів, необхідними для отримання порівняльних зразків. Така ситуація складається при призначенні судово-медичних експертиз за слідами біологічного походження, ідентифікації цілого за частиною за відсутності елементів поділу (судово-медична експертиза при розчленуванні трупа) тощо.

Оптимальною формою вирішення зазначених проблем є попередня консультація з майбутнім експертом і залученням конкретного експерта, який далі буде проводити експертизу, до участі в слідчих діях, пов'язаних із підготовкою експертизи: огляді, освідуванні, слідчому експерименті. Не втрачає свого значення робочий контакт слідчого і експерта при проведенні експертного дослідження. В ході експертизи як її проміжні результати можуть бути встановлені суттєві для подальшого розслідування обставини, що вимагають негайного реагування слідчого.

5.2. ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ОКРЕМИХ ВИДІВ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ

Підготовка об'єктів судово-медичних експертиз поділяється залежно від їх видів. За загальним правилом та особливостями практичного спрямування, основними експертизами в галузі судової-медицини є:

- 1) судово-медична експертиза трупа (в рамках якої проводиться судово-гістологічне дослідження та судово-токсикологічне дослідження);
- 2) судово-медична експертиза живої особи;
- 3) судово-медичні експертизи за слідами біологічного походження:

- судово-імунологічна експертиза;
- судово-цитологічна експертиза;
- молекулярно-генетична експертиза (експертиза ДНК).

Серед них окреме місце посідають: судово-медична експертиза за результатами слідчого експерименту; комплексна медико-криміналістична експертиза; комісійна судово-медична експертиза за матеріалами кримінального провадження.

Основним видом судово-медичної експертизи завжди вважається судово-медична експертиза трупа. Об'єктом даної судової експертизи є трупи (частини трупа) осіб, що вмерли насильницькою смертю, раптово або при нез'ясованих обставинах, а також

трупи нествановлених осіб, що необхідно максимально дослідити як на місці події, так і безпосередньо при проведенні експертизи.

У ході проведення *судово-медичної експертизи трупа* за даною категорією кримінальних проваджень можна сформулювати ряд питань, а саме:

- яка причина смерті;
- що стало основною причиною смерті – травма або захворювання;
- чи змінювалася поза трупа;
- коли настала смерть;
- чи можна вважати, що смерть настала в якийсь конкретний час;
- якщо так, то на підставі яких ознак;
- які ушкодження є на трупі;
- який їх характер, локалізація, механізм заподіяння;
- які ушкодження заподіяні при житті та які після смерті;
- яке саме ушкодження стало причиною смерті;
- яка послідовність нанесення ушкоджень;
- якщо одне з декількох ушкоджень не могло само по собі заподіяти смерть, то чи обумовили смерть всі ушкодження в своїй сукупності;
- чи є прямий причинний зв'язок між отриманим ушкодженням, тим чи іншим зовнішнім впливом і смертю;
- в який приблизно позі знаходився потерпілий у момент травми;
- чи відповідають ушкодження на одязі ушкодженням на трупі (за характером, кількістю);
- якщо ні, то чим це обумовлено;
- якою мірою травма вплинула на перебіг хвороби і час настання смерті;
- чи є на трупі сліди, що вказують на можливу боротьбу або самооборону;
- можливе заподіяння виявлених ушкоджень рукою людини;
- ознаки, які вказують на те, що ушкодження виникли в результаті власних дій потерпілого, або ж певні ознаки свідчать про те, що ушкодження заподіяно сторонньою рукою;
- які групова належність і тип крові потерпілого;
- настала смерть відразу після ушкодження (або іншого зовнішнього впливу) або через якийсь певний проміжок часу;

- чи приймав потерпілий незадовго до смерті алкоголь (наркотики);
- якщо так, то в якій кількості (для вирішення даного питання доцільно залучення до участі в експертизі лікаря-нарколога);
- чи приймав потерпілий незадовго до смерті їжу;
- якщо так, то яку саме;
- відповідають медичні дані, встановлені при дослідженні трупа, показанням підозрюваного (свідка) про обставини смерті;
- які вік та зріст покійного;
- де настала смерть - на місці виявлення трупа або в іншому місці.

Даний перелік питань при проведенні судово-медичної експертизи трупа не є вичерпним, тому що формулювання питань можуть корегуватися залежно від слідчої ситуації та заздалегідь обговорюватись з експертом для того, щоб всі обставини, які цікавлять слідство, були з'ясовані та підтверджені висновком експертизи.

До того ж загальні знання трупних явищ для слідчого обов'язкові. Йому доводиться виявляти та описувати трупи в різні терміни настання смерті - від декількох хвилин до багатьох років. Тому потрібно знати, що відбувається з тканинами та органами трупа, як вони змінюються зовні. Трупні явища дозволяють орієнтуватися у визначенні часу настання смерті, судити про положення тіла після смерті та інші дані, що мають суттєве значення для висновку про механізм скоєння злочину. Кожне трупне явище повинно бути детально описано в протоколі огляду місця виявлення події. Виникнення та розвиток трупних явищ залежать від багатьох умов: одягу, що знаходиться на трупі, зовнішнього середовища (повітря, земля, вода), крововтрати, причини смерті, захворювань тощо. Такі відомості мають суттєве значення під час підготовки та призначення судово-медичної експертизи.

Окремо в рамках судово-медичної експертизи трупа проводиться судово-гістологічне дослідження. Дане дослідження є обов'язковим та встановлює всі патологічні процеси в органах, тканинах людини; визначає прижиттєвість та давність ушкоджень; визначає вірусні включення в клітинах і органах людини. Досліджуються шматочки органів та тканин людини, що відбираються в процесі проведення розтину трупа під час судово-медичної експертизи.

Об'єктами дослідження є: шматочки органів та тканин трупа; відібрані під час розтину; шматочки тканин, знятих зі зняряддя злочину та транспортних засобів; інші об'єкти біологічного походження.

Судово-медична експертиза (дослідження) речових доказів у відділеннях судово-медичної токсикології проводиться з метою виявлення та визначення хімічних речовин в об'єктах біологічного походження та інших доказах. У виняткових випадках може бути проведене судово-токсикологічне дослідження блювотних мас, промивних вод, крові, сечі, калових мас, частин одягу, харчових продуктів, напоїв та лікарських речовин за направленням.

На підставі судово-гістологічного та судово-токсикологічного досліджень базуються висновки основної судово-медичної експертизи трупа.

У свою чергу, *судово-медична експертиза живих осіб* (підозрюваний, потерпілий або свідок) має свої особливості. При проведенні цієї експертизи експерт керується відповідними правилами. Підставами для проведення експертизи живих осіб є: ушкодження і хвороби для встановлення характеру і ступеня тяжкості ушкоджень; стану здоров'я у випадках симуляції, дисимуляції, агравації; штучних хвороб, калічення членів, проценту стійкої втрати працездатності, зараження венеричними хворобами; статеві стани для встановлення статі, статевої недоторканості, статевої зрілості, пологів, абортів, вагітності, репродуктивної здатності; статеві злочини для встановлення насильницького статевого акту, розпусних дій, мужолозтва, статевого акту з особою, яка не досягла статевої зрілості, тощо.

Так, правила судово-медичного визначення рівня тяжкості тілесних ушкоджень пропонують уніфіковані критерії з метою оцінки тяжкості тілесних ушкоджень. Проте правила не вичерпують усього розмаїття ушкоджень, а охоплюють лише найтипівіші, оскільки вони є загальними керівними вказівками експертам, але не можуть бути шаблоном у роботі. Експерт повинен аналізувати результати слідчих (розшукових) дій, враховуючи особливості тілесних ушкоджень, властивості організму, вирішуючи питання у кожному конкретному випадку окремо. Особливо це стосується випадків, коли ступінь тілесних ушкоджень не відповідає механізму та умовам їх утворення, вказаним підозрюваним, наприклад під час слідчого експерименту.

На підставі встановлених ознак тілесного ушкодження судово-медичний експерт надає відповіді на такі питання:

- який характер ушкодження (синець, закритий перелом тощо);

- давність нанесення ушкодження

- механізм виникнення ушкодження, і навіть знаряддя злочину, яким могло бути заподіяно ушкодження;

- рівень тяжкості тілесного ушкодження.

Обставини кримінального провадження експерт з'ясовує з постанови про призначення експертизи чи іншого документа слідства, у якому наводяться стислі дані про обставини виникнення травми, стан постраждалого після отримання ушкодження та інші відомості. У разі потреби слідчий надає експерту інші матеріали, необхідні для надання відповідей на поставлені запитання. З іншого боку, відомості про обставини події експерт отримує з медичних документів або під час опитування.

Судово-медична експертиза живих осіб (для визначення характеру і тяжкості тілесних ушкоджень) на етапі підготовки та призначення складається з: надання постанови про призначення експертизи з визначеним переліком питань, встановлення особи та забезпечення її прибуття до експертної установи; надання матеріалів для ознайомлення з обставинами провадження; надання медичної документації щодо особи, яка направляється на експертизу; забезпечення проведення консультацій з іншими фахівцями та проведення додаткових досліджень тощо.

Також на місці події можуть бути виявлені *сліди біологічного походження*, що характеризують біологічні властивості злочинця, потерпілого, свідка (волосся, частинки шкіри, плями крові тощо).

Сліди біологічного походження – речові докази, які підлягають дослідженню судовими медиками, можна поділити на два види:

1) речові докази, що сприяють встановленню причини смерті, виду насильства, механізму травми, ідентифікації особистості, встановленню знаряддя злочину тощо (наприклад, витягнута з тіла загиблого куля, вилучений у злочинця ніж, яким було скоєно злочин, тощо);

2) об'єкти біологічного походження (волосся, кров, сперма тощо). Дослідження дозволяє встановити їх належність певним конкретним особам – підозрюваному, потерпілому тощо.

У даному випадку призначаються експертизи за слідами біологічного походження, де для слідчого важливо знати розмежування таких експертиз залежно від об'єкта, що направляється. Так, за слідами біологічного походження виділяють такі види судово-медичних експертиз:

– *судово-імунологічна експертиза* (об'єктом є кров, як правило залишена на тканому матеріалі, змиви на марлі, встановлення групової належності крові) призначається для встановлення групової та родової належності;

– *судово-цитологічна експертиза* (об'єктом є також кров, залишена на твердих предметах, що, як правило, вилучаються повністю, або інші біологічні сліди – волосся, слина, зрізи нігтів із залишками епідермісу, інші тканини людини) призначається для визначення не тільки групової, а й статевої належності.

Підготовка об'єктів до зазначених експертиз має свою специфіку. Так, під час проведення слідчих (розшукових) дій об'єкти судово-медичного дослідження – речові докази (одежа зі слідами бурого кольору, зрізи нігтів з обох рук підозрюваного чи потерпілого) вилучаються повністю, а у випадках, коли це неможливо, вилучається частина предмета зі слідами, або необхідно провести зішкріб, змив чи зріз матеріалу для проведення експертизи. Упаковується вилучене окремо в різні пакети, крім того, експерту також необхідно надати експериментальний зразок (окрім молекулярно-генетичної експертизи), що аналогічний тому, який використовувався при вилученні речовини.

При проведенні експертизи матеріал, вилучений у вигляді зішкрібу, змиву чи зрізу, вважається більш якісним для проведення експертизи, порівняно з речовими доказами, на яких залишилися сліди біологічного походження.

Упаковується вилучене окремо в різні пакети, так щоб в одному знаходився змив плями (на двері, на пофарбованій фарбою стіні), в іншому – зішкріб матеріалу з предмета, на якому знаходилася пляма (наприклад, побілена стіна) або зріз із матеріалу (як правило, з предмета, що неможливо вилучити повністю, наприклад через великі габарити).

Змив плями необхідно проводити марлею або чистою тканиною, яка змочена у воді чи у фізіологічному розчині (якщо пляма суха), якщо пляма має вологу консистенцію, змочувати марлю не потрібно, необхідно її прикласти до плями таким чином, щоб

достатня кількість рідини залишилась на марлі. Після чого марлю з перенесеною на нею плямою просушують при кімнатній температурі в природних умовах (не допускаючи просушування на сонці, обігрівальному засобі, під вентилятором тощо). Крім того, експерту також необхідно надати зразок чистої марлі (експериментальний зразок), що аналогічний тому, який використовувався при вилученні речовини плями;

- *молекулярно-генетична експертиза*, яка призначається за мікрооб'єктами та мікрослідами, такими як потожирові змиви відбитків пальців рук, фрагменти волосся, краплі крові, слини, фрагменти кісток та інших слідів біологічного походження, дозволяє на більш точному рівні ідентифікувати особу.

Молекулярно-генетичні методи дозволяють не тільки визначати тотожність або встановлювати відмінності біологічних слідів на речових доказах, встановлювати належність слідів конкретній особі, але також встановлювати або виключати кровну спорідненість та ідентифікацію невпізнаних трупів.

Молекулярно-генетична експертиза сьогодні поділяється на експертизу, коли досліджується ядро клітки ДНК (для проведення достатньо невеликої кількості потожирових змивів з об'єкта), та метохондріальну, коли дослідженню підлягає будь-яка частина клітки, навіть неживої. Для призначення цієї експертизи не потрібно готувати контрольний матеріал (наприклад, при потожирових змивах на марлю необхідно надати зразок чистої марлі (експериментальний зразок), що аналогічний тому, який використовувався при вилученні речовини змиву), а також для проведення даної експертизи необхідно вилучити найменшу мікрочастинку клітки, якої буде достатньо для проведення експертизи.

Як свідчить практика, в основі такої ідентифікації лежить ДНК-аналіз людини, що є найефективнішим та найбільш надійним з усіх відомих сьогодні методів ідентифікації особи. Перевагами вказаної експертизи є не лише її висока точність, але і незалежність від кількості матеріалу, необхідного для дослідження. До того ж дана експертиза призначається в тому випадку, коли іншої можливості ідентифікувати особу немає (наприклад, у випадку скелетованого трупа на експертизу направляються кістки, з яких при проведенні дослідження вилучається кістковий мозок, за яким відбувається ідентифікація особи).

Під час проведення судово-медичних експертиз за слідами біологічного походження, як правило, питаннями, що ставляться, є: встановлення належності біологічних слідів (крові, сперми тощо) та інших речових доказів біологічного походження конкретній особі; ідентифікація особи при виявленні трупів, що не піддаються візуальному впізнанню; встановлення кровної спорідненості в разі спірного походження дітей, підміни і викрадання дітей, виявлення фактів кровозмішення; при експертизі розчленованих трупів – встановлення належності частин трупа конкретній особі.

Залежно від обставин кримінального провадження слідчий, який здійснює досудове слідство, визначає момент призначення судово-медичної експертизи, проте правилом, відповідно до якого визначальним моментом призначення судової експертизи за слідами біологічного походження є те, що вона повинна призначатися і проводитися негайно, відразу після виникнення питань, для вирішення яких потрібні спеціальні знання.

Також велике значення має комплексна медико-криміналістична експертиза. Її сутність полягає в дослідженні та реконструкції подій, що відбулися, та вирішенні питань про можливість чи неможливість формування конкретних ушкоджень у конкретній ситуації (співвідношення знаряддя злочину, наприклад ножа, із локалізацією та механізмом нанесення тілесних ушкоджень на тілі потерпілого (трупа) та пошкодженнями на одязі). При направленні експерту постанови про призначення медико-криміналістичної експертизи слідчому необхідно вірно сформулювати питання про те, яким саме знаряддям заподіяно ушкодження; чи є на трупі ознаки, що дозволяють зробити висновок про форму, розмір та інші індивідуальні особливості знаряддя злочину; чи не є знаряддя, надане на експертизу, знаряддям злочину; який напрям удару; одним або різними знаряддями заподіяно ушкодження на тілі трупа; які є смертельними, які ні; яка послідовність нанесення ушкоджень; яким було взаємне розташування злочинця та потерпілого в момент нанесення удару тощо.

Важливе місце при розслідуванні кримінальних правопорушень посідає судово-медична експертиза за результатами слідчого експерименту. Під час проведення слідчого експерименту, коли підозрюваний, потерпілий або свідок показують (наочно), яким чином в їх уявленні відобразилась подія злочину, будь це

або повне відтворення обстановки та обставин події, або реконструкція, наприклад, тільки механізму вчинення вбивства, необхідно обов'язково залучати судово-медичного експерта. Мета його участі в слідчому експерименті – зіставлення показань, що отримані на місці скоєння злочину, із питаннями, з фактичними даними події злочину (наприклад, чи збігається механізм вчинення вбивства з фактичними даними, отриманими при огляді місця події та проведенні основної судово-медичної експертизи трупа). На практиці така експертиза обов'язково призначається слідчими, тому що мають місце випадки, коли підозрюваний змінює показання або на стадії досудового слідства, або навіть у судовому розгляді, що за наявності висновку експерта, за даною експертизою, буде вважатися незаперечним доказом у кримінальному провадженні.

Судово-медична експертиза за матеріалами кримінального провадження проводиться тоді, коли виключається можливість безпосереднього дослідження трупа, живої особи або речового доказу.

Дані такої експертизи можуть бути первинними, повторними, додатковими, виконуватися групою експертів, тобто комісійно або найчастіше проводиться комплексна експертиза, коли залучаються лікарі-фахівці різних спеціальностей, відповідно до загальних юридичних вимог до проведення будь-яких експертиз.

Найчастіше при експертизі за матеріалами кримінального провадження досліджують наступні медичні документи: медичні карти стаціонарного або амбулаторного хворого, медичні довідки, протоколи патолого-анатомічного розтину трупа, висновок первинної судово-медичної експертизи тощо.

Метою провадження цих експертиз є визначення факту або причин і обставин ненадання медичної допомоги, їх взаємозв'язку з наступними ускладненнями або захворюваннями особи.

Експертиза за матеріалами проваджень призначається як з ініціативи громадян, так і з ініціативи правоохоронних органів, судів:

- 1) у зв'язку з винятковими обставинами, якщо з яких-небудь причин об'єкт експертного дослідження неможливо або важко надати в розпорядження експерта. Особа, що звернулася за такою експертизою, або суд знаходяться на віддаленій відстані або їх вибір припав на конкретний заклад, що здійснює такого роду експертизи;

2) за умови, що в матеріалах провадження містяться всі дані, необхідні експерту для відповідей на поставлені запитання. За необхідності експерт запросить заявника або орган, який призначив експертизу, про надання додаткових документів або проведення будь-яких заходів, пов'язаних, наприклад, із додатковими уточненнями, поясненнями медпрацівників тощо;

3) для найбільш кваліфікованого повторного вирішення питань, поставлених перед експертами при проведенні попередніх експертиз;

4) з метою вирішення питань, на які експертом були дано відповіді при первинному дослідженні, хоча в матеріалах справи містилася достатня кількість інформації для їх вирішення, або коли особи, що звернулися, вважають, що в матеріалах провадження містилася достатня кількість інформації для їх вирішення.

5.3. ПРИЗНАЧЕННЯ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ

Сутність призначення судово-медичних експертиз збігається з алгоритмом дій, що слідчий повинен виконати під час призначення будь-якої експертизи, та складається з наступних позицій:

1) *прийняття рішення про призначення експертизи.* Так, відповідно до закону, в ряді випадків судові експертизи повинні проводитися в обов'язковому порядку. Призначення експертизи є обов'язковим, якщо необхідно встановити: причину смерті; характер і ступінь шкоди, заподіяної здоров'ю; психічний або фізичний стан підозрюваного, потерпілого, коли виникає сумнів у його осудності або здатності самостійно захищати свої права та законні інтереси; психічний або фізичний стан потерпілого, коли виникає сумнів у його здатності правильно сприймати обставини, що мають значення для справи, і давати показання; вік підозрюваного, потерпілого, коли це має значення для справи, а документи про вік відсутні або викликають сумнів.

Якщо експертиза не є обов'язковою згідно із законом, вона повинна призначатися в тих випадках, коли встановлення обставин справи за допомогою інших засобів доказування неможливо або коли наявні в розпорядженні слідчого докази неповні або в них є суперечності. При цьому слід мати на увазі загальне правило: якщо під час розслідування кримінального провадження можна використовувати допомогу фахівців, така можливість повинна

бути реалізована. Експертиза призначається негайно, як тільки стає очевидною необхідність її призначення. Якщо в розпорядженні слідчого є всі необхідні матеріали, затримка з призначенням експертизи може призвести до збільшення термінів розслідування. Тому потрібно якомога швидше отримати відповідні матеріали і призначити експертизу;

2) *визначення конкретного об'єкта експертизи* (кола питань, які вирішує та чи інша експертиза).

Суттєвим елементом підготовки до проведення експертизи є визначення об'єкта експертизи. Під об'єктом дослідження розуміють матеріальні джерела інформації про факти, що підлягають встановленню. Це ті обставини, що можуть бути з'ясовані в ході експертного дослідження, та фактичні дані, що встановлюються на підставі спеціальних знань і дослідження матеріалів кримінального провадження.

Формулювання питань експерту в постанові слідчого має особливе значення. Відповідно до закону, перед експертом можуть бути поставлені лише такі питання, для вирішення яких необхідні наукові, технічні або інші спеціальні знання. Існують типові переліки питань щодо різних видів експертиз при розслідуванні тих або інших категорій кримінальних правопорушень (такі переліки є орієнтуючими).

Питання експерту повинні відповідати таким основним вимогам: не виходити за межі спеціальних знань експерта і не мати правового характеру; бути визначеними, конкретними та короткими; мати логічну послідовність; характеризуватися повнотою та мати комплексний характер;

3) *визначення виду експертизи* (залежно від об'єкта дослідження та обставин, що підлягають з'ясуванню в кримінальному провадженні);

4) *визначення черговості проведення кількох експертиз стосовно одного об'єкта*. За загальним правилом, у першу чергу призначаються ті експертизи, в ході яких об'єкти дослідження не знищуються та не піддаються змінам;

5) *вибір часу призначення та кількості експертиз*. Зокрема, експертиза призначається негайно, як тільки особою, що проводить розслідування, зібрані всі необхідні матеріали та зразки. Призначаються повинні всі необхідні за обставинами кримінального провадження експертизи. У деяких випадках слідчий самостійно

визначає, скільки необхідно провести експертиз для встановлення одного і того ж факту.

Вибір моменту призначення експертизи полягає в тому, що, за загальним правилом, судова експертиза повинна бути призначена своєчасно. Своєчасність призначення експертизи забезпечується плануванням цієї слідчої (судової) дії. Визначаючи момент призначення експертизи, необхідно враховувати: особливості розслідуваного злочину; властивості та стан об'єктів експертного дослідження; необхідність та можливість отримання порівняльних зразків; особливості експертного дослідження (складність, наявність відповідних методик, час проведення тощо); слідчу ситуацію. Вибір моменту призначення експертизи передбачає визначення її місця у системі інших слідчих (судових) дій;

б) *підготовка об'єктів для проведення експертизи*, що полягає у збиранні необхідних матеріалів. Такими матеріалами, насамперед, є досліджувані об'єкти (речові докази, жива особа, труп або його частини тощо), щодо яких слідчий (суд) повинен з'ясувати певні питання. Досліджувані об'єкти збираються під час проведення слідчих (розшукових) дій (оглядів, обшуків, освідчування тощо) з дотриманням установлених законом правил.

У деяких випадках експерту необхідно надавати зразки порівняльного матеріалу. Під зразками для експертного дослідження слід розуміти матеріальні об'єкти, що надаються експерту для порівняння з об'єктами, які ідентифікуються або діагностуються. Це можуть бути потожирові відбитки пальців рук, зразки (проби) крові, слини, що використовуються в процесі проведення експертиз як порівняльні матеріали при дослідженні та за необхідності надаються експерту для дослідження.

Слідчий збирає зразки в процесі проведення слідчих (розшукових) дій або шляхом безпосереднього відібрання їх у підозрюваного, свідка або потерпілого. Так, відповідно до КПК, у разі потреби слідчий має право винести постанову про вилучення або відібрання зразків для порівняльного дослідження та інших зразків, необхідних для експертного дослідження. При цьому отримання зразків для порівняльного дослідження є вже процесуальною дією, яка полягає в отриманні порівняльних матеріалів для експертного дослідження. Для відібрання або вилучення зразків слідчий може використовувати допомогу спеціаліста. Про відібрання зразків складається протокол.

На відміну від речових доказів, зразки для порівняльного дослідження не пов'язані з розслідуваною подією і безсумнівно походять від конкретного об'єкта. Зразки повинні мати репрезентативність (достатність кількості та якості) та порівняльність (можливість порівняння).

Так, для призначення експертизи готуються об'єкти, що будуть безпосередньо досліджуватись, матеріали провадження, які необхідні для проведення експертизи (протоколи слідчих оглядів тощо), а також порівняльні зразки: вільні, які виникають до початку кримінального провадження і їх виникнення не пов'язано з вчиненим кримінальним правопорушенням; експериментальні, які виникають під час кримінального провадження, а саме у ході підготовки до експертизи; умовно-вільні, які виникають після відкриття кримінального провадження, але не в ході підготовки до експертизи);

7) *вибір державної експертної установи або приватного експерта.* Велике значення має правильний вибір експертної установи або експерта. При цьому потрібно враховувати специфіку об'єктів, складність питань, які ставляться на дослідження, можливості експертної установи тощо.

Найчастіше судові експертизи проводяться в державних експертних установах, де керівник установи доручає виробництво та дослідження конкретному експерту і вирішує всі організаційні питання. Якщо ж експертиза проводиться не в експертній установі, слідчий сам запрошує до себе експерта або їде до нього, з'ясовує його компетентність, вручає експерту постанову та об'єкти дослідження, необхідні для проведення експертизи, роз'яснює права та обов'язки і попереджає експерта про відповідальність за надання завідомо неправдивого висновку;

8) *винесення постанови про призначення експертизи.*

Відповідно до закону слідчий, визнавши за необхідне призначення експертизи, виносить про це постанову. Постанова про призначення експертизи складається з трьох традиційних частин: вступної, описової та резолютивної.

У вступній частині вказується: де, коли, хто виніс постанову (посада, звання, прізвище слідчого), у якому кримінальному провадженні (номер кримінального провадження, прізвище підозрюваного, статті КК тощо).

В описовій частині коротко викладаються обставини справи, в зв'язку з якими призначено експертизу, а також обставини

виявлення речових доказів або отримання зразків для порівняльного дослідження.

У резолютивній частині вказується, яка експертиза призначається (рід, вид), в якій конкретно установі або якій особі доручається її проведення, крім того, наводяться питання експерту, а також вказується, які об'єкти направляються на дослідження. Надані експерту речові докази і зразки для порівняльного дослідження повинні бути описані досить докладно, з таким розрахунком, щоб їх можна було індивідуалізувати, виділити з ряду подібних. Докладно описується також упаковка об'єктів.

Питання, які ставляться перед експертами, не повинні виходити за межі спеціальних знань експерта, також вони не повинні мати правового характеру. Питання про наявність складу злочину, винності або невинності певної особи можуть бути дозволені тільки слідчим або судом. Питання повинні бути чіткими, конкретними, по можливості короткими і не допускати двозначних тлумачень. Вони викладаються в певній послідовності: спочатку формулюються більш загальні питання, від позитивного вирішення яких залежить вирішення інших, менш загальних. Якщо на дослідження направляється кілька об'єктів, питання рекомендується групувати за об'єктами.

При проведенні судово-медичної експертизи в експертну установу направляється постанова (ухвала) про призначення та матеріали, необхідні для її проведення, що направляються керівнику відповідної експертної установи. Одержавши ухвалу про призначення експертизи, керівник експертної установи доручає проведення експертизи одному або декільком експертам. В подальшому ці експерти дають висновок від свого імені та несуть за нього особисту відповідальність.

У свою чергу, під час призначення судово-медичної експертизи живої особи для її провадження порушується клопотання перед судом:

- ознайомлення особи (підозрюваний, потерпілий) з постановою про призначення експертизи;
- направлення постанови про призначення експертизи та об'єктів дослідження в експертну установу або приватному експертові.

Залежно від обставин розслідуваної справи на експертизу можуть бути направлені:

- труп і його частини;
- виявлені в ході слідчих дій або подані юридичними або фізичними особами матеріальні об'єкти, які зберегли сліди злочинів або що були знаряддям злочинів;
 - сліди - відображення особистості (відбитки папілярних візерунків пальців, сліди крові тощо);
 - розділені на частини предмети, а також матеріали та вироби з них (їх сліди, мікрочастинки), щодо яких ставиться питання про встановлення цілого за частиною, певної спільноти (наприклад, джерела походження), їх роду, виду, групової та індивідуальної власності;
 - різного роду документи;
 - матеріали кримінального провадження, в яких містяться відомості, необхідні експертам для надання висновку (такі, як протоколи огляду місця події, огляду трупа, допитів, слідчих експериментів тощо);
 - відомості про тілесні ушкодження, що заподіянні потерпілому, або про психічне або фізичне захворювання підозрюваного, обвинуваченого, свідка, потерпілого (оригінал історії хвороби, протокол огляду);
 - копії або виписки з інструкцій, нормативних актів і службової документації, що регламентують виробничу діяльність.

При визначенні обсягу об'єктів і матеріалів, що направляються на експертизу, слідчий повинен керуватися, зокрема, інформаційними листами експертних установ. Так, при призначенні складних судово-медичних експертиз за матеріалами слідчих і судових справ, повторних експертиз і експертиз у справах про неналежне надання медичної допомоги слід подавати повноцінні документи (протокол огляду місця події, огляду трупа, висновок судово-медичної експертизи, акти судово-медичного та патолого-анатомічного дослідження трупа, судово-хімічного та судово-гістологічного досліджень, оригінали історії хвороби).

У випадках призначення додаткової або повторної експертизи в експертну установу поряд з іншими об'єктами і матеріалами в обов'язковому порядку повинні бути подані висновки (акти) попередніх експертиз або повідомлення про неможливість надання висновку. Причому ці документи необхідно подавати з усіма додатками (фотознімками, експериментальними матеріалами тощо). Якщо в розпорядженні слідчого після початкової

експертизи з'явилися додаткові матеріали, які стосуються предмета експертизи, вони повинні бути подані експерту.

***ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ
ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ***

1. В чому полягає сутність підготовки та призначення судово-медичної експертизи?
2. Якого алгоритму дій повинен дотримуватись слідчий під час призначення судово-медичної експертизи?
3. Як відбувається підготовка об'єктів до призначення судово-медичної експертизи за слідами біологічного походження?
4. Що встановлює судово-гістологічне дослідження?
5. Які питання доцільно формулювати під час призначення комплексної медико-криміналістичної експертизи?

ГЛАВА 6

ОСОБЛИВОСТІ ОГЛЯДУ І СУДОВО-МЕДИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОБ'ЄКТІВ (РЕЧОВИХ ДОКАЗІВ) БІОЛОГІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ

6.1. ДОСЛІДЖЕННЯ СЛІДІВ КРОВІ

Розвиток вчення про дослідження крові нерозривно пов'язаний з розвитком біології та інших природничих наук. Проривні дослідження в цих науках відкрили можливості до ряду відкриттів у двох гілках учення про кров – *гематології та серології*. Так, у 1899 р. метод осадження чужого для організму білка (білкової преципітації) Ф. Я. Чистовича дозволив відрізнити білки тварин різного виду. Цей метод був вперше застосований німецьким вченим П. Уленгута в 1901 р. з метою діагностики, а саме для визначення крові людини та її відмінності від тварин при розслідуванні злочину. На початку ХХ ст. дослідження вчених К. Ландштейнера і Я. Янського надало можливість поділити кров людей на 4 групи: 0 (I), А (II), В (III), АВ (IV). Це була система АВО – перша генетично поліморфна система, що стала класичною. Саме ці наукові дані дозволили визначати групу належності крові в слідах різних осіб.

Уже в середині ХХ ст. практичні працівники, які займалися розслідуванням злочинів, отримали можливість використовувати сліди біологічного походження, такі як кров та інші тканини і виділення людини в кримінальному судочинстві на досить високому рівні. Цьому сприяли наукові досягнення в серології, імунології, гематології. Можливим стало диференціювати кров за статтю. Крім групової належності за системою АВО, з'явилася можливість встановлювати й інші групи еритроцитарних, сироваткових, ферментних, білкових систем (їх існує багато десятків). Перспектива визначати належність крові в слідах конкретному індивідууму з'явилася в 90-х роках, із застосуванням в біологічній експертизі методів ДНК-аналізу (дослідження ряду фрагментів молекули ДНК).

Можливість встановлення механізму скоєння злочину за слідами крові нерідко має вирішальне значення для розслідування злочину. Висновки про обставини скоєння злочину можна зробити на основі вивчення та подальшого аналізу слідів крові. При

цьому вивченню та оцінці підлягають окремі елементи сліду крові та їх поєднання. Сліди крові дуже різноманітні й набувають певної форми і поєднання залежно від багатьох чинників: калібру ушкодженої судини, локалізації ушкодження, виду знаряддя ушкодження, висоти і джерела кровотечі, розташування (вертикального, горизонтального) поверхні, що кровоточить, тощо.

Форми слідів крові

Форма, площа, розміри і взаємне розташування слідів крові обумовлені видом ушкодженої судини, механізмом слідоутворення, положенням тіла людини, його станом (спокоею або руху), висотою падіння або стікання крові, формою і видом поверхні предмета, на якому виявлені сліди крові, а також його розташуванням (кутом нахилу) в просторі. Встановлення обставин злочину за слідами крові зводиться до визначення фізіологічних процесів, у результаті яких утворюється слід.

Найбільш поширеною в практичній роботі судових медиків є класифікація слідів крові, запропонована Л. В. Станіславським. Вивченню та оцінці підлягають спочатку окремі елементи слідів, а потім їх поєднання. Відповідно до цього розрізняють дві класифікаційні системи слідів крові: елементарні (підрозділяються на види) і складні (підрозділяються на різновиди).

Елементарні сліди – поодинокі сліди, що несуть інформацію про фізичні фактори, які впливали на формування слідів крові, і залежать від форми, виду і властивостей слідосприймаючої поверхні. Форма і будова таких поодиноких слідів відображають спосіб і умови їх формування. Крім того, форму елементарних слідів визначає і ряд інших чинників: джерело кровотечі, кількість крові і її в'язкість, властивості і розташування в просторі предмета, на якому залишилися сліди крові, тощо.

Складні сліди – сукупність слідів, що дають інформацію про динаміку і механізм їх утворення. Складні сліди – це вторинні сліди, що утворилися через деякий час у результаті зміни просторового розташування слідоносія або під впливом інших факторів (інерційних сил, сили тяжіння, динамічних і/або статичних контактів закривавленого тіла зі слідосприймаючою поверхнею). Особливості складних слідів залежать від форми поверхні, розміру і виду знаряддя, яким наноситься ушкодження, від сили і напрямку удару, від взаємного розташування джерела кровотечі і слідосприймаючої поверхні тощо. Важливим є те, що складні сліди

надають інформацію щодо впливу на закривавлену поверхню. Вони можуть розсіюватися по великій площі або розташовуватися на обмеженій площі в певному напрямку.

Елементарні сліди крові

Калюжі крові є наслідком витікання крові та утворюються під впливом сил тяжіння на горизонтальних або майже горизонтальних поверхнях, які не вбирають кров. Невеликі кількості крові такого походження зручніше описувати, називаючи їх «скупченнями». Принципової різниці між цими термінами немає. Особливо великі калюжі виявляються безпосередньо на місці нанесення ушкоджень, які рясно кровоточать, але можуть утворюватися і після переміщення потерпілого в інше місце.

При огляді і описі калюж слід звертати увагу на їх краї і стан навколишньої поверхні. Чіткі краї і вільна від бризок периферія характерні для поступової кровотечі і поширення крові. Це має місце в тих випадках, коли потерпілий лежить, і кров витікає з рани з невеликої висоти. У тих випадках, коли калюжа утворюється шляхом злиття безлічі крапель, що падають з деякої висоти при вертикальному (або похилому) положенні потерпілого, по периметру калюжі (або з одного її боку) можна спостерігати безліч ізольованих і місцями з'єднаних між собою крапель.

Променеподібні відгалуження у краю калюжі і множинні бризки за її межами вказують на те, що мало місце розливання. Це явище спостерігається при стіканні крові, коли джерело кровотечі знаходиться на деякій висоті, або після нанесення ударів по вже сформованій калюжі.

Для орієнтовного визначення давності кровотечі необхідно описати стан поверхні калюжі крові. Вказати, поверхня блискуча або покрита скоринкою, ширину облямівки прозорої сироватки, що відокремилася по краях від згортка, виміряти середню товщину згортка і шару сироватки.

Просочування крові. Ці сліди утворюються на поверхнях, що вбирають кров під впливом такого фізичного фактору, як капілярність.

Просочування виявляються на пухкому ґрунті, на текстильних і інших пористих матеріалах. Просочування може поширюватися в усіх напрямках, в тому числі і від низу до верху, наприклад на порт'єру, під яку підтекла кров. Цінну інформацію дають просочування, які виявляються на багатопарових текстильних об'єктах: за

розташуванням кірочок від висохлих згортків і ступенем імпрегнації різних шарів часто вдається визначити напрямок просочування крові (потрапила вона на одяг або ліжко ззовні або поширювалася з боку вивороту), іноді достовірно відновлюється початкове взаємне розташування шарів, стан складок і застібок, що нерідко дає підстави для встановлення точного положення одягу, а іноді й пози.

Затіки крові. Затіки утворюються при попаданні рідкої крові в щілину між двома близько розташованими невбираючими поверхнями, куди вони втягуються під впливом сили поверхневого натягу. Поширення крові всередині такої щілини може відбуватися в будь-якому напрямку, в тому числі і від низу до верху.

Затіки слід шукати в щілинах меблів, підлоги, під плінтусами. Якщо наступити взуттям на калюжу крові, затіки поширюються між устілкою і підшвою, де вони можуть бути виявлені після поділу цих шарів. Якщо під час вчинення злочину два предмети стикалися, а після висихання між ними крові були роз'єднані, то форма затіків на кожному з них залишається однаковою. Це дозволяє довести їх колишній контакт між собою і з кров'ю.

Патьоки крові. Ці сліди утворюються при попаданні крові на вертикальні поверхні або поверхні з великим кутом нахилу. У міру подовження патьоку вага крові в його нижній частині зменшується, подальше опускання припиняється, і на його нижньому кінці формується потовщення грушоподібної форми. На рівних площинах патьоки прямолінійні, на нерівних поверхнях – звисисті. Коли вертикальне положення об'єкта змінює свій нахил до настання згортання крові, яка тече по його поверхні, то спостерігається утворення відхилених патьоків. Повторне потрапляння крові до і після зміни положення вертикальної осі призводить до утворення пересічених патьоків або таких, що розходяться в різні боки.

Патьоки крові на тілі та одязі потерпілих дають підстави для визначення положення останніх лише після початку зовнішньої кровотечі. Переривчастий потік, що складається з окремих круглих елементів, може утворитися в результаті скочування краплі по ворсистій тканині.

Краплі крові. У точних науках терміном «крапля» позначають строго певну кількість рідини, а саме таку, яка при поступовому накопиченні спочатку утримується поверхневим натягом, а потім відривається і падає. Початкова швидкість крапель дорівнює нулю або не перевищує 5 км / год. Якщо ж на рідину діють ще якісь

сили, крім ваги, то вона дробиться і стрімко летить з великою початковою швидкістю – тоді утворюються бризки. Відмінності між поняттями «капати» і «бризкати» дуже важливі для аналізу і правильного трактування досліджуваної події.

Розміри слідів вільно падаючих крапель залежать від площі поверхні їх відриву і від висоти падіння. При сталості цих параметрів утворюються однакові за розміром сліди. Краплі крові найменшого розміру, що падають з висоти 5 см при стіканні з вістря малого хірургічного скальпеля, утворюють сліди діаметром 0,7 см. Найбільший діаметр слідів крапель крові, що стікають з долоні при висоті падіння 3 м, досягає 3 см. Отже, сліди вільно падаючих крапель можна достовірно розпізнати, якщо вони утворюють групу однотипних елементів, діаметр яких більше 0,7 см.

Навіть ті бризки крові, що утворилися одночасно в одній групі, завжди мають різні розміри, тому що вони відриваються від різних ділянок поверхні, під впливом різного опору повітря в центрі і по краях групи, а деякі з них ще й дробляться в польоті від зіткнення. Найменші з них мікроскопічної величини, а найбільші завжди менше крапель, що відділяються від цього ж предмета.

Диференціювання подібних одиночних слідів можливо тільки за додатковими ознаками: для бризок – за розташуванням вище максимально можливого рівня виділення крові або за напрямком звужених кінців горизонтально або вгору, для крапель – за наявністю радіальної зубчастості країв. Відсутність таких ознак служить підставою для відмови від встановлення механізму утворення одиночних слідів. У такому разі їх слід іменувати плямами.

При падінні крові з нерухомого предмета на горизонтальну площину краплі мають круглу форму. Зі зростанням висоти падіння діаметр слідів збільшується, по краях їх з'являються зубці, лучистість, а потім і дрібні бризки по периферії.

Бризки крові. Бризки крові несуть найбільшу інформацію про обставини події. При перпендикулярному падінні на площину бризки утворюють сліди круглої форми, при русі з невеликим нахилом – овальні, після зближення з предметом під гострим кутом – нагадують знак оклику, звужена частина такого сліду і його точковий елемент завжди спрямовані вперед по ходу руху крові. Існує три різновиди бризок: від фонтанування з артеріальних судин, від розмахування закривавленим предметом і від ударів по закривавленій поверхні.

Дальність польоту бризок крові при фонтануванні з великих артерій досягає 120 см, від ударів по закривавленій поверхні – 200 см, при енергійному розмахуванні закривавленим стрижнем – до 300 см.

Велике значення має дослідження слідів крові на взутті підозрюваних. При проведенні цієї експертизи необхідно комплексне вивчення слідів крові на взутті, шкарпетках і штанах (в нижніх відділах). Важлива диференціація слідів бризок від ударів і від наступання в калюжу крові.

Сліди бризок, що утворилися в результаті помахів закривавленою рукою, мають деяку відмінність від слідів, що виникли при змаху закривавленим предметом, особливо, якщо той має обмежену поверхню.

Наявність дрібних слідів бризок (пиловидне скупчення) говорить про те, що в даному випадку мав місце удар по закривавленій поверхні в безпосередній близькості від даного сліду. Можливий перехід бризок від стіни на одяг людини, якщо вона притулилася до стіни.

Вторинні (секундарні) бризки, що відходять по радіусу безпосередньо від країв сліду краплі, що впала, і досягають відстані 10–15 см від неї, мають вигляд тонких смуг, що закінчуються грушовидним потовщенням. Вони нагадують за своєю формою і розмірами бризки у вигляді смужок. Однак секундарні бризки від краплі, що впала на горизонтальну плоску невбираючу поверхню, мають найменшу товщину в своєму початковому відділі і, поступово розширюючись, закінчуються овальною «головкою». Слід відцентрового зміщення, який починається від плями будь-якої форми, частіше від круглої первинної бризки, має незмінну ширину на всьому протязі.

При попаданні краплі крові в іншу краплю, яка впала раніше, утворюється безліч бризок, розмірами від точкових до 5х2 мм і більше, які, на відміну від секундарних бризок, переважно мають форму знаків оклику, звуженою частиною і точковим елементом спрямованим вперед по ходу руху крові. Такі сліди бризок мають велике значення для встановлення факту падіння крапель з нерухомого джерела кровотечі.

Бризки крові, що утворилися від крапель, які потрапляли в одне і те ж місце, залежно від висоти їх падіння, можуть досягати відстані 50–60 см. При попаданні на нижні кінцівки і взуття людини вони можуть бути помилково оцінені як результат ударів ногами по закривавленій поверхні. Необхідно враховувати, що

при ударах ногами на носках взуття утворюються не бризки, а помарки. Сліди бризок поширюються від носка і, залежно від сили удару, мають вигляд тонких смуг (при найбільш сильних ударах) або знаків оклику, звуженою частиною спрямованих по ходу руху. При встановленні механізму утворення слідів крові від ударів ногами по закривавленій поверхні необхідно комплексне вивчення слідів крові на взутті, брюках і шкарпетках підозрюваного. Необхідно проводити диференціацію слідів бризок, які можуть мати різний механізм утворення (удари по закривавленій поверхні, вторинне розбризкування від краплі, що впала на взуття, наступання в калюжу крові тощо).

До можливих варіантів механізму утворення бризок крові можна віднести потрапляння крові з рани при відкритому гемопневмотораксі на шкірні покриви і навколишні предмети. Гемопневмоторакс – це патологічний стан, обумовлений наявністю в плевральній порожнині геморагічного випоту і вільного газу, що утворюється в результаті пошкодження судин, легеневої тканини або бронхів.

При описі слідів бризок крові необхідно відзначати розміри ділянки зі слідами бризок, їх форму, приблизну кількість слідів, напрямок овалу (при овальній формі), напрямок загостреного кінця і точкового елемента (при краплевидній формі або сліди у вигляді знаку оклику).

Комплексна оцінка слідів крові на місці події, на одязі і тілі потерпілих і підозрюваних, а також на знаряддях травми в ряді випадків дозволяє провести детальний ситуаційний аналіз події.

Помарки крові. Помарками називаються поверхневі накладення крові на різні об'єкти. Цим загальним терміном позначають два різні види елементарних слідів: мазки і відбитки. Мазки є наслідком змінного зіткнення предметів, між якими була кров. Особливим різновидом мазків є сліди волочіння масивного закривавленого предмета.

Відбитки крові – утворюються внаслідок статичного контакту з закривавленим предметом. Вони можуть відображати ознаки цього предмета і нерідко можуть бути використані для ідентифікації цього предмета шляхом проведення трасологічної експертизи.

Складні сліди крові

Калюжі від натікання утворюються, коли при витіканні крові на неї не впливають інші фізичні фактори. Такі сліди характеризуються чіткими краями і локалізацією.

Калюжі з розливанням утворюються в результаті стікання крові з висоти або від удару по калюжі. Для таких слідів характерною є наявність безлічі бризок навколо і нерівних країв із відгалуженнями.

Сліди волочиння утворюються в результаті ковзання закривавленого масивного предмета і залишають сліди у вигляді поздовжніх смуг.

Відхилені патьоки утворюються в результаті зміни початкового положення закривавленої поверхні. Характерним є змінений напрямок патьоків (вони можуть відхилятися від вертикалі).

Сліди струминного витікання крові утворюються в результаті руху закривавленого предмета на певній висоті (перенесення тіла або його частин). Сліди являють собою звивисті смуги з фестончастими краями. При цьому ширина смуг відповідає діаметру крапель при тій же висоті падіння.

Вільно падаючі краплі утворюються при мізерному виділенні крові з постійної висоти і залишають групу слідів крапель одного діаметру.

Краплі, що скачуються, утворюються при мізерному виділенні крові при вертикальному положенні тіла, коли краплі падають з однакової висоти і при цьому вдаряються одна об одну. Характерним є те, що сліди крапель мають різні розміри і контури з бризками між ними.

Бризки від фонтанування крові з'являються при артеріальній кровотечі і являють собою ланцюжок бризок, у яких переважають елементи однакових розмірів.

Бризки від розмахування закривавленим предметом утворюють доріжки слідів бризок безладних розмірів.

Бризки від ударів по закривавленій поверхні утворюють віялоподібні сліди крові.

Інерційна деформація слідів утворюється в результаті попадання крові на предмет. Після чого, поки кров ще рідка, цим предметом наносять удари, які викликають зміщення крові в уже сформованих слідах.

Труднощі у виявленні слідів крові можуть виникати з різних причин. До них, у першу чергу, можуть бути віднесені: характер сліду крові, зміна кольору і зовнішнього вигляду під впливом різних факторів, характер і колір предмета, на якому розташовується слід крові, дії злочинця, спрямовані на знищення слідів крові. Пошук дрібних і слабовидимих слідів проводиться за допомогою

лупи, предмети можуть оглядатися в косо падаючому світлі, в ультрафіолетових променях.

Попереднє дослідження крові являє собою застосування спеціальних знань, засобів та методів безпосередньо при огляді місця події чи при проведенні інших слідчих (розшукових) дій з метою отримання відомостей про джерело, властивості, механізм, час та інші обставини події, що розслідується. Такі дослідження можуть здійснювати спеціалісти у галузі судової медицини – судово-медичні експерти, біології – експерти-біологи, імунології – експерти-імунологи, а також спеціалісти у галузі криміналістики – інспектори-криміналісти. Серед різних слідів біологічного походження провідну роль відіграють сліди крові. Для того, щоб в подальшому використовувати дані сліди як докази, важливо вести цілеспрямований пошук слідів крові, вміти їх виявляти, правильно вилучати і вірно трактувати результати дослідження. Інформацію щодо слідів, схожих на кров, можна отримати шляхом застосування попереднього дослідження. Однак тільки при лабораторному дослідженні можна отримати максимально повну інформацію із вилучених слідів крові. Розглянемо деякі способи попередніх проб з метою виявлення слідів крові.

Проба з трьохвідсотковим перекисом водню, при якій розчин наноситься на одну з підозрілих плям за допомогою піпетки. Виникнення піни вказує на можливу присутність в плямі крові. Перекис водню може бути замінений розчином двох таблеток гідропериту в склянці кип'яченої води.

Проба з реактивом Воскобойникова, що складається з 10 вагових частин лимонної або винної кислоти, 4 вагових частин перекису барію і 1 вагової частини основного або оцтовокислого бензидину. Зазначені речовини змішуються, і отримана суміш зберігається в герметично закритому скляному флаконі, бажано в темряві. Перед попередньою пробою невелику кількість реактиву, що уміщається на кінчику ножа (0,1-0,2 г), розчиняють в 10 мл дистильованої або кип'яченої води. Через 1-2 хв. реактив готовий до вживання. Зішкріб крові або ворсинки досліджуваної тканини поміщаються на шматок фільтрувального паперу і на нього наноситься одна крапля отриманого розчину. У разі присутності навіть незначної кількості крові через 15-20 с у центрі плями з'являється сине забарвлення. Можна змочити реактивом ватний тампон і прикласти його до краю досліджуваної плями.

Проба за допомогою реактивного паперу «Гемоколір-1». Для визначення крові в плямі шматочок паперу щільно притискають до плями і змочують тривідсотковим перекисом водню. У деяких випадках зручніше спочатку змочити перекисом папір і негайно після цього притиснути його до плями, наприклад предметним склом. Можна шматочок матеріалу (тканини, дерева тощо) з плямою помістити на папір, змочений перекисом, і затиснути між двома предметними скельцями. Так само можна нанести на папір кілька частинок зіскрібка, краплю змиву і матеріалу, в якому можлива присутність крові, і змочити перекисом. Якщо в досліджуваному матеріалі міститься 0,1 % і більше свіжої негемолізованої крові або 0,02 % і більше гемолізованої або підгнилої крові, то після контакту цього матеріалу з папером і перекисом водню негайно або не пізніше, ніж через 2 хв. у місці локалізації субстрату і навколо нього з'являється фіолетове забарвлення, яке переходить потім у пурпурне. Якщо крові в матеріалі немає, колір паперу протягом зазначеного часу (2 хв.) не змінюється.

Проба з люміналом. Попередньо готується робочий розчин, що складається з 1 л дистильованої води, 5 г кальцінованої соди і 0,1 г люміналу. Безпосередньо перед використанням у нього додають 50–70 г свіжого тривідсоткового перекису водню. Готовий розчин не зберігається і повинен бути витрачений протягом декількох годин. Сутність проби полягає в тому, що при взаємодії з мізерно малими кількостями крові розчин світиться в темряві блакитним світлом. Світіння крові триває близько хвилини, поступово згасаючи, але після повторного нанесення реактиву знову виникає яскравий спалах. Незважаючи на те, що реакція не специфічна для крові, досвідчений спостерігач завжди відрізнити світіння крові від світіння її імітаторів (соків, чорнила, іржі, барвників, хімікатів та інших речовин). Реактив наноситься на досліджуваний предмет за допомогою пульверизатора. Підозрілі ворсинки текстильних тканин або дрібні предмети слід опустити в посудину, заповнену содовим розчином люміналу з домішкою перекису водню. Реакція зберігає свою чутливість і після спроб видалення крові (зіскоблювання, прання з милом або пральним порошком, хімічистки, прасування гарячою праскою) практично на будь-яких матеріалах. Виняток становлять випадки ретельного видалення крові з гладких невсмоктуючих поверхонь (наприклад, пластмаси). Вплив люміналу не заважає подальшому експертному дослідженню крові.

Особливості виявлення слідів крові

Форма, місце та взаєморозташування слідів крові дозволяють судити про механізм вчиненого злочину, в тому числі несуть інформацію щодо дій та взаєморозташування жертви і вбивці в момент нанесення тілесних ушкоджень. Так, плями і бризки можуть сприяти встановленню місця нападу на потерпілого, послідовності нанесення поранень, можливості пересування жертви після отримання перших поранень. Калюжі крові свідчать про те, що кровотеча у потерпілого деякий час відбувалася в даному місці. Розбіжність калюж і місця розташування трупа говорить про те, що тіло було переміщене вже після смерті. Форма патьоків дає можливість визначити, в якій позі перебував потерпілий безпосередньо після поранення.

Про те, що на одягу та тілі злочинця могли залишитися сліди крові, може свідчити їх кількість і розташування на місці події: сліди замивання крові, перенесення закривавленого трупа в інше місце, закривавлені сліди рук на предметах.

Виявлення слідів крові в сприятливій ситуації (коли не робилися спроби їх знищення) особливих труднощів не представляє: для їх пошуку потрібні тільки уважність, ретельність і неквапливість при досить рівномірному загальному освітленні. Труднощі у виявленні виникають з причин, пов'язаних із характером сліду крові, зміною кольору і зовнішнього вигляду під впливом різних факторів, характеру і кольору предмета, на якому розташовується слід крові, дій злочинця, спрямованих на знищення слідів крові.

Свіжа пляма крові має червоний колір. При висиханні вона поступово набуває бурого або чорного кольору. При підвищеній вогкості пляма крові може загнити і набути сірого кольору із зеленуватим відтінком. Замита пляма має жовтуватий або жовтувато-рожевий колір. У ситуації, коли колір предмета-носія близький до кольору плями крові, а також при огляді предметів із тканин рекомендується провести скальпелем або гострим ножом по їх поверхні. Волокна тканини піднімаються, і сліди крові стають більш помітними, а дуже невеликі сліди можуть бути і зовсім вилучені.

Одяг необхідно оглядати на чистій світлій поверхні, звертаючи особливу увагу на приховані місця: шви, манжети, кишень, накладні елементи тощо. Предмети одягу слід оглядати не тільки зовні, але і з внутрішнього боку. Для знищення плям крові нерідко їх замивають холодною водою. Замиті плями із зовнішнього боку

втрачають свій колір і стають малопомітними, але на внутрішніх шарах одягу вони можуть бути добре збереженими і легко помітними. Для виявлення таких слідів на одязі можна застосовувати лампу ультрафіолетового світла або електронно-оптичний перетворювач.

Взуття потрібно оглянути не тільки зверху, але і з боку підшви. Там у різних заглибленнях або тріщинах може міститися кров. З метою повноти огляду підметки або підбори можуть бути відокремлені. При огляді ножів і сокир необхідно звертати увагу не тільки на поверхню, але і на місця з'єднання частин цих предметів, для чого їх розбирають.

При огляді приміщення обстежують не тільки підлогу, стіни, стелю, але і щілини в підлозі, окремі дошки паркету та ламінату з нижнього боку, предмети меблів, звертаючи особливу увагу на місця з'єднання їх частин і різного роду щілини і заглиблення. Якщо місцем події є відкрита місцевість, то при огляді слід звертати увагу на листя, траву і ґрунт (просочена кров надає цим об'єктам більш темного кольору).

Особливості вилучення слідів крові

Сліди крові по можливості вилучають разом із предметом (його частиною), на якому вони виявлені. Якщо це неможливо, сухі сліди зскрібають і поміщають у чистий паперовий пакет. Змив крові роблять шляхом прикладання до плями марлі, змоченої водою або фізіологічним розчином хлориду натрію. Її притискають до плями, поки не відбудеться розчинення крові, і вона не вбереться в марлю. Після чого марля висушується при кімнатній температурі і надсилається для дослідження до експертного підрозділу. Будь-які вологі предмети зі слідами крові висушуються тільки при кімнатній температурі, щоб уникнути руйнування слідів.

Плями, розташовані на стіні, вкритій штукатуркою, потрібно вилучати, вирізаючи зі стіни шматок штукатурки з цими плямами. Вирізаний шматок повинен містити не тільки плями крові, а й мати чисті ділянки для контролю. Коли з будь-яких причин вирізати зі стіни шматок штукатурки не уявляється можливим, робиться зішкріб плями.

Плями крові, що знаходяться на землі, піску і іншому ґрунті, вилучаються совком на всю глибину проникнення крові і тільки ті ділянки, які просякнуті кров'ю. Проби ретельно загортають у папір або в будь-якій інший пакувальний матеріал. Для контролю

в лабораторію також направляються ділянки ґрунту, що лежать поруч, не просочені кров'ю. При вилученні плями крові, що знаходиться на снігу, її (з найменшою кількістю снігу) поміщають в посудину, на дно якої кладуть у кілька разів складену марлю. Після чого вона висушується при кімнатній температурі.

Експертиза слідів крові

Судово-медична експертиза крові проводиться судово-медичними експертами-імунологами з метою визначення групової і типової належності, цитологами для встановлення статевої належності, експертами відділення медичної криміналістики для встановлення механізму утворення слідів і відновлення за ними обставин злочину. Експертне дослідження слідів крові здійснюється з використанням сукупності різних методик, що надає можливість не тільки вирішити питання про наявність крові, але і встановити її належність людині. Цитологічне дослідження сприяє вирішенню питання про те, кому – чоловікові або жінці – належить кров. За допомогою цитологічних методів можна встановити регіональне походження крові (належність конкретному органу або тканині). Можна диференціювати кров новонародженої дитини від крові дорослої людини, визначити кров вагітної жінки. Існують методики, що дозволяють встановити групову належність крові людини в змішаних слідах із кров'ю великої групи тварин.

Орієнтовний перелік завдань, що виконує судово-медична експертиза за слідами крові:

- чи є кров на поданому об'єкті;
- належить вона людині або тварині;
- яка групову належність крові за різними біологічними системами (ABO, MN тощо).;
- яка статеву належність крові;
- чи належить кров дорослій людині або новонародженому;
- з якої ділянки (органу) тіла відбувалася кровотеча;
- яка давність утворення кров'яної плями;
- яка кількість крові, що вилитася, що утворила пляму;
- чи належить кров вагітній жінці або породіллі;
- чи утворена пляма менструальною кров'ю;
- утворена досліджувана пляма кров'ю живої особи або трупа;
- кому саме із перелічених осіб може належати кров.

Сьогодні експертне дослідження біологічних об'єктів, що походять від людини, в тому числі слідів крові, надає досить широкі

можливості завдяки новому методу молекулярної генетики. Судово-медичне дослідження слідів крові здійснює тільки групову, а не індивідуальну ідентифікацію. Генетичне дослідження дозволяє зробити категоричний висновок про належність даного біологічного матеріалу конкретній особі. Цей метод заснований на дослідженні дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК), яка міститься в усіх клітинах людського організму і є носієм генетичної інформації. Об'єктами генетичного дослідження, крім крові, можуть служити сперма, слина і волосся зі збереженою цибулиною.

Для проведення генетичного дослідження придатна кров у рідкому вигляді або в плямах, які не піддавалися обробці з метою знищення. Рідка кров досліджується тільки в незгорнутому вигляді (без згустку). Тому при її вилученні необхідно додати до неї речовину, що перешкоджає згортанню (наприклад, цитрат натрію). Якщо рідку кров не можна в короткій термін доставити до експертної установи, вона повинна зберігатися в холодильнику (не в морозильній камері) при температурі 4–6° С.

Рідку кров слід вилучити з предмета-носія на відповідну підкладку – білу паперову серветку. Після цього підкладка з вилученим матеріалом повинна бути висušена в сухому приміщенні при кімнатній температурі вдалині від опалювальних приладів і прямих сонячних променів.

Успішність генетичного дослідження залежить від давності утворення слідів крові. Важливим фактором є умови, в яких перебував слід до моменту вилучення: чи не піддавався процесу гниття, впливу високих температур, агресивних речовин, вологи. У міру збільшення терміну давності утворення слідів імовірність виділення з них ДНК і її тестування зменшується, навіть при зберіганні в сприятливих умовах.

6.2. ДОСЛІДЖЕННЯ СЛІДІВ СПЕРМИ

Сперма (грец. *отерца* – насіння, сім'я) або *еякулят* (лат. *ejaculor* – вергати, шпурляти) – каламутна, в'язка рідина білуватого кольору, що виділяється чоловічими статевими органами та самцями тварин. Сперма складається зі сперматозоїдів і сім'яної рідини.

Сліди сперми мають важливе значення для доказування певних обставин у ході розслідування злочинів проти статевої свободи

та статевої недоторканності, а тому завдання щодо їх виявлення та дослідження є одними з першорядних.

Залежно від обставин події сліди сперми можуть бути виявлені на різних об'єктах – на ґрунті, предметах, одязі, тілі тощо. У більшості випадків сліди сперми мають білуватий чи білястий колір з незначною жовтизною. На поверхнях із високими поглинаючими властивостями сліди сперми залишаються у вигляді плям із нерівними, звивистими краями. На поверхнях із невисокими поглинаючими властивостями сліди сперми являють собою блискучі плівки, на ворсистих тканинах вони можуть мати вигляд сухих часток білувато-сірого кольору.

При розслідуванні кримінальних правопорушень сліди сперми можуть бути досліджені в ході *позалабораторного (попереднього) дослідження* на місці їх виявлення та *лабораторного дослідження* (судово-медична експертиза).

Попереднє дослідження слідів сперми являє собою застосування знань, засобів та методів безпосередньо на місці огляду чи в ході інших слідчих дій з метою отримання відомостей про джерело, властивості, механізм утворення, час та інші обставини події, що розслідується. Такі дослідження можуть здійснювати спеціалісти в галузі судової медицини – судово-медичні експерти, біології – експерти-біологи, а також спеціалісти у галузі криміналістики – інспектори-криміналісти.

Дослідження слідів сперми може відбуватися із застосуванням фізичних, хімічних або фізико-хімічних методів. Сім'яна рідина досліджується:

- у природньому чи штучному освітленні візуально-органолептично або за допомогою лупи

- у розсіяному або спрямованому освітленні, під різними кутами падіння променів світла (при цьому слідам сперми властиве характерне поблискування);

- із використанням реагентів;

- із використанням люмінесцентного аналізу за допомогою ультрафіолетових та інфрачервоних променів тощо.

Застосування деяких методів попереднього дослідження слідів є можливим лише у пересувній криміналістичній лабораторії (спеціально обладнаний автомобіль). У багатьох випадках з метою попередніх досліджень слідів сперми достатньо використання уніфікованої слідчо-криміналістичної валізи.

Необхідно враховувати наступні особливості слідів сперми під час їх попереднього дослідження фізичними методами, а саме:

- сіруватий із жовтим або коричневим відтінком, найбільш інтенсивним на їх периферійних частинах на світлих тканинах;
- білуватий відтінок на темних тканинах;
- цупкість, ніби накрохмаленість тканини на дотик;
- рожево-червоний чи червоний колір плями у випадку порушення цілісності дівочої пліви;
- на шкірі блищать, немов вкриті лаком;
- специфічний запах сім'яної рідини є характерним для її свіжих плям.

Під час застосування ультрафіолетових променів, як одного з видів фізико-хімічних методів попереднього дослідження слідів сперми, спостерігається флуоресценція (світіння) плям сім'яної рідини. Щоб розпізнати сліди сперми на будь-якому об'єкті, достатньо лише спрямувати джерело УФ-випромінювання на поверхню із сім'яною рідиною. Особливістю дослідження слідів сперми в УФ-променях є той факт, що ефект флуоресценції мають навіть старі, заміті та запрані плями еякуляту. «Свіжі» плями сперми дають жовто-зелене свічення, а плямам добової давнини властива блакитно-біла люмінесценція. Під час попереднього дослідження слідів сперми необхідно враховувати, що ступінь їх люмінесценції зменшується по мірі «старіння» плям сперми. Також важливо брати до уваги і той факт, що ультрафіолетове випромінювання не дає 100 % можливості відмежовувати сліди сперми від інших біологічних слідів – сечі, слини. Усі вони в УФ-променях дають блідо-блакитну люмінесценцію. Саме тому усі виявлені при попередньому дослідженні плями вкрай важливо направити для проведення судово-медичної експертизи в лабораторних умовах.

До хімічних методів попереднього дослідження слідів сперми належить використання різних реактивів, насамперед «Фосфотесту», Phosphatesmo KM, перекису водню та деяких інших. Їх застосування розраховано на сприймання ферментів сім'яної рідини (кислої фосфатази) індикаторами вказаних засобів – тестовим папером чи тестовою пластиною, що надає їм відповідного фіолетового забарвлення як реакція на присутність кислої фосфатази.

Відомості щодо попередніх досліджень необхідно фіксувати в протоколі слідчої дії. Повно та грамотно відображені його хід

та результати можуть якісно доповнити інформацію про слідову характеристику досліджуваного об'єкта.

Виявлені в ході попередніх досліджень сліди сперми дозволяють висунути версії, а також встановити такі обставини злочину, як:

- спосіб вчинення злочину (за наявністю слідів сперми на конкретних частинах тіла потерпілої тощо);
- місце безпосереднього вчинення злочину (за слідами сперми на певних предметах меблів тощо);
- дані про особу злочинця (за груповою належністю сперми, ДНК-профілем);
- дії злочинця з приховування злочину (за замитими слідами).

Судово-медична експертиза (лабораторне дослідження) слідів сперми є дуже важливою слідчою (розшуковою) дією при розслідуванні кримінальних правопорушень, насамперед неочевидних. Вилучені об'єкти поряд з іншими матеріалами для проведення експертизи мають готуватися негайно. Обумовлено це тим, що сліди сім'яної рідини на місці події (зокрема, на місцевості) знаходяться в нефізіологічних умовах контакту з навколишнім середовищем, внаслідок чого швидко втрачають свої біологічні властивості - видові, родові та групові ознаки. В ході проведення судово-медичного дослідження для підтвердження факту з'ягання експерт бере тампоном вміст переддню піхви та піхви. У випадку статевих збочень сім'яна рідина, що міститься у порожнині рота чи прямій кишці, вилучається тампонами, після чого ними роблять мазки на предметному склі та висушують їх при кімнатній температурі. Потім це скло маркується, складається мазками всередину та направляється на дослідження до імунологічного відділення. Для того щоб встановити групу сперми в слідах, експерту також потрібні зразки рідкої крові потерпілої та підозрюваного, а також їх сухої слини. Визначення групових ознак дозволяє виключити походження сперми від конкретної особи або встановити належність підозрюваному чи іншому чоловікові, що має таку ж групу крові. Вирішення питання про належність слідів сперми конкретній особі здійснюється в межах молекулярно-генетичної експертизи.

Орієнтовний перелік завдань, що вирішує судово-медична експертиза за слідами сперми:

- чи є на наданих об'єктах сперма?
- яка групова належність сперми?
- чи можуть належати сліди сперми підозрюваному
- чи можуть сліди сперми належати певній особі?

6.3. ДОСЛІДЖЕННЯ СЛІДІВ СЛИНИ, ПОТУ І СЕЧІ

Слина – це продукт слинних залоз, який бере участь у травленні, що являє собою прозору та в'язку рідину.

На об'єктах, що контактують з тими чи іншими частинами ротової порожнини людини – губами чи язиком, залишаються сліди слини. Виявлення та дослідження слідів слини в ході розслідування кримінальних правопорушень має суттєве значення для встановлення певних обставин.

Сліди слини виявляють на недопалках, поштових марках і конвертах, предметах навколишньої обстановки, одязі постраждалих та предметах, які використовувалися як кляп, і навіть у місцях відкусу їжі.

Попереднє дослідження недопалків та інших об'єктів з імовірною слиною зазвичай не проводять за причини її незначної кількості, а направляють одразу на експертизу (лабораторне дослідження) для встановлення групової та статевої належності виділень.

Сліди слини зазвичай є невидимі в ході огляду місця події та предметів навколишньої обстановки, тому з метою їх виявлення використовують ультрафіолетові промені. Слина відбиває УФ-промені та набуває світло-блакитного кольору. Виявлення слідів слини на об'єктах засновано на наявності в ній ферменту травлення – амілази.

Для проведення експертизи експерту надходять речові докази зі слідами слини, зразки слини всіх учасників події. Відібрання зразків може проводитися із залученням відповідного спеціаліста. Перед взяттям слини рот полощиться водою, під язик кладеться складена у декілька шарів марля розміром 10×10 см для просочування її слиною. Отриманий зразок висушується за кімнатної температури та упаковується у щільний папір.

Встановлення статевої належності слини здійснюють за клітинами епітелію слизової порожнини рота. Виконання такого завдання є можливим за слідами давністю до 10 років.

За слідами слини можна визначити належність слини конкретній особі у разі успішного виділення ДНК-профілю з клітин, що містять клітинне ядро. Це питання вирішується призначенням молекулярно-генетичної експертизи

У висновку експерта можуть міститися відомості, що підтверджують:

- контакт підозрюваного з потерпілим (сліди слини на тілі чи одязі підозрюваного або навпаки – на тілі чи одязі потерпілого);
- перебування підозрюваного, потерпілого на місці події (сліди слини на предметах обстановки) тощо.

Отримані шляхом дослідження слідів слини відомості відіграють роль непрямих доказів. Експерт визначає їх природу, видові та групові ознаки, а не індивідуальні (тотожність).

Орієнтовний перелік питань для проведення експертизи за слідами слини:

- чи є на поданих об'єктах слина?
- кому належить слина: людині чи тварині? Якщо тварині, то якій саме?
- якщо слина належить людині, то яка її групова належність?
- який механізм утворення слідів слини?
- яка статева належність слини?
- кому з конкретних осіб може належати слина?

Піт – безбарвна рідина, що виділяється потовими залозами. До його складу входить вода – 98 %, неорганічні солі, азотвмісні сполуки (сечовина, амінокислоти, креатин тощо), жири, які виділяються шкірою, тощо. Його склад визначають багато факторів: стан здоров'я та властивості індивідуума, режим харчування й пора року тощо.

Сліди поту найчастіше виявляються на головних уборах, одязі, натільній та постільній білизні. Свіжі плями поту не мають запаху. Специфічний запах з'являється з часом, що обумовлено продуктами метаболізму шкіряного покриву. Його виявляють за допомогою УФ-променів у разі появи жовто-блакитної люмінесценції.

Речові докази, на яких імовірно виявлено піт, направляють на лабораторне дослідження з метою визначення групової належності виділень. За наявності живої особи для порівняння групової належності виділень, що виявлені на місці події, з виділеннями певної особи його направляють до судово-медичної установи з метою відібрання зразків крові та слини, а в окремих випадках того виділення, яке передбачається в слідах на речових доказах.

У ході експертного дослідження предметів зі слідами поту його наявність визначають реакцією на амінокислоту серин, що у значній кількості міститься в поті. Ця реакція є чутливою, і позитивний результат можна отримати з 5–10 мг слідів поту, що залишені недавно, та з 15 мг давніх слідів. Виявлення серину залежить не

лише від давності слідів поту, а й від його кількості. Тому в ході експертизи проводять реакцію з різною кількістю поту для отримання достовірних результатів. У слідах поту, що змішані з кров'ю, також можна виявити серин.

Орієнтовний перелік питань для проведення експертизи за слідами поту:

- чи є на поданих об'єктах піт?
- яка групова належність поту?
- який механізм утворення слідів поту?
- яка статева належність поту?
- кому з конкретних осіб може належати піт?

Сеча – продукт виділення нирок, речовина жовтого кольору з різким запахом, що містить воду, солі та кінцеві продукти обміну речовин.

Сліди сечі можуть ставати об'єктами експертизи при розслідуванні злочинів. Вони можуть бути виявлені на нательній чи постільній білизні, на деталях одягу. Зазвичай, сеча є невидима в ході огляду місця події та предметів оточуючої обстановки. Для її виявлення використовують ультрафіолетові промені, які люмінесціюють слабким біло-блакитним забарвленням.

У ході проведення експертизи сеча на предметах виявляється методом встановлення креатиніну. Креатинін – це речовина, що формується у м'язах, потім виділяється у кров, а згодом виводиться з організму нирками із сечею. Якщо сліди насичені, то, незважаючи на їх давність у декілька тижнів, для позитивного результату достатньо 10–15 мг плями, та 30–40 мг, якщо давність рік та більше. Коли сечу змивають водою (вимочують одяг) або миючими засобами, реакція на креатинін є безрезультатною, однак прогладжування плям сечі гарячою праскою, навіть тривалий час, не впливає на реакцію.

На дослідження направляються вилучені об'єкти з метою встановлення групової належності виділень. Групову належність сечі встановлюють, як і інших виділень (кров, слина), за допомогою групових антигенів системи ABO (H), що відповідають їх крові. Виділення із сечею антигенів у різних осіб не є однаковим. Враховуючи ступінь виділення антигенів в особи, що перевіряється, роблять висновок про групу сечі та можливе її походження від конкретної особи.

Орієнтовний перелік питань для проведення експертизи за слідами сечі:

- чи є на поданих об'єктах сеча
- яка групова належність сечі?
- який механізм утворення слідів сечі?
- яка статева належність сечі?
- кому з конкретних осіб може належати сеча?

6.4. ДОСЛІДЖЕННЯ ВОЛОССЯ

Волосся – рогові ниткоподібні похідні шкіри людини, що утворюють характерний волосяний покрив. Волос, як правило, складається з видимої та невидимої частин. Видима частина волосу – це стрижень. Невидима, коренева частина волоса закінчується потовщенням – цибулиною, що занурена в шкіру та розташовується у волосяному фолікулі.

У людини волосся знаходиться на голові, обличчі (брови, вії, ніздрі, вуса, борода), на лобку, під пахвами, а також в інших місцях тіла. Йому властиві характерні ознаки регіонального походження. Волосся різних частин тіла є відмінним за формою, довжиною, товщиною, периферичними та кореневими кінцями, формою поперечних зрізів та іншими ознаками його регіональної належності. Більша довжина є характерною для волосся голови, рідше – для обличчя та вкрай рідко – для інших частин тіла. Хвилясте волосся є типовим для пахв, промежини, лобка, а дугоподібне властиве для вій та брів. Товщина волосся голови є значно меншою, ніж на інших ділянках тіла. Особливо волосся на обличчі (вуса, борода, брови, ніздрі, вії), а також на лобку і у пахових западинах може бути значно товще. Вказані характеристики волосся з різних частин тіла людини необхідно враховувати при їх виявленні та попередньому дослідженні.

Волосся людини досить часто виявляють на місці події, та нерідко воно стає єдиним речовим доказом у кримінальних провадженнях щодо різноманітних видів злочинів. Його можна виявити на місці події під час огляду будівель, знарядь злочину, одягу та тіла потерпілих чи підозрюваних. На місцях подій виявляють як поодинокі волосини, так і пучки волосся. Особливо важливого значення набуває волосся, що виявлене в руках жертви, на натільній білизні потерпілої особи тощо, оскільки воно з великою

вірогідністю може належати злочинцеві. І навпаки, волосся потерпілої особи може бути виявлене на одязі підозрюваного.

Попереднє дослідження волосся, як і інших слідів біологічного походження, являє собою застосування знань, засобів та методів безпосередньо на місці огляду чи в ході інших слідчих дій з метою отримання відомостей про джерело, властивості, механізм утворення, час та інші обставини події, що розслідується. Такі дослідження можуть здійснювати спеціалісти у галузі біології (експерти-біологи), судової медицини (судово-медичні експерти), криміналістики (інспектори-криміналісти).

Пошук волосся проводять, використовуючи лупу з широким полем зору та при гарному освітленні.

Попереднє дослідження волосся на місці виявлення за допомогою мікроскопа у пересувній криміналістичній лабораторії дозволяє встановити його природу, походження (від людини чи тварини), такі ознаки, як: колір, форма, довжина, товщина, на шарування, захворювання, приблизний час підстригання, фарбування чи завивки.

Колір волосся визначають за загальноприйнятими даними, однак у цілому – приблизно: чорний, темно-коричневий, коричневий, світло-коричневий, жовтий, світло-жовтий, рудий, білий (сивий). Також встановлюється і факт фарбування волосся. Визначення кольору волосся під час позалабораторного дослідження набуває особливого значення, коли тіло трупа знаходилось у певних умовах, наприклад – у воді, землі (волосся змінить колір на рудий, світлий відтінок).

Важливим завданням попереднього дослідження волосся є встановлення його довжини шляхом вимірювання звичайною лінійкою в міліметрах. Необхідно визначити зональне фарбування, тобто заміряти ділянку від кореня до барвника. За цією величиною обчислюють приблизний час з моменту фарбування, тому що щоденно ріст волосся на голові становить у середньому 0,37–0,41 мм. Товщину кожної волосини на різних її ділянках вимірюють окуляр-мікрометром та обчислюють середню максимальну товщину. У випадку виявлення змін структури волосся визначають, що їх викликало (хвороба, пошкодження тощо).

Для проведення судово-медичного дослідження волосся у підозрюваних осіб, іноді потерпілих та свідків, відбирають зразки волосся. З голови осіб зразки волосся вилучають з п'яти областей

(лобна, тім'яна, потилична, ліва та права скронева), не менш 20 волосин із кожної. Частину волосся зрізають у кореня (ближче до шкіри) чистими та сухими ножицями, а частину виривають. Якщо відомо, що волосся відділилося з інших частин тіла: бороди, вусів, бакенбардів, брів або лобка чи промежини, пахвових западин, грудей, живота тощо, тоді з цих місць відбирають зразки – не менш 10 волосин у кожному пучку. Їх зрізають також ближче до шкіри. Вилучення зразків волосся з лобка, окрім спеціаліста-медика, може здійснити й сам слідчий, але у чоловіків – чоловік, у жінок – жінка.

Перелік питань, що вирішуються судово-медичною експертизою волосся, є таким:

- чи є подалі об'єкти волоссям?
- чи належать вони людині, тварині? Якщо тварині, то якого виду?
- якщо волосся людини, то з якої частини її тіла?
- чи є пошкодження волосся? Який механізм їх утворення?

Чи є на них завивка, фарбування?

- чи є на волоссі патологічні зміни (захворювання)
- чи подібне між собою волосся, що порівнюється?
- якщо волосся належить людині, то яка його групова та статева належність?

У ході проведення дослідження експерт може встановити:

- видову належність та регіональне походження волосся;
- вирване воно чи випало;
- певні елементи механізму злочину;
- факт піддання волосся осіб, які підлягають перевірці, завивці, стрижці, фарбуванню тощо.

Розпочинається дослідження волосся зі встановлення форми (пряме, хвилясте, кучеряве), кольору (чорний, темно-русявий, світло-русявий, білявий та рудий), вимірювання його довжини та товщини. Далі вивчають його структуру, рисунок кутикули, пошкодження, особливості поперечних зрізів.

Встановлення регіонального походження волосся з певних частин тіла є особливо важливим при розслідуванні статевих злочинів, коли на тілі та одязі виявляють волосся і необхідно встановити звідки вони: з лобка, стегон, грудей насильника чи потерпілої тощо.

Наступним етапом судово-медичного дослідження волосся є порівняльне дослідження, під час якого виконуються завдання зі

встановлення групової та статевої належності. Встановлення статі за волоссям разом з іншими ознаками збільшує доказове значення об'єктів. Це представляє особливу цінність для розшуку злочинця.

Останнім часом стало можливим дослідження волосся людини із застосуванням нового методу молекулярної генетики – методу ДНК-аналізу, що надав можливість ідентифікувати походження волосся від конкретної людини. Обов'язковою умовою при цьому має бути наявність цибулини волосся, оскільки значна кількість ДНК у волоссі міститься у волосяній цибулині. У свою чергу, волосся може мати або не мати цілої волосяної цибулини. Волосся може бути вирване, зрізане або таке, що випало. Основна кількість ДНК у волоссі міститься у волосяній цибулині, і дослідження такого волосся є значно простішим, ніж дослідження стрижня волосся без цибулини.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Які є форми слідів крові, їх класифікація?
2. Методи попереднього дослідження слідів крові.
3. Методи експертного дослідження слідів крові.
4. Правила вилучення слідів крові на місці події.
5. За якими ознаками можливо встановити сліди сперми?
6. Які є методи дослідження слідів сперми?
7. Які завдання виконуються дослідженням слідів сперми?
8. На яких об'єктах найчастіше залишаються сліди слини?
9. Які особливості виявлення слідів слини?
10. Які можливості дослідження слідів слини?
11. Які фактори впливають на склад поту?
12. Які завдання виконуються дослідженням слідів поту?
13. Які завдання виконуються дослідженням слідів сечі?
14. Які ознаки регіонального походження волосся вам відомі?
15. Який порядок відібрання зразків волосся для проведення експертизи?
16. Які завдання виконуються дослідженням волосся?

РОЗДІЛ 2

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

ГЛАВА 7

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ

7.1. ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ І РОЗВИТКУ СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ. МЕТА, ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ

З глибини віків до нас дійшли уявлення про психічні хвороби, що вважалися наслідком втілення в людину демонів, злих духів тощо. Від давніх часів походження психічних розладів також пояснювалося різними травмами, розлиттям жовчі і надлишковим вживанням вина, рідини, життєвими негараздами тощо. Широко відомі з історії Середньовіччя «полювання на відьом», організовані інквізицією, коли під тортурами і на вогнищах було знищено багато душевнохворих людей.

У слов'янських країнах, у тому числі в Україні, ставлення до психічнохворих було більш гуманним, ніж у країнах Західної Європи. І хоча їх теж визнавали нерідко одержимими дияволом, жорстокі заходи застосовували по відношенню до них рідко. Самі назви душевних хвороб свідчать про те, що слов'яни вважали ці хвороби божою карою: «божа неміч», «божий сказ», хворих називали «божевільними», «божегнівними». Деяких хворих проголошували «юродивими», «святими» і намагалися в їхніх розмовах убачати різні пророкування і поради.

Уже в Київській Русі створювали організаційні форми турботи про психічнохворих. Так, в «Уставі» Володимира обов'язком церкви була турбота про «біснுவатих» поряд зі старцями й каліками. У «Житії» засновника Київського монастиря Феодосія Печерського є настанова, щоб монастир давав притулок «біснуватим», які «страждали мимоволі». У XV і XVI ст. в Україні організували богадільні, де надавали допомогу психічнохворим. У 1554 р. цар Іван Грозний видав указ, що містив вимогу до монастирів піклуватися про

«легкодушних», забезпечувати їм догляд і харчування, а також щире та лагідне до них ставлення. Таким чином, перші організаційні форми допомоги психічнохворим в Україні (яка тоді була складовою Російської імперії) були запроваджені на три століття раніше, ніж у Європі, а психічні захворювання розглядалися як хвороби мозку.

Під час царювання Петра I був виданий указ про створення спеціальних госпіталів для психічнохворих. З 1775 р. почали відкриватися психіатричні відділення при лікарнях. Перший будинок для божевільних було відкрито у Новгороді в 1776 р., а в 1779 р. – побудовано першу спеціалізовану психіатричну лікарню в Петербурзі, у Москві – в 1809 р. В Україні першу психіатричну лікарню було відкрито в 1796 р. у Харкові («Сабурова дача»). Поступово такі заклади почали відкриватися в багатьох губерніях, але основним їх завданням була ізоляція хворих від суспільства. Становище хворих у будинках для божевільних було важким: на них надягали гумові сорочки, прив'язували ременями, сковували. Ліквідацію ланцюгів, введення медичних порядків, проведення трудових занять почали застосовувати з 1828 р. у Москві В. Ф. Саблер, у Петербурзі в лікарні «Всіх скорбних» І. Ф. Рюль. Розуміння психічних порушень як прояв хвороби зумовило й характер будівництва лікарень – для лікування, а не для презирства. Очоловували психіатричні лікарні лікарі, які мали підготовку з психіатрії.

У розвитку судової психіатрії видатна роль належить передовим психіатрам XIX ст., які намагалися розглядати психічні хвороби з матеріалістичних і гуманістичних позицій, піклувалися про охорону прав і людської гідності психічнохворих, виступали за недопустимість засудження тих, хто потребує лікування. Представниками передової психіатрії в Росії були професор Московського університету С. С. Корсаков (1854–1900), професор Казанського університету А. У. Фрезе (1826–1884), видатний психоневролог В. М. Бехтерев (1857–1927), засновник судової психіатрії В. П. Сербський (1858–1917). В Україні працювали професор, один із засновників Психоневрологічного інституту В. М. Геккебуш (1881–1931), академік О. І. Ющенко (1869–1936).

На Заході таку ж роль відіграли відомі психіатри В. Грізінгер (Німеччина), Крафт-Ебінг (Австрія), Ф. Пінель і Ж. Ескіроль (Франція), Моудслі (Англія), Рей (США) й багато інших.

Великий внесок у науково-практичне розроблення судової психіатрії зробили співробітники Всесоюзного науково-дослідного

інституту загальної та судової психіатрії ім. В. П. Сербського в Москві: академік Г. В. Морозов, професори А. К. Качаєв, В. П. Белов, Ф. В. Кондратьєв, І. М. Боброва, Т. П. Печернікова.

Історію розвитку судової психіатрії в Україні прийнято поділяти на чотири етапи.

Перший етап (1919–1929 рр.) – накопичення досвіду судово-психіатричної експертної роботи, розроблення нових форм експертизи і примусових заходів медичного характеру, становлення законодавчої та науково-технічної бази.

Під час першої світової і громадянської війн (1914–1921 рр.) психіатрична допомога населенню в Україні зазнає занепаду. Була ліквідована значна кількість психіатричних закладів. Новий поштовх для свого розвитку психіатрична служба в нашій країні отримує в 1920 р., після з'їзду з питань медичної освіти в Україні. На з'їзді було рекомендовано посилити науково-дослідницьку і лікувально-профілактичну роботу в галузі неврології і психіатрії. Було визнано за необхідне створення в м. Харків Центрального науково-дослідного інституту психоневрології, який відкрився в 1922–1923 рр. Його першим директором був заслужений професор О. Й. Гейманович. Поряд із тим у 1926 р. в Харкові також було відкрито Український інститут клінічної психіатрії та соціальної психогієни. Його засновником став академік В. П. Протопопов.

Другий етап (1930–1950 рр.) – організація мережі судово-психіатричних закладів (відділень, експертних комісій) у системі органів охорони здоров'я, проведення наукових досліджень, підготовка наукових кадрів. У 1932 р. на базі Центрального науково-дослідного інституту психоневрології та Українського інституту клінічної психіатрії та соціальної психогієни була організована Всеукраїнська психоневрологічна академія, якій було доручено виконання завдань психоневрологічної практики. У той же час в Академії працювали широко відомі не тільки в Україні та СРСР, але і в цілому світі видатні вчені-психіатри академіки А. І. Ющенко, В. П. Протопопов, А. Е. Попов, професор К. І. Платонов тощо.

Третій етап (1951–1991 рр.) – розширення діагностичних та експертних можливостей впровадження нової системи судово-психіатричних оцінних критеріїв стосовно всіх психічних хвороб. Початок практичного впровадження такого нового напрямку судово-психіатричної діяльності, як профілактика суспільно небезпечних дій психічно хворих. У практику запроваджено два

види примусових заходів медичного характеру – лікування в психічних лікарнях загального типу і спеціального типу, що підпорядковувалися Міністерству внутрішніх справ. З 1988 р. примусове лікування почало проводитись у лікарняних закладах трьох типів, які підпорядковувалися тільки органам охорони здоров'я: зі звичайним, посиленням і суворим спостереженням. На VI конгресі Всесвітньої асоціації психіатрів у 1977 р. порушувалося питання про так звану «каральну психіатрію», про використання в СРСР психіатрії з політичною метою й утисків прав людини. Відкрите визнання таких фактів почалося наприкінці 80-х років. Одночасно в результаті багатьох публікацій у пресі про використання радянської психіатрії з політичною метою, для боротьби з інакодумцями й опозицією почалося огульне та безпідставне звинувачення всіх психіатрів: їх називали «злочинцями в білих халатах», «психіатричною мафією» тощо. У багатьох випадках це порушило нормальні відносини між психіатрами та їхніми пацієнтами. В Україні є два відповідні науково-дослідні інститути: в м. Харків – Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, на базі якого працює Проблемна комісія МОЗ та АМН України «Психіатрія», в м. Київ – Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (1985 р.). Крім того, ще в 15 обласних центрах України на базі місцевих медичних навчальних закладів – університетів та академій – розгорнуто 26 кафедр психіатричного профілю. В усіх цих установах розробляються найбільш актуальні щодо питань охорони психічного здоров'я населення наукові проблеми.

Четвертий етап (від 1991 р. донині) – здійснено перехід на МКХ-10. Судовими психіатрами використовуються досконаліші та надійніші діагностичні критерії психічних розладів, завдяки чому значно підвищена вірогідність діагностики. Після розпаду СРСР інтерес громадськості до психіатрії значно знизився, а практика відносин між судовими психіатрами та правоохоронними органами стала результативнішою. Продовжується демократична судово-правова реформа. Від 22 лютого 2000 р. діє Закон України «Про психіатричну допомогу».

Мета, предмет і завдання судової психіатрії

Психіатрична наука в цілому і будь-яка з її галузей досліджують закономірності виникнення, розвитку та можливого

результату групи хвороб, що супроводжуються порушеннями психіки. Ці хвороби називаються психічними розладами.

Загальна психіатрія досліджує зазначені закономірності з метою надання психічно хворим психіатричної допомоги. Судова психіатрія вивчає психічні розлади стосовно завдань, які виконуються в ході здійснення правосуддя у кримінальних і цивільних справах. На підставі висновку судових психіатрів, що підлягає оцінці в сукупності з іншими доказами, суд в рамках кримінального чи цивільного судочинства приймає процесуальні рішення – визначення, постанову, вирок. Тому ця галузь психіатрії називається «судовою».

Як зазначалося, загальна психіатрія та її галузь судова психіатрія мають схожі та відмінні ознаки. Так, зокрема, обидві медичні дисципліни вивчають психічні розлади одними методами дослідження, діагностики, мають єдину класифікацію психічних захворювань, єдині терміни та поняття, одну систему наукових поглядів на етіологію та патогенез психічних розладів і систему практичних дій, що полягають у їх виявленні, профілактиці та лікуванні. Проте на відміну від загальної психіатрії судова, крім зазначеного, виконує судово-психіатричну оцінку психічної патології за допомогою специфічних критеріїв, що зумовлює виокремлення психічної патології, яка має певне юридичне значення і спричиняє відповідні правові наслідки. Отже, *предмет судової психіатрії* становлять психічні розлади, які мають правове значення у кримінальному та цивільному процесі.

У вужчому розумінні предметом судової психіатрії є визначення психічного стану підекспертних у певні відрізки часу і стосовно певних обставин, що становлять інтерес для слідства і суду.

Коло питань судової психіатрії визначається її основними *завданнями*:

1) експертне обстеження і надання висновків про осудність чи неосудність осіб, притягнених до кримінальної відповідальності, які викликають сумніви в їх психічному здоров'ї у слідства та суду, а також щодо психічного стану цих осіб під час проведення експертизи;

2) попередження суспільно небезпечних дій психічно хворих, у тому числі шляхом застосування заходів медичного впливу

стосовно неосудних, обмежено осудних та осіб, які захворіли після вчинення злочину;

3) обстеження і надання експертних висновків з питань про дієздатність осіб, які викликають сумніви в їх психічному здоров'ї у суду в цивільному процесі;

4) визначення психічного стану свідків і потерпілих за необхідності;

5) визначення психічного здоров'я осіб, у яких з'явилися ознаки психічних розладів під час відбування покарання в місцях позбавлення волі, та подання висновків про заходи медичного характеру стосовно таких осіб;

6) в окремих випадках, за потреби, – надання допомоги у визначенні слідчих дій, методики розслідування.

Отже, судова психіатрія як самостійна наука вивчає психічні розлади, чим сприяє правосуддю. При вирішенні певних клінічних психіатричних питань щодо застосування правових норм у коло її вивчення потрапляють ті розлади психічної діяльності, встановлення яких у кримінальному чи цивільному судочинстві тягне за собою визначені діючим законодавством правові наслідки: звільнення від кримінальної відповідальності, застосування примусових і непримусових заходів медичного характеру (в разі підтвердження наявності психічних розладів такі чи іншої глибини) – в кримінальному процесі; визнання угоди недійсною – при аналогічних судово-психіатричних висновках у цивільному процесі.

Судова психіатрія є необхідною для вивчення студентами-юристами, а також спеціалістами-психіатрами, чия робота стосуватиметься практики судово-психіатричної експертизи. Знання із судової психіатрії дозволить студентам-юристам у їх майбутній практичній роботі правильно призначати і розуміти судово-психіатричну експертизу, критично оцінювати не тільки експертний висновок, а й ті принципи положення і фактичні дані, на основі яких він базується. Водночас без судово-психіатричних знань висновки експертів будуть незрозумілими працівникам судово-слідчим органів і прокуратури, адвокатам.

7.2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ОСНОВИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Призначення судово-психіатричної експертизи, обов'язки, права та відповідальність судових експертів (далі – експерти) визначаються Кримінальним процесуальним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України, Кодексом України про адміністративні правопорушення, Кримінальним кодексом України, Законом України «Про судову експертизу».

За формою проведення СПЕ може бути *амбулаторною, стаціонарною, посмертною*.

Строк проведення амбулаторної СПЕ становить до 30 робочих днів із дати отримання всіх необхідних матеріалів. Строк проведення посмертної СПЕ становить 60 робочих днів з дати отримання всіх необхідних матеріалів. Залежно від ступеня складності експертизи і обсягу її об'єктів, поданих на СПЕ, цей строк може бути продовжено з інформуванням органу або особи, які призначили експертизу або залучили експерта. Стаціонарна експертиза проводиться в експертній установі на підставі відповідного процесуального документа про призначення СПЕ. Вона здійснюється в експертній установі з окремим утриманням осіб, яких тримають і не тримають під вартою. Строк проведення стаціонарної СПЕ становить до 2 місяців, якщо коротший строк не встановлено ухвалою слідчого судді або суду.

За потреби та з дотриманням вимог Закону України «Про судову експертизу» СПЕ може проводитись за місцезнаходженням особи, щодо якої призначено СПЕ, за умови забезпечення експертові безперешкодного доступу до неї.

За процесуальними ознаками СПЕ може бути *первинною, повторною, додатковою*.

За організаційними ознаками СПЕ може бути *одноосібною та комісійною*.

Предметом СПЕ є психічний стан особи у певні юридично значущі проміжки часу. Психічний стан особи у певні юридично значущі проміжки часу визначається з метою надання відповіді на запитання, поставлені особою або органом, яка (який) залучила(в) експерта, або слідчим суддею чи судом, що доручив проведення експертизи¹.

¹ Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи : наказ М-ва охорони здоров'я України від 08.05.2018 № 865.

Відповідно до підстав основними завданнями СПЕ можуть бути:

- визначення психічного стану і надання висновків про осудність чи неосудність підозрюваних, обвинувачених, засуджених, стосовно яких у слідства та суду виникли сумніви щодо їх психічного здоров'я, а також надання висновків про необхідність застосування медичних заходів стосовно осіб, визнаних неосудними в момент скоєння ними правопорушення або таких, що захворіли на психічну хворобу після вчинення злочину;

- визначення психічного стану свідків і потерпілих і подання висновків про здатність обстежуваного правильно сприймати, запам'ятовувати та відтворювати обставини, які мають значення для кримінального провадження, у випадках, коли в органів слідства та суду виникають сумніви в психічному здоров'ї цих осіб;

- визначення психічного стану позивачів, відповідачів, а також осіб, стосовно яких вирішується питання про їх дієздатність.

З метою організації проведення судово-психіатричної експертизи органами охорони здоров'я утворені при психіатричних лікарнях, відділеннях (стаціонарна експертиза) та при амбулаторній ланці психіатричної служби – психіатричних і наркологічних диспансерах (амбулаторна експертиза) спеціальні судово-психіатричні експертні комісії).

До СПЕК входять не менше трьох лікарів-психіатрів (голова та два члени). У виключних випадках допускається проведення експертного обстеження двома психіатрами чи одним. В Україні у СПЕК вводяться, здебільшого головуючими, спеціалісти-психіатри з найдосвідченіших кадрів, яким призначаються відповідні ранги державних службовців. Судово-психіатричним експертом може бути тільки особа, котра має звання лікаря і пройшла спеціалізацію з психіатрії. Експерт повинен бути незалежним від сторін, об'єктивним, тобто не мати особистої зацікавленості в результатах експертизи, що забезпечує його процесуальну незалежність, об'єктивність і неупередженість.

7.3. ПОНЯТТЯ ОСУДНОСТІ, ОБМЕЖЕНОЇ ОСУДНОСТІ ТА НЕОСУДНОСТІ. КРИТЕРІЇ НЕОСУДНОСТІ

Правова держава не допускає засудження людини, яка при скоєнні суспільно небезпечного діяння не усвідомлювала своїх дій або не могла керувати ними. Така людина не може розглядатися як

злочинець і відповідати за суспільно небезпечні діяння нарівні з психічно здоровими людьми, здатними пізнавати об'єктивний світ і внаслідок цього правильно орієнтуватися в реальній дійсності.

Осудність є обов'язковою ознакою суб'єкта злочину. Тільки осудна особа здатна правильно оцінювати фактичні обставини вчинюваного діяння, усвідомлювати його суспільно небезпечний характер, керувати своїми діями (бездіяльністю). Тільки осудна особа підлягає кримінальній відповідальності й покаранню. Згідно з ч. 1 ст. 19 КК, осудною визнається особа, яка під час вчинення злочину могла усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і керувати ними.

Осудність – це психічний стан особи, який полягає у її здатності за станом психічного здоров'я, за рівнем соціально-психологічного розвитку і соціалізації, а також за віком усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій, керувати ними під час скоєння злочину і нести у зв'язку з цим кримінальну відповідальність.

Різновидом осудності є **обмежена осудність**. Відповідно до закону (ст. 20 КК), обмежено осудною визнається особа, яка під час вчинення злочину, через наявний у неї психічний розлад, не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і (або) керувати ними.

Обмежена осудність визначається тільки на момент вчинення злочину і лише у зв'язку з ним. Ставити питання про обмежену осудність за межами такого діяння недопустимо. На відміну від осудності обмежена осудність характеризується трьома критеріями: юридичним, психологічним і медичним.

Юридичним критерієм обмеженої осудності є факт вчинення особою передбаченого КК України суспільно небезпечного діяння (злочину), характеристика якого свідчить про психічний розлад суб'єкта злочину і значне обмеження здатності усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і/або керувати ними, за наявності доказів учинення його особою, відносно якої вирішується питання про обмежену осудність.

Це означає, що питання про обмежену осудність виникає тоді, коли: а) є факт вчинення суспільно небезпечного діяння (злочину); б) вказане діяння передбачене законом про кримінальну відповідальність як злочин; в) діяння вчинене особою, у якої суттєво обмежена здатність усвідомлювати свої дії (бездіяльність)

і/або керувати ними внаслідок хронічного чи тимчасового хворобливого розладу психічної діяльності (непсихотичного рівня); г) є докази вчинення діяння особою, відносно якої вирішується питання про обмежену осудність; г) у судді (слідчого) виник сумнів щодо психічної здатності особи усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та керувати ними (думка про психічне відхилення від норми).

Психологічний критерій обмеженої осудності полягає в нездатності особи повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними. Законом не передбачено рівень обмеження здатності усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і/або керувати ними. Однак очевидно, що психологічний критерій потребує певного уточнення і повинен передбачати суттєве обмеження (кількісне) у суб'єкта злочинного діяння здатності усвідомлювати свої дії і/або керувати ними.

Психологічний критерій може характеризуватись двома ознаками: по-перше, інтелектуальною – особа не здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) (не здатна у повному обсязі усвідомлювати фактичний бік та суспільну небезпечність своєї поведінки); по-друге, вольовою – особа не здатна повною мірою керувати своїми діями. При цьому в особі може бути суттєво обмежена здатність усвідомлювати свої дії та обмежена або збережена здатність керувати ними, і навпаки. А також може бути значно обмежена здатність усвідомлювати свої дії і здатність керувати ними.

Зазначені особливості інтелектуальної та вольової ознак обумовлюють те, що в законі про кримінальну відповідальність між ними стоїть і єднальний («і»), і розділовий («або») сполучники.

Медичним критерієм є психічний розлад. У законі медичний критерій не конкретизований. Наука до медичного критерію відносить хронічні або тимчасові хворобливі розлади психічної діяльності непсихотичного рівня (так звані межові психічні розлади або *психічні аномалії*), важливою характеристикою яких є кількісне обмеження здатності сприймати свідомо свої дії (наприклад, психопатія, неврози, фізіологічний афект тощо).

Таким чином, **обмежена осудність** – це кримінально-правова категорія, яка характеризує психічний стан особи під час вчинення злочину, обов'язковою ознакою якого (стану) є суттєве обмеження внаслідок хронічного або тимчасового розладу психічної

діяльності (непсихотичний рівень) здатності особи усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і/або керувати ними за якісного збереження критичної функції свідомості.

При цьому слід зазначити, що будь-який психічний розлад межового характеру, який не позбавляє особу здатності усвідомлювати та керувати своїми діями, певною мірою обмежує цю здатність, але не будь-який свідчить про обмежену осудність. Іншими словами, обмежена здатність усвідомлювати свої дії або керувати ними за певних хворобливих розладів психіки (непсихотичного рівня), як правило, не повинна ідентифікуватися з обмеженою осудністю. Для визнання особи обмежено осудною недостатньо встановити в неї хворобливий розлад психічної діяльності непсихотичного рівня, потрібно, щоб хворобливі вияви істотно вплинули на поведінку особи і зумовили злочинний характер діяння.

Обмежена осудність не скасовує кримінальної відповідальності, її правова природа полягає в тому, що вона є пом'якшуючою покарання обставиною, що передбачена самостійною нормою Загальної частини КК України. Визнання особи обмежено осудною враховується судом при призначенні покарання і може слугувати підставою для застосування примусових заходів медичного характеру, тобто суд взагалі може відмовитись від призначення покарання особі, визнаній обмежено осудною стосовно вчиненого нею злочину.

Не підлягає кримінальній відповідальності особа (ст. 19 КК), яка під час вчинення суспільно небезпечного діяння була в стані неосудності, тобто не могла усвідомлювати своїх дій або бездіяльності, керувати ними внаслідок хронічної душевної хвороби, тимчасового розладу душевної діяльності, недоумства чи іншого хворобливого стану психіки.

Із наведеного випливає, що у формулі неосудності присутні **два критерії: медичний (біологічний) і юридичний (психологічний)**, які виступають у поєднанні та визначають стан неосудності особи, котра скоїла суспільно небезпечні дії.

Медичний критерій являє собою чотири узагальнені групи психічних розладів: хронічний психічний розлад, тимчасовий психічний розлад, слабоумство, інший хворобливий стан психіки.

1 група – хронічний психічний розлад об'єднує захворювання, які характеризуються тривалістю перебігу і тенденцією до

прогресування (поступового наростання і ускладнення хворобливого процесу, погіршення викликаних хворобою порушень психіки). Хронічні психічні розлади, як правило, призводять до глибоких і стійких змін особистості хворого. До таких захворювань належать, зокрема, шизофренія, сифіліс мозку, старечі психози, епілепсія тощо.

2 група – *тимчасовий психічний розлад* у формулі неосудності охоплює різні за тривалістю хворобливі процеси, що закінчуються одужанням. Їх тривалість варіюється в дуже широких межах – від декількох годин і навіть хвилин (при так званих виняткових станах) до декількох тижнів, місяців, іноді років. Основною ознакою тимчасового психічного розладу є не його тривалість, а принципова можливість повного одужання, яка при хронічних психічних хворобах практично відсутня. До цієї групи, крім уже названих виняткових станів (короточасних психічних розладів), належать також реактивні стани, більшість алкогольних психозів, симптоматичні психози і низка інших.

Третя група – *слабоумство* – об'єднує стійкі, незворотні розлади пізнавальної діяльності зі збіднінням психіки, ураженням інтелекту, пам'яті, критичних здібностей, порушеннями особистості. Розрізняють вроджене (олігофренія) і придбане (атеросклеротическое, стареча деменція тощо) слабоумство.

4 група – *інші хворобливі стани психіки* – включає психічні розлади, що не потрапили до жодної з трьох перших груп, але здатні виключити осудність. Сюди входять психопатії (розлад особистості), інфантилізм і деякі інші види хворобливих станів.

При багатьох психічних хворобах у людини зберігається до певних меж правильне сприйняття навколишнього світу. Для визнання особи неосудною потрібно встановити її нездатність усвідомлювати саме ті суспільно небезпечні діяння, які вона вчинила, будучи психічно хворою.

Питання про осудність (неосудність) завжди вирішується стосовно конкретного діяння. Ніхто не може бути визнаний неосудним взагалі, безвідносно до вчиненого. По-перше, перебіг хронічних психічних захворювань припускає можливість поліпшення стану (ремісії). По-друге, при деяких хворобливих станах психіки, наприклад при олігофренії, особа може усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку одних своїх дій (таких як заповідання побоїв, крадіжка) і не усвідомлювати суспільної

небезпеки інших дій, які стосуються більш складних відносин (порушень санітарно-епідеміологічних правил).

Інтелектуальна та емоційно-вольова сфери неподільно пов'язані між собою. Сучасна психіатрія вважає, що не існує ізольованого ураження психічних функцій. Однак це не виключає того, що хворобливий розлад психіки може зачіпати переважно той або інший її бік. При деяких хворобах особа в певних межах може критично ставитись до своїх дій, але не в змозі керувати ними, не може утриматись від їх вчинення (наприклад, піроман розуміє протиправність своїх дій, але не може втриматися від підпалу). Саме тому *юридичними (психологічними) критеріями неосудності* є як нездатність особи усвідомлювати значення своїх дій (інтелектуальний критерій), так і неможливість керувати ними (вольовий критерій). Обидві ці ознаки у ч. 2 ст. 19 КК України розділені сполучником «або», що підкреслює їх самостійне значення.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Мета, предмет і завдання судової психіатрії.
2. Класифікація форм проведення судово-психіатричної експертизи.
3. Осудність.
4. Обмежена осудність.
5. Поняття та критерії неосудності.
6. Медичний критерій неосудності та його складові.
7. Юридичний критерій неосудності та його складові.

ГЛАВА 8

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

8.1. ПОНЯТТЯ ПРО СИМПТОМИ І СИНДРОМИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Психічні хвороби виявляються, перш за все, в порушенні процесів сприйняття, пам'яті, мислення, інтелекту, емоцій, волі, потягів. Тому при описуванні і класифікації ознак (симптомів) психічних хвороб виходять з особливостей названих змін.

Симптоми – це окремі ознаки психічних захворювань.

Синдроми – це певні поєднання симптомів, що мають закономірні внутрішні зв'язки.

З виявлення симптомів і синдромів починається обстеження хворих із психічними розладами. Симптоми або синдроми, взяті ізольовано один від одного, не мають певної специфічності (тобто не визначають конкретну психічну хворобу), оскільки практично одні й ті ж самі клінічні прояви можуть зустрічатися при різних психічних захворюваннях або розладах. Симптом набирає відповідного значення тільки тоді, якщо розглядається у рамках синдрому. Синдром має діагностичну цінність лише тоді, коли вивчається в динаміці захворювання, у співвідношенні з таким важливим критерієм, як особливості змін особи, що виникають під час перебігу психічної хвороби.

8.2. РОЗЛАДИ СПРИЙНЯТТЯ: ВИДИ ТА ОЗНАКИ

Сприйняття – відображення предметів і явищ, оточуючої нас дійсності, що безпосередньо впливають на органи чуттів.

Найпоширеніші розлади сприйняття:

1) *галюцинації* – сприйняття, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт і в даному місці дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприйняття, які істотно змінюють поведінку людини і можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

Галюцинації виникають без залежності від існування об'єкта і в переважній більшості випадків супроводжуються переконаністю хворого в реальності галюцинаторних образів.

За видами аналізаторів галюцинації поділяються на:

- *зорові (оптичні)* – сприйняття неіснуючих зорових образів: *аделоморфні* (нечіткі розмиті зорові образи); *мікро- та макроскопічні* (зменшені чи збільшені); *поліоптичні* (чисельні однакові зорові образи); *аутоскопичні* (хворий бачить поряд із собою власного двійника); *негативні аутоскопичні* (хворий не бачить себе у дзеркалі); *геміаноскопічні* (виникають в одній половині поля зору);

- *слухові (вербальні)* – сприйняття акустичних образів, голосів, яких насправді не існує. Голоси можуть бути: *коментуючими* (коментують вчинки хворого); *імперативними* (наказовими, що особливо небезпечно); *контрастуючими* (діалог голосів, які ведуть суперечку. Зазвичай, частина голосів при цьому засуджує хворого, а частина виправдовує); *нейтральними* (їх зміст не стосується особи хворого);

- *тактильні* – відчуття повзання по шкірі або під шкірою якихось істот;

- *нюхові* – сприйняття уявних запахів різної інтенсивності і відтінків. Переважно, вони мають неприємний відразливий характер – трупний запах, гниття, запах сірководню;

- *смакові* – їжа набуває невластивих їй смакових властивостей. Як і при нюхових галюцинаціях, йдеться про відразливі відчуття, які викликають відмову від вживання їжі;

- *вісцеральні* – хворий стверджує, що всередині його тіла, частіше за все в животі, знаходяться живі істоти – жаби, змії. Вони можуть «пересуватись, повзати» тощо, викликаючи вкрай неприємні відчуття;

- *комбіновані (складні)* – одночасне існування різних видів галюцинацій. Наприклад, хворий бачить змію, чує її шипіння і відчуває її холодний дотик.

За реальністю проєкції галюциноаторного образу галюцинації бувають:

- *істинні* – людина вказує місце розташування образу, як правило, зовні і на реальній для сприйняття відстані (наприклад, образ людини, який вона бачить, бачить на вулиці, а не на місяці; звук чує за стіною, а не з відстані тисячі кілометрів чи з голови);

- *псевдогалюцинації* – помилкові образи без проєкції зовні. Наприклад, голос, що чується в голові «внутрішнім вухом», образ, що бачиться «внутрішнім оком».

Також за періодом виникнення виокремлюють:

– *гіпнагогічні галюцинації* – видіння чи слухові обмани, які виникають при закритих очах перед засинанням чи у дрімотному стані;

– *гіпнопомпнічні галюцинації* – видіння чи різні слухові обмани, що виникають під час пробудження;

2) *ілюзія* – хибне сприйняття реально існуючого об'єкта. За органами чуттів розрізняють: зорові, слухові, нюхові, тактильні та смакові ілюзії, а також ілюзії загального відчуття (становища у просторі). Ілюзія може виникати і у психічно здорової людини в стані тривожного очікування, страху тощо. Наприклад, краплі дощу сприймаються як шепіт, окремі різкі звуки – як постріли, одяг, що висить на вішалці, – як людська фігура;

3) *дереалізація* – відчуження світосприйняття з утратою орієнтації у часі та просторі. Такі хворі скаржаться на те, що світ змінився, все навколишнє сприймають чужим, мертвим, тьмяним, застиглим, нереальним. Мають багато спільного з дереалізацією і симптоми, що виникають при поєднанні розладів сприйняття і пам'яті: *deja-vu* – «раніше бачене»; *jamais vu* – «ніколи не бачене»; *deja entendu* – «раніше почуте».

8.3. РОЗЛАДИ ПАМ'ЯТІ: ВИДИ ТА ОЗНАКИ

Пам'ять – психічний процес, що полягає у фіксації, збереженні і відтворенні минулих вражень, досвіду та іншої інформації.

Виділяють наступні розлади пам'яті:

1) *амнезія* – розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію. Види амнезії:

– *ретроградна* – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію про події, що сталися до початку захворювання.

– *антероградна* – труднощі відтворення стосуються часу після виникнення хвороби;

– *антероретроградна* – амнезія, що поєднує антероградну і ретроградну, тобто випадіння з пам'яті подій, що передували захворюванню, а також тих, що мали місце після його початку;

2) *часткове порушення пам'яті* (порушення пам'яті часткового характеру):

- *гіпомнезія* – зниження пам'яті. Зустрічається при психозах старечого віку, церебральному атеросклерозі, при прогресуючих органічних захворюваннях (енцефаліти, травматична хвороба, алкогольні енцефалопатії). Легка гіпомнезія – при неврозах, депресивній формі афективних психозів, виснаженні, втомі.

- *гіпермнезія* – підвищення пам'яті. Зустрічається при афективних психозах, іноді при олігофренії, епілепсії. Маніакальні хворі швидко запам'ятовують, утримують та відтворюють дати і події власного життя;

3) *парамнезія* – хворобливий психічний стан, який проявляється розладом пам'яті, що виникає внаслідок амнезії, коли прогалини в пам'яті заповнюються несправжніми спогадами.

Розрізняють наступні види парамнезії:

- *конфабуляція* – обман пам'яті, при якому нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій (зустрічається при старечих психозах);

- *псевдоремінісценція* – порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;

- *криптомнезія* – розлади пам'яті, при яких прочитане, почуте, побачене уві сні здається пережитим насправді, а факти, думки, запозичені в інших або вичитані з книжки, вважаються власними.

8.4. РОЗЛАДИ МИСЛЕННЯ: ВИДИ ТА ОЗНАКИ

Мислення – вища форма відображення і пізнання об'єктивної реальності людиною, встановлення внутрішніх зв'язків між предметами і явищами навколишнього світу. Розлади мислення (асоціативного процесу) можуть мати місце при будь-яких психічних хворобах.

Розлади мислення поділяються на три групи:

1. *Розлади перебігу думок* – прискорення, загальмованість, ґрунтовність. *Прискорене мислення* характеризується тим, що думки швидко змінюють одна одну, асоціації виникають надзвичайно легко, часто за співзвучністю, подібністю, суміжністю. Думки і судження стають все більш поверховими, зумовленими випадковими враженнями. Знижується продуктивність мислення і здатність до прогнозу своїх дій. З'являються образні уявлення, що переважають над абстрактними ідеями. Найсильнішим виявом

прискорення мислення є *ментизм* – мимовільний, безперервний потік спогадів, думок, стрибки ідей. Наплив може виражатися в паралельності двох і більше суджень, в результаті чого виникає плутанина і «засмічення» думок. Ментизм, як процес, несподівано виникає і також різко обривається. *Загальмованість процесу мислення* – уповільнення виникнення асоціацій і зменшення їх кількості. Наприклад, коли думки і уявлення створюються важко, їх мало, зміст одноманітний. Хворі на загальмованість процесу мислення скаржаться на втрату здатності мислити, послаблення розумових здібностей, інтелектуальну неспроможність. *Шперунг (закупорка мислення)* – раптова зупинка, розрив думки, її блокування. Хворий замовкає, втрачає думку, а, намагаючись змінити тему розмови, знову її втрачає через «закупорку». *Докладність, ґрунтовність мислення* – загальмованість створення нових асоціацій через існування попередніх. При цьому людина втрачає здатність розрізняти основне і другорядне, суттєве і несуттєве, що призводить до зниження продуктивності мислення. Наприклад, при викладанні будь-яких думок додає непотрібні деталі, старанно описує дрібниці, що не мають жодного значення.

2. *Порушення відчуття володіння своїми думками* – розірваність, паралогічність, резонерство, персерверація. *Розірваність, безладність мислення* – втрата здатності до створення асоціативних зв'язків, аналізу, синтезу, узагальнення. Наприклад, коли мова складається з набору окремих слів, які вимовляються хаотично і граматично не пов'язані. *Паралогічне мислення* – поєднання непорівнянних обставин, явищ, положень, протилежних ідей, образів з довільною заміною одних понять іншими, втратою логічних зв'язків. *Резонерство (безплідне мудрування)* – цей вид порушень мислення проявляється в схильності до порожніх міркувань на банальні, повчальні теми, нерідко з великою домішкою демагогічних висловлювань. Мова сповнена словесних штампів, повторень, численних відступів і уточнень. Висловлювання пишномовні, багатозначні. Такі міркування в народі називають «переливанням з пустого в порожнє», вони непродуктивні і, по суті, беззмістовні. *Персерерація мислення* – тривале домінування однієї думки, одних і тих же слів при відповіді на питання різного змісту, що виявляється на тлі утрудненого розумового процесу.

3. *Специфічні види патологічного мислення* – маячення та обсесії.

Нав'язливі явища (обсесії) полягають у тому, що у хворих примусово, нездоланно виникають думки, уявлення, спогади, сумніви, страхи, бажання, дії, рухи при усвідомленні їх хворобливості та критичному до них ставленні. Легкою мірою це явище відоме всім, коли цілий день у людини безперервно повторюється якийсь мотив або рядок з вірша. Такі явища зазвичай дратують, але незабаром проходять. Вони з'являються в стані стомлення, іноді після хвороби. При психічних розладах нав'язливі ідеї відрізняються стійкістю, тривалістю існування і впливають на психічну працездатність хворого. Вони поділяються на *манії і фобії*, останні зустрічаються значно частіше. Зустрічаються нав'язливі поєднання, при яких хворий відчуває болісні побоювання в правильності своїх повсякденних дій: чи вимкнув газ; замкнув двері, йдучи з дому; чи поклав лист у відправлений конверт тощо. Ці сумніви змушують людину по декілька разів перевіряти свої вчинки, викликають постійну тривогу. Буває нав'язлива лічба, коли хворий мимоволі прагне підраховувати зовсім непотрібні речі: поверхи або вікна будинків, повз яких йде; підсумовує номери зустрічних автомашин. При нав'язливих спогадах спливають в пам'яті частіше неприємні епізоди власного життя. Особливо тяжкі для хворих нав'язливі страхи (фобії), яких налічується велика кількість. Можна згадати наступні: агорафобія – страх відкритих просторів; клаустрофобія – страх закритих просторів; акрофобія – страх висоти, аерофобія – страх перед польотами, аквафобія – страх води, нозофобія – страх хвороби, танатофобія – страх смерті.

Маячення – некориговане встановлення зв'язків і відношень між явищами, подіями, людьми без реального підґрунтя. Ідея вважається маячною, коли вона не відповідає дійсності, викривлено відображає реальність, повністю охоплює свідомість, попри наявні суперечності стає недоступною для виправлення. Найчастіше виникають *маячні ідеї переслідування* (фізичного впливу), *отруєння* (непохитна впевненість хворого в тому, що його хочуть отруїти, і з метою його знищення таємно використовуються різні отруйні речовини, які додаються в харчі, страви або розпилюються в приміщенні, де він знаходиться, тощо), *відношення* (впевненість особи в тому, що її думки, почуття і вчинки перебувають під впливом якоїсь зовнішньої сили, яка, здебільшого, має негативний вплив), *іпохондричні* (впевненість у наявності невиліковної хвороби) тощо.

8.5. РОЗЛАДИ ЕМОЦІЙ: ВИДИ ТА ОЗНАКИ

Емоції (від лат. *emovere* – збуджувати, хвилювати) – переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища і до самого себе.

Залежно від інтенсивності емоцій виділяють:

– **настрій** – відносно стійкий емоційний стан. Настрій може коливатись у бік підвищення чи зниження. Відповідно до цього визначають і *розлади настрою*:

1) *ейфорія* – підвищений настрій з відтінком благодушності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого;

2) *дисфорія* – стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і продовжується від декількох хвилин до багатьох днів;

3) *депресія* – пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатись багато днів і місяців;

4) *емоційна лабільність* – коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану;

– **афект** – інтенсивний, короткочасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжується істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих учинків. Афекти властиві усім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями. До розладів афектів відносять:

1) *патологічний афект* – афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності та амнезією своєї поведінки після закінчення афекту. Характеризується також порушенням орієнтації, надмірною жестикуляцією, мовною розгальмованістю; закінчується появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій і глибоким сном. Після пробудження людина виглядає розгубленою, не пам'ятає, що з нею відбулось, нерідко пригнічена.

2) *страх* – стан тривожного боязливого напруження, що виникає немотивовано (нічний страх при неврозах, страх у хворих на шизофренію, судинні психози, при гіпертонічних кризах). Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням

конкретних загрозливих подій, дій (страх проєктується назовні – страх гострих предметів, тварин).

Якщо страх стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини, він позначається як *фобія*.

Види фобій:

- *агорафобія* – страх відкритих просторів (наприклад, страх переходу вулиць, якими рухається потік машин чи натовп людей; людину лякає не сам відкритий простір, а те, що вона може втратити свідомість, знепритомніти і бути затоптаною людьми чи збитою машиною у несвідомому стані);

- *клаустрофобія* – страх закритих приміщень (що перебування, наприклад, у ліфті стане перешкодою для надання людині допомоги у випадку, скажімо, непритомності);

- *соціофобія* – страхи, при яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії: почервоніти при людях, не втримати гази, розсміятись у незручний для цього час тощо;

- *нозофобія* – страхи захворіти на якісь недуги тощо;

4) *тривогу* – стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій (тривога частіше не проєктується назовні – тривога за своє здоров'я, за роботу, за правильне виконання дій тощо).

Інші розлади емоцій:

- *слабодухість* – підвищена виснажливість емоцій, їх нетримання. Достатньо якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі слізьми. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості;

- *неадекватність емоцій* – парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних – тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію. Існує ще паратимія – неадекватний афект, що кількісно і якісно не відповідає причині, яка його викликала;

- *апатія* – хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабко виражені. Поєднується зі звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;

- *туга* – почуття напруження, що межує з болем, який хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).

- *відчуття втрати почуттів* – переживання незворотної втрати можливості почувати;

- *амбівалентність* – одночасне співіснування протилежних почуттів;

- *алекситимія* – утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може);

- *ангедонія* – втрата людиною почуття радості, задоволення.

Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:

1) *маніакальний синдром* – характеризується тріадою симптомів: підвищений настрій, прискорене мислення, рухова активність (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях);

2) *депресивний синдром* – тріада симптомів: настрій тужливий, уповільнене мислення, рухова (моторна) загальмованість (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, судинних порушеннях тощо).

8.6. Розлади рухової (психомоторної) діяльності: види та ознаки

Психомоторні (рухові) розлади – це порушення складної рухової поведінки, яка може виникнути при різних нервових і психічних захворюваннях.

Рухові розлади, викликані психічними захворюваннями, поділяються на:

- *гіпокінезію* (при таких розладах спостерігається зменшення рухового обсягу);

- *гіперкінезію* (при таких розладах спостерігається збільшення рухового обсягу).

Гіпокінезія. Найчастіше зустрічається загальмованість або повна знерухомленість – ступор (заціпеніння). При загальмованості хворі повільно пересуваються, рухи рук і ніг нескоординовані. Мова монотонна, без емоційного забарвлення, повільна, погляд спрямований у нікуди. У важких випадках розвивається *кататонічний*

ступор (кататонія) – повна знерухомленість, різко підвищений тонус мускулатури, особливо на обличчі, плечах і передпліччях, кистях і стопах. Такий стан може ускладнюватися: *негативізмом* – невмотивованою протидією хворого виконувати рухи, що здійснюються за допомогою іншої особи; *каталепсією (восковою гнучкістю)* – тривале збереження положення тіла, рук, ніг у позах, навіть незручних для хворого; *емоційними розладами* – страх, жах; *галюцинаціями і маренням*. Часто спостерігається *мутизм* – німота, втрата мови при збереженні функцій мовного апарату, тобто втрачається психічна складова мови. Може спостерігатися *симптом «повітряної подушки»*, тобто хворий у положенні на спині не торкається потилицею до подушки, голова висить у повітрі, і *поза ембріона* – тулуб хворого напівзігнутий, ноги зігнуті в колінах і підібрані до живота, руки зігнуті в ліктях і приведені до тулуба, голова до грудей.

Також виділяються такі види ступору:

– *депресивний ступор*, або меланхолійне заціпеніння – характеризується нерухомістю, пригніченим настроєм. Але при цьому зберігається здатність реагувати на зовнішні подразники;

– *галюцинаторний ступор* – з'являється при галюцинаціях унаслідок отруєнь, органічного психозу, шизофренії. У цьому випадку загальна нерухомість доповнюється мімічними рухами – відповіддю тіла на утримання ілюзій;

– *астенічний ступор* – полягає в байдужому ставленні до чого б то не було, небажання спілкуватись, відповідати на питання;

– *істеричний ступор* – трапляється у хворих з істеричним типом характеру. Таким людям необхідно привертати до себе увагу, висловлювати свої емоції на публіку. В стані ж істеричного ступору така людина тривалий час залишається без руху, не відповідає на звернення;

– *психогенний ступор* – з'являється як реакція індивіда на серйозну психічну травму, зазвичай супроводжується частим серцебиттям, підвищенням потовиділення і коливаннями артеріального тиску та іншими порушеннями з боку вегетативної нервової системи.

Гіперкінезія. Протилежний розлад рухової сфери називається *кататонічним збудженням*, яке виявляється у вигляді стереотипних рухів. Одночасно в мовленні хворого переважає одноманітне повторення слів, словосполучень. До цієї групи розладів належать

гримасування, химерність рухів, дисоціація міміки – поєднання протилежних мімічних рухів. Кататонічне збудження розвивається імпульсивно. Хворі раптово зриваються, біжать, можуть напасти на оточуючих, виявляти невмотивовану лють.

Увагу оточуючих приваблюють і інші ознаки:

- *ехолалія* – мимовільне повторення почутих фраз;
- *ехопраксія* – повторення побачених у оточуючих рухів;
- *ехомімія* – повторення виразу обличчя співрозмовника.

Цікавим є *маніакальне збудження* – надмірне прагнення до невмотивованої діяльності, яка характеризується незакінченістю і несподіваним переходом до реалізації іншої мети. Цей розлад нерідко поєднується з підвищеним афектом, прискореним мисленням.

Також спостерігаються:

– *істеричне збудження* – як правило, це реакція на те, що відбувається навколо, тому це порушення є дуже демонстративним. Коли хворий розуміє, що увагу спрямовано на нього, воно помітно посилюється;

– *гебефренічне збудження* – виглядає як безглузда, радісна, алогічна поведінка, що супроводжується перебільшеною мімікою (типове для хворих на шизофренію);

– *галюцинаторне збудження* – це активна реакція хворого на зміст його галюцинацій.

8.7. Розлади волі: види та ознаки

Воля – здатність свідомо і цілеспрямовано контролювати свою діяльність і направляти її. Воля виявляється в діяльності людини. Цілеспрямована діяльність людини є свідомою і включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці.

Вольовий процес можна описати у вигляді трьох етапів:

- 1) виникнення потягу (спонукання);
- 2) постановка мети і мотивація;
- 3) завершення дії – досягнення мети.

Розлади волі:

1) *незрілості і недорозвинення волі* – некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);

2) *надмірної активності*. Хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів під час пошуків наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб і має назву **гіпербулія**. Ця активність має односторонній характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю;

3) *послаблення активності – гіпобулія* – спостерігається при депресивних станах та інших формах пригнічення психічної діяльності. При депресії хворі з великим зусиллям рухаються, довго добирають і насилу вимовляють слова, віддають перевагу перебуванню в ліжку. Відсутність вольової активності – абулія – часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або аутизмом (повною німотою);

4) *перекручення вольової активності – парабулія* – трапляється при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту. Виявляється *негативізмом* – безпідставною впертістю, невиконанням діяльності; *амбітендентністю* – одночасною наявністю активних дій або відмовою від них; *імпульсивністю* – безмотивністю дій і вольовою некерованістю, *розладами потягу*.

Потяг визначається потребами і є складним явищем, яке формується на основі безумовних рефлексів – інстинктів, що опосередковуються корою півкуль великого мозку і відображаються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг включає в себе потреби вищого рівня.

Розлади потягу:

1) *послаблення і посилення харчового потягу*:

– *анорексія* (втрата бажання споживати їжу), зниження чи відсутність апетиту, повна відмова від їжі. Може бути пов'язана з наявністю в особі маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести до виснаження хворого;

– *булімія* – підвищення (посилення) харчового потягу, що виявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду;

– *поліфагія* – багатоядність;

– *парафагія* – вживання неїстівного;

– *полідіпсія* – нестримна спрага;

– *копрофагія* – поїдання власних екскрементів;

2) *послаблення і посилення статевого потягу*:

- *гіперсексуальність* – посилення статевого потягу, часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку;

- *гіпосексуальність* – зниження статевого потягу, часто буває при депресії, шизофренії, астенічних станах, неврозах;

3) *перекручення потягу* – може стосуватися різних інстинктів:

- *розлад інстинкту самозбереження* – виявляється прагненням завдати собі шкоди гострими предметами, проковтнути неістинні речі (цвяхи, голки, ложки, ножиці). Інколи це робиться через хворобливе прагнення стати об'єктом хірургічної операції для видалення проковтнутих предметів. Трапляється потяг до самогубства (суїцидоманія), копрофагія.

- *перекручення статевого потягу (перверсія)* – стосується різних форм статевого життя. Найчастіше трапляються:

- *гомосексуалізм* – потяг до особи однойменної статі (на даний час в нашій країні не розглядається як психічний розлад, за винятком насильницьких гомосексуальних дій);

- *транссвестизм* – хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі;

- *ексгібіціонізм* – хворобливий потяг до оголення статевих органів у присутності жінок;

- *садизм* – потяг завдавати статевому партнеру больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення;

- *мазохізм* – бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів;

- *вуаєризм* – потяг до підглядання за статевим актом, голими людьми з метою статевого задоволення.

Рідше трапляються:

- *педофілія* – статевий потяг до дітей;

- *некрофілія* – статевий потяг до трупів;

- *зоофілія* (скотолозтво) – статевий потяг до тварин;

- *фетишизм* – статевий потяг до предметів жіночого туалету (білизна, одяг);

4) *імпульсивні потяги і дії* – виникають раптово. За своїм змістом імпульсивний потяг вступає у суперечність із усталеними міжособистісними і соціальними відносинами. Цим нагадує невідчепні ідеї. Відрізняється від них нездоланністю прагнення до реалізації, втратою здатності боротися з потягом, що нерідко набуває кримінального характеру. До імпульсивних дій належать такі види потягу:

- *піроманія* – потяг до підпалів;
- *клептоманія* – потяг до крадіжок без корисливої мети;
- *дромоманія* – потяг до бродяжництва;
- *геблінг* – патологічне захоплення азартними іграми;
- *трихотиломанія* – потяг до виривання власного волосся

тощо.

8.8. РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ: ВИДИ ТА ОЗНАКИ

Свідомість – це здатність до концентрації уваги і орієнтування людини в собі (ідентифікація), в часі і просторі.

Розлади свідомості:

1) *приглушений стан свідомості (оглушення або виключення).*

Трапляється при гострих порушеннях ЦНС, інфекційних захворюваннях, отруєннях, черепно-мозкових травмах. Характеризується різким підвищенням порогу для всіх зовнішніх подразників, утрудненням утворення асоціацій. Хворі відповідають на запитання ніби «спросоння», складний зміст запитання не осмислюється. Відзначається сповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до оточуючого. Вираз обличчя у хворих байдужий. Дуже легко настає дрімота. Орієнтування в оточуючому неповне чи відсутнє. Триває від кількох хвилин до кількох днів (при травмах, інфекціях, отруєннях); при пухлинах мозку може тривати значно довше. Виділяють *наступні стани оглушення:*

- *обнубіляція свідомості* – легкий ступінь, при якому можливі лише відповіді на сильні больові, звукові, світлові подразники у вигляді малодиференційованих реакцій – повертання голови, рухи кінцівок;

- *сопор* – характеризується відсутністю всіх видів орієнтування; мовний контакт неможливий; зберігається больова і тактильна чутливість;

- *кома* – стан, при якому повністю відсутні всі рефлекси при збереженні життєвих функцій;

2) *затьмарений стан свідомості.*

Виокремлюють *наступні форми затьмарення свідомості:* делірій, аменцію, онейроїд, сутінкове затьмарення свідомості (паморочний стан).

Делірій – галюцинаторне затьмарення свідомості. При делірії порушена здатність хворого орієнтуватися у просторі та часі,

хоча орієнтація у власній особистості зберігається. Такий розлад свідомості супроводжується руховим збудженням, станом тривоги і яскравими зоровими, сценоподібними, часто жахливими галюцинаціями. Хворі обороняються від страшних нападаючих чудовиськ, утікають або кидаються з метою захисту на уявні образи.

У лікувальній практиці цей розлад свідомості здебільшого спостерігається у хворих на алкоголізм (біла гарячка), при тяжких інфекціях, інтоксикаціях, при гострих соматичних захворюваннях. Після виходу з делірію хворий частково пам'ятає пережите. При алкогольному делірії галюцинаційні образи постають у вигляді звірів, комах, різних чудовиськ, мерців, бандитів тощо, характерне чорно-біле «зображення». У епілептиків галюцинації яскраво пофарбовані, нерідко релігійного змісту. Характерно посилення симптоматики у вечірні та нічні години.

Аменція – форма затьмарення свідомості, при якій переважають розгубленість, мовчання, безладність мислення та руху. У хворого порушується здатність орієнтуватися не лише у часі та просторі, а й у власній особистості. Аменгивний стан звичайно триває кілька тижнів, і спогади про свої переживання у хворого не зберігаються. Хворі розгублені, метушливі, їхню мову і мислення характеризує плутаність. Типовий зовнішній вигляд хворого – гарячкове почервоніння обличчя, сухі, запечені губи. Це порушення спостерігається при інтоксикації, інфекціях тощо.

Онейроїдний синдром – затьмарення свідомості, що характеризується руховим загальмуванням і поринанням у фантастичні сновидіння. Хворий ніби з боку спостерігає незвичайні сцени, часто космічного змісту. Онейроїд нагадує сон наяву. Хворий неначе подумки бере участь у подіях, які переживає. На відміну від делірію, при якому хворий неначе бере участь у галюцинаторних переживаннях, при онейроїді хворий залишається тільки глядачем. Емоційний стан при онейроїді відповідає його переживанням. Спогади про перенесені переживання частково зберігаються.

Сутінкове затьмарення свідомості (паморочний стан) – стан, що раптово виникає і так само раптово закінчується, після чого настає амнезія. Зовні поведінка хворого здається упорядкованою. Правда, відразу ж складається враження, що хворий ніби відчужений від дійсності. Коли виникають страхітливі галюцинації,

вчинки хворого можуть становити загрозу для оточуючих. Паморочні зміни виникають при органічних ураженнях головного мозку та епілепсії. Після виходу із паморочного стану хворого спогадів про пережите у нього не залишається. Однак при поступовому виході з паморочного стану у свідомості хворого залишаються уривчасті спогади про пережите. У таких випадках можливе формування й окремих фрагментів хворобливих переживань, так званого залишкового марення.

Як різновиди сутінкових станів (сутінки з упорядкованою поведінкою) розрізняють наступні:

- *амбулаторний автоматизм* – перебуваючи в сутінковому стані, хворі виконують зовнішньо впорядковані дії, переїжджають з місця на місце, іноді досить далеко. При цьому вони поводять себе адекватно ситуації, за необхідності контактують з оточуючими, але залишають враження дещо розгублених, зосереджених людей. Вчинки, що здійснюються в стані амбулаторного автоматизму, як правило, амнезуються;

- *сомнамбулізм* – стан зміненої свідомості, властивий амбулаторному автоматизму, який настає під час сну, коли хворий встає вночі з ліжка, виконує в квартирі або на вулиці ряд складних дій, виявляючи при цьому рухову спритність, у ряді випадків недоступну в нормальному стані, а потім засинає знову і вранці не пам'ятає цих подій;

- *просонковий стан* – легка форма розладу свідомості, яка нагадує стан, що виникає у людини, коли її раптом розбудити вночі, і коли «Я» повернулося, але орієнтування в часі, місці і навколишньому середовищі ще немає. У здорової людини такий стан короткотривалий (секунди, хвилини), а у психічно хворих він зберігається надовго;

- *транс* – психічний розлад, що характеризується автоматичністю актів поведінки у стані затьмареної свідомості або звуженого поля свідомості;

- *фуга* – стан звуження поля свідомості. При цьому хворий, не усвідомлюючи навколишнього, виконує (переважно збуджено) низку дій, наприклад кружляє на одному місці, кидається бігти, у тролейбусі знімає одяг тощо. Людина діє автоматично, безтямно.

**ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ
ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ**

1. Поняття симптому і синдрому психічних розладів.
2. Поняття сприйняття, види та ознаки розладів сприйняття.
3. Поняття пам'яті, види та ознаки розладів пам'яті.
4. Поняття мислення, види та ознаки розладів мислення.
5. Поняття емоцій, види та ознаки розладів емоцій.
6. Поняття рухової (психомоторної) діяльності, види та ознаки розладів рухової (психомоторної) діяльності.
7. Поняття волі, види та ознаки розладів волі.
8. Поняття свідомості, види та ознаки розладів свідомості.

ГЛАВА 9

УЗАГАЛЬНЕНІ ГРУПИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЩО СТАНОВЛЯТЬ МЕДИЧНИЙ КРИТЕРІЙ НЕОСУДНОСТІ (ХРОНІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ТИМЧАСОВІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, СЛАБОУМСТВО, ІНШІ ХВОРОБЛИВІ СТАНИ ПСИХІКИ)

9.1. ХРОНІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Шизофренія в перекладі з грецького означає «розщеплення психіки» – втрата єдності психічної діяльності. Іншими словами, шизофренія призводить до розщеплення мислення, зниження, а також іноді перекручення емоційних і вольових виявів. У цьому і полягають ті зміни, які вносить дане захворювання в особистість хворого. Є достовірні дані про значення спадкової схильності при захворюванні на шизофренію, однак причина її виникнення дотепер невідома.

Дана патологія зустрічається у 1–2 % людей. Далеко не у всіх вона протікає однаково, залежно від особливостей клінічної картини хвороби виділяють окремі форми шизофренії.

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) виділяють *наступні форми* шизофренії (іноді їх називають видами шизофренії):

- *параноїдну (параноїдальну)* – для цієї форми характерна наявність маячних ідей переслідування, величч, істинних слухових галюцинацій і псевдогалюцинацій, можуть бути зорові, нюхові і тактильні галюцинації;

- *гебефренну (гебефренічну)* – розвивається в підлітковому віці, для неї характерні порушення поведінки, гримасування, манірність, непередбачуваність, розірваність мислення і мови;

- *кататонічну* – відзначається негативізм, мутизм (мовчання), застигання в одній позі, кататонічний ступор або збудження, копіювання чужих висловлювань, рухів, міміки;

- *недиференційовану* – є симптоми шизофренії, без вираженого переважання будь-яких із них;

- *постшизофренічну депресію* – для цієї форми шизофренії характерне те, що через деякий час після розвитку захворювання на

перший план виходить депресивний стан, крім того, є присутніми деякі шизофренічні симптоми;

- *просту* – хворі замкнуті, байдужі по відношенню до себе і оточення, схильні до бродяжництва і неадекватної поведінки, мислення паралогічне, амбівалентне (розщеплене);

- *залишкову (резидуальну)* – протікання шизофренічного процесу хронічне, є негативні симптоми (емоційне сплюснення).

Виокремлюють **3 основні форми шизофренії за типом її перебігу:**

- безперервну;

- рекурентну (періодичну);

- нападopodobну-прогресивну з різною мірою прогресивності (грубо-, середньо- і малопродієнтну).

До *безперервної шизофренії* були віднесені випадки захворювання з поступальним розвитком хворобливого процесу і чітким розмежуванням його клінічних різновидів в міру прогресивності – від в'ялого з помірно вираженими змінами особи до грубо-прогресивного з вираженістю як позитивних, так і негативних симптомів. Для нападopodobного перебігу, що відрізняє рекурентну, або періодичну, шизофренію, характерна наявність фазності в розвитку хвороби з виникненням виразних нападів, що зближує цю форму захворювання з маніакально-депресивним психозом, тим більше, що афективні розлади посідають значне місце в картині нападів, а зміни особистості виражені нечітко. Проміжне місце між указаними типами перебігу посідають випадки, коли за наявності безперервного хворобливого процесу з неврозopodobними, паранояльними, психопатopodobними розладами відзначається поява нападів, клінічна картина яких визначається синдромами, схожими з нападами рекурентної шизофренії або зі станами іншої психопатологічної структури, властивими нападopodobній-прогресивній шизофренії.

Шизофренія може розвиватися повільно і непомітно для пацієнта. Першими ознаками шизофренії зазвичай стають відірваність від суспільства, соціальна самоізоляція, емоційна холодність, байдужість до близьких і власного зовнішнього вигляду, втрата інтересу до речей і подій, що захоплювали пацієнта раніше. Можливі порушення сну. У підлітків перші ознаки шизофренії можна сплутати з властивими цьому віку проблемами. Дитина може почати гірше вчитися, втратити інтерес до друзів, стати пригніченою або дратівливою, у неї може порушитися сон.

Основні симптоми шизофренії

Симптоми шизофренії прийнято ділити на 3 основні групи:

– психотичні (позитивні) симптоми – це галюцинації (пацієнти з шизофренією часто «чують голоси»), марення (помилкові уявлення, при цьому пацієнта дуже важко, якщо взагалі можливо, переконати в них). До цієї ж групи ознак шизофренії належать порушення сприйняття, неможливість привести в порядок власні думки (пацієнти можуть зупинятися на середині фрази і/або вигадувати неіснуючі слова, мова стає заплутаною, її важко зрозуміти) і незвичайні рухи (повтор одних і тих же рухів знову і знову або «завмирання» надовго в дивній позі – кататонія);

– негативні симптоми шизофренії: пацієнтам складно виявляти звичайні емоції, вони не здатні веселитися, можуть виглядати пригніченими або відірваними від реальності (вони ніби не тут), мало спілкуються з іншими людьми;

– когнітивні симптоми шизофренії, тобто порушення розумового процесу: пацієнтам складно використати тільки отриману інформацію, приймати рішення, не вдається зосередитися, у них погіршується пам'ять. Кожна група симптомів шизофренії може бути виражена різною мірою.

Судово-психіатрична оцінка осіб, хворих на шизофренію

Судово – психіатрична оцінка осіб, що хворіють на шизофренію з різним типом перебігу, залежить від низки чинників. У випадках, коли клінічна картина розладу не викликає сумнівів щодо діагнозу шизофренія, особа визнається неосудною. Якщо злочин вчиняється особою, хворою на шизофренію в стані стійкої, глибокої ремісії без виразних змін особистості, то особа може бути визнана осудною. Однак, як правило, експерти-психіатри знаходять у таких осіб ті чи інші особистісні зміни та легкі позитивні розлади, тому на практиці більшість хворих на шизофренію визнаються неосудними і в стані ремісії.

Маніакально-депресивний психоз. Це ендогенне захворювання, засноване на спадковій схильності, що протікає у вигляді маніакальних і депресивних фаз, між якими є світлі проміжки.

Для депресивної фази характерна тріада симптомів: пригнічений, тужливий настрій, загальмованість розумових процесів, скутість рухів. Людина засмучена, похмура, рухається ледве-ледве, вона переживає почуття туги, безвиході, байдужість до близьких і до всього, що раніше приносило їй задоволення. Людина, що

знаходиться в депресивній фазі, сидить в одній позі або лежить в ліжку, на питання відповідає односкладово, із затримкою. Майбутнє здається безперспективним, життя – не має сенсу. Минуле розглядається тільки з точки зору невдач і помилок. Людина може говорити про свою нікчемність, непотрібність, неспроможність. Почуття гнітючої туги іноді проводить до суїцидальних спроб.

У жінок в періоді депресії нерідко зникають менструації. При неглибокій депресії відзначаються характерні для МДП добові коливання настрою: з ранку самопочуття гірше (прокидаються рано з почуттям туги і тривоги, бездіяльні), до вечора дещо підвищується настрій, збільшується активність. З віком в клінічній картині депресії переважає тривога (невмотивоване занепокоєння, передчуття, що «щось повинне статися», «внутрішнє хвилювання»). Зазвичай, хворі на маніакально-депресивний психоз розуміють зміни, що відбуваються з ними, критично їх оцінюють, але нічого не можуть з собою зробити і від цього тяжко страждають.

Маніакальна фаза виявляється підвищенням настроєм, прискоренням розумових процесів, психомоторним збудженням. Усе те, що оточує, здається прекрасним і радісним, людина сміється, співає, багато розмовляє, жестикулює. Також хворі в маніакальній фазі можуть бути безтактними і настирливими. Для цієї фази характерна розгальмованість інстинктів, яка може вилитися у безладні статеві зв'язки, посилення інстинктів (статевий, харчовий). Людина в маніакальній фазі часто переоцінює свої можливості, пропонує власну кандидатуру на різні посади, що не відповідають її рівню знань і кваліфікації. Нерідко такі люди відкривають у себе неабиякі здібності, видають себе за актора, поета, письменника, кидають свою роботу з метою зайнятися творчістю або просто змінити професію. У людини в маніакальній фазі прекрасний апетит, проте вона може худнути, оскільки витрачає надто багато енергії і спить мало – всього 3–4 години.

Тривалість і частота депресивних і маніакальних станів різні: від декількох днів і тижнів до декількох місяців. Депресивні фази зазвичай триваліші, ніж манії. Характерна сезонність рецидивів, частіше в осінній і весняний час. Лікування важких форм проводять у стаціонарі, при легких проявах хвороби лікування здійснюють амбулаторно.

Маніакально-депресивний психоз прийнято розділяти на **2 види** за особливостями його перебігу:

□ *монополярний* (у клінічній картині виявляється одна фаза – частіше це депресивні фази, у край рідко з маніакальними фазами) – депресивна фаза – світлий проміжок – депресивна фаза – світлий проміжок і так далі;

□ *біполярний* – депресивна фаза – світлий проміжок – маніакальна фаза – депресивна фаза і так далі. Буває здвоєна фаза – депресивна переходить відразу в маніакальну. Загострення МДП, виникнення фаз – періодичне, крім того, із сезонними загостреннями (весна й осінь).

Циклотимія є найбільш пом'якшеною формою МДП, при якій симптоми маніакальної та депресивної фаз невиразні. Так, не спостерігається зайвої похвлявленості чи виразної рухової загальмованості, скутості. Хворі найчастіше продовжують працювати і жити як звичайно. При МДП та циклотимії постійно супутніми є соматичні порушення. З великою постійністю відзначається розширення зіниць, прискорення пульсу, спастичні запори, підвищення артеріального тиску тощо. При циклотимії, поряд із полегшеним перебігом маній і депресій (гіпоманій і субдепресій), соматичні розлади найчастіше вичерпуються лише незначними порушеннями сну, запорами, іноді схудненням.

Судово-психіатрична оцінка осіб, хворих на маніакально-депресивний психоз

У стані загострення хвороби, під час психотичного нападу, хворі втрачають здатність критично та свідомо оцінювати свої вчинки і можливість адекватно керувати поведінкою. У зв'язку з підвищеною в таких станах сексуальною збудливістю такі особи можуть вчиняти розпусні дії, згвалтування, виникають такі перверсії, як ексгібіціонізм, садизм тощо. Особи, що вчинили злочин під час психотичного нападу, можуть бути визнані неосудними. У депресивному стані через значну психомоторну загальмованість, зниження розумової продуктивності антисоціальні вчинки хворих рідкісні. В таких станах питання про судово-психіатричну експертну оцінку може виникнути у зв'язку з учиненням самогубства (як завершеного, так і незавершеного). Особи, які вчинили злочин під час так званих «світлих проміжків» (інтермісій), визнаються осудними.

Епілепсія – це хронічне захворювання, яке виникає в дитячому і юнацькому віці, виявляється у вигляді різноманітних судомних чи безсудомних нападів, а також типових змін особистості, психозів, а у важких випадках – розвитку специфічного слабоумства.

Крім епілепсії, епілептичні симптоми і синдроми можуть виявлятися при органічному ураженні головного мозку (судинного, інтоксикаційного, інфекційного генезу). У цьому випадку йдеться не про епілепсію як захворювання, а про симптоматичну епілепсію. Поширеність епілепсії серед населення – 0,3–0,5 %. Епілепсія належить до захворювань з невиразною етіологією (причиною), хоча багато вчених вважають, що в її походженні велике значення мають спадкові чинники, а також зміни в обміні речовин, що викликають явища інтоксикації та зміни в центральній нервовій системі. Клініка епілептичної хвороби доволі різноманітна, її прояви поділяються на три групи станів: короткочасні судомні та безсудомні (параксизмальні) стани; гострі та тривалі психози; зміни особистості та слабоумство.

Характерною ознакою епілепсії є судорожний епілептичний напад, що починається раптово, часто зненацька для самої людини.

У деяких хворих напад передують провісники: головний біль, роздратованість, серцебиття, загальне нездужання. Іноді перед нападом спостерігаються рухове порушення, афект страху, жалю.

Характеристика нападу: хворий падає, непритомніє й у нього починаються тонічні судороги (загальна різка напруженість мускулатури). Тіло витягується, пальці стискаються в кулаки. Щелепи стиснуті, зіниці розширені, не реагують на світло, дихання немає. Цей проміжок триває 20–30 с, після чого поступово переходить в клонічні судороги – безладні окремі рухи, що посилюються, переходять у різкі згинання й розгинання кінцівок. Обличчя викривляється в гримасу, на губах з'являється піна. У цьому стані хворі можуть прикусити язик, що призведе до розвитку кровотечі.

Дихання частішає, стає уривчастим, клекоче, обличчя синіє, викривається потом. Поступово судороги припиняються, і стан нормалізується. Тривалість нападу – 2–3 хв. Після нападу хворі одразу ж отямлюються, іноді перебувають в стані приголомшення або засинають. Після пробудження особи почувають розбитість, сонливість. Про напад, що відбувся, вони нічого не пам'ятають.

Частота нападів у різних хворих різна: 1–2 рази на місяць, іноді частіше. Іноді розвивається так званий епілептичний стан, коли напади відбуваються один за одним. Ускладнення цього стану – смерть від асфіксії.

Іноді хворий переживає так звані малі напади, що також супроводжуються втратою свідомості, але на 1–2 с. Людина не падає, у неї відбуваються лише окремі судорожні посіпування. При цьому настає короткочасна втрата свідомості – під час розмови, роботи обличчя блідне, погляд спрямований вперед, хворий замирає. Коли він отямлюється, – продовжує роботу чи перервану розмову. Про те, що з нею відбулось, особа не пам'ятає.

Крім великих та малих нападів, у хворих на епілепсію можуть спостерігатись періодично виникаючі короткочасні психічні розлади – так звані психічні еквіваленти. Вони можуть наставати замість нападів або разом із ними.

До психічних еквівалентів відносять дисфорію, сутінковий стан свідомості та особливі стани.

Дисфорія – це періодичні розлади настрою: злісно-тужливий настрій, коли хвора людина не знаходить собі місця, свариться без усякого приводу, чіпляється до оточуючих. Нерідко в такому стані хворі агресивні.

Сутінковий стан свідомості – сприйняття навколишнього викривляється, порушується орієнтування в часі й просторі. Нерідко хворі переживають афект страху, злості, туги. Часто спостерігаються марення, галюцинації. Характерним симптомом є автоматизм – прагнення бігти, рухати руками. Сутінковий стан може тривати від кількох хвилин до кількох годин, зрідка – до кількох тижнів. Спогад про такий стан не зберігається.

При особливих станах має місце порушення сприйняття навколишнього світу, а також відчуття власного тіла. Хворі тривожні, розгублені. Контакт з оточуючими мінімальний. Уривчасті галюцинації, маревні ідеї спонукають особу до агресивних діянь – нанесення тяжких поранень з особливою жорстокістю.

Хронічні зміни психіки при епілепсії – роздратованість, схильність до вибухів гніву з незначного приводу, іноді злостивість, мстивість, схильність до агресії, насильства.

Інтелект і пам'ять поступово слабшають. Спостерігається уповільнення сприйняття, мислення. Хворий не може відрізнити головного від другорядного, деталізує, вживає зменшувальні слова. Поведінка відрізняється м'якістю, педантичністю, улесливістю, піклуванням про особисте благополуччя, егоїзмом.

При високому ступені інтелектуального занепаду виникає епілептичне слабоумство. Крім нього, можуть спостерігатись злосливість та жорстокість.

Судово-психіатрична оцінка епілепсії

Дана оцінка складна і вимагає серйозного вивчення кожного конкретного випадку. Наявність епілепсії не позбавляє хворого осудності. Неосудною може бути особа з психічною деградацією, епілептичним слабоумством, з психічними еквівалентами. В цих випадках хворий не здатний усвідомлювати свої дії і керувати своїми вчинками.

9.2. ТИМЧАСОВІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ (ВИКЛЮЧНІ СТАНИ)

Тимчасовим розладом психічної діяльності визнається гостре, короткочасне психічне захворювання, що проходить у вигляді нападів. Це захворювання раптово виникає (найчастіше внаслідок тяжких душевних травм) і за сприятливих обставин раптово припиняється. До таких захворювань відносять різного роду патологічні афекти, алкогольні психози, білу гарячку тощо.

Патологічний афект

Патологічний афект – це хворобливий стан психогенного походження, що виникає у практично психічно здоровій людині. Виникає в результаті раптової та інтенсивної психічної травми, характеризується послідовним розвитком наступних фаз: підготовчою, фазою вибуху і завершальною. У підготовчій фазі під впливом психічної травми (тяжка образа гідності особи, несподівана зневага, раптовий напад) відбувається різке наростання афективної напруги з концентрацією усіх думок на травмуючому моменті. Чинник несподіваності, «надзвичайність» для особи мають вирішальне значення. Чинниками, що сприяють виникненню афективної реакції, є перевтома, вимушене безсоння, соматична ослабленість. У фазі вибуху відзначається глибоке затьмарення свідомості (за типом сутінкового) із несамовитим руховим збудженням. Про порушення свідомості і патологічний характер афекту свідчать також надзвичайно різкий перехід інтенсивного рухового збудження, властивого другій фазі, в психомоторну загальмованість. Завершальна фаза характеризується різким послабленням психічних і фізичних сил, подальшим сном або станом, близьким до прострації. Спогади про подію, що сталася, мають уривчастий характер, але частіше не зберігаються взагалі.

Судово-психіатрична оцінка патологічного афекту

Цей стан підпадає під поняття тимчасового розладу психічної діяльності медичного критерію неосудності, оскільки унеможливує усвідомлення фактичного характеру і громадської небезпеки своїх дій особою в момент вчинення протиправних дій.

Алкогільні психози

Біла гарячка (алкогольній делірії) – найпоширеніший алкогольний психоз, що гостро розвивається і супроводжується розладом свідомості і частими галюцинаціями. Провісниками білої гарячки (передделірії) є безсоння, нічні кошмари, зорові галюцинації, порушення координації, тремтіння кінцівок.

Делірій розвивається через декілька годин, днів після припинення прийому алкоголю на тлі виражених абстинентних розладів або при зворотному їх розвитку.

Як правило, біла гарячка розвивається вночі. У розгорнутій стадії з'являється повне безсоння, зорові галюцинації. Переважають мікроскопічні галюцинації: комахи, дрібні тварини, риби і змії, нитки, дріт; рідше бачать великих тварин, людиноподібних істот, мерців, у тому числі фантастичного вигляду. Вони рухливі, змінюються в розмірах, одиничні або множинні тощо. При поглибленні делірію виникають слухові, нюхові, термічні, тактильні галюцинації. У поведінці, афекті, маячних висловлюваннях відбивається зміст галюцинацій. Переважає рухове збудження. Настрій хворого – суміш ейфорії та страху, іноді виникають маревні ідеї, спроби до самогубства, небезпечні агресивні вчинки.

Домінує образне переслідування або фізичне знищення, іноді з ідеями подружньої невірності. Характерне неправильне орієнтування в навколишньому просторі. Порушується почуття часу. Хворі підвищено навіювані. Біла гарячка супроводжується неврологічними і соматичними розладами: підвищується температура і пітливість, збільшується печінка, жовтіють склери, з'являється тахікардія, тремір кінцівок і усього тіла, м'язова слабкість, блідість шкірних покривів (останнє стало приводом для назви хвороби «біла гарячка»).

Напад триває 2–5 днів, іноді 1–2 тижні. Після сну настає різкий перелом, свідомість проясняється. Спогади про цей період у особи не залишаються зовсім або є уривчастими.

Судово-психіатрична оцінка алкогольного делірію

Особа, що вчинила злочин у стані алкогольного делірію, визнається неосудною, між нападами – осудна.

Патологічне сп'яніння – це гострий короткочасний психічний розлад, що виникає у зв'язку з прийомом алкоголю. Розвивається після прийому невеликої кількості алкоголю. Важливу роль відіграють фактори, які послаблюють організм: безсонна ніч, голод, психічна й фізична перевтома, душевні потрясіння.

Раптово виникає гострий психічний стан, при якому спостерігається розлад свідомості з порушенням орієнтування, наявністю маревних ідей і галюцинаторних переживань. При цьому фізичних ознак сп'яніння немає. Зберігається моторика, чітка мова. Міміка і жестикуляція справляють враження незвичайності.

Основною ознакою патологічного сп'яніння є хворобливо змінена свідомість, унаслідок чого порушуються і спотворюються процеси сприйняття, настає відрив від реальної дійсності. З'являються несвідомий страх, тривога, відчуття загрози відносно себе і своїх близьких. При наростанні емоційної напруги порушується орієнтування.

При патологічному сп'янінні спостерігається грубе порушення свідомості типу сутінкового розладу орієнтування. Вся поведінка хворого вказує на відрив від реальної дійсності, хворобливе сприйняття оточення, патологічну зануреність у свої переживання. Дії хворого автоматичні, рухові порушення виявляються у вигляді інтенсивних, безглузких, агресивних дій із неймовірною жорстокістю та злостивістю. У цьому стані вони звичайно не тікають, а нападають на уявних ворогів.

Форми патологічного сп'яніння: епілептоїдна та параноїдна.

При *епілептоїдній формі* у хворих розвивається різке психомоторне порушення, тяжке порушення свідомості, безглузда агресія, буйство, лють. Після патологічного сп'яніння настає амнезія, людина не пам'ятає того, що трапилось.

При *параноїдній формі* відзначають маревну цілеспрямованість дій, викривлене сприйняття дійсності, тривогу, страх, гнів, маревні та галюцинаторні переживання. Хворі схильні до тяжких агресивних дій.

Патологічне сп'яніння частіше триває від кількох хвилин до 3–4 год. і закінчується глибоким сном. Спогади про минуле уривчасті або не зберігаються зовсім.

Судово-психіатрична оцінка патологічного сп'яніння

Людина в цьому стані неосудна. Патологічне сп'яніння людина може переживати лише один раз у житті.

9.3. СЛАБОУМСТВО

Олігофренія (від грец. *oligos* – малий і *phren* – розум), недоумкуватість – різні форми психічного недорозвинення, вроджені і рано придбані (до 3 років). Ознаками, що об'єднують усю групу олігофреній, є наявність розумового недорозвинення і відсутність прогресування хвороби.

Відмінною особливістю олігофреній є те, що характерні для них психічні розлади виникають не в результаті зниження інтелекту та інших функцій психіки, як це спостерігається при всіх інших психічних захворюваннях, а являють собою їхнє початкове недорозвинення.

Вирізняють наступні причини, що провокують розвиток олігофреній:

1) причини ендогенного (внутрішнього) характеру. Сюди входять усі види психічного недорозвинення, викликаного хромосомними патологіями, різними генетичними синдромами і спадковими специфічними порушеннями обміну речовин. Причиною олігофренії даного типу можуть послужити наприклад, синдром Дауна, різні типи мукополісахаридозу та інші метаболічні захворювання;

2) причини екзогенного (зовнішнього) характеру. В даному випадку загальне психічне недорозвинення у хворого можуть викликати внутрішньоутробні інфекції під час вагітності, імуні-конфлікт крові матері і дитини, пологові та післяпологові травми черепа малюка, алкоголізм матері, наркоманія та інші згубні звички, що спровокували серйозні порушення в постачанні плода поживними речовинами;

3) причини змішаної етіології, тобто сукупність з факторів як екзогенної, так і ендогенної природи. В результаті сукупного впливу на організм людини відразу декількох несприятливих факторів розвиваються найважчі форми олігофренії.

Поширеність олігофренії, за статистичними даними, в різних регіонах України дуже коливається (від 0,2 % до 5 % і більше).

Суттєва відмінність характеристик розповсюдженості олігофренії серед населення має своє пояснення через об'єктивні причини. Це, наприклад, вплив такого фактору, як різний ступінь вираженості розумового недорозвинення. Якщо тяжкі форми з успіхом розпізнають навіть неспеціалісти, то хворі на олігофренію легкого ступеня можуть ніколи не потрапити під нагляд, а отже, й на облік у психіатра. Іноді дуже складно визначити, чи є певна розумова відсталість олігофренією, чи це результат несприятливих умов розвитку і навчання в ранньому дитинстві (так звана педагогічна занедбаність). Хворі на олігофренію можуть бути не виявленими і не потрапити на облік, якщо до них не були пред'явлені вимоги з освіти або якої-небудь роботи, для чого є необхідним засвоєння відносно складних знань (різниця між рівнем урбанізації, між містами та віддаленими сільськими місцевостями).

Клінічні вияви олігофреній різноманітні, що пов'язано з різноманітністю клінічних форм і різним ступенем психічного недорозвинення. Незважаючи на вказане, вони мають загальні ознаки, що дозволяють об'єднати всі ці форми патології в єдину групу. Характерною особливістю олігофреній є наявність тотального психічного недорозвинення, що виявляється не тільки в порушенні пізнавальної, інтелектуальної діяльності, але і в мисленні, сприйнятті, мові, моториці, емоційно-вольовій сфері. Елементарні функції психіки, інстинкти – залишаються відносно більш збережені. Значною мірою страждають процеси мислення, які характеризуються слабкістю абстрагування з переважанням конкретних зв'язків і асоціацій, неможливістю абстрактного і недостатністю логічного мислення. Поряд із цим відзначається слабкість активної, цілеспрямованої уваги. Пам'ять недостатня, особливо страждає вищий рівень пам'яті – логічне й опосередковане запам'ятовування, тоді як механічна пам'ять може бути збереженою та навіть гіпертрофовано розвиненою. Мова у хворих на олігофренію формується із запізненням, часто фонетично перекручена, порушена її граматична будова, фрази бідні, односкладові. Хворі відчувають утруднення у формулюванні своїх думок, труднощі при засвоєнні навичок читання і письма. Рівень розвитку функції мови завжди пов'язаний зі ступенем інтелектуальної недостатності. Вольова сфера характеризується слабкістю спонукань і ініціативи, відсутністю або недостатньою самостійністю. Вчинки відрізняються

імпульсивністю, необдуманістю, нецілеспрямованістю. Відсутня боротьба мотивів, часто спостерігається негативізм.

Ступінь вираженості олігофренії може бути різним. За ступенем розумової недостатності олігофренія підрозділяється на три групи: ідіотія, імбецильність, дебільність.

Ідіотія (з грец. *idioteia*, що означає «неможливість навчання» або *idios* – існуючий для себе), являє собою найбільш глибоку форму розумової відсталості, коефіцієнт інтелектуального розвитку або IQ таких хворих становить менше 20 (рідше від 20 до 35). Загальна кількість пацієнтів із таким діагнозом дорівнює 3–5 % від загального числа хворих на олігофренію (розумову відсталість).

З раннього дитинства відзначається виражене відставання хворих у психічному та фізичному розвитку. Ідіоти звертають на себе увагу вже своїм зовнішнім виглядом (потворною головою: різко збільшеною чи навпаки зменшеною відносно тіла, напіввідкритим ротом, тупим виразом обличчя), схильністю до простих стереотипних рухів (ляскання в долоні, смоктання пальців), нездатністю до осмисленого самостійного пересування, плановими руховими актами. Їх поведінка зовні невмотивована.

Характеристика ідіотії включає наступні ознаки: відсутність осмисленої діяльності, зупинка в розвитку мови (спостерігаються лише окремі слова і нечленороздільні звуки). Відсутність навичок самостійного життя через неможливість навчання та прищеплення навичок самообслуговування. Вимовлені слова для оточуючих здаються незрозумілими.

Глибока ідіотія виявляє себе в наступних діях: хворі можуть дряпати собі обличчя, кусатися, рвати волосся, виявляти негативізм, злостивість або млявість будь-яких реакцій. Хворі не здатні самостійно їсти, зазнають труднощів при переживуванні їжі. Завжди неохайні, і потребують систематичного догляду, а також нагляду.

Судово-психіатрична оцінка ідіотії

У судово-слідчій практиці особи з такою глибиною розумової відсталості невідомі через свою вроджену безпорадність (фізичну і психічну).

Імбецильність (лат. *imbecillus* – слабкий) являє собою олігофренію середнього ступеня тяжкості, коефіцієнт інтелектуального розвитку або IQ таких хворих становить 25–50. Загальна кількість пацієнтів із таким діагнозом дорівнює від 10 до 20 % від загального

числа хворих на олігофренію (розумову відсталість). У імбецилів відзначаються вроджені стигми (відстовбурчені вуха, приросли мочки вуха, дефектний прикус, груба будова черепа, зменшений (мікроцефалія) або збільшений (гідроцефалія) череп). Вираз обличчя тупий, відсутня тонка мімічна гра. Моторика недостатньо розвинена. Рухи погано координовані, незграбні. Хо́да скута, згорблена.

Поряд із зовнішніми ознаками недорозвинення інтелекту спостерігається примітивна мова (словниковий запас іноді досягає 200–300 слів), слабкорозвинена здатність до навчання, проблеми з пам'яттю, посилення несвідомих інстинктів (сексуальна розбещеність, схильність до переїдання). Мислення послідовне, проте досить примітивне. Малий кругозір, сугестивність і бажання наслідувати можуть виявлятися асоціальною поведінкою, особливо в незнайомій обстановці. Навчання елементам самообслуговування можливо, при цьому імбецили не можуть прожити самотійно.

Хворі на імбецильність підвищено навіювані, схильні до сліпого наслідування, нерідко в них відбувається сексуальне перезбудження. Все це може зумовити вчинки, які формально відповідають кримінально карним: підпали, крадіжки, нанесення тілесних ушкоджень, відкрите оголення статевих органів і маніпулювання ними та навіть звалтування. Однак усі ці дії характеризуються імпульсивністю, відсутністю будь-якої усвідомленості і, тим більше, розуміння протиправності.

Судово-психіатрична оцінка імбецильності

Особи з імбецильністю зазвичай визнаються неосудними.

Дебільність (лат. *debilis* – слабкий) являє собою найлегшу і найбільш поширену форму розумової відсталості, становить близько 75 % від загального числа хворих на олігофренію. Серед інших форм олігофренії хворі на дебільність становлять найбільшу частину направлених на судово-психіатричну експертизу. Виразність психічного недорозвинення при дебільності може бути різною: від тяжкої, близької до імбецильності, до легкої, що межує практично з нормою, тобто рівнем психічно здорових осіб із низьким інтелектом. Це визначає велику неоднорідність клінічних виявів, різний темп психічного розвитку і різний рівень (ступінь) виразності психічного дефекту, котрий спостерігається у хворих із накопиченням життєвого досвіду. Прийнято розрізняти *глибоку, помірно виражену та легку дебільність*.

Характерні особливості зовнішності виявляються у непропорційній будові тіла, поганій координації рухів, певній незграбності, дурнуватуому виразі обличчя. У хворих із дитинства виявляються ознаки затримки розвитку, вони пізніше починають ходити, розмовляти. При глибокій дебільності темп психічного розвитку дуже низький, їм у край рідко вдається закінчити навіть допоміжну школу. Хворі залишаються безпомічними і потребують постійного догляду. При легкій формі дебільності хворі здатні до навчання, іноді при хорошій механічній пам'яті, посидючості і гіперопіці батьків досягають непоганих результатів у навчанні. Легку дебільність буває важко відрізнити від нижньої межі норми. Такі діти можуть навчатися у звичайній школі. Особи з дебільністю опановують переважно конкретні знання. Вони повільні, інертні, малоініціативні, але легко наслідують дорослих, які є для них авторитетом. Відзначається певна необдуманість і непередбачуваність учинків, слабкість самовладання, нездатність долати свої потяги. З роками дебільність стає менш помітною, особливо у тих, хто зумів добре адаптуватися в житті. Однак частина дебілів може потрапити в групу асоціальних або навіть кримінальних елементів у зв'язку з підвищеною сугестивністю, некритичністю і недостатнім осмисленням ситуації.

Судово-психіатрична оцінка дебільності

Особи з дебільністю легкого ступеня, як правило, визнаються осудними, оскільки здатні свідомо регулювати свою поведінку в юридично значущих ситуаціях, можуть передбачати наслідки своїх учинків. Особи з глибоким ступенем дебільності зазвичай визнаються неосудними. Найбільш складною є оцінка помірно вираженої дебільності, яка будується на підставі урахування як ступеня розумового недорозвинення, так і характеру самого правопорушення, а також усієї клінічної картини в кожному конкретному випадку.

9.4. ІНШІ ХВОРОБЛИВІ СТАНИ

Інший хворобливий стан психіки – це такий стан, що у вузькому розумінні не є психічним захворюванням, але інколи його перебіг є досить тяжким, супроводжується різними порушеннями психічної діяльності (наприклад, тяжкі форми психопатії, психосенії,

стан абстиненції при наркоманії). Подібне може спостерігатися і при травмах головного мозку, пухлинах мозку тощо. При зазначених патологіях у хворого може порушуватися здатність до розумової чи вольової діяльності.

Психопатія – (грец. *psyche* – душа і *pathos* – страждання) – прикордонне порушення розвитку особистості, що відрізняється дисгармонією в емоційній і вольовій сферах. Це неправильний, хворобливий розвиток характеру, аномалія характеру, від якої страждає і сама людина, і суспільство («потворність характеру»). Психопатія не є психічним захворюванням, але це і не варіант норми.

Психопатичні особливості виявляються в дитинстві або юності і без значних змін зберігаються протягом усього життя, вони пронизують всю особистість, визначають її структуру, і зазвичай перешкоджають повноцінному пристосуванню особистості до навколишнього середовища.

Для психопатії характерна тріада ознак:

- тотальність;
- стійкість характерологічних порушень;
- зміни соціальної адаптації.

Психопатія має особливе значення в судовій психіатрії.

Виділяють психопатію збудливого, істеричного, паранояльного, гальмівного і шизоїдного типу.

Збудлива психопатія. Провідними особливостями характеру цих осіб є підвищена збудливість, дратівливість, вибуховість, злостивість, злопам'ятність, схильність до коливань настрою, які зазвичай обумовлюються зовнішніми причинами. Їм властива схильність до бурхливих виявів афекту з незначного приводу, вони постійно всім незадоволені, шукають приводу для причіпок, надзвичайно нетерпимі до чужої думки, нетерплячі, не виносять протиріч. Їм властиві егоїзм, небажання рахуватися з інтересами інших, в тому числі і близьких їм людей.

Істерична психопатія. Ці особи прагнуть бути постійно в центрі уваги, тому їх поведінка демонстративна, театральна, позбавлена простоти і природності. Їм властива психічна незрілість, інфантилізм, їх почуття поверхові, неглибокі, емоційні прихильності нестійкі. Часто бувають коливання настрою, швидко змінюються симпатії та антипатії, зовнішня доброзичливість може поєднуватися з емоційною холодністю. Для них є характерними

навіюваність і самонавіюваність, нездатність до тривалої вольової напруги. Судження відрізняє суперечливість, схильність до вигадок, фантазування. У важких ситуаціях легко виникають істеро-невротичні порушення: бурхливі афективні реакції з риданнями, криками, нанесенням самоушкоджень, агресією відносно навколишніх, істеричні фізичні симптоми (істеричний мутизм, сурдомутизм, астазія-абазія).

Паронояльна психопатія. Цим особам властива схильність до надцінних утворень, підозрливості, підвищена самооцінка, негнучкість психіки. З дитинства вони відрізняються прямолінійністю, упертістю, гіперстенічністю в тенденції до лідерства і самоствердження. Вони надзвичайно чутливі до ігнорування їх думки, схильні перебільшувати значення розбіжностей, що виникають у них з оточуючими, вкрай образливі і злопам'ятні. З віком ці особи стають консервативними, ригідними, прискіпливими. Безкомпромісність, категоричність суджень, прагнення в будь-якій ситуації чинити по-своєму, властивий їм егоїзм заважають їм підтримувати рівні стосунки в родині і з оточуючими. Конфлікти, що легко виникають, породжують односторонню оцінку реальних подій, їх інтерпретацію в плані прихильності власної позиції.

Гальмівна психопатія. У цю групу об'єднані особи з астеничними, психастеничними і шизоїдними особливостями характеру на основі властивих їм усім гальмівних, пасивних реакцій на різноманітні психотравмуючі ситуації. *Астеничним психопатичним особистостям* властива підвищена вразливість, боязкість, нерішучість, сором'язливість, підвищена чутливість по відношенню до різних зовнішніх подразників, дратівлива слабкість при навіть незначному емоційному напруженні. Фон настрою у них зазвичай пригнічений, легко виникає почуття тривожності, невпевненості в собі при зіткненні навіть з незначними труднощами. *Психастеничні особистості* відрізняються підвищеною рефлексією, прагненням до постійного самоаналізу і самоконтролю, почуттям власної неповноцінності, схильністю до нав'язливих сумнівів. У них легко формуються різні фобії. Для всіх гальмівних особистостей характерна слабкість потягів: поганий апетит, відставання в статевому розвитку. У них часто спостерігаються вазо-вегетативні порушення з розладом сну, головним болем, кардіалгіями.

Шизоїдна психопатія. Ці особи відрізняються нетовариськістю, інтровертністю, схильністю до внутрішнього перероблення

своїх переживань. Вони вразливі, боязкі, нерішучі, сором'язливі, часто зазнають труднощів контакту з найближчим оточенням. Крім цього, у них виявляється відсутність почуття гумору, зайва серйозність і сентиментальність, дивакуватість і недовірливість, схильність до самоаналізу і рефлексії. Захоплення їх нестандартні, але не відірвані від зовнішнього світу, стосуються в основному літератури, мистецтва, музики, теоретичних розділів науки.

Судово-психіатрична оцінка психопатії

В динаміці психопатії виділяють стани компенсації і декомпенсації. Компенсація – це етап динаміки психопатії, коли відзначається адаптація особистості до мікросередовища з мінімальним виявом патологічних рис характеру і задовільними показниками її соціальної пристосовності. Декомпенсація – стан загострення, оголення всіх патологічних характерологічних рис особистості з порушенням соціальної адаптації, що була раніше. Психопатичні особистості в судово-психіатричній практиці зазвичай визнаються осудними, за винятком станів декомпенсації психопатії, в структурі яких відзначаються, поряд із поглибленням характерологічних рис, невротичні, афективні, маревні переживання.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ТА КОНТРОЛЮ ЗАСВОЄННЯ ЗНАТЬ

1. Поняття, форми, симптоми шизофренії. Судово-психіатрична оцінка шизофренії.
2. Поняття, види, симптоми маніакально-депресивного психозу. Судово-психіатрична оцінка маніакально-депресивного психозу.
3. Поняття, симптоми епілепсії та її психічні еквіваленти. Судово-психіатрична оцінка епілепсії.
4. Тимчасові психічні розлади (виключні стани): поняття та їх судово-психіатрична оцінка.
5. Поняття, види, симптоми олігофренії. Судово-психіатрична оцінка олігофренії.
6. Поняття, види, симптоми психопатії. Судово-психіатрична оцінка психопатії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ І РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДО РОЗДІЛУ 1 «СУДОВА МЕДИЦИНА»

1. Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза трупа / М. И. Авдеев. – М. : Медицина, 1976. – 677 с.
2. Акопов В. И. Судебная медицина : учеб. пособие / В. И. Акопов. – М. : МАРТ, 2003. – 352 с.
3. Атлас по судебной медицине / под ред. Ю. И. Пиголкина, И. Н. Богомоловой. – М. : Мединформагентство, 2006. – 310 с.
4. Баринов Е. Х. Загадки танатологии : монография / Е. Х. Баринов. – М. : РГ-Пресс, 2018. – 208 с.
5. Білецька Г. А. Судова медицина та судова психіатрія : [підручник] / Г. А. Білецька. – Харків : Право, 2018. – 376 с.
6. Білецький Є. М. Судова медицина та судова психіатрія : навч. посіб. / Є. М. Білецький, Г. А. Білецька. – Харків : Одиссей, 2010. – 200 с.
7. Білецький Є. М. Судова медицина та судова психіатрія : навч. посіб. / Є. М. Білецький, Г. А. Білецька. – Київ : Юрінком Інтер, 2004. – 292 с.
8. Бічурін Р. Х. Методика розслідування умисних вбивств, вчинених з хуліганських мотивів : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / Бічурін Рінат Халітович. – Харків, 2017. – 232 с.
9. Винберг А. И. Судебная экспертология (общетеоретические и методологические проблемы судебных экспертиз) : учеб. пособие / А. И. Винберг. – Волгоград : НИиРИО ВСШ МВД СССР, 1979. – 184 с.
10. Волков В. Н. Судебная медицина : [учеб. пособие для вузов] / В. Н. Волков, А. В. Датий ; под ред. А. Ф. Вольнского. – М. : Юнити-Дана ; Закон и право, 2000. – 639 с.
11. Герасименко О. І. Словник-довідник термінів судової медицини / О. І. Герасименко. – Київ : Ін Юре, 2002. – 482 с.
12. Гусева В. А. Роль спеціальних медичних знань при розслідуванні злочинів проти працівників правоохоронних органів /

В. А. Гусева // Вісник Львівського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка. – 2017. – Вип. 1 (77). – С. 283–189.

13. Дубровин И. Судебная медицина / И. Дубровин, Ю. Пиголкин, И. Белешников ; под ред. Ю. И. Пиголкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 576 с.

14. Закатов А. А. Использование научно-технических средств и специальных знаний в расследовании преступлений / А. А. Закатов. – Киев : РИО МВД УССР, 1980. – 104 с.

15. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи : затв. наказом МОЗ України від 17 січ. 1995 р. № 6 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95>.

16. Каткова Т. В. Судові експертизи. Збірник питань / Т. В. Каткова ; Ін-т внутр. справ. – Харків : Оригінал ; Рубікон, 1994. – 144 с.

17. Кодекс України про адміністративні правопорушення : закон України від 7 груд. 1984 р. № 8073-Х [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>.

18. Колоколов Г. Р. Судебная медицина. Ответы на экзаменационные вопросы : учеб. пособие для вузов / Г. Р. Колоколов. – М. : Экзамен, 2005. – 160 с. – (Серия «Студенту на экзамен»).

19. Криміналістика : підручник : у 2 т. / за заг. ред. А. Ф. Волобуєва, Р. Л. Степанюка, В. О. Маляррової ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків : Харків. нац. ун-т внутр. справ, 2018. – Т. 1. – 384 с.

20. Кримінальний кодекс України : закон України від 5 квіт. 2001 р. № 2341-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.

21. Кримінальний процесуальний кодекс України : закон України від 13 квіт. 2012 р. № 4651-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>.

22. Левенець І. В. Судова медицина : курс лекцій / І. В. Левенець. – Тернопіль : Економ. думка, 2007. – 264 с.

23. Лузгин И. М. Моделирование при расследовании преступлений / И. М. Лузгин. – М. : Юрид. лит., 1981. – 152 с.

24. Ляш А. О. Судова медицина : навч. посіб. для студентів ВНЗ / А. О. Ляш, О. В. Соколова, Б. Д. Халмурадов. – Київ : Ун-т «Україна», 2007. – 275 с.

25. Марчук А. І. Судова медицина : курс лекцій : [навч. посіб.] / А. І. Марчук. – Київ : Генеза, 1997. – 144 с.

26. Марчук А. І. Судова медицина. Тестові завдання : навч. посіб. / А. І. Марчук. – Київ : Нац. акад. внутр. справ України ; Правові джерела, 1999. – 128 с.

27. Матусовський Г. А. Юридична характеристика злочинів / Г. А. Матусовський // Вісник Академії правових наук України. – 1998. – № 2 (13). – С. 120–123.

28. Науково-методичні рекомендації з питань підготовки та призначення судових експертів та експертних досліджень : затв. наказом М-ва юстиції України від 8 жовт. 1998 р. № 53/5 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0705-98>.

29. Недоступ М. Ф. Судова медицина : навч.-метод. посіб. / М. Ф. Недоступ ; МВС України, Луган. акад. внутр. справ. – Луганськ : РВВ ЛАВС, 2004. – 67 с.

30. Нетудихатка О. Ю. Судова медицина : навч. посіб. / О. Ю. Нетудихатка, О. О. Мавед. – Харків : БУРУН і К, 2012. – 240 с.

31. Нечеснюк М. В. Особливості роботи зі слідами біологічного походження людини при огляді місця події та призначення молекулярно-генетичної експертизи : метод. рек. / М. В. Нечеснюк, М. П. Климчук, А. А. Патик, О. С. Нарусевич. – Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2019. – 90 с.

32. Озар В. Г. Методика розслідування катування (ст. 127 КК України) : монографія / В. Г. Озар ; за заг. ред. Р. Л. Степанюка. – Харків : Панов, 2016. – 220 с.

33. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

34. Особливості тактики проведення окремих слідчих дій : навч. посіб. / за заг. ред. Д. Д. Зайця. – Харків : Харків. нац. ун-т внутр. справ, 2011. – 184 с.

35. Оценка заключения судебно-медицинского эксперта следствием, судом и адвокатом : моногр. / под общ. ред. Н. Н. Тагаева, В. Д. Мишалова. – Харьков : Права человека, 2016. – 80 с.

36. Положення про бюро судово-медичної експертизи управління охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів та республіканське бюро (Автономної Республіки Крим) : затв. наказом МОЗ України від 17 січ. 1995 р. № 6 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0258-95>.

37. Пономаренко Г. О. Судова медицина : навч.-метод. посіб. / Г. О. Пономаренко, Н. В. Шахман. – Харків : Харків юрид., 2009. – 252 с.

38. Попов В. Л. Судебная медицина. Компетенция, нравственность / В. Л. Попов. – СПб. : Гиппократ, 1997. – 240 с.

39. Порядок взаємодії між органами та підрозділами Національної поліції, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини : затв. наказом МВС України, МОЗ України, Ген. прокуратури України від 29 верес. 2017 р. № 807/1193/279 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1299-17>.

40. Правила судово-медичного визначення рівня тяжкості тілесних ушкоджень : затв. наказом МОЗ України від 17 січ. 1995 р. № 6 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0255-95>.

41. Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України : наказ МОЗ України від 17 січ. 1995 р. № 6 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0248-95>.

42. Про судову експертизу : закон України від 25 лют. 1994 р. № 4038-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12>.

43. Салтєвський М. В. Криміналістика (у сучасному викладі) / М. В. Салтєвський. – Київ : Кондор, 2005. – 588 с.

44. Самищенко С. С. Судебная медицина : [учеб. для юрид. вузов] / С. С. Самищенко. – М. : Юрайт, 2011. – 465 с.

45. Сапожников Ю. С. Криминалистика в судебной медицине : монография / Ю. С. Сапожников. – Киев : Здоровье, 1970. – 268 с.

46. Соколова О. В. Судова медицина : [курс лекцій] / О. В. Соколова, Ю. І. Азаров, Б. В. Михайличенко. – Київ : Вид. Паливода А. В., 2005. – 244 с.

47. Станиславский Л. В. Установление обстоятельств происшествия по следам крови / Л. В. Станиславский. – Киев : [б. и.], 1978. – 18 с.

48. Судебная медицина : учеб. для юрид. вузов / под. общ. ред. В. Н. Крюкова. – М. : Норма, 2004. – 448 с.

49. Судова медицина (у схемах, таблицях і рисунках) : навч. посіб. / [А. С. Лісовий, П. Л. Голубович, Л. Л. Голубович та

ін.] ; заг. ред. А. С. Лісового, П. Л. Голубовича. – Київ : Атіка, 2007. – 412 с.

50. Судова медицина : підручник / [А. С. Лісовий, Л. Л. Голубович, П. Л. Голубович та ін.] ; за заг. ред. А. С. Лісового, Л. Л. Голубовича. – Вид. 2-ге, допов. та перероб. – Київ : Атіка, 2003. – 512 с.

51. Судова медицина : підручник / [В. Д. Мішалов, Т. В. Хохолева, В. Т. Бачинський та ін.] ; за заг. ред. В. Д. Мішалова. – Київ : [б. в.], 2018. – 575 с.

52. Судова медицина : підручник / за ред. І. О. Концевич, Б. В. Михайличенка. – Київ : Леся, 1997. – 656 с.

53. Судова медицина : підручник / МОЗ України ; за заг. ред. А. С. Лісового, Л. Л. Голубович. – Київ : Атіка, 2003. – 512 с.

54. Судова медицина : підручник [для студентів мед. вузів / В. В. Білкун, Л. Л. Голубович, П. Л. Голубович та ін.]. – Київ : Юрінком Інтер, 1999. – 480 с.

55. Судова медицина : підруч. для студентів мед. вузів / [І. О. Концевич, Б. В. Михайличенко, В. А. Шевчук та ін.] ; за ред. І. О. Концевич, Б. В. Михайличенка. – Київ : Леся, 1997. – 656 с.

56. Судова медицина та психіатрія : навч. посіб. [для підгот. до іспитів / б. авт.]. – Київ : Центр учб. літ., 2018. – 212 с.

57. Тагаев Н. Н. Следы крови в следственной и экспертной практике : метод. пособие / Н. Н. Тагаев. – Харьков : Консум, 2000. – 128 с.

58. Тагаев Н. Н. Судебная медицина : учеб. для вузов / Н. Н. Тагаев ; под общ. ред. А. М. Бандурки. – Киев : Факт, 2003. – 1253 с.

59. Тагаев Н. Н. Судебно-медицинская экспертиза в уголовном и гражданском судопроизводстве : учеб. пособие / Н. Н. Тагаев. – Харьков : Консум, 1998. – 191 с.

60. Черечукина Л. В. Расследование убийств : учеб.-метод. пособие / Л. В. Черечукина ; МВД Украины, Луган. гос. ун-т внутр. дел им. Э. А. Дидоренко. – Луганск : РИО ЛГУВД им. Э. А. Дидоренко, 2009. – 248 с.

ДО РОЗДІЛУ 2 «СУДОВА ПСИХІАТРІЯ»

1. Білецький Є. М. Судова медицина та судова психіатрія : навч. посіб. / Є. М. Білецький, Г. А. Білецька. – Вид. 2-ге. – Харків : Одісей, 2010. – 200 с.

2. Жабокрицький С. В. Судова психіатрія : навч. посіб. / С. В. Жабокрицький, А. П. Чуприков. – Київ : МАУП, 2004. – 176 с.

3. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Р. Крафт-Эбинг ; [пер. с нем.] ; под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Республика, 1996. – 592 с.

4. Кримінальний кодекс України : закон України від 5 квіт. 2001 р. № 2341-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.

5. Левенець І. В. Судова психіатрія : навч. посіб. / І. В. Левенець. – Тернопіль : Екон. думка, 2005. – 275 с.

6. Немцов А. В. Областные показатели алкогольных отравлений и алкогольных психозов / А. В. Немцов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2003. – № 4. – С. 37-41.

7. Приходько Т. М. Межі компетенції юриста та психіатра-експерта при визначенні обмеженої осудності / Т. М. Приходько // Вісник Луганського інституту внутрішніх справ МВС України. – 2001. – № 1. – С. 48-55.

8. Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи : наказ МОЗ України від 8 трав. 2018 р. № 865 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0719-18>.

9. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2017 р. № 1018-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p>.

10. Селецкий А. И. Психология и психопатология слабоумия. Клиническая и психологическая характеристика учащихся вспомогательной школы / А. И. Селецкий. – Киев : Радянська шк., 1981. – 142 с.

11. Спасенников Б. Освобождение от наказания в связи с психическим расстройством / Б. Спасенников // Законность. – 2003. – № 7. – С. 42-43.

12. Стандарты судебно-психиатрических исследований ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского / под ред. Т. Б. Дмитриевой и Е. В. Макушкина. – М. : РИГ ГНЦ СИП им. В. П. Сербского, 2001. – 32 с.

13. Судебная психиатрия : словарь-справочник / [авт.-сост. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д. В. Хритинин]. – М. : Норма – Инфра-М, 2000. – 268 с.

14. Судебная психиатрия : учеб. / под ред. А. С. Дмитриева, Т. В. Клименко. – М. : Юристъ, 1998. – 408 с.

15. Фуллер Т. Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей / Т. Э. Фуллер. – СПб. : Питер, 1996. – 448 с.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

- Агонія 50
Алкогольні психози 161
Амнезія 138
Апатія 143
- Вивих 26
Висновок експерта 18
Вогнепальне uszkodження 39
Волосся 119
Воля 146
Вилучення слідів крові 110
Виявлення слідів крові 109
- Галопцинації 136
Гіперкінезія 145
Гіпокінезія 144
- Дебільність 166
- Експертиза
 первинна 12
 додаткова 12
 повторна 12
 комісійна 13
 комплексна 13
 призначення 82
 слідів крові 111
- Електромітка 43
Електротравма 42
Емоції 142
Епілепсія 157
- Жировіск 61
- Завдання судової медицини 8
Знаряддя травми
 гостре 33
 тупе 21
- Ідіотія 165
Імбецильність 165
- Критерії осудності 131, 133
- Маніакально-депресивний психоз 155
Медико-криміналістична експертиза 90
Методи
 судової медицини 6
 огляду місця події 69
- Мислення 139
Муміфікація 61
- Обмежена осудність 132
Огляд трупа 36, 41, 63, 66, 72
Олігофренія 163
Опік 44
Осудність 131
- Пам'ять 138
Патологічний афект 160
Перелом 26
Переохолодження 46
Піт 117
Подряпина 22
Поза трупа 68
Протокол огляду 70

- Предмет судової медицини 7
Психопатія 168
- Рана** 25
 колота 33
 різана 34
 колото-різана 35
- Розлади**
 афектів 142
 волі 146
 мислення 139
 настрою 142
 пам'яті 138
 психомоторні 144
 свідомості 149
- Розрив 26
Розтягнення 26
Розчленування трупа 79
- Садно** 22
Свідомість 149
Сеча 118
Симптоми 136
Синдроми 136
 депресивний 144
 маніакальний 144
- Синець 23
Скелетований труп 80
Сліди крові 100
Слина 116
Смерть 48
 клінічна 50
 біологічна 50
 насилницька 65
- Сперма 112
Сприйняття 136
Ступор 145
Судовий експерт 14
- Судова медицина 5
Судово-медична експертиза 9
 види 83
 волосся 121
 живих осіб 86
 за матеріалами кримінального провадження 91
 за результатами слідчого експерименту 90
 імунологічна 88
 крові 111
 молекулярно-генетична 89
 призначення 92
 речових доказів 86
 слини 116
 слідів біологічного походження 87
 сперми 115
 трупа 84
 цитологічна 88
- Судова психіатрія
 етапи розвитку 125
 завдання 127
 предмет 128
- Судово-психіатрична експертиза
 види 129
 завдання 130
 предмет 129
- Судова травматологія 19
Сутінкові стани 151
- Термінальний стан 49
Тертя 22
Травма 19
 автомобільна 29
 транспортна 29
 водія 31

Тріщина 26

Трупні плями 53

Трупні явища 51

Удар 22

Ушкодження 19

Фобія 143

Шизофренія 153

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	3
-----------------	---

РОЗДІЛ 1. СУДОВА МЕДИЦИНА

Глава 1. Предмет судової медицини. Правові та організаційні основи судово-медичної експертизи.....	5
---	----------

1.1. Предмет судової медицини	5
1.2. Правові та організаційні основи судово-медичної експертизи	8
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>18</i>

Глава 2. Судова травматологія	19
--	-----------

2.1. Поняття судової травматології	19
2.2. Особливості ушкоджень тупими предметами.....	21
2.3. Особливості ушкоджень гострими знаряддями.....	33
2.4. Ушкодження від пострілу із вогнепальної зброї (вогнепальні ушкодження)	39
2.5. Ушкодження від дії електроструму.....	42
2.6. Ушкодження від дії високих та низьких температур.....	44
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>47</i>

Глава 3. Смерть і трупні явища	48
---	-----------

3.1. Поняття смерті та її види. Термінальні стани, що передують настанню смерті	48
3.2. Види, ознаки трупних явищ та їх значення для виконання завдань розслідування	51
3.3. Особливості виявлення трупних явищ та деякі правила їх опису в протоколі огляду	63
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>64</i>

Глава 4. Особливості огляду і дослідження трупа на місці виявлення.....	65
--	-----------

4.1. Загальні положення.....	65
4.2. Правила огляду трупа.....	72

4.3. Особливості огляду місця виявлення розчленованих і скелетованих трупів	79
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>81</i>
Глава 5. Підготовка та призначення судово-медичної експертизи	82
5.1. Загальні положення.....	82
5.2. Особливості підготовки окремих видів судово-медичних експертиз	83
5.3. Призначення судово-медичних експертиз.....	92
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>98</i>
Глава 6. Особливості огляду і судово-медичного дослідження об'єктів (речових доказів) біологічного походження.....	99
6.1. Дослідження слідів крові.....	99
6.2. Дослідження слідів сперми.....	112
6.3. Дослідження слідів слини, поту і сечі	116
6.4. Дослідження волосся.....	119
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>122</i>
РОЗДІЛ 2. СУДОВА ПСИХІАТРІЯ	
Глава 7. Загальні положення судової психіатрії.....	123
7.1. Історія виникнення і розвитку судової психіатрії. Мета, предмет і завдання судової психіатрії	123
7.2. Організаційно-правові основи судово-психіатричної діяльності.....	129
7.3. Поняття осудності, обмеженої осудності та неосудності. Критерії неосудності.....	130
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>135</i>
Глава 8. Причини виникнення психічних розладів.....	136
8.1. Поняття про симптоми і синдроми психічних розладів	136
8.2. Розлади сприйняття: види та ознаки	136
8.3. Розлади пам'яті: види та ознаки.....	138
8.4. Розлади мислення: види та ознаки	139
8.5. Розлади емоцій: види та ознаки	142

8.6. Розлади рухової (психомоторної) діяльності: види та ознаки	144
8.7. Розлади волі: види та ознаки.....	146
8.8. Розлади свідомості: види та ознаки	149
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>152</i>
Глава 9. Узагальнені групи психічних розладів, що становлять медичний критерій неосудності (хронічні психічні розлади, тимчасові психічні розлади, слабоумство, інші хворобливі стани психіки)	153
9.1. Хронічні психічні розлади.....	153
9.2. Тимчасові психічні розлади (виключні стани)	160
9.3. Слабоумство	163
9.4. Інші хворобливі стани.....	167
<i>Питання для самоперевірки та контролю засвоєння знань</i>	<i>170</i>
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ І РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ	171
До розділу 1 «Судова медицина»	171
До розділу 2 «Судова психіатрія».....	176
ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК	178

С89 **Судова медицина та психіатрія** : навч. посіб. / [Кікінчук В. В., Лозова С. М., Гусєва В. О. та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. — Харків, 2019. — 184 с.
ISBN 978-966-610-240-2

Навчальний посібник підготовлений на основі навчальної програми «Судова медицина та психіатрія», затвердженої для Харківського національного університету внутрішніх справ. Викладені основні теоретичні положення судової медицини та судової психіатрії, а також практичні рекомендації з використання спеціальних медичних і психіатричних знань під час досудового розслідування розраховані на підготовку фахівців для підрозділів Національної поліції України.

Призначений для курсантів, студентів, слухачів і викладачів закладів вищої освіти системи МВС України, а також практичних працівників органів кримінальної юстиції.

УДК 340.6(07)

Приклад посилання на видання (в цілому) згідно з міжнародними стандартами:
Kinchuk V.V., Lozova S.M., Gusieva V.O., Knyzhenko S.O., Maliarova V.O., Matiushkova T.P., Orlova T.A., Peshenko O.M., Savchuk T.I., Stepaniuk R.L., Simonovych D.V. and Prykhodko V.O., 2019. *Forensic Medicine and Psychiatry [Sudova medytsyna ta psykhiiatriia]*. Kharkiv: Kharkivskiyi natsionalnyi universytet vnutrishnikh sprav.

Навчальне видання

КІКІНЧУК Василь Васильович
ЛОЗОВА Світлана Миколаївна
ГУСЄВА Влада Олександрівна та ін.

СУДОВА МЕДИЦИНА ТА ПСИХІАТРІЯ

Навчальний посібник

Редагування: *Мельник Т. Д.*

Внесення правок, комп'ютерне верстання: *Зозуля А. О.*

Коригування: *Білоус П. О.*

Підпис. до друку 31.10.2019. Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 10,73.
Обл.-вид. арк. 9,18. Тираж 200 пр. Зам. № 2019-18.

Видавець і виготовлювач –

Харківський національний університет внутрішніх справ,
просп. Льва Ландау, 27, м. Харків, 61080.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3087 від 22.01.2008.