

2. Дайте характеристику розладів здоров'я і смерті від фізичного перенапруження.

3. Що таке психічна травма?

РОЗДІЛ 8. СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ПОТЕРПІЛИХ, ЗВИНУВАЧУВАНИХ ТА ІНШИХ ОСІБ

Тема 28. Судово-медична експертиза встановлення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень, стану здоров'я та віку

28.1. Підстави, організація, методика проведення і документація експертизи потерпілих, звинувачуваних та інших осіб

Судово-медична експертиза живих осіб – найбільш ранній і частий вид експертизи, який становить понад 80 % усієї роботи експерта. КПК України передбачає обов'язкове проведення експертизи живих осіб у випадках: встановлення характеру і тяжкості тілесних ушкоджень; встановлення статевої зрілості; визначення віку.

Однак практика показує, що приводів для експертизи живих осіб значно більше, ніж їх передбачає закон (А. А. Бабанін, В.Д. Мішалов, О. В. Біловицький, О. Ю. Скребкова, 2012) (**табл. 24**).

Порядок проведення даних видів експертиз регламентується Законом України «Про судову експертизу», процесуальним законодавством, іншими законодавчими актами, «Інструкцією про проведення судово-медичної експертизи», «Правилами судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень», «Правилами проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів в бюро судово-медичної експертизи» (Наказ №6 МОЗ від 17.01.95.) та нормативними документами МОЗ України.

Обстеження живих осіб здійснюється, як правило, у відділах судово-медичної експертизи потерпілих, звинувачених та інших осіб чи в кабінетах судово-медичної експертизи в поліклініках загального типу. У деяких випадках експертиза може бути проведена в лікарнях (якщо потерпілий перебуває на стаціонарному лікуванні), інколи – у кабінеті слідчого, приміщенні поліції у місцях позбавлення волі, у залі судового засідання, тобто в тих випадках, коли немає потреби використовувати спеціальне обладнання. Рідко вона може проводитись вдома у підекспертного, якщо за станом здоров'я особа не може з'явитися для обстеження. Таку експертизу, щоб уникнути можливих звинувачень експерта в неправильних чи незаконних діях, доцільно проводити в присутності представника судово-слідчих органів. Взагалі при проведенні експертизи має право бути присутнім представник органу дізнання, слідства чи суду, за винятком випадків обстеження осіб іншої статі, пов'язаних з оголенням тіла.

Підставою для проведення обстеження є направлення працівників органів внутрішніх справ, а для проведення експертизи – постанова слідчого чи ухвала суду. В цих документах повинні бути викладені попередні дані про обставини справи, а також поставлені конкретні питання, на які очікується відповідь експерта.

Проведення експертизи з ініціативи адміністрації закладів і підприємств, юридичної консультації, громадських організацій і приватних осіб не допускається. Лише в особливих випадках, які вимагають термінового обстеження (наприклад, при зґвалтуванні), якщо своєчасне отримання постанови про проведення експертизи неможливе, судово-медичне обстеження потерпілих може, як виняток, проводитись за заявою потерпілих, їх законних представників чи посадових осіб.

Перед проведенням експертизи необхідно обов'язково встановити особу за паспортом чи іншим документом з фотокарткою, який замінює паспорт. Це продиктовано тим, що на експертизу можуть приходити підставні особи. При відсутності документа особа посвідчується представником органу дізнання, слідства, про що робиться позначка у висновках експерта. У тих випадках, коли особа підекспертного не може бути встановлена, він повинен бути сфотографований, а фотознімки повинні бути наклеєні на експертний документ чи його дублікат.

Експертизу осіб, які не досягли 16 років, слід проводити в присутності батьків, дорослих, які їх замінюють, чи вчителів.

Методика проведення експертизи визначається приводом, з якого вона проводиться, метою і завданнями експертизи. Кожний вид експертизи має свої

ТАБЛИЦЯ 24	Приводи для судово-медичної експертизи живих осіб
<i>Приводи для експертизи</i>	<i>Для визначення</i>
При хворобах та ушкодженнях:	1. Факту, характеру і ступеню тяжкості тілесних ушкоджень. 2. Відсотка стійкої втрати працездатності. 3. Загального стану здоров'я. 4. Агравації, симуляції, дисимуляції, калічення членів і штучних хвороб при ушкодженнях і хворобах. 5. Рубців. 6. Зараження венеричними хворобами, ВІП-інфекцією.
Статеві стани:	1. Статевої зрілості. 2. Порушення цілості дівочої пліви. 3. Репродуктивної здатності. 4. Вагітності, минулих пологів і абортів. 6. Статевої належності.
Статеві злочини:	1. Зґвалтування (насильного статевого акту). 2. Розбещених дій щодо неповнолітніх. 4. Статевих зносин з особою, яка не досягла статевої зрілості. 5. Зараження венеричними хворобами.
З інших приводів:	1. Віку. 2. Тотожності особи (ідентифікації). 3. Факту і ступеня сп'яніння. 4. Спільного батьківства, материнства, підміни дітей.

особливості. Поряд з цим можна відзначити ряд спільних елементів у методиці проведення експертизи, а саме:

- ознайомлення з обставинами справи;
- вивчення медичних документів, які подаються у вигляді оригіналів;
- опитування підекспертного;
- обстеження підекспертного;
- проведення спеціальних досліджень;
- складання експертного документа – «Висновку експерта».

Ці документи повинні повністю відображати те, що було виявлено у підекспертного і давати науково обґрунтовані відповіді на поставлені питання. Бажаючи ілюструвати документи фотографіями, схемами, малюнками. Вони складаються у двох примірниках рідною мовою без вживання спеціальних медичних термінів, без помарок, виправлень і скорочення слів. Висилаються за запитом органів розслідування чи суду, а копія залишається у експерта. На руки особі документи не видаються.

2. Експертиза визначення відсотка втрати працездатності

Необхідність визначення відсотка втрати працездатності виникає, як правило, у цивільному процесі при визначенні розмірів цивільного позову, який з'являється у зв'язку із заподіяним каліцтвом.

Каліцтво і, як наслідок, інвалідність можуть виникнути у зв'язку з травмою, отриманою в результаті нещасного випадку на виробництві чи в іншому місці під час виконання службових обов'язків. У таких випадках і виникає необхідність у встановленні втрати працездатності, яка визначається МСЕК (медико-соціальними експертними комісіями). Але при визначенні розмірів позову суд інколи вимагає встановлення не тільки групи інвалідності, а головним чином, відсотка втрати працездатності, як загальної, так і професійної, що визначається судово-медичною експертизою.

Експертиза визначення відсотка втрати працездатності, відповідно до «Інструкції про проведення судово-медичної експертизи» і «Правил проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи», обов'язково проводиться комісійно. Згідно з додатком до цих «Правил» при виконанні експертиз з визначення відсотка втрати працездатності використовуються такі основні положення та терміни:

1. **Працездатність** – це соціально-правова категорія, що відображає здатність людини до праці, яка визначається рівнем його фізичного та духовного розвитку, а також станом здоров'я, професійними знаннями, умінням і досвідом.

2. **Загальна працездатність** – це здатність до некваліфікованої роботи в звичайних умовах. (прим. – некваліфікована праця – суспільно корисна праця, яка не потребує спеціального навчання).

3. **Професійна працездатність** – здатність даного працівника до роботи за своєю професією (фахом) і кваліфікацією чи за іншою адекватною їй професією (фахом).

Втрата працездатності може бути *стійкою* або *тимчасовою*.

Тимчасова працездатність відповідає тільки тривалості лікування.

Під *стійкою* втратою загальної працездатності належить розуміти таку незворотну втрату функцій, яка повністю не відновлюється. Сійка втрата професійної і загальної працездатності встановлюється у відсотках.

Розмір сійкої втрати працездатності при ушкодженнях встановлюються після визначеного наслідку на підставі об'єктивних даних з урахуванням документів, якими керуються у своїй роботі МСЕК. У дітей сійка втрата загальної працездатності визначається, виходячи із загальних положень, тобто за тими ж самими правилами, що і в дорослих. У інвалідів сійка втрата загальної працездатності встановлюється як у практично здорових людей, незалежно від інвалідності та її групи.

Судово-медичною експертизою визначення відсотка втрати працездатності вирішуються такі питання:

1. Чи не втратила особа працездатність внаслідок такого-то факту?
2. Дана особа втратила загальну чи професійну працездатність?
3. Якщо дана особа втратила працездатність, то вона носить тимчасовий чи сійкий характер?
4. Яким є ступінь втрати працездатності?
5. Чи знаходиться у причинному зв'язку втрата працездатності зі знівеченням або іншим ушкодженням здоров'я?
6. Чи є дана особа інвалідом? Якщо так, то якої групи і від якого захворювання?

При встановленні ступеня втрати загальної і професійної працездатності комісія бюро судово-медичної експертизи керується відповідними інструкціями.

3. Експертиза ступеня тяжкості тілесних ушкоджень

Експертиза ступеня тяжкості тілесних ушкоджень є одним із поширених видів експертизи живих осіб. Питома вага її серед експертиз живих осіб сягає 90 %. Вона призначається в кожному випадку, якщо необхідно визначити ступінь вини і міру покарання винного за нанесення тілесних ушкоджень.

Судово-медичне визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень проводиться згідно з Кримінальним і Кримінально-процесуальним кодексами України і «Правилами судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» (Наказ МОЗ України № 6 від 17 січня 1995 р.).

Тілесні ушкодження – це порушення анатомічної цілості тканин, органів і їх функцій, що виникає як наслідок дії одного чи кількох зовнішніх пошкоджуючих факторів (фізичних, хімічних, біологічних, психічних).

Згідно з Кримінальним кодексом України розрізняють *тілесні ушкодження трьох ступенів*:

- тяжкий,
- середньої тяжкості,
- легкий, який може бути таким, що: (1) спричиняє короточасний розлад здоров'я чи незначну сійку втрату загальної працездатності та (2) не спричиняє зазначених в п. (1) наслідків.

Визначаючи ступінь тяжкості тілесних ушкоджень, експерт не має права зазначати у висновках свого акта статтю КК, яка передбачає тяжкість покарання, оскільки юридична кваліфікація дії, передбаченої законом, проводиться орга-

нами розслідування чи суду з урахуванням інших об'єктивних і суб'єктивних факторів.

3.1. Тяжкі тілесні ушкодження

Це ушкодження, які є небезпечними для життя чи заподіяли наслідків. Ступінь відповідальності за спричинення тяжких тілесних ушкоджень передбачається відповідними статтями КК України.

Відповідно до Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, ознаками тяжкого тілесного ушкодження є:

- небезпека для життя;
- втрата якого-небудь органа або втрата органом його функцій;
- розлад здоров'я, поєднаний зі стійкою втратою працездатності не менше ніж на одну третину;
- душевна хвороба;
- переривання вагітності;
- невиліковне знівечення обличчя.

Небезпечними для життя є ушкодження, що в момент заподіяння (завданя) чи в клінічному перебігу через різні проміжки часу спричиняють загрози для життя явища й котрі без надання медичної допомоги, за звичайним своїм перебігом, закінчуються чи можуть закінчитися смертю.

Запобігання смерті, що зумовлене наданням медичної допомоги, не повинно братися до уваги при оцінюванні загрози для життя таких ушкоджень. Загрозовий для життя стан, який розвивається в клінічному перебігу ушкоджень, незалежно від проміжку часу, що минув після його заподіяння, повинен перебувати з ним у прямому причинно-наслідковому зв'язку.

Відповідно до Правил небезпечними для життя є:

1. Проникні поранення черепа, у тому числі і без ушкоджень мозку.
2. Відкриті та закриті переломи кісток склепіння і основи черепа, за винятком переломів кісток скелета обличчя та ізольованої тріщини тільки зовнішньої пластинки склепіння черепа.
3. Забій головного мозку тяжкого ступеня, як зі стисненням, так і без його стиснення; забій головного мозку середньої тяжкості за наявності симптомів ураження стовбурової ділянки.
4. Епідуральний, субдуральний і субарахноїдальний внутрішньочерепні крововиливи за наявності загрозових для життя явищ – коли для ліквідації крововиливу необхідне і проводиться хірургічне втручання чи масивне терапевтичне лікування.
5. Проникні поранення хребта, у тому числі й без ушкодження спинного мозку і його оболонок.
6. Переломи-вивихи й переломи тіл чи обох дужок шийних хребців, а також односторонні переломи дужок I і II шийних хребців, а також переломи зубоподібного відростка II шийного хребця, у тому числі без порушення функцій спинного мозку.
7. Вивихи шийних хребців і їх підвивихи за наявності загрозових для життя явищ.
8. Закриті ушкодження спинного мозку в шийному відділі.

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

10. Закриті ушкодження грудних, поперекових і крижових сегментів спинного мозку, які супроводжуються тяжким спінальним шоком чи порушенням функції тазових органів.

11. Проникні поранення глотки, гортані, трахеї, головних бронхів, стравоходу.

12. Закриті переломи хрящів гортані і трахеї з розривом слизової оболонки, які супроводжуються шоком тяжкого ступеня або розладом дихання чи іншими загрозливими для життя явищами.

13. Поранення грудної клітки, які проникають у плевральну порожнину, порожнину перикарду чи клітковину середостіння, у тому числі й без ушкодження внутрішніх органів.

14. Поранення живота, які проникають у черевну порожнину, у тому числі й без ушкодження внутрішніх органів; відкриті поранення органів заочеревинного простору (нирок, наднирникових залоз, підшлункової залози та ін.). Проникні поранення сечового міхура, верхнього і середнього відділів прямої кишки, матки, яєчників, передміхурової залози, перетинкової частини уретри.

15. Закриті ушкодження органів грудної і черевної порожнини, порожнини тазу, а також органів заочеревинного простору при наявності загрозливих для життя явищ.

16. Відкриті переломи діафізів довгих трубчастих кісток – плечової, стегнової, великогомілкової. Ступінь тяжкості відкритих переломів променевої, ліктьової, малогомілкової кісток, закритих переломів названих кісток, відкритих і закритих ушкоджень крупних суглобів встановлюється залежно від викликаної ними небезпеки для життя або за ознакою стійкої втрати працездатності чи тривалого розладу здоров'я.

17. Переломи кісток таза, які супроводжуються шоком тяжкого ступеня чи масивною крововтратою або розривом перетинчастої частини уретри.

18. Ушкодження великих кровоносних судин: аорти, сонної, підключичної, пахової, плечової, підключової, стегнової, підколінної артерій чи супроводжуючих їх вен. Ушкодження інших периферичних судин (голови, обличчя, шиї, передпліччя, кисті, гомілки, стопи) кваліфікуються залежно від викликаної ними конкретної небезпеки для життя (масивної крововтрати, шоку та ін.).

19. Ушкодження, які потягли за собою шок тяжкого ступеня, масивну крововтрату, кому, гостру ниркову чи печінкову недостатність, клінічно викликану жирову чи газову емболію.

20. Термічні опіки III–IV ступеня з площею ураження понад 15 % поверхні тіла, III ступеня – понад 20 %, II ступеня – понад 30 %; а також опіки меншої площі, які супроводжуються шоком тяжкого ступеня; опіки дихальних шляхів, тепловий і сонячний удари за наявності загрозливих для життя явищ.

21. Отруєння речовинами будь-якого походження з переважанням як місцевої, так і загальної дії за наявності загрозливих для життя явищ.

22. Усі види механічної асфіксії, які супроводжуються вираженим комплексом явищ, що загрожують життю (розладом функції ЦНС, системи кровообігу і дихальної систем), якщо це встановлено об'єктивними даними.

23. Ушкодження від дії низької температури, променеві ушкодження й такі, що були отримані в умовах баротравми – усе за наявності загрозливих для життя явищ.

Не загрозливі для життя ушкодження, що належать до тяжких за кінцевим результатом та наслідками: втрата будь-якого органа чи втрата органом його функції.

Втрата зору – повна стійка сліпота на обидва ока або такий стан, коли є зниження зору до підрахунку пальців на відстані двох метрів і менше (гострота зору на обидва ока 0,04 і нижче). Втрата зору на одне око тягне стійку втрату працездатності більш як на 1/3 (на 35 %) і за цією ознакою відноситься до тяжких тілесних ушкоджень. Ушкодження сліпого ока, яке призвело до його вилучення, оцінюється залежно від тривалості розладу здоров'я.

Втрата слуху – повна стійка глухота на обидва вуха чи такий незворотній стан, коли потерпілий не чує розмовної мови на відстані 3–5 см від вушної раковини.

Втрата слуху на одне вухо тягне за собою стійку втрату працездатності менше ніж на 1/3 (на 15 %) і за цією ознакою відноситься до ушкоджень середнього ступеня тяжкості.

Втрата язика (мовлення) – втрата здатності висловлювати свої думки членороздільними звуками, зрозумілими для оточуючих. Вона може настати в результаті контузії, яка потягла за собою повну німоту та ін. Заїкання не слід розуміти як втрату мовлення.

Втрата руки чи ноги – це анатомічна втрата руки чи ноги або втрата ними функцій (параліч або інший стан, який виключає їхню діяльність).

Під анатомічною втратою руки чи ноги слід розуміти як відокремлення від тулуба всієї руки чи ноги, так і їхню ампутацію на рівні не нижче ліктьового чи колінного суглобів. Усі інші випадки повинні розглядатися як втрата частини кінцівки й оцінюватися за ознакою стійкої втрати працездатності.

Втрата репродуктивної здатності – втрата здатності до злягання, запліднення, зачаття і народження дітей. Втрата репродуктивної здатності прирівнюється до втрати органа.

При пошкодженні якого-небудь органа чи його частини, функція якого була втрачена раніше (до травми), ступінь тяжкості ушкодження встановлюється за ознакою фактично викликаної тривалості розладу здоров'я.

Розлад здоров'я, поєднаний зі стійкою втратою загальної працездатності не менше ніж на одну третину (не менше 33 %).

Душевна хвороба.

Під душевною хворобою слід розуміти психічне захворювання. Сюди не відносяться пов'язані з ушкодженням реактивні стани (психози, неврози). Ушкодження кваліфікується як тяжке тоді, коли воно потягло за собою психічне захворювання незалежно від часу його протікання і ступеня виліковності. Ступінь тяжкості ушкодження, що викликало реактивний стан нервової системи, визначається за ознакою тривалості розладу здоров'я.

Діагноз психічного захворювання і причинно-наслідковий зв'язок між ушкодженням і психічним захворюванням, що розвинулось, встановлюється судо-

во-психіатричною експертизою. Ступінь тяжкості такого тілесного ушкодження визначається судово-медичним експертом з урахуванням висновків цієї експертизи.

Переривання вагітності (травматичний аборт).

Ушкодження кваліфікується як тяжке незалежно від строку вагітності, якщо переривання її є наслідком заподіяних ушкоджень. Експертиза проводиться комісійно, з участю спеціаліста акушера-гінеколога. Комісія повинна встановити: а) наявність і характер травми; б) факт переривання вагітності; в) прямий причинний зв'язок між травмою і перериванням вагітності (необхідно виключити можливість викидня в результаті індивідуальних особливостей і хворобливого стану організму, вживання будь-яких лікарських речовин, втручання в порожнину матки).

Для встановлення зв'язку переривання вагітності з травмою лікар судово-медичний експерт повинен зібрати анамнез зі слів жінки, оглянути її, а потім надіслати вимогу на оригінали медичних документів із жіночої консультації, лікувальних і пологових закладів, куди вона зверталась до нинішньої вагітності та під час вагітності, до і після травми.

Причиною мимовільного переривання вагітності може бути недорозвиток матки, запальовальні захворювання матки і придатків, звичний викидень (як наслідок попередніх багаторазових абортів, перенесених у період вагітності інфекційних, ендокринних захворювань, резус-конфлікту, токсоплазмозу).

Переривання вагітності в першу її половину у здорової жінки від травми практично неможливе (особливо до 10-тижневого строку, коли матка міститься в порожнині таза і надійно захищена від зовнішніх механічних впливів). Більш імовірна можливість переривання вагітності від значної травми у другій половині вагітності, коли від стиснення живота, сильного удару в живіт чи в ділянку статевих органів, від різкого падіння на сідниці можливий розрив навколоплідного міхура чи відшарування плаценти з наступним достроковим перериванням вагітності. Якщо розрив навколоплідного міхура чи відшарування плаценти з відходженням навколоплідних вод чи з маточною кровотечею виникли одразу ж чи незадовго після травми у жінки з необтяженим акушерським анамнезом (здорової жінки), експерт має підстави для встановлення прямого зв'язку між травмою і перериванням вагітності.

Але слід мати на увазі, що переривання вагітності частіше відбувається не в результаті травми, а в результаті перенесених захворювань чи індивідуальних особливостей організму вагітної. До індивідуальних особливостей організму, які можуть сприяти перериванню вагітності, слід віднести: недорозвиток матки, багаторазові аборти в минулому, запальовальні захворювання матки і придатків, резус-несумісність крові матері і плода, неправильне положення матки, токсикози вагітності.

До захворювань, які можуть призвести до переривання вагітності, відносяться перш за все гострі і хронічні інфекційні захворювання жінки (грип, тиф, скарлатина, бруцельоз), токсоплазмоз, малярія, сифіліс, туберкульоз, хронічний неврит та ін.).

До переривання вагітності можуть призводити хронічні інтоксикації, захворювання ендокринної системи (зоб, діабет), серцево-судинні захворювання (гі-

пертонічна хвороба, органічні захворювання серця), захворювання крові (лейкози), пухлини матки і придатків, кісти.

Невиправне знівечення обличчя.

Для кваліфікації ушкодження як тяжкого за даною ознакою необхідно встановити три моменти: 1) ушкодження повинно розміщуватися на обличчі чи у верхніх відділах передньо-бокових поверхонь шиї; 2) бути невиправним; 3) знівечувати обличчя.

Перші два питання вирішуються судово-медичним експертом, третє – судово-слідчими органами (судом, інколи – слідчим).

При проведенні експертизи експерт повинен не тільки встановити характер і ступінь тяжкості самого ушкодження за загальними критеріями (розлад здоров'я, стійка втрата працездатності), але й вказати на виправність чи невиправність його.

Під *виправністю* розуміється значне зменшення вираженості патологічних змін (рубця, деформацій, порушень міміки тощо) із часом чи під дією нехірургічних засобів (впливом терапевтичних процедур). При необхідності застосування операційного втручання (проведення косметичної операції) для ліквідації наслідків ушкоджень обличчя ушкодження вважається невиправним. Якщо залишкові явища травми обличчя є невиправними, і слідчим чи судом вони визнані як такі, що знівечують обличчя, то ушкодження оцінюється як тяжке.

3.2. Тілесні ушкодження середньої тяжкості.

Це ушкодження, які (1) не є небезпечними для життя і (2) не заподіяли наслідків, передбачених КК України, і які (3) викликали тривалий розлад здоров'я на строк понад три тижні (більше як 21 день) чи (4) стійку втрату загальної працездатності менше ніж на одну третину (від 10 до 33 %).

Під розладом здоров'я слід розуміти хворобливий стан організму, тривалість якого визначається строком повного загоювання ушкоджень, тобто відновленням анатомічної цілісності й функціональних порушень.

3.3. Легкі тілесні ушкодження.

До легких тілесних ушкоджень, які спричинили короточасний розлад здоров'я чи незначну стійку втрату загальної працездатності відносяться ушкодження, які викликали короточасний розлад здоров'я тривалістю від 6 до 21 дня, чи незначну стійку втрату загальної працездатності до 10 %.

До легких тілесних ушкоджень, які не спричинили короточасного розладу здоров'я чи незначної стійкої втрати працездатності, відносяться ушкодження з незначними скороминущими наслідками, які продовжувалися не більше шести днів.

Відповідальність за заподіяння тілесних ушкоджень настає за відповідними статтями КК України.

3.4. Оцінка ступеня тяжкості закритої черепно-мозкової травми.

Під час судово-медичної оцінки ступеня тяжкості *закритої черепно-мозкової травми* належить керуватися методичними рекомендаціями «До клінічної

і експертної оцінки клінічного діагнозу струсу і забою головного мозку» (Наказ МОЗ України № 6 від 17 січня 1995 р.).

На сьогодні невропатологи і нейрохірурги дотримуються міжнародної класифікації **черепно-мозкової травми** (ЧМТ), яка була прийнята III з'їздом нейрохірургів у 1982 році, відповідно до якої виділяють 3 клінічні форми ЧМТ. Але в результаті клінічних і патоморфологічних досліджень (М. Є. Поліщук, 1986; О. О. Потапова, Р. Д. Касумов, 1988) була виділена така форма ЧМТ, як дифузне аксональне ушкодження.

Клінічні форми ЧМТ:

1. Струс мозку.
2. Забій мозку:
 - а) легкого ступеня;
 - б) середнього ступеня;
 - в) тяжкого ступеня.
3. Стиснення мозку (на тлі забою або без супутнього забою).
4. Дифузне аксональне ушкодження.

В основу цієї класифікації покладено характер і ступінь ураження головного мозку, оскільки здебільшого саме це і визначає клінічний стан, перебіг, лікувальну тактику і наслідки хвороби.

Визначення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень у випадках черепно-мозкової травми базується на клінічному діагнозі з обов'язковим підтвердженням його відповідним комплексом симптомів.

Судово-медичними критеріями при проведенні таких експертиз повинні бути:

- небезпечність для життя в момент спричинення травми;
- тривалість розладу здоров'я;
- стійка втрата працездатності.

Судово-медична експертиза у випадках черепно-мозкової травми повинна проводитись обов'язково з дослідженням потерпілої особи за участю невропатолога чи нейрохірурга. В окремих випадках при наявності оригіналів медичних документів, в яких повно відображений клінічний перебіг травматичного процесу з врахуванням лабораторних, інструментальних, рентгенологічних та інших досліджень, допускається проведення експертизи тільки за медичною документацією.

При оцінці ступеня тяжкості тілесних ушкоджень клінічний діагноз *«струс головного мозку»* враховується тільки за наявності об'єктивних неврологічних симптомів за *критерієм тривалості розладу здоров'я*. У цей термін входить період стаціонарного і амбулаторного лікування. Коли діагноз *«струс головного мозку»* не підтверджується об'єктивними неврологічними даними, а складений винятково на підставі одних суб'єктивних даних, він не повинен враховуватися при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.

Слід підкреслити, що в ряді випадків в осіб із травмами голови мають місце попередні захворювання ЦНС (церебросклероз, епілесія, неврастенія, менінгіт, енцефаліт, алкоголізм) або раніше перенесені травми голови. При травмах голови в осіб із попередніми захворюваннями ЦНС локалізація місця додання травми і попередньої патології збігаються, а скарги і об'єктивні неврологіч-

ні симптоми струсу мозку і попереднього захворювання ЦНС зазвичай схожі (табл. 25). Тому при діагнозі «струс головного мозку» в осіб із захворюваннями ЦНС при експертизі тяжкості ушкоджень необхідно ретельно вивчити динаміку симптомів. Експертним критерієм струсу мозку в таких осіб є поява або зникнення об'єктивних неврологічних симптомів у перші дні після травми.

Даючи судово-медичну оцінку залишковим явищам перенесеної травми голови, треба мати на увазі, що вони можуть супроводжуватись симптоматикою, яка також буває при цілому ряді захворювань – атеросклерозі судин головного мозку, вегето-судинній дистонії, хронічних захворюваннях мозку і його оболонок запального характеру, алкоголізмі, наркоманії тощо. У зв'язку з тим, що у післятравматичному перебізі, картина черепно-мозкової травми може змінюватись в бік більш тяжкої, питання про її наслідки повинно вирішуватись з витримкою певного часу (впродовж декількох місяців). При наявності симптоматики, яка свідчить про органічне ураження головного мозку, ступінь тяжкості тілесних ушкоджень встановлюють за визначенням відсотка стійкої втрати працездатності.

3.5. Методика судово-медичної експертизи (обстеження) живих осіб із приводу визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.

Вона включає декілька послідовних етапів:

I. Ознайомлення з постановою про призначення судово-медичної експертизи або направленням на судово-медичне обстеження й документами, що засвідчують особу (їх наявність обов'язкова).

II. Заповнення реєстраційного журналу і вступної частини «Висновків експерта».

III. З'ясування обставин справи і заповнення відповідного розділу «Висновків експерта».

Особливості судово-медичного анамнезу.

Основними питаннями, які цікавлять експерта при опиті потерпілої особи є наступні (А. А. Бабанін, В.Д. Мішало, О. В. Біловицький, О. Ю. Скребкова, 2012):

- коли (дата, час);
- де (у квартирі, на вулиці тощо);
- хто (кількість нападаючих, їх стать, вік і т. д.);
- що і чим зробив, скільки разів наносилося ушкодження («ударив палицею по голові 2 рази» і т. д.);
- чи звертався за медичною допомогою, якщо так, то коли і куди;
- скарги на момент огляду.

Експерт повинен уникати питань про те, чи мала місце втрата свідомості, погіршення зору, слуху тощо.

IV. Збір об'єктивних даних і заповнення дослідницької частини документа, який складають.

Експерт конкретно і послідовно зверху вниз справа наліво описує ушкодження за такою схемою:

- Локалізація ушкодження (вказати анатомічну ділянку, відстань від анатомічних точок і певних орієнтирів).
- Характер ушкодження (садно, синець, рана, перелом).

ТАБЛИЦЯ 25		Диференційна діагностика вегето-судинних порушень при травмі голови	
Ознаки та симптоми	Для визначення	Гострі прояви шийного остеохондрозу	
Головний біль	Розпираючий, постійний, з'являється відразу ж після травми, частіше дифузний, іноді локалізується в тім'яній і лобовій ділянці; посилюється при зміні положення	Нападоподібний, пульсуючий, стріляючий, за типом гемікранії. Нерідко з іррадіацією в око, вухо, посилюється при русі голови	
Блювота	Спостерігається часто, іноді багаторазово	Відсутня або однократна	
Нудота	Відзначається у спокійному стані	Виникає або підсилюється при русі голови, тулуба	
Запаморочення	Несистемне, нестійке	Системне або змішане, посилюється при русі голови, іноді у вигляді «вестибулярних бурь»	
Ністагм	Спостерігається рідко	«Ністагм» навантаження, з'являється при поворотах голови	
Функціональний стан лабіринтів	Збудливість нормальна або знижена, рідко підвищена	Збудливість завжди підвищена, особливо на стороні головного болю	
Симптом де Кляйна	Спостерігається рідко	Спостерігається рідко	
Розлади статичності і ходи	Спостерігається рідко	Спостерігається часто	
Очні симптоми	Біль в очах при погляді на яскраві предмети і джерело світла	Біль в очних яблуках, мерехтіння золотих або срібних блискавок, «срібна пелена», затуманення (обнубіляція)	
Ураження черепно-мозкових нервів	Рідко - диплопія (двоїння предметів)	Часто-гемігіперестезія обличчя, слизової оболонки носа, зниження рогівкового рефлексу на стороні головного болю	
Симптом Горнера або елементи	Відсутній	Спостерігається завжди, частіше на боці головного болю	
Пульс	Нормальний або брадикардія	Нормальний або тахікардія	
АТ	Нормальний, іноді знижений	Найчастіше підвищений	
Лікворний тиск	Нормо- та гіпертензія	Нормо- та гіпотензія	
Вегетативні реакції	Виражені помірно, нестійкі	Виражені різко, стійкі	
Біль в ділянці шиї. Симптом осьового навантаження	Не відзначається. Негативний	Спостерігається постійно	
Проба Бертші	Негативна	Позитивна	
Рентгенологічні симптоми остеохондрозу	Найчастіше відсутня	Відзначається постійно	
Терапевтичний ефект від витягнення хребта	Відсутній	Завжди позитивний	
Перебіг	Регресуючий	Ремітуючий	

- Форма ушкодження (лінійна, кругла, овальна, трикутна, квадратна, неправильно прямокутна і т. д.).
- Розміри ушкодження (вказують залежно від форми) у сантиметрах, глибину рани визначають характером тканини, що утворює її дно.
- Властивості й особливості ушкодження: колір, характер кірочки, що покриває садно (колір, щільність, рівень поверхні по відношенню до навколишньої шкіри), характер країв рани (рівні, нерівні, зідрані, розтриті), кути або кінці рани (гострі, тупі, «П», «М»-подібні або закруглені), наявність у них пергородок, гною, грануляцій, волосяних містків, сторонніх частинок.
- Кількість тілесних ушкоджень, їх взаємне розташування і висота відносно зросту людини.

У разі потреби обстежуваного направляють на додаткові дослідження, наприклад рентгенологічне, і на консультацію до лікаря-спеціаліста.

Дані досліджень і консультативні висновки заносять у дослідницьку частину документа, який складається. У деяких випадках експерт додатково запитує через особу, що призначила експертизу, необхідну первинну медичну документацію з лікувальних установ. Також експерт може призначити терміни повторного огляду. Найчастіше це має значення при невизначених на момент первинного огляду наслідках ушкодження. Отримані таким чином додаткові дані, також вносять до дослідницької частини із зазначенням дати запису.

V. Складання завершальної частини – висновків.

Структура і обсяг цієї частини визначається колом питань, які поставлені на вирішення експертизи. При експертизі тілесних ушкоджень у висновках експерта повинні бути відображені:

1. Характер ушкоджень із медичної точки зору (садно, синець, рана, перелом кістки тощо), їх локалізація і властивості;
2. Вид знаряддя чи засобу, яким могли бути спричинені ушкодження;
3. Механізм виникнення ушкоджень;
4. Давність (термін) спричинення ушкоджень;
5. Ступінь тяжкості тілесних ушкоджень із зазначенням кваліфікаційної ознаки – небезпека для життя, розлад здоров'я, стійка втрата загальної працездатності тощо.

Якщо при обстеженні потерпілого експерт виявляє різне походження тілесних ушкоджень, він встановлює, чим заподіяне кожне з них; якщо ушкодження мають різну давність, позначається неодноразовість їх нанесення, вказуються строки спричинення кожного з ушкоджень і ступінь їх тяжкості.

3.6. Судово-медична оцінка тяжкості ушкоджень зубів, м'яких тканин обличчя, кісток щелепно-лицевої ділянки

Судово-медична оцінка тяжкості ушкоджень зубів і м'яких тканин обличчя ґрунтується на загальних критеріях, до яких відносяться: значна і незначна стійка втрата загальної працездатності, повна втрата професійної працездатності, тривалість розладу здоров'я, невиліковне знівечення обличчя (за рішенням суду). Результатом важкої щелепно-лицевої травми може виявитися деформація обличчя з грубими рубцевими наслідками. Такі ушкодження (наслідки уш-

коджень) з експертної точки зору є невинними, а суд кваліфікує їх як ті, що спотворюють обличчя. Втрата носа завжди, а деформація носа і втрата частини носа в деяких випадках можуть бути визнані судом як знівечення обличчя.

В основі експертної оцінки ступеня тяжкості при ушкодженні зубів лежить детальне дослідження стоматологічного статусу. При обстеженні потерпілого звертають увагу на симетричність обличчя, стан видимих при розмові зубів, чистоту мови. При цьому важливо відзначити ступінь відкриття рота, оскільки при травмах або захворюваннях зубів може спостерігатися обмеження відкриття рота аж до повного зведення щелеп (тризм). При огляді зубного ряду верхньої і нижньої щелеп визначають розташування зубів, звертаючи увагу на їх зсув, зміну нахилу, рівень жувальної поверхні по відношенню до суміжних зубів, поворот навколо подовжньої осі, величину, форму і колір.

При визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень внаслідок травми зубів судовий медик повинен виходити з характеру (без втрати або з втратою зуба) і кількості ушкоджень, враховуючи стан зубо-щелепної системи постраждалого, вік і цілу низку інших чинників. Ушкодження зубних протезів не кваліфікуються за ступенем тяжкості. У таких випадках може лише виникати питання про матеріальні витрати, необхідні для їх виготовлення.

Травматичні ушкодження зубів (ушкодження ясен; вивих зуба; перелом зуба; екстракція зуба) можуть не супроводжуватися втратою зуба або спричинити його втрату. Через це при експертній оцінці ушкоджень зубів зазвичай застосовуються такі критерії, як тривалість розладу здоров'я і стійка втрата загальної працездатності.

Причинами травматичних розладів зубної системи, зубів, що не супроводжуються втратою, бувають гострий травматичний періодонтит (який може розвинутиися навіть при візуальній відсутності ушкоджень ясен) або неповний вивих зуба. Тривалість гострого періодонтиту складає від 2–3 діб до 2 тиж., при переході в хронічну форму – до 4 тиж. У цих випадках слід враховувати можливість ускладнень у вигляді періоститу, остеомієліту щелеп, навколотщелепних флегмон.

Неповний травматичний вивих за умов надання своєчасної стоматологічної допомоги зазвичай виліковується в строк до 7 днів. Якщо він супроводжується навіть не ускладненим періодонтитом, функція жування відновлюється до 12-ї доби. Слід пам'ятати, що в осіб, які мали до травми захворювання зубів, під впливом травми можливе загострення раніше існуючого хронічного періодонтиту.

Основними причинами травматичної втрати зубів є їх переломи і екстракція, що розглядається деякими авторами як повний травматичний вивих.

Перелом практично будь-якої частини зуба дозволяє прогнозувати несприятливий кінець (втрату зуба). Особливо це стосується перелому шийки і кореня зуба, а також власне травматичного його видалення.

При екстракції відбувається порушення зв'язку зуба і його судинно-нервового пучка з його опорним апаратом і зсув кореня за межі ямки. Не виключається вправлення, закріплення в правильному положенні і навіть приживлення пошкодженого зуба, проте в більшості травм такого роду відбувається розрив судинно-нервового пучка й омертвіння пульпи.

На думку цілої низки авторів, для визначення ступеня тяжкості у випадках втрати зубів мають значення кількість втрачених зубів і місце, яке вони займають в зубному ряду (різці, ікла, корінні зуби). Обставиною, що збільшує тяжкість травми, є втрата опорного для протеза зуба, а також травма корінного зуба, що має антагоніста, при неповноцінності інших зубів.

Навіть відсутність 1 зуба врешті решт приводить до розладу жувальної функції, порушення статичної зубної системи і збільшення навантаження на решту зубів. Це насамперед виявляється локальним ослабленням опорного апарату сусідніх зубів і зуба-антагоніста. Зуби, суміжні з втраченим, нахилиються до проміжку, що звільнився, розхитуються, а його антагоніст, вже не зустрічаючи протилежної жувальної поверхні, виходить з комірки. Такі локальні зміни пародонту (пародонтопатії) частіше виникають за відсутності протезів, іноді – при невчасному, запізненому лікуванні або навіть унаслідок підвищеного функціонального навантаження через неправильне протезування. Більше того, навіть повне й правильне протезування втрачених зубів не відновлює повністю функцію жування.

Нерідко травма зубів у потерпілих може поєднуватися з попередніми захворюваннями зубів (пародонтоз, карієс та ін.). Очевидно, що попередні захворювання позбавляють зубний апарат його функціональної цінності (цілість хворобливо зміненого зуба може порушуватися без застосування значної сили навіть під час розжовування твердої їжі), і тому він не повинен розглядатися як «повноцінно функціонуючий об'єкт для ушкодження». Втрата неповноцінного зуба або навіть декількох зубів, що стоять поза зубним рядом, зруйнованих карієсом до основи коронки або різко рухливих унаслідок патологічного процесу, не завдає шкоди потерпілому, тому не може бути прирівняна до втрати здорового цілого зуба.

Через це при проведенні судово-медичної експертизи ступеня тяжкості тілесних ушкоджень внаслідок втрати зубів в осіб із патологією зубо-щелепної системи необхідно вирішити питання, чи є втрачені зуби (зуб) повноцінними або неповноцінними. При цьому потрібно мати на увазі, чи були вони здорові чи ні, чи знаходилися ушкоджені зуби серед інших зубів або розташовувалися ізольовано, чи є їх антагоністи.

При пародонтозі I і II стадії повний травматичний вивих 2-х і навіть 4-х зубів супроводжується симптомами, характерними для цієї форми ушкоджень. Відбувається розрив тканин, які зміцнюють пошкоджені зуби в альвеолі, і зсув коренів. При огляді відмічається значна рухливість (на всі боки) пошкодженого зуба, який фіксується тільки м'якими тканинами. Те ж відбувається і при травматичній екстракції зуба (зубів), коли зв'язок пошкодженого зуба з м'якими тканинами порушується повністю і відбувається відділення зуба. При рентгенографічному дослідженні в цьому випадку виявляються вільні від зубів ямки – ознаки свіжої екстракції, а в пізніші терміни відмічається часткова або повна осифікація ямки.

Перелом зуба при пародонтозі I і II стадії, безумовно, слід кваліфікувати як втрату повноцінного зуба. Сам факт виникнення перелому зуба при цих стадіях захворювання немов підкреслює значну витривалість пародонту, хорошу фіксацію пошкодженого зуба його опорним апаратом.

До втрати неповноцінних зубів відносяться випадки екстракції після травми за наявності пародонтозу III стадії або дефектів зубних рядів, що супроводжуються значними локальними ураженнями опорного апарату втрачених зубів, зокрема пародонтопатією значного ступеня зубів-носіїв протеза.

Втрата зубів за наявності карієсу може бути розцінена як втрата повноцінних або неповноцінних зубів, що головним чином визначається ступенем зміни їх міцнісних якостей. У зміні міцнісних властивостей зуба при карієсі й інших захворюваннях твердих тканин зуба з порушенням їх цілості головну роль грають глибина і локалізація ураження, оскільки від цього залежить витривалість (міцність) зубів по відношенню до навантаження і, отже, до травматичних дій.

Разом із тим, при карієсі на відміну від пародонтопатії пародонт тривалий час буває інтактним. Тому втрату змінених карієсом зубів, унаслідок травматичної екстракції або повного вивиху слід розглядати як втрату повноцінних зубів. Механізм ушкодження зубів у даному випадку визначає травма, а не патологія.

Оцінка втрати зуба внаслідок його перелому за наявності карієсу до травми залежить від локалізації перелому. Зазвичай перелом в зоні карієсу з подальшою втратою зуба трактується як втрата неповноцінного зуба; якщо перелом локалізується на віддаленні від місця карієсу, втрачений зуб вважається повноцінним.

На думку Г. А. Ботезату (1978), втрату зуба при карієсі слід розцінювати як втрату неповноцінного зуба за трьох умов:

- 1) тільки у випадках перелому зуба;
- 2) коли перелом за локалізацією збігається з місцем каріозного процесу;
- 3) коли каріозним процесом уражені всі тканини зуба (глибокий карієс).

Ступінь локальних уражень опорного апарату зуба при пародонтопатії внаслідок дефектів зубного ряду прирівнюється до стадій пародонтозу.

До втрати неповноцінних зубів слід віднести також переломи при травмі окремих зубів, які раніше підлягали трепанації і пломбуванню пульпової камери. При цьому механізм втрати аналогічний втраті (перелому) каріозного зміненого зуба.

Достатньо складне питання про травматичну втрату тимчасових зубів. Одна справа, коли їх втрата відбулася в період зміни на постійні (корінь молочного зуба знаходиться в стані повної резорбції). Проте втрата молочного зуба до його зміни спричиняє в подальшому помітні порушення стану зубних рядів постійних зубів. Очевидно, що такі ушкодження слід прирівнювати за тяжкістю до втрати аналогічних постійних зубів.

Переломи передніх зубів або їх травматичну екстракцію суд має право віднести до невинного знівечення обличчя. Усунення косметичного дефекту в таких випадках шляхом протезування не може братися до уваги, на що є особлива вказівка «Правил судово-медичної експертизи визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» про оцінку виправності й невинності ушкоджень.

Експертна оцінка ступеня тяжкості тілесних ушкоджень *при переломах щелепно-лицевих кісток* визначається характером ушкоджень, їх перебігом і результатом. Кожен вид перелому окремих кісток обличчя має свої особливості залежно від дії застосованої сили і ступеня зсуву відламків.

Відповідно до «Правил судово-медичної експертизи визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень», переломи щелепно-лицевих кісток не відносять до групи ушкоджень, які за своїм характером небезпечні для життя, проте їх клінічний плин може нерідко супроводжуватися ускладненнями, що загрожують життю постраждалого.

Найбільш частим і грізним ускладненням ушкоджень щелепно-лицевих кісток є шок, важкий ступінь (III–IV ступінь) якого відноситься до загрозливих життю станів.

Загрозливим життю станом є гостра дихальна недостатність тяжкого ступеня, яка при ушкодженнях щелепно-лицевих кісток зазвичай пов'язана з розвитком механічної асфіксії. Тривала гіпоксія мозку на тлі травми сприяє розвитку постасфіктичної енцефалопатії.

Множинні уламкові переломи щелепно-лицевих кісток можуть поєднуватися з дифузними і обмежено-дифузними субарахноїдальними крововиливами, забоями головного мозку (зокрема важкого ступеня), а також із найбільш важкою формою ураження мозку – дифузним аксональним ураженням. Такі ушкодження відносять до категорії небезпечних для життя.

Одне з ускладнень при переломах щелепно-лицевих кісток – кровотечі (первинні й вторинні).

В. А. Клевно, Е. Н. Герасимова (2012) відносять переломи кісток вилично-оч-ноямоквого комплексу зі зміщенням уламків і переломами кісток основи черепа (клиновидної і лобової кісток) (**мал. 141**) до тяжких тілесних ушкоджень.

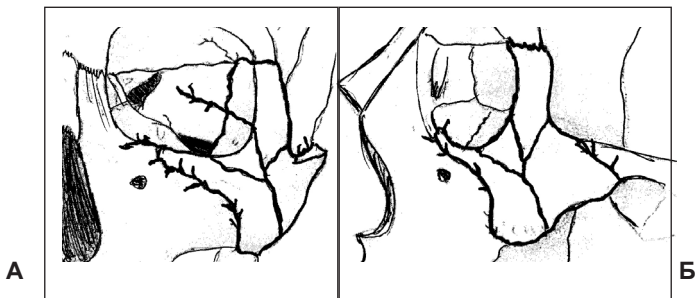
Перелом тіла виличної кістки без зміщення уламків, ускладнений гемосинусом; зі зміщенням; уламковий перелом тіла і відростка виличної кістки зі зміщенням; двосторонній перелом тіла і відростка виличної кістки (**мал. 142**) В. А. Клевно, Е. Н. Герасимова (2012) відносять до тілесних ушкоджень середньої тяжкості.

Перелом виличної кістки без зміщення, перелом одного із її відростків без зміщення, перелом тіла виличної кістки і дуги виличної кістки без зміщення, перелом виличної дуги скроневої кістки без зміщення і зі зміщенням, перелом обох відростків виличної кістки без їх зміщення (**мал. 143**) В. А. Клевно, Е. Н. Герасимова (2012) відносять до легких тілесних ушкоджень.

До віддалених ускладнень відносять групу травматичних запальних (гнійних) процесів – флегмони й абсцеси, гайморит, синусити, травматичний остеомієліт, газову і гнильну інфекцію, менінгіт, сепсис та ін. Розвитку гнійних ускладнень і травматичного остеомієліту сприяють захворювання зубо-щелепної системи, наприклад каріозні зуби, розташовані в лінії перелому.

Перехід інфекції з порожнини рота, гайморової порожнини на основу черепа може привести до базального гнійного лептоменінгіту. Проникнення патогенної флори в легені сприяє бронхопульмональним ускладненням, зокрема пневмонії. При аспірації стерильних речовин асептичне запалення досить швидко інфікується гематогенним або лімфогенним шляхом.

Разом із таким експертним критерієм, як небезпека для життя, при судово-медичній оцінці тяжкості ушкоджень щелепно-лицевих кісток використовуються й критерії тривалості розладу здоров'я, стійкої втрати загальної і про-



Мал. 141. Переломи кісток лівого вилично-очномкового комплексу зі зміщенням уламків і переломами кісток основи черепа (клиновидної та лобової кісток):

А – вигляд спереду;

Б – вигляд збоку.

фесійної працездатності. Судом може враховуватися невинуватість знівечення обличчя.

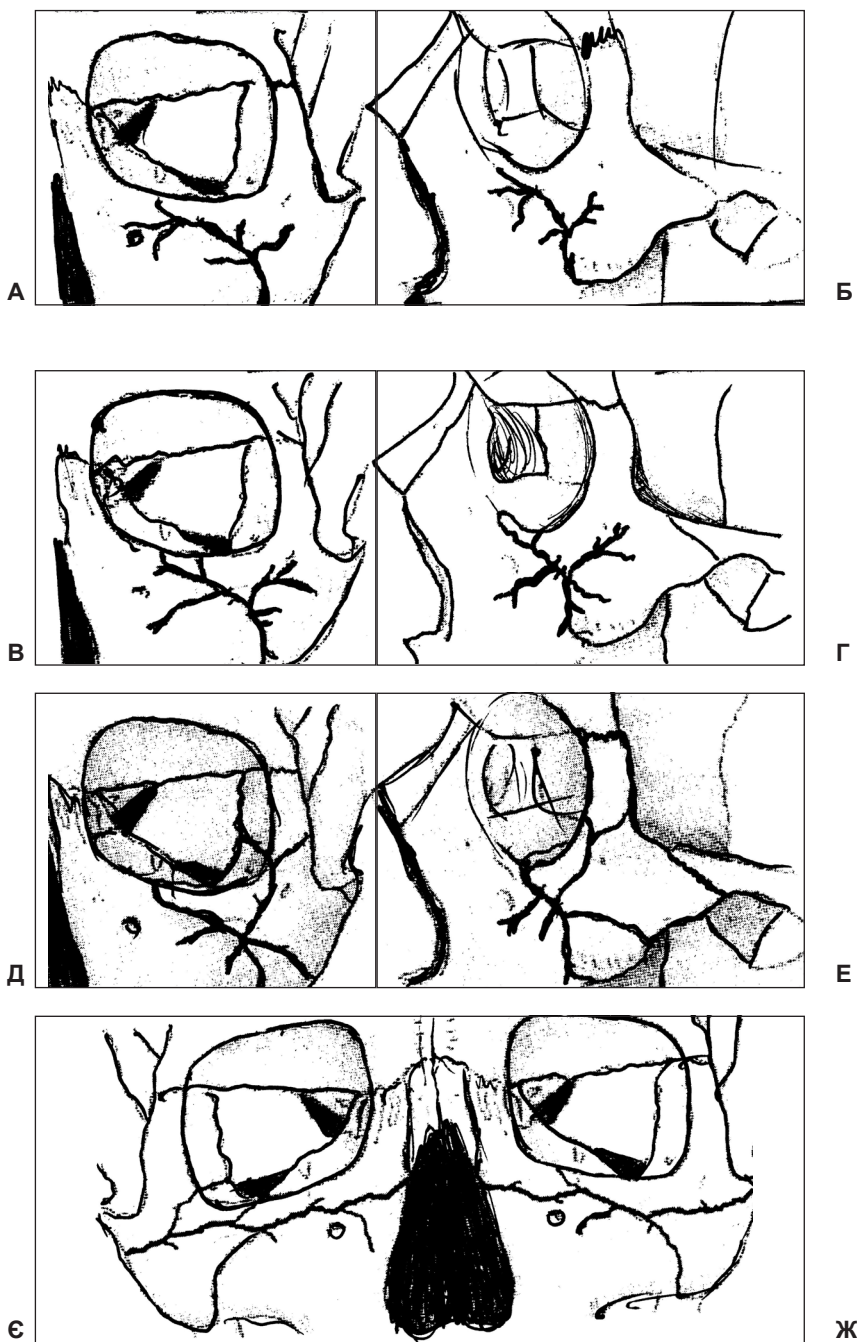
У більшості випадків неускладнені переломи щелепно-лицевих кісток загоюються через 4 – 5 тижнів, у більш складних випадках загоєння затягується до 6 – 8 тижнів; тому ці переломи кваліфікуються за ознакою тривалого розладу здоров'я.

Виняток становлять лише невеликі тріщини виличної кістки і виличної дуги, а також переломи кісток носа без зсуву, при яких одужання зазвичай настає через 7 – 10 днів. У даному випадку кваліфікуючою ознакою служить короткочасний розлад здоров'я.

Нерідко переломи щелепно-лицевих кісток супроводжуються ушкодженнями нервів обличчя з розвитком парезів, паралічів та ін. Наслідком грубих ушкоджень носа, що супроводжувалися деформацією та зсувом носової перегородки, може бути розлад носового дихання і нюху. Порушення носового дихання може приводити до настирливих головних болів, невралгії трійчастого нерва, астматичних нападів. У таких випадках як порушення функції трійчастого, лицевого і під'язикового нервів, відсутність носового дихання, утруднення носового дихання або одностороння відсутність носового дихання, відсутність частини верхньої або нижньої щелепи, ускладнені переломи виличної кістки, верхньої або нижньої щелепи, а також вивих нижньої щелепи, що супроводжуються порушенням прикусу і акту жування, деформації щелепи та ін., стійка втрата працездатності визначається комісією бюро судово-медичної експертизи відповідно інструкціям.

4. Способи заподіяння тілесного ушкодження.

Побиття – не становлять особливого виду ушкоджень. Воно характеризується заподіянням багаторазових ударів. Якщо після побиття на тілі потерпілого залишаються ушкодження, його оцінюють за ступенем тяжкості, виходячи із звичайних ознак. Якщо побої не залишає після себе ніяких об'єктивних слідів, то лікар судово-медичний експерт у своєму висновку відзначає скарги потерпілого, указує, що об'єктивних ознак ушкоджень не виявлено, і не визначає ступінь тяжкості тілесних ушкоджень. У подібних випадках встановлення факту

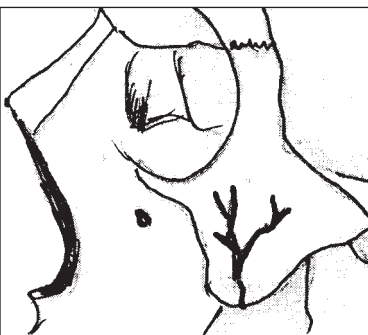


Мал. 142. Переломи кісток вилично-очноймкового комплексу без зміщення уламків (А-Б), ускладнений гемосинусом; зі зміщенням (В-Г); уламковий перелом тіла і відростка виличної кістки зі зміщенням (Д-Е); двосторонній перелом тіла і відростка виличної кістки (Є-Ж) (за В. А. Клевно, Е. Н. Герасимов, 2012).

А



Б



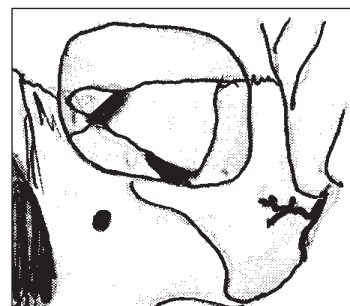
В



Г



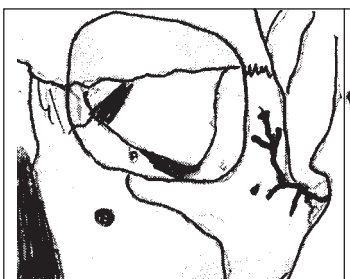
Д



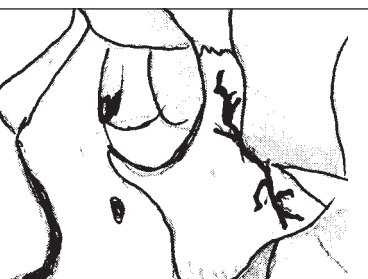
Е



Є



Ж



Мал. 143. Перелом виличної кістки без зміщення (А-Б), перелом одного із її відростків без зміщення (В-Г), перелом тіла виличної кістки і дуги виличної кістки без зміщення (Д-Е), перелом обох відростків виличної кістки без їх зміщення (Є-Ж) (за В. А. Клевно, Е. Н. Герасимов, 2012).

побоїв відноситься до компетенції органів дізнання, попереднього слідства, прокуратури і суду.

Мучення (муки) – це навмисне заподіяння страждань шляхом тривалого позбавлення людини їжі, пиття чи тепла або поміщення чи залишення жертви в шкідливих для здоров'я умовах та інші подібні дії.

Катування (мордування) – це навмисні дії, що пов'язані із заподіянням багаторазового, тривалого і особливого болю: щипання, шмагання, нанесення великої кількості ушкоджень тупими і гострими предметами, припалювання тіла розпеченими предметами чи обварювання гарячою рідиною, уведення в піднігттьові ложа гострих предметів та ін.

Лікар судово-медичний експерт не вирішує питання про виникнення ушкодження в результаті мучень чи катувань, тому що це не входить до його компетенції, але він повинен встановити: (1) наявність, характер; (2) локалізацію, кількість ушкоджень; (3) різницю в давності нанесення ушкоджень (одночасність чи різночасність); (4) знаряддя, якими заподіяні ушкодження, механізм їх дії, а також (5) ступінь тяжкості ушкоджень, який визначається на загальних підставах. При наявності даних необхідно зазначити, що нанесення конкретних ушкоджень пов'язане із заподіянням багаторазового, тривалого чи особливого болю.

Відповідальність за побої, катування, мучення передбачені відповідними статтями КК України.

5. Судово-медична оцінка проявів заподіяння катувань і мордувань та шляхи їх ефективної документальної фіксації у форматі «Стамбульського протоколу».

Гарантованість прав та свобод громадян є рисою відзнаки конституційного статусу і держава розглядає це як свій первинний обов'язок. Кожна людина повинна знати та мати віру, що хто б не зчинив шкоди її здоров'ю – винні завжди понесуть незворотну кару за законним порядком, що її воля та права це не тільки слова, а є реальність.

Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність видів поводження і покарання, була прийнята Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 10 грудня 1984 року і складена із 33 статей. Конвенція набрала чинності 26 червня 1987 року.

«Стамбульський протокол» – керівництво по ефективному розслідуванню і документуванню катувань та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поводження і покарання» <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1ru.pdf> – був представлений Верховному комісару ООН по правам людини 9 серпня 1999 р. Дане керівництво призначене служити міжнародним принципам оцінки дій осіб, які застосовують катування і тортури або жорстоке поводження по відношенню до людей, а також для розслідування випадків катувань та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поводження і передання звітів до слідчих, судових або інших органів. Методи документування, що містяться в даному керівництві, можуть бути використані і в інших випадках, включаючи розслідування і контроль дотримання прав людини, оцінки необхідності політичного притулку, осіб, що «призналися»

у здійсненні злочину під тортурами і катуванням, оцінки поводженнями з жертвами катувань і інш. До керівництва додаються принципи ефективного розслідування і документування катувань і жорстокого поводження, а також керівництво з медичної оцінки і документування катувань і жорстокого поводження представниками офіційної влади (зокрема правоохоронних органів) з особою під час її арешту, запровадження до СІЗО або у місцях пенітенціарної системи.

На превеликий жаль, ще й сьогодні, після реорганізації колишньої міліції в сучасну "поліцію", мають місце прояви старих звичок – поводження до громадянина як до істоти, яка споконвічно, заздалегідь позначена печаткою вини. Поліцію офіційно називають правоохоронним органом, забуваючи при цьому, що насамперед, це має бути орган захисту здоров'я, гідності і честі людини, а права людини охороняти не потрібно – їх треба суворо дотримуватись.

Доводиться визнати, що окремі охоронці порядку і сьогодні мають хибну уяву щодо свого високого призначення. Вони, не замислюючись про наслідки, легко переступають межу, за якою починається беззаконня, грубе порушення прав людини. Тому тут слід було б нагадати про Аксіому Дж. Мілля: «Те, що відбулося один раз, буде обов'язково мати місце, як тільки знову створяться ті ж самі умови».

Як відомо, способами спричинення насильницьких дій (катування, тортури, мордування) внаслідок фізичного та психічного впливу можуть бути наступні:

1. **Тортири сигаретами.** Використання шкіри людини в якості попільнички дуже болюча процедура, яка тішить слух катів гучними криками жертви.

2. **Затискання нігтів.** Пальці поміщають в підручні і спеціальні пристрої.

3. **Побиття, що не залишало слідів.** Б'ють підслідних лінійками, мішками з піском, по ниркам, печінці і навіть по чоловічим статевим органам.

4. **Тортири комахами.** Можуть зв'язавши, посадити на мурашник.

5. **Тортири звуком.** Жертву змушують голосно відповідати на всі питання. Або підходять уприпул і кричать на вухо. Гучні звуки можуть призвести до втрати слуху.

6. **Тортири світлом.** У камері постійно включено дуже яскраве світло. Таке ж світло направляють в обличчя підслідному і на допитах. Від тривалої дії яскравого світла очі сльозяться, затуманюється свідомість.

7. **Тортири голодом.** Після 10-15 діб примусового голодування ув'язнений готовий практично на все.

8. **Тортири спрагою.** Ту ж саму жертву можуть навіть нагодувати – але обов'язково дуже солоною їжею, щоб пити хотілося сильніше.

9. **Тортири безсонням.** За впливом нагадує тортури світлом і може застосовуватися разом з нею. Починаються галюцинації і головні болі.

10. **Черета допитів.** Людину періодично приводять на допити і повертають назад. Вона постійно знаходиться в тривожному стані, нервує і рано чи пізно зривається.

11. **«Поза Ластівка».** Жертві проводять через зуби (на зразок кінської вузди) шматок мотузки або міцної тканини, а кінці прив'язують до ніг. Жертва не може ні ворухнутися, ні кричати.

12. **Замикання в шафу або ящику.** Кілька годин перебування в тісній замкненій коробці, в якій можна було або тільки стояти, або тільки сидіти, діє

на жертву ще гірше, ніж побиття. У ніші людина, як правило, відчуває себе не просто замкненою, а практично замурованою живою.

13. **Замикання в карцері.** У цих тюремних приміщеннях низька температура, а нерідко до холоду додавалася ще і висока вологість. Три-п'ять днів у карцері можуть зіпсувати людині здоров'я на все життя.

15. **Яма.** Ув'язненого можуть помістити не лише в закритий простір.

16. **Відстійник.** У тісному приміщенні («відстійнику») кілька людей упритул замикають на тривалий термін.

17. **«Стілець».** Жертву змушують перебувати в сидячому положенні на стільці над дошкою з цвяхами або битим склом.

18. **Табуретка.** Людину саджають на табуретку і не дають рухатися кілька годин. Поворушишся – б'ють. Сидіння без руху призводить до затікання м'язів, починають боліти ноги і спина.

19. **Торттури на колінах.** Тривале стояння на колінах перед слідчими або охоронцями дає не тільки фізичне навантаження, але й чинить шалений тиск на психіку.

20. **Торттури стоянням.** Весь час змушують підслідного стояти, не даючи ні притулитися до стіни, ні присісти, ні заснути.

21. **Торттури згвалтуванням.** Досить стандартний варіант торттур жінок.

Слід зауважити, що нелюдській винахідливості в торттурах немає меж, про що нами повідомлялось раніше в публікації «Визначення понять і систематизація насильницьких дій шляхом нанесення побоїв, заподіяння мордувань і катувань».

При цьому, доцільним, на наш погляд, є звернення уваги на визначення термінів у КК України [3], що стосуються вибраної нами теми:

I. Побої і мордування (ст. 126 КК України) – умисне завдання удару, побоїв або вчинення інших насильницьких дій, які завдали фізичного болю і не спричинили тілесних ушкоджень. Вони спрямовані на заподіяння тривалого болю.

II. Катування (ст. 127 КК України) – умисне заподіяння сильного фізичного болю або фізичного чи морального страждання шляхом нанесення побоїв, мучення або інших насильницьких дій з метою спонукати потерпілого або іншу особу вчинити дії, що суперечать їх волі.

III. Торттури або катування – будь-яка процедура, що заподіює людині **муки і біль**, незалежно від обставин і цілей, незалежно від того, чи закінчується покарання цією процедурою або за нею слідує позбавлення людини життя (Вікіпедія).

IV. Мучення (або заподіяння мук) – це насильницькі дії, пов'язані з тривалим позбавленням їжі, пиття чи тепла, утримання в шкідливих для здоров'я умовах.

Отже, відповідно до Кримінального кодексу України, побої, мордування і катування осуджуються відповідними статтями і передбачають покарання.

Особливість **«Стамбульського протоколу»** полягає у тім, що в ньому наведений окремий **наголос** наважливості проведення фізичного та психологічного обстеження потерпілих, що зазнали катувань під час арешту. Обов'язкове запровадження до СІЗО або у місцях пенітенціарної системи, виконання діагностичних аналізів і ведення документації за єдиними формами та в розумні строки: *“...Медична експертиза має бути проведена незалежно від часу, який минув після катувань; проте, якщо заявник стверджує, що це сталося протягом*

останніх шести тижнів, така експертиза має бути організована невідкладно, перш ніж зникнуть явні сліди катувань...”.

З медичної точки зору, тілесні ушкодження – це порушення анатомічної цілості тканини, органів та їх функцій, що виникає як наслідок дії одного чи кількох зовнішніх ушкоджуючих факторів – фізичних, хімічних, біологічних, психічних... Слід зауважити, що мучення і мордування не є особливим видом ушкоджень, а лише свідчать про особливості їх походження чи спосіб нанесення.

Відповідно до чинного українського законодавства “...Судово-медична експертиза проводиться згідно з постановою особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора, судді, а також за ухвалою суду...».

Результати судово-медичної експертизи оформляються документом, який має назву «Висновок експерта». Структура цього документа визначається «Правилами проведення окремих видів експертиз», що затверджені наказом МОЗ України № 6 від 17 січня 1995р.

Судово-медичне визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень проводиться згідно з Кримінально-процесуальним кодексом України і «Правилами проведення окремих видів експертиз», що затверджені наказом МОЗ України № 6 від 17 січня 1995р.

Судово-медична експертиза з метою встановлення наявності та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень проводиться судово-медичним експертом шляхом медичного обстеження потерпілих. Проведення цієї експертизи тільки за медичними документами (історія хвороби, індивідуальна карта амбулаторного хворого тощо) допускається у виняткових випадках і лише за наявності справжніх повноцінних документів, щомістять вичерпні дані про характер ушкоджень, їх клінічний перебіг та інші необхідні відомості.

Для реалізації положень «Стамбульського протоколу» у повсякденній практиці бюро судово-медичної експертизи України ми наголошуємо на наступних шляхах і формах ефективної документальної фіксації проявів заподіяння катувань і мордувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання.

Роль медичної документації. Для проведення експертизи й отримання обґрунтованого висновку важливе значення має оцінка результатів медичного обстеження потерпілого та вивчення відповідної *медичної документації*. Усю медичну документацію розглядають як доповнення до основного дослідження живої особи. Висновок судово-медичної експертизи безпосередньо залежатиме від якості й повноти наданої медичної документації. Проте особи медичного персоналу, які оформлюють таку документацію, не звертають уваги на значну кількість дрібних, з медичної та лікувальної точок зору, але важливих у криміналістичному й судово-медичному розумінні *деталей*, які мають істотне значення для встановлення істини. Це пов'язано з тим, що в медичних документах зазвичай відображають лише найважливіші особливості ушкоджень. Водночас, локалізацію, кількість і характер дрібних ушкоджень, що не впливають на клінічну картину хвороби і лікування хворого, як правило, не беруть до уваги і не відображають у медичній документації. А дрібні, на перший погляд, прогалини в характеристиці тілесних ушкоджень можуть стати серйозними причинами помилки в установленні їх характеру й тяжкості.

Типовими недоліками у веденні й оформленні медичної документації, в якій фіксують стан хворого, перебіг хвороби, встановлення діагнозу та динамік хворобливих процесів тощо, є:

– *неповне, а інколи суперечливе, описання стану хворого, виявлених проявів хворобливого стану органів і систем;*

– *недостатнє, а інколи й повністю відсутнє, описання в документації морфологічних ознак ран, ранових каналів, навколишніх тканин, підміна описання ушкоджень формулюванням діагнозу захворювання;*

– *неадекватність діагнозу й відсутність в історії хвороби його клініко-діагностичного обґрунтування.*

Зазначені дефекти в оформленні документації призводять до того, щосудово-медичний експерт не може відповісти на всі поставлені перед ним запитання процесуальної особи, якою призначено судово-медичну експертизу.

Фотографування потерпілих має своєю метою одержати протокольно-достовірний, наочний матеріал, який додається до відповідних слідчих і судово-медичних документів (протоколів оглядів і актів експертиз). Одержані при цьому фотографії, повинні наочно підтверджувати, а іноді й доповнювати дані, викладені у зазначених документах.

Використання фотографічної зйомки у відповідних випадках зумовлено такими чинниками:

1. Дає змогу з великою точністю зафіксувати об'єкт (ушкодження), його стан, ознаки.
2. Забезпечує швидке фіксування тих, чи інших об'єктів.
3. Дає адекватне уявлення про зображений на фотознімку об'єкт.
4. Існує певна можливість одержати малопомітні і невидимі візуально деталі, сліди, ознаки.

Для того, щоб такі фотографії могли відповідати своєму призначенню, їх треба виконувати з дотриманням певних правил:

1. Фотографувати завжди з масштабом – лінійка з поділками (мм), бажано, з шкалою кольорів.
2. Масштаб необхідно завжди розташовувати в одній площині (на одному рівні) з об'єктом.
3. Масштаб не повинен перекривати об'єкт дослідження.
4. Доцільно брати за правило – масштаб завжди розташовують доверху від ушкодження на тілі.
5. При фотозйомці ушкоджень необхідно щоб в поле зору входила розпізнана частина тіла.
6. Зафіксована площа тіла та площа об'єктиву повинні бути паралельні один до одного.
7. Знімок повинен бути сигналітичним (відкрите обличчя), при понівеченні його – вушна мушля.
8. Фотозйомку вести з фотоспалахом (слідкуйте за відблисками світла на об'єкті та на масштабі).
9. Збоку від об'єкту розташуйте з назвою та датою будь-яку сьогоденну газету.
10. Вказати в протоколі умови фотозйомки (час доби, вид освітлення /штучне, змішане, природнє, з фотоспалахом/, погодні умови /ясно, хмарно/, пристрій, яким проводилась зйомка).

Відтворення графічних зображень тілесних ушкоджень на контурних схемах та базових 3D моделях тіла людини.

Засновник Харківської школи судових медиків, Заслужений професор Микола Сергійович Бокаріус в 1930 році наголошував на те, що які б детальні записи тілесних ушкоджень не були в протоколі експертного дослідження, та якою-б кількістю фото світлин не доповнювався цей протокол, не завжди все це дає повноту наглядного уявлення про загальну кількість пошкоджень, їх характер, форму, розміри, взаємне розташування, тощо.

Схема, є універсальним зоровим образом, своєрідною моделлю, яка лаконічно вбирає в себе, інтегрує та наглядно демонструє значний об'єм судово-медичної інформації і фіксує чисельну кількість інших різних фактів. З такою моделлю зручно працювати: аналізувати встановлені різнопланові дані, узагальнювати їх, уможливно вибудовувати складні багатоланкові ланцюги логічних міркувань, роздумів, розсудів, і, в результаті, дозволяє прийти до вірних науково обґрунтованих переконливих експертних висновків.

Експерти на свій розсуд вибирають різні прийоми розміток, позначень, надписів на схемах (**мал. 144 А, Б**). Зазвичай застосовують наступні розмітки тілесних ушкоджень: синці – синім кольором; садна, подряпини – коричневим; рани – червоним; опіки – рожевим; переломи – чорним кольором. Обов'язково на схемі слід надати роз'яснення умовних позначень. Бажано максимально наближено графічно відтворити форму ушкоджень, їх пропорційність. Обов'язково вказати не менше як два лінійних розміри ушкодження (в см).

Для ефективного розслідування та документальної фіксації тортур слід пам'ятати про наступні важливі обставини:

1. Встановлення факту і способів лікування /самолікування або лікарське втручання/ тілесних ушкоджень (мазі, примочки, фізіопроцедури і т.д).

2. Пам'ятати, що ушкодження /синці/ можуть проявлятися пізніше /повторний огляд через 2-3 дня /, а також «мігрувати» /переміщатися/.

3. Обов'язково відзначати функціональні розлади /обмеження руху в суглобах, перевірку зору, слуху, нюху, голосу/.

4. Застосування додаткових діагностичних лабораторних методів обстеження / Ro-графія, комп'ютерна томографія, ультразвукова діагностика, магнітно-резонансна візуалізація, ЕХО-енцефалограми, аналізи крові і сечі і т.д./.

5. Застосування електрошоку навіть з допустимими величинами вольтажа може у кардіологічних хворих викликати тяжкі розлади життєвих функцій і спричинити смерть.

6. При травмуванні електрошокером можливим є викришування зубів, прикусання язика, губ, слизових порожнини рота. При ураженні струмом необхідна біопсія вказаних ділянок. На шкірі електроміткі слабо помітні, можуть бути замасковані саднами.

7. При заштовхуванні в порожнину рота різних предметів /кляпів/ можуть пошкоджуватися зуби, слизова оболонка губ, ясен.

8. При асфіксії: виявляти на шиї слабопомітні смуги странгуляцій, дугоподібні дрібні садна від нігтів, рентгенологічний пошук переломів хрящів гортані, під'язикової кістки, встановлення функціонального порушення голосу /осиплість/; при закритті отворів рота і носа можуть спостерігатися садна крил

носа, крововиливи слизових губ; пошук загальноасфіксичних ознак – дрібно-крапкові крововиливи шкіри обличчя, в слизові оболонки очей, одутість обличчя / екхімози Тардє /.
9. При тупий травмі переломи ребер можуть бути віддалені від місця прикладання сили / поза місцем локалізації саден, синців /.

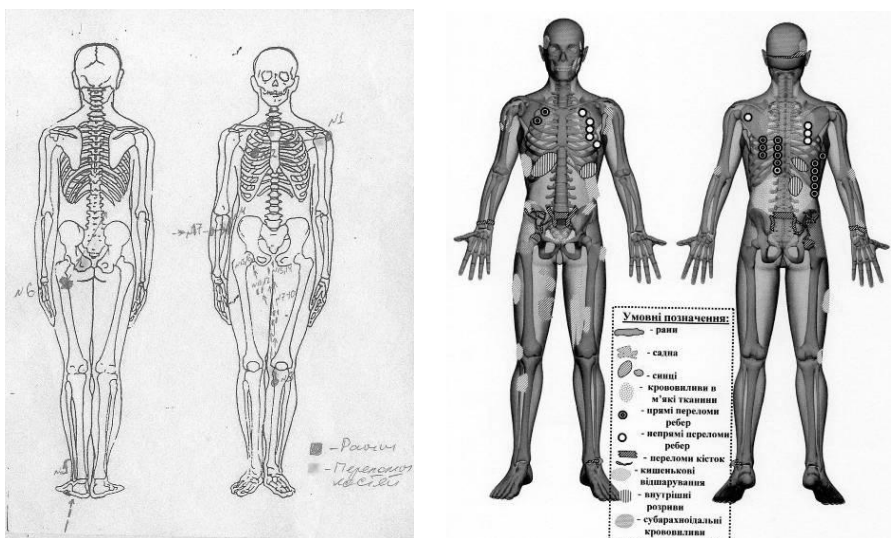
10. Пам'ятати про травматичне облісіння, видалення нігтів, вивихи зубів.

11. Зберігати одяг /прати, рвати не можна/. Одяг цінне / і ноді єдине / джерело інформації.

12. Пам'ятати, що краще мати фотодокументи низької якості, замість ніяких.

13. У протоколах вказувати умови, при яких проводиться обстеження: час /години, хвилини/, де /в якому приміщенні /, погодні умови /ясно, похмуро/, освітлення/ природнє, штучне, змішане, лампи накаливання, люмінесцентні або комбінація/, характеристика відео-, фотообладнання.

Отже, для ефективного розслідування катувань та інших жорстоких, не-людських або принижуючих гідність особи під час її арешту, запровадження до СІЗО або у місцях пенітенціарної системи, слід проводити їх якісну документальну фіксацію шляхом об'єктивної оцінки результатів медичного обстеження потерпілого та вивчення відповідної медичної документації, використання фотографічної зйомки, відтворення графічних зображень тілесних ушкоджень на контурних схемах та базових 3D моделях тіла людини, застосування додаткових діагностичних лабораторних методів обстеження /Ро-графія, комп'ютерна томографія, ультразвукова діагностика, магнітно-резонансна візуалізація, ЕХО-енцефалограми, аналізи крові і сечі і т.д./, дотримуючись такого правила: чим більше об'єктивних даних, тим доступнішим є встановлення істини.



Мал. 144. Графічне зображення тілесних ушкоджень (за В. В. Войченко, В. Д. Мішаловим, В. В. В'юном і інш., 2017):

А – на контурних схемах;

Б – на базових 3D моделях тіла людини.

6. Експертиза стану здоров'я, штучних хвороб і самоушкоджень

Визначення стану здоров'я в судово-медичній практиці, як правило, проводиться в таких випадках:

1. При неявці особи за викликом слідчого чи суду, чи при відмові давати показання через хворобу або пред'явлення у зв'язку із цим медичного документа про захворювання, який викликає сумнів у його достовірності.

2. В ув'язненого, який відмовляється працювати, при наявності скарг на стан здоров'я.

3. При відстрочці виконання вироку про засудження особи до позбавлення волі, виправно-трудових робіт чи інших мір покарання з приводу важкої хвороби до її вилікування, а також при вагітності і після пологів.

4. При ухиленні від чергового призову на дійсну військову службу і при ухиленні військовослужбовців від служби.

5. При визначенні потреби в санаторно-курортному лікуванні, посиленому харчуванні при порушенні позовів у цивільному процесі.

У зв'язку з особливою складністю експертиза стану здоров'я дуже часто проводиться комісійно, із залученням висококваліфікованих лікарів-клініцистів відповідних спеціальностей, а при необхідності клінічного обстеження особу поміщають у стаціонар.

При проведенні експертизи експерт чи комісія лікарів можуть зіткнутися з різними видами обману з боку особи, яку оглядають щодо стану її здоров'я. Розрізняють такі види обману: симуляція хвороби, агравація, дисимуляція, штучні хвороби і калічення членів.

Симуляція хвороб. Симуляція – це показ, удавання неіснуючої хвороби. Симулянти – це здорові люди, які без шкоди для організму різними способами і прийомами прагнуть відтворити хворобу, її суб'єктивні й об'єктивні симптоми чи частину і тих, і інших.

Природно, що навіть найдосвідченіший симулянт не може відтворити хворобу в цілому. Найчастіше симулюються:

1. Підвищення температури – непомітне постукування нігтем пальця по кінчику термометра, натирання пахви перцем, сіллю, часником, бодягою.

2. Відтворення блювоти прийомом блювотних речовин чи подразненням м'якого піднебіння, інколи напругою психіки.

3. Кровотеча – до виділень додають свою кров із попередньо нанесених малопомітних ушкоджень чи кров тварини, іноді який-небудь фарбник.

4. Патологічні властивості сечі – додають у сечу кров, цукор, курячий білок, інколи замість своєї сечі на аналіз здають сечу хворого.

5. Жовтяниця – прийомом акрихіну.

6. Захворювання серця – для підвищення артеріального тиску, викликання прискореного серцебиття п'ють міцний чай, каву, приймають кофеїн, ефедрин, випалюють 2–3 пачки цигарок за день.

7. Захворювання легенів – туберкульоз (додають у мокроту кров із десни, замінюють мокроту мокротою туберкульозного хворого); гостре запалення легенів – вдихають речовини, які подразнюють дихальні шляхи.

Ознаки викриття симулянтів:

1. Нестабільний анамнез захворювання – при повторних бесідах лікаря з пацієнтом останній вказує різний час появи ознак хвороби, різні причини її розвитку; скарги його часто стереотипні чи невизначені.

2. При лікарському обстеженні – відсутність важливих, важко відтворюваних ознак хвороби, суперечності між скаргами і об'єктивними ознаками, «неправильний перебіг хвороби».

3. Симулянт прагне здаватися більш тяжкохворим, ніж це буває при дійсній, відтворюваній ним хворобі. У цій ситуації дуже доречно приказка: «Симулянт гірше бачить, ніж сліпий, гірше чує, ніж глухий, кульгає сильніше, ніж кривий».

4. Тактика симулянта – наполегливість, настирність, прагнення отримати звільнення від роботи.

5. Скарги на неефективність лікування, вимагання до себе підвищеної уваги.

6. Раптове одужання – якщо втратив надію на успішне завершення обману.

Агравация – перебільшення проявів хвороби чи травми, яка є в дійсності. Агравант завжди хворий чоловік, але переслідую конкретні корисливі цілі.

Дисимуляція – приховування наявної хвороби. Здійснюється з корисливою метою: при вступі до навчального закладу, при влаштуванні на роботу з підвищеними вимогами.

Штучні хвороби – різного роду самоушкодження (фізичні і хімічні), які заподіюються з метою отримання яких-небудь вигод і привілеїв чи відхилення від несення цивільної чи військової служби. Нерідко вони набувають тяжкого, тривалого характеру і вимагають лікування.

Найчастіше викликають такі штучні хвороби:

1. Дерматити – можуть бути механічного походження (розчісування, тертя шкіри), хімічного (примочки розчинів кислот, лугів, гасу, соку дурману, махорки), термічного (опіки сонячними променями чи штучними джерелами тепла).

2. Виразки – прибинтовування до шкіри вареної картоплі, мокрого пічного попелу, обливання шкіри кислотою і лугами, втирання отруйних рослин – лютику, тютюну.

3. Абсцеси і флегмони – уведення під шкіру інфекції (прошивання тканин ниткою, яка промочена слиною, зубним нальотом, калом) або хімічних речовин (солі, мила, гасу, скипидару, кислот, лугів).

4. Набряки – перетягування кінцівок бинтом чи тривале постукування тупим предметом.

5. Пухлини – уведення під шкіру відносно нешкідливих речовин, але які практично не розсмоктуються (парафін, стеарин, вазелін).

6. Випадання прямої кишки – шляхом уведення в неї мішечка із сухим горохом, який набухає і мішечок за тасьму із силою висмикують, витягуючи за собою слизову оболонку.

7. Кила – пальцевим розширенням пахового кільця з наступним сильним натужуванням, кашлем, підняттям важкого тягаря.

8. Хвороби очей (кон'юнктивіти, кератити, панофтальміти) – викликаються механічними (натирання очей рукою, тканиною, уведення в щілину ока пилу, піску, дрібно наструганого волосся), хімічними (уведеннями солі, кислот, лугів), променевими (довгий час дивитися на сонце, полум'я вольтової дуги), токсично-алергічними (уведенням у щілину ока квіткового пилку тощо) засобами.

9. Хвороби органу слуху – уведення в зовнішній слуховий отвір сторонніх тіл (дріт, цвях, голка) чи проколюванням барабанної перетинки.

10. Терапевтичні – тяжкий розлитий бронхіт (вдихання цукрової пудри), гостра діарея (прийом послаблюючих речовин чи мила).

11. Венеричні захворювання – виразка статевого члена (припікання статевого члена цигаркою, яка горить, розжареною монетою), що видається за первинний сифіліс; гонорейний уретрит (уведення в сечовидільний канал кусочків мила).

Калічення членів – навмисне заподіяння самому собі чи за домовленістю з іншою особою якого-небудь ушкодження з корисливою метою (інсценування пограбування, при симуляціях замаху на вбивство чи самогубство, симуляція квартирних і сімейних сварок, у застрахованих осіб – для отримання допомоги, у засуджених і військовозобов'язаних).

При каліченні членів найчастіше страждають верхні і нижні кінцівки від дії гострої, тупої чи вогнестрільної зброї, низької чи високої температури.

Особливостями судово-медичної експертизи штучних хвороб і калічення членів є:

1. Опитування особи – з'ясовують коли, де, чим і за яких обставин було отримане ушкодження, хто це бачив, чув, де утримується знаряддя (зброя), що робив потерпілий після отримання ушкодження, як швидко і куди звертався за допомогою.

2. Огляд потерпілого – детальний опис усіх ознак хвороби, виявлених ушкоджень і змін.

3. Дослідження речових доказів – огляд, опис, фотографування одягу і взуття зі слідами ушкоджень, знарядь, відрубаних пальців, вирізаних країв ран, різних прокладок при вогнестрільних пораненнях.

4. Огляд місця події.

5. Проведення слідчого експерименту з фотографуванням (відеозаписом) основних його етапів.

7. Судово-медична експертиза встановлення віку.

Кримінально-процесуальний кодекс передбачає обов'язкове проведення експертизи для встановлення віку обвинуваченого, підозрюваного і потерпілого в тих випадках, коли це має значення для справи, а документи, що засвідчують вік, відсутні. Необхідність визначення віку обумовлюється тим, що у відповідності до вимог ряду статей кримінального та цивільного кодексів від досягнення конкретного віку залежить настання певних правових наслідків, зокрема вирішення питань про кримінальну відповідальність.

Повна дієздатність, тобто здатність певної фізичної особи набувати права та обов'язки, передбачені законом, настає при досягненні 18-річного віку. Кримінальна відповідальність за вчинення злочину настає з 16-річного віку, а за умисне вбивство, умисне нанесення тяжких тілесних ушкоджень, що спричинили розлад здоров'я, згвалтування, крадіжку, грабіж, злісне хуліганство, умисне знищення або ушкодження державного або особистого майна громадян та інші тяжкі злочини – з 14 років.

Необхідність визначення віку виникає і з інших приводів: право реєстрації браку, ухилення від служби в озброєних силах, при спробі дострокового пенсійного віку, при підміні дітей, ідентифікації особи та ін.

У дітей необхідність визначення віку виникає, переважно починаючи з 10 років, оскільки залежно від віку вирішується ряд питань про права і обов'язки дітей і підлітків: згода дитини на всиновлення, застосування заходів виховного впливу з 12 років.

Експертиза визначення віку проводиться не тільки у живих осіб, але й у трупів невідомих загиблих.

У житті людини виокремлюють кілька основних вікових періодів. Відповідно до класифікації ВООЗ виділяють наступні періоди віку (**табл. 26**).

Для визначення віку людини використовуються наступні вікові зміни організму, за якими судово-медичні експерти встановлюють вік:

- 1) антропометричні характеристики;
- 2) стан шкіри;
- 3) ступінь розвитку вторинних статевих ознак;
- 4) стан, зміна, кількість зубів;
- 5) окостеніння зон епіфізарного росту кісток.

У дітей і підлітків вік визначається з точністю до 1 року, а в дітей до 1 року – із точністю до 1 місяця. Практичне значення для визначення віку в дітей і підлітків мають спеціальні вікові зміни: розмірів тіла, формування скелета, ступінь статевого дозрівання, зміна кількості молочних і постійних зубів. Вікові зміни шкіри і її придатків відсутні і практичного значення не мають.

Антропометричні характеристики (зріст, маса, окружність грудної клітки, голови, плеча, голілки) мають значення тільки в період росту і розвитку організму. Так, довжина тіла новонародженої дитини близько 48–55 см, у п'ять років вона вже приблизно 100 см, у 14–15 років – 150 см; маса тіла при народженні приблизно 3–4 кг, через півроку вона подвоюється, а до року життя – потроюється і т. д.

Стан шкіри. У дитинстві і юності шкіра дуже еластична, із високим тургором; але вже в молодому віці еластичність шкіри зменшується, тому у 20 років з'являються перші зморшки на обличчі (лобові та носо-губні); у 25 років – у зовнішніх кутках очей; спереду від козелка – після 30 років; на шиї – у 35 років, на мочці вуха – у 50 років. Після 55 років на тильних поверхнях кистей і обличчі з'являються пігментовані ділянки шкіри. Шкіра у похилому віці настільки втрачає еластичність, що, зібрана у зморшки, вона довго не розправляється (**мал. 145**).

Ступінь розвитку вторинних статевих органів набуває значення у віковому періоді 14–18 років. Ступінь статевого дозрівання визначається за правилами анамнезу і дослідження для визначення статевої зрілості. Перші статеві ознаки з'являються в дівчат з 9–11 років, у хлопців – з 10–11 років.

У дівчат враховують появу і періодичність менструацій; пігментацію великих статевих губ, оволошіння на лобку і в пахвових западинах, розміри і вираженість молочних залоз, колір сосків, розміри тазу. Менструації з'являються в середньому в 13–14 років; розвиток молочних залоз починається з 11 років, до 16–18 років вони зазвичай вже розвинені. До 17–18 років у дівчат закінчується розвиток тазу. Оволошіння на лобку і в пахвових западинах починається в 11–13 років.

У хлопчиків полюції з'являються в середньому в 15 років, оволодіння на лобку і в пахвових западинах – в 13-17 років, з 16 років починається збільшення статевих органів, посилюється їх пігментація; голос стає грубішим. В 16-17 років з'являється пушок на підборідді, в 18 років починають рости волосся на щоках.

Стан зубів – досить важлива ознака для визначення віку. Перші молочні зуби з'являються у піврічному віці, а до кінця першого року життя їх уже 6–8; до кінця другого року виростають усі 20 молочних зубів. Як правило, із семирічного віку молочні зуби починають замінюватися на постійні, кількість яких у 13–15 років досягає 28. До двадцяти п'яти років (іноді – пізніше) виростають другі зуби мудрості, і загальна кількість зубів збільшується до 32.

У дитинстві на різцях є дрібні горбочки, які стираються після двадцяти років, а до 30 років стираються і горби жувальних поверхонь корінних зубів. Стирання різців з появою плям дентину – у 35 років. Стертість зубів до появи дентину корінних зубів – 40 років. Стертість різців на 1/3 і стирання корінних зубів до коричневого дентину – 45 років. Зношеність різців і корінних зубів майже наполовину з відкриттям каналів і випаданням багатьох корінних спостерігається у 50-річному віці.

Відносно точним показником є вікові особливості зубів. Дані про ступінь стирання зубів верхньої щелепи в залежності від віку наведено у **табл. 27**.

Примітка: до 13 років – стирання ще не почалося, 0 – стирання немає; 1 – потерта тільки емаль; 2 – стирання горбиків; 3 – стирання торкнулося дентину; 4 – стирання торкнулося зубного каналу; 5-стирання досягло повного перетину коронки; 6 – повне стирання коронки.

Точки окостеніння кісток кисті і синостози кісток кінцівок мають дуже важливе значення для визначення віку. Формування скелета виявляється за допомогою рентгенологічного дослідження, який останнім часом набуває провідне значення.

Для меншого ступеня рентгенівського опромінення організму рекомендується робити дослідження кисті і дистального кінця передпліччя, користуючись для оцінки таблицями В. І. Пашкової, С. А. Бузова. У **таблицях 28 і 29** наведені дані про терміни прояву і локалізації ядер окостеніння і синостоза кісток кисті і нижньої кінцівки у віці до 20 років.

ТАБЛИЦЯ 26	Періодизація життя людини з юнацького віку	
<i>Періоди</i>	<i>Тривалість (роки)</i>	
	<i>чоловіки</i>	<i>жінки</i>
Юнацький	17 – 21	16 – 20
Зрілий перший	22 – 35	21 – 35
Зрілий другий	36 – 60	36 – 55
Похилий	61 – 74	56 – 74
Старечий	75 – 90	75 – 90
Довгожителі	90 і більше	90 і більше

У похилому і старечому віці рентгенографія кісток скелета дає можливість виявити наявність інволютивних і дистрофічних змін кісткової тканини (явища остеопорозу, кісткові розростання, окостеніння хрящових частин в скелеті, інтенсивність заростання швів черепа, стоншення і підковоподібність нижньої щелепи та ін.)

Таким чином, достовірну підставу для встановлення віку дає оцінка всієї сукупності ознак.

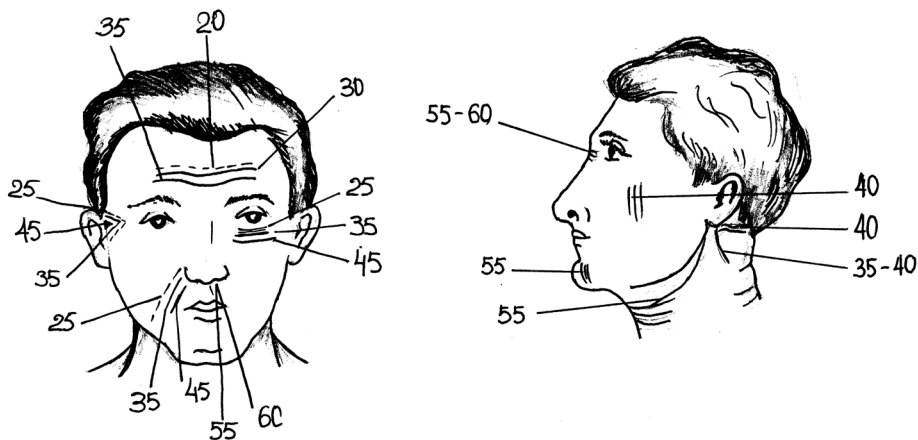
Але й при цьому треба пам'ятати, що кожна з них має значну варіабельність, яку обумовлюють багато факторів: кліматичні, соціальні умови життя, спадковість, харчування, перенесені чи наявні захворювання – особливо ендокринної системи, і багато інших. Тому відхилення від дійсного віку в той чи інший період може становити:

- у перші 10 днів життя – 1–2 дні;
- до одного року – 1–1,5 місяця;
- у підлітковому віці – 2–3 роки;
- у молодому віці (20–35 років) – 5–6 років;
- від 35 до 50 років помилка може становити 7–10 років;
- в 60–70 – навіть 10–15 років, тобто експертиза у цьому віковому періоді може визначити вік людини з точністю до ± 20 %.

Висновок про вік повинен робитися на підставі аналізу наявності та вираженості всіх перерахованих ознак, з урахуванням умов і способу життя, праці, стану здоров'я, наявності чи відсутності шкідливих звичок.

8. Судово-медичне дослідження рубців як слідів колишніх поранень.

Судово-медична експертиза за приводом колишніх поранень проводиться у тих випадках, коли їх походження, характер і давність визивають сумніви у органів слідства і суду. Іноді експертизі доводиться вирішувати питання про характер і давність бойових поранень у колишніх військовослужбовців у зв'язку з втратою медичних документів, що підтверджують такі поранення і дають їм право на пільги. Наприклад, для всіх учасників бойових дій у воєнних конфліктах, які отримали поранення, державою встановлено ряд пільг. Через те, що значне число поранених втратили документи військових госпіталів, де за-



Мал. 145. Розвиток зморшок у різні періоди віку (числами позначені роки життя).

фіксовано характер поранення, його перебіг і наслідки, судово-медичним експертам доручено проводити обстеження осіб цього контингенту за направленнями військкоматів. На суд експертів виносяться питання про наявність рубців на тілі обстежуваних; про характер та механізм їх утворення; про можливість їх виникнення під час бойових дій.

Перш ніж почати огляд, лікар судово-медичний експерт вивчає медичну документацію воєнних та післявоєнних часів (якщо така є), а також ознайомлюється з іншими документами (довідки, записи у військових квитках). Особлива увага звертається на наявні поранення. Потім збирається анамнез щодо обставин їх виникнення, характеру. Під час обстеження звертають увагу на вік, бо, на жаль, і такі експертизи стикаються з обманом. Огляд обов'язково треба проводити при достатньому денному освітленні – для правильного визначення забарвлення шкіри і рубців. Колір, консистенцію й інші особливості рубця, на який обстежуваний вказує як на наслідок поранення, треба співставляти з такими самими ознаками післявоєнних рубців, якщо вони мають місце. За необхідності рубці вивчають за допомогою стереомікроскопа чи лупи з великим збільшенням. При цьому можна виявити імпрегнацію в шкіру порошинок, часток металу, інших включень.

Якщо під час огляду і пальпації в м'яких тканинах, що оточують рубець, знайдено сторонній предмет щільної консистенції – обов'язковим є рентгенографічне дослідження, яке дає можливість встановити присутність включень (осколки, кулі тощо). Рубці, яким більш ніж 18–20 років, як правило, білясті, інколи коричневаті, у цілому м'які, але можуть мати ущільнені тяжі, вони тонкі, блискучі, іноді опуклі (табл. 30).

ТАБЛИЦЯ 27		Ступінь стирання зубів верхньої щелепи в умовних показниках залежно від віку (за Герасимовим М. І., 1955)			
<i>Вік, роки</i>	<i>Різці</i>	<i>Ікла</i>	<i>Малі корінні</i>	<i>Перші великі корінні</i>	<i>Другі великі корінні</i>
13—14	0—1	0	0	0	0
14—16	1	0	1	0	0
16—18	1—2	1	1	1	0
18—20	2—3	2	2	2	1
20—25	2—3	2	2	2	2
25—30	3	2	2-3	2-3	2
30—35	3	2-3	2-3	3	2-3
35—40	3	3	3	3-4	3
40—50	3—4	3-4	3-4	4	3-4
50—60	4—5	4	4	5	4-5
60—70	5—6	5	5-6	5-6	6

ТАБЛИЦЯ 28	Утворення синостозів в кістках верхніх кінцівок (за Пашковою В. І., Буровим С. А., 1980)	
Епіфізи I п'ясткової кістки і дистальних фаланг	14—18	12—16
Епіфізи проксимальних, середніх фаланг і II-V п'ясткових кісток	14—20	12—17
Дистальні відділи променевої та ліктьової кісток	16—20	13—19
Головка плечової кістки	17—20	16—19
Великий горбик плечової кістки	3—7	2—6
Підвищення, зовнішній виросток і блок плечової кістки	13—16	11—13
Внутрішній виросток плечової кістки	14—18	12—15
Ліктьовий відросток	13—18	11—16
Проксимальний епіфіз променевої кістки	13—18	10—15

ТАБЛИЦЯ 29	Утворення синостозів в кістках нижніх кінцівок (роки) (за Пашковою В. І., Буровим С. А., 1980)	
Епіфізи дистальних фаланг	12—18	11—15
Епіфізи проксимальних фаланг	13—19	10—16
Епіфізи середніх фаланг	12—17	9—14
Епіфізи II-V плеснових кісток	14—19	12—16
Горбистість V плеснової кістки	12—15	10—13
Апофіз п'яткової кістки	13—18	10—16
Голівка стегнової кістки	15—19	13—18
Великий і малий вертели стегнової кістки	15—18	13—17
Дистальний епіфіз великої гомілкової кістки, проксимальні епіфізи великої і малої гомілкової кісток	15—20	13—18
Горбистість великої гомілкової кістки	14—19	13—17
Дистальні епіфізи великої і малої гомілкової кісток	14—18	12—17

Висновок щодо походження рубця має звичайно форму припущення, тобто зазначається, що експерт не виключає його утворення у часи Великої Вітчизняної війни за тих обставин, на які вказує обстежуваний. І тільки у разі значних розбіжностей між даними анамнезу і характером рубцевої тканини лікар судово-медичний експерт може спростувати твердження про утворення рубця внаслідок поранення під час війни.

Питання для контролю засвоєних знань:

1. Які приводи для судово-медичної експертизи живих осіб?
2. Який порядок проведення даних видів експертиз?
3. У чому полягає судово-медична експертиза визначення відсотка втрати працездатності?
4. Які є тяжкі тілесні ушкодження?

5. Які є небезпечні для життя тяжкі тілесні ушкодження?
6. Які є тяжкі тілесні за кінцевим результатом та наслідками?
7. Які є тілесні ушкодження середньої тяжкості?
8. Які є легкі тілесні ушкодження.
9. Яка оцінка ступеня тяжкості закритої черепно-мозкової травми?
10. Яка диференційна діагностика вегето-судинних порушень при травмі голови?
11. Які особливості судово-медичного анамнезу?
12. Які є способи заподіяння тілесного ушкодження?
13. У чому полягає експертиза стану здоров'я, штучних хвороб і самоушкоджень?
14. Які приводи для судово-медичного встановлення віку?
15. Назвіть методи, що застосовуються для встановлення віку (в різних вікових періодах).
16. У чому полягає судово-медичне дослідження рубців?
17. Які є способи спричинення насильницьких дій (катування, тортури, мордування)?
18. Які основні принципи документальної фіксації тілесних ушкоджень у форматі «Стамбульського протоколу»?

Тема 29. Судово-медична експертиза статевих станів та статевих злочинів

29.1. Підстави для проведення і документація експертизи статевих станів та статевих злочинів

Особливості і методика проведення експертиз із приводу статевих станів і статевих злочинів викладені в «Правилах проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів у бюро судово-медичної експертизи» (1995 р.).

Експертиза осіб жіночої статі проводиться з приводу визначення:

- а) статевої зрілості;
 - б) порушення цілості дівочої пліви;
 - в) характеру та механізму виникнення ушкоджень при скоєнні насильницького статевих акту;
 - г) характеру, механізму виникнення ушкоджень та змін при скоєнні розбещених дій;
 - д) здатності до статевих зносин та запліднення;
 - є) вагітності та пологів, що були;
 - ж) зв'язку припинення вагітності з травмою;
 - з) штучного припинення вагітності;
 - і) статевої приналежності;
 - ї) стану статевих органів у випадках встановлення ступеня стійкої втрати працездатності або здатності до фізичної праці;
- Експертизу осіб чоловічої статі проводять для встановлення:
- й) здатності до статевих зносин;
 - к) здатності до запліднення;
 - л) статевої зрілості;
 - м) венеричного захворювання;
 - н) ознак, які можуть свідчити про скоєння акту мужолозтва;
 - о) ознак, які можуть бути використані при встановленні факту зґвалтування;
 - п) статевої приналежності.

ТАБЛИЦЯ 30	Орієнтовні дані про зовнішні властивості рубців різної давності при звичайному їх формуванні (за І. М. Серебренніковим, 1962)		
Давність рубця	Властивості рубця		
	Колір та відтінки	Щільність	Інші ознаки
До 1 місяця	Рожевий, пізніше червонуватий із синюшним відтінком	М'який	Плоский
1 – 2 місяці	Червонуватий із різними відтінками фіолетового чи темно-фіолетового	Щільнуватий	Опуклий, малорухливий
2 – 3 місяці	Червонуватий. Синюшність поступово зменшується	Щільний на всьому протязі	Опуклий, гіпертрофічного характеру
3 – 6 місяців	Синюшність зникає, переважає рожевий колір	Поступово пом'якшується	Опуклий, іноді втягнутий, або перебуває на рівні шкіри
Від 6 місяці до 1 – 1,5 року	Блідо-рожевий, проступає коричневе забарвлення різних відтінків. Пізніше – білуватий з окремими ділянками коричневого кольору	Трохи щільнуватий або м'який. Щільність тканини рубця неоднакова	Поверхня нерівна або гладенька, блискуча, розміщена на рівні або нижче від рівня оточуючої шкіри
Понад 1,5 року	Частіше білуватий, рідше коричневий	М'який, відзначаються тяжі ущільнення на всьому протязі	Тонкий, атрофічний, блискучий, іноді опуклий

Для вирішення поставлених слідчих питань використовують знання, як в галузі судової медицини, так і інших медичних спеціальностей, застосовують спеціальні лабораторні методи дослідження – судово-імунологічні, судово-цитологічні, клінічні. При необхідності вивчають медичну документацію, матеріали цивільних і кримінальних справ.

Експертизи статевих станів і при статевих злочинах належать до найскладніших і найвідповідальніших, вони нерідко проводяться комісійно, за участю гінекологів, урологів, ендокринологів та інших спеціалістів. Порядок і методика проведення експертизи повинні відповідати існуючим офіційним документам, які регламентують цей вид діяльності судового медика.

29.2. Експертиза статі

Приводи для експертизи: неправильне встановлення статі при народженні; призов на військову службу; вступ до спеціальних навчальних закладів; справи про розлучення; статеві злочини; аліментні справи.

Гермафродитизм (двостатевість) характеризується наявністю в однієї людини ознак чоловічої і жіночої статі. Розрізняють істинний і несправжній гермафродитизм. Несправжній буває чоловічим і жіночим.

Істинний гермафродитизм характеризується наявністю у суб'єкта і чоловічих, і жіночих статевих залоз. Зовнішній вигляд і загальний розвиток їх може бути за жіночим чи чоловічим типом, але буває й змішаним. Зустрічається дуже рідко. За даними Великої медичної енциклопедії описано всього 146 випадків. Установити стать у таких випадках буває дуже важко. Виявлення сперматозоїдів чи менструації не є доказом належності особи до тієї чи іншої статі. Питання може бути вирішено тільки на основі гістологічного дослідження кусочків статевих залоз, узятих у результаті пункції чи біопсії.

Несправжній (однозалозовий) гермафродитизм зустрічається частіше за істинний (у 0,02 % випадків). При цьому суб'єкт однієї статі має або яєчка, або яєчники, але будова зовнішніх статевих органів не відповідає залозистому апарату, оскільки вони розвинуті неправильно.

При несправжньому чоловічому гермафродитизмі статеві залози жіночі, а зовнішні статеві органи розвинені частково за чоловічим типом, а при несправжньому жіночому – навпаки.

Судово-медична діагностика істинної статі ведеться за загальною схемою за участю ендокринолога, невропатолога, уролога, психіатра. Нерідко особи піддаються стаціонарному обстеженню в спеціальних лікувальних закладах. Для визначення істинної статі проводять визначення 17-кортикостероїдів в сечі, дослідження статевого хроматину в крові.

29.3. Експертиза статевої недоторканості

Фізично незайманість характеризується наявністю непошкодженої дівочої пліви. Встановлення незайманості й ознак статевих зносин має значення при експертизі статевих станів, при розслідуванні більшості статевих злочинів, а також злочинів проти людської гідності (образа, наклеп).

Дівоча пліва являє собою складку слизової оболонки піхви, до якої входять сполучнотканинні і м'язові волокна, судини і нерви. У ній розрізняють (1) основу, (2) вільний край, звернений у просвіт піхви, який утворює отвір пліви, (3) піхвову (верхню) та (4) зовнішню (нижню) поверхні.

Форми дівочої пліви дуже різноманітні; існують варіанти її трьох характерних особливостей – обриси поверхні, нерівності вільного краю, кількість отворів. Дівочі пліви бувають: кільцевидні (найчастіше), півмісячні, кілеподібні, перегороджені, бахромчасті, решітчасті, зарощені (дуже рідко), валикоподібні (практично відсутні) (*мал. 146*).

Порушення анатомічної цілості дівочої пліви (*дефлорація*) може бути у вигляді розривів і надривів. Ці ушкодження виникають, як правило, внаслідок тиснення і розтягування при введенні головки статевого члену в отвір пліви, при скоєні розбещених дій, інколи при травмах у ділянці статевих органів. Розриви при статевих зносінах можуть виникати на різних ділянках пліви, але найчастіше в її нижньому сегменті. Після пологів залишки дівочої пліви називають миртоподібними сосочками (*мал. 147 А*).

При розриві дівочої пліви спостерігається кровотеча, синці і набряк країв. Тривалість загоювання розриву залежить від форми і характеру дівочої пліви та індивідуальних особливостей організму. У середньому в перші 2–3 дні краї розриву кровоточать, вкриті згортками крові, з країв розриву слизова оболонка почервоніла і припухла. На 3–5 день набряк зменшується, краї розривів покриваються білуватим нальотом. До 5–8 дня запалення значно зменшується, і краї розривів покриваються грануляційною тканиною. Розриви дівочої пліви на 10–12 день зарубцьовуються і не мають слідів запалення, краї стають білястими, щільними. Після її загоєння встановити давність порушення пліви неможливо. При інфікуванні або повторної травматизації термін загоєння триває до 20 днів. Процес загоєння починається від вільного краю, тому найдовше сліди загоєння зберігаються у основи пліви.

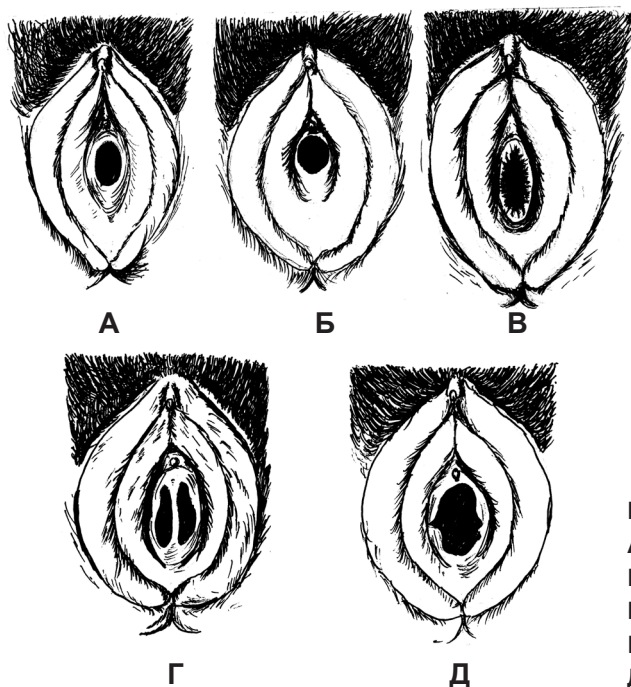
При першому повному зносині дефлорація характеризується виникненням одного, рідше двох або трьох зазвичай по задньому (нижньому) краю пліви розриву. Крім того, в задньо-нижньому і бічних сегментах біля основи пліви утворюються мокнучі осадненні ділянки рожевого кольору (найдрібніші надриви дублікатури слизової оболонки основи пліви).

Труднощі можуть виникати при диференціюванні слідів дефлорації (давнього розриву) від природних виїмок пліви (**мал. 147 Б, В**). Для цього потерпілу оглядають у темній кімнаті при освітленні пліви ультрафіолетовим випромінюванням. Відмітні ознаки давнього розриву від виїмки пліви представлені у **табл. 31**.

При дослідженні й опису дівочої пліви визначають форму пліви, її консистенцію, ширину і висоту пліви, товщину вільного краю, наявність на ній виїмок (їх локалізація, кількість, властивості країв), розміри отвору пліви і ступінь розтяжності пліви. При наявності пошкодженої пліви додатково досліджують і описують локалізацію ушкоджень, їх кількість, властивості і глибину країв, а також наявність ушкоджень біля основи пліви. Більшість властивостей пліви і її ушкоджень досліджують шляхом огляду, а консистенцію пліви і її розтяжність шляхом пальцевого дослідження.

Для огляду дівочої пліви користуються тонкими скляними паличками довжиною 15–20 см з загнутим тупим кінцем і збільшувальним склом (лупою). За консистенцією пліва буває м'ясиста і щільна. Вільний край пліви за товщиною – тонкий або гострий. Ширина (або висота) пліви – від основи до вільного краю зазвичай дорівнює 0,2–0,3 см. Розміри або діаметр отвору пліви (при розведенні малих статевих губ у сторони і донизу) бувають різними – від 0,5–1,0 см до 2,0–2,5 см. Локалізація виїмок і ушкоджень вільного краю пліви описують стосовно цифр окружності циферблата годинника.

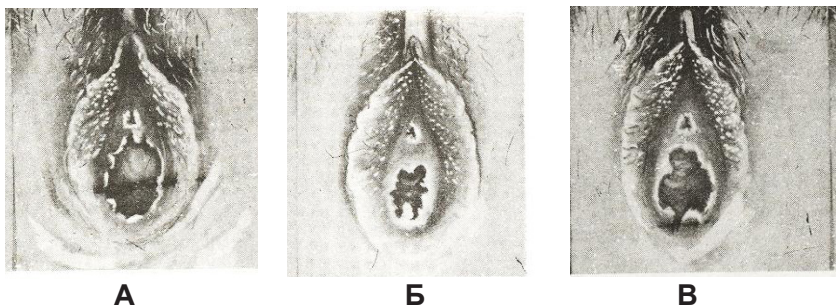
Розтяжність пліви досліджують шляхом введення кінчика мізинця в отвір пліви до відчуття ригідності (кільця скорочення), за відсутності кільця скорочення визначають ступінь розтяжності пліви – обережно під контролем до появи кільця скорочення вводять на глибину нігтьової фаланги послідовно мізинець, потім вказівний палець, іноді одночасно два складених пальця (2 і 3-й). Якщо розтяжність пліви допускає збільшення його отвору без появи кільця скорочення до 3–4 см діаметром, то це вказує на можливість вчинення статевих зносин у глибині піхви без ушкодження пліви.



Мал. 146. Форми дівочої пліви:

- А** – кільцевидна;
- Б** – півмісяцева;
- В** – бахромчата;
- Г** – перегороджена;
- Д** – клаптева.

Хоча цілість дівочої пліви є основною ознакою статевої недоторканості, порушення її – не абсолютно безперечна ознака минулого статевому акту, оскільки не можна виключити ушкодження її пальцями, при необережних медичних маніпуляціях і за інших обставин. Слід мати на увазі, що і при скоєному повному статевому акті дефлорації може не бути через особливості будови пліви. Не відбувається порушення цілості пліви також при статевому акті, який проходив у переддвер'ї піхви.



Мал. 147. Дівоча пліва:

- А** – миртоподібні сосочки;
- Б** – природні виїмки;
- В** – розриви.

ТАБЛИЦЯ 31	Відмінності давнього розриву від виїмки плівки	
<i>Ознаки</i>	<i>Давній розрив</i>	<i>Природна виїмка</i>
Локалізація	Задній (нижній) край плівки	Різна; відповідає складкам піхви
Кількість	Два, рідше 1, 3	Декілька; симетрично
Глибина відносно основи	Доходять	Не доходять
Краї порівняно з вільним краєм	Щільні, білуваті	Однакові

29.4. Експертиза статевої зрілості.

Статева зрілість – це такий фізіологічний стан організму (такий ступінь розвитку), при якому статеве життя є фізіологічно нормальною функцією, не викликає розладу здоров'я і не наносить шкоди подальшому розвитку організму.

Статева зрілість жінок полягає в остаточному сформуванні організму до виконання функції материнства. Це здатність до статевих зносин, зачаття, виношування плода, нормальних пологів, вигодовування.

Приводом для встановлення статевої зрілості є зґвалтування, порушення статевої недоторканості осіб, які не досягли статевої зрілості, розбещені дії з малолітніми.

При експертизі з приводу статевої зрілості жінок необхідно враховувати сукупність таких ознак готовності організму до виконання функції материнства: загальний розвиток організму; здатність до статевого акту; здатність до зачаття; здатність до виношування плода; здатність до пологів; здатність до вигодовування.

Кожна із цих ознак окремо не є вирішальною, тільки сукупність їх дає можливість судово-медичному експерту правильно відповісти на питання про статево зрілість.

У жінок здатність до статевого акту та зачаття може настати і до досягнення статевої зрілості.

Особи до 14-річного віку вважаються такими, що не досягли статевої зрілості. Питання про досягнення чи недосягнення статевої зрілості визначається в межах 14–18 років.

Встановлення статевої зрілості є однією із складних судово-медичних експертиз. Трудність зумовлена тим, що процес статевого дозрівання продовжується кілька (3–6) років. Одні ознаки статевої зрілості з'являються раніше, інші – пізніше. Інколи обстеження проводиться через значний час після початку статевого життя, що ускладнює експертизу.

При встановленні статевої зрілості враховують:

1. Антропометричні показники з визначенням загального фізичного розвитку.
2. Показники розвитку вторинних статевих ознак.
3. Показники розвитку зовнішніх і внутрішніх статевих органів.
4. Показники функціонування статевих залоз.

Антропометричні характеристики, що дозволяють виконувати функції, притаманні статевозрілій особі:

- зріст стоячи 150 см (сидячи – 80 см);

- довжина тулуба 55–58 см (вимірюється від сьомого шийного хребця до кінчика куприка);
- окружність грудної клітки в спокійному стані 78–80 см (на видиху 73–76 см);
- окружності: голови 55 см, правого плеча 30–31 см, правої гомілки – 40–41 см;
- маса не менше 45 кг;
- мінімальні розміри таза: відстань між вертлюгами – 29 см, між гребенями – 26 см, між остями клубових кісток – 23 см, зовнішня кон'югата – 18 см.

У вказаний віковий період звичайно закінчується ріст других корінних зубів і загальна кількість зубів досягає 28.

Здатність до статевих зносин можлива при правильному і достатньому розвитку зовнішніх статевих органів і, особливо, піхви, яка допускає введення в неї статевого члена дорослого чоловіка.

Здатність до зачаття виникає після появи овуляції, а її пов'язують з настанням правильного циклу менструацій. Строки появи менструацій досить різноманітні і залежать від соціально-побутових умов, харчування, клімату, національних та індивідуальних особливостей. Як правило, менструації з'являються в період від 10 до 15 років. Треба визначити наявність менструацій, їх початок, періодичність. При досягненні статевої зрілості в дівчини встановлюються регулярні менструації тривалістю від 2 до 6 днів (зазвичай 3–4 дні).

Здатність до виношування плода залежить від розвитку внутрішніх статевих органів і зумовлена правильною будовою матки та її величиною. Внутрішні статеві органи досліджуються акушером-гінекологом. Вони мають бути розвинуті у відповідній пропорції – тіло матки – $2/3$, а довжина шийки матки повинна становити $1/3$ всієї її довжини і мати циліндричну форму. У разі незайманості обстежуваної особи стан і розміри матки встановлюються шляхом дворучного прощупування крізь стінку живота і через пряму кишку.

Здатність до пологів визначається насамперед розмірами таза.

Distantia spinarum – вимірюється між передньо-верхніми остями клубових кісток, становить 23–26 см.

Distantia cristarum – вимірюється між найвіддаленішими точками гребенів клубових кісток, становить 26–29 см.

Distantia trochanterica – вимірюється між найвіддаленішими точками великих вертелів стегнових кісток, становить 29–31 см.

Conjugata externa – прямий розмір тазу – вимірюється від зовнішньо-верхнього краю лона до надкрижової ямки, дорівнює 18–21 см.

Для визначення величини справжньої кон'югати від зовнішньої слід відняти 9 см. Діагональна кон'югата вимірюється при вагінальному дослідженні від нижнього краю лона до миса. В нормі ця віддаль становить 12,5–13 см. Для визначення величини справжньої кон'югати від діагональної слід відняти 1,5–2 см.

Мають бути достатньо виражені *вторинні статеві ознаки*: молочні залози з виступаючими сосками, оволошіння лобка і пахвових ділянок.

При досягненні статевої зрілості у дівчини волосся на лобку густе, із завитками, займає всю ділянку лобка, заходять на великі статеві губи, на стегна, і частково, на середню частину живота, утворюючи трикутник (жіночий тип оволошіння лобка). Поява волосся на лобку зазвичай передують появі їх в пахвових западинах. У середньому початок зростання волосся починається з 12 років.

Волосяний покрив у пахвових западинах починає розвиватися з 11 років, у середньому 12–13. При досягненні статевої зрілості волосистість у пахвових западинах досить виразна.

Розвиток молочних залоз при статевому дозріванні дівчини характеризується їх величиною і розвитком соска. Величина молочних залоз визначається вимірюванням горизонтального і вертикального розмірів між краями залози через сосок.

Досягши статевої зрілості, розміри залози дорівнюють 17-18 см, сосок відособлений і ареоли пігментовані – від блідо-рожевого до коричневого забарвлення (залежно від загальної пігментації шкіри і кольору волосся).

У разі відповідності або невідповідності вказаних ознак «нормативним» показникам ухвалюють рішення про досягнення або недосягнення статевої зрілості особою жіночої статі.

В осіб чоловічої статі експертизу проводять у віці від 14 до 18 років у випадках, пов'язаних із статевими злочинами.

Статева зрілість осіб чоловічої статі характеризується таким станом загального фізичного розвитку і формуванням статевих залоз, при якому статеве життя є фізіологічною функцією, що не спричиняє розлад здоров'я і не заподіює шкоди подальшому розвитку організму.

Про досягнення статевої зрілості в чоловіків можна судити на основі аналізу сукупності наступних чинників:

- 1) даних загального розвитку,
- 2) вираженості вторинних статевих ознак,
- 3) ступеня розвитку зовнішніх і внутрішніх статевих органів,
- 4) здатність до статевих зносин і до запліднення.

При визначенні досягнення (чи недосягнення) статевої зрілості в підлітків чоловічої статі відзначають достатність загального фізичного розвитку, стан зовнішніх статевих органів, наявність функціонування статевих залоз. Уточнюють анамнестичні дані: хвороби і травми ЦНС, статевих органів, органів внутрішньої секреції, виснажливих і інфекційних захворювань, час появи полюцій і їх характер, заняття онанізмом, початок і характер статевого життя, шкідливі звички (алкоголь, куріння). При об'єктивному обстеженні звертають увагу на оволодіння на обличчі, тембр голосу, оглядають зуби, міряють зріст, окружність грудної клітки, досліджують статевий член, мошонку, яєчки, передміхурову залозу, сім'яні міхурці. У ряді випадків необхідно використовувати додаткові дослідження.

Висновки про досягнення обстежуваною особою статевої зрілості обґрунтовуються всіма отриманими даними. При цьому можливі такі варіанти висновків:

1. Обстежувана особа статевої зрілості не досягла і статевих актів здійснювати не може.
2. Обстежувана особа статевої зрілості не досягла, проте може здійснювати статеві акти.
3. Обстежувана особа статевої зрілості досягла повністю.

29.5. Експертиза статевої репродуктивної здатності.

Дослідження статевої здатності в жінок складається із визначення можливості до статевих зносин і зачаття. Це порівняно рідка експертиза і призначається у справах про розривання шлюбу, у випадках звинувачення жінки у викраденні дитини, а також при визначенні тяжкості тілесних ушкоджень, якщо вони супроводжувались утратою репродуктивної здатності.

Неможливість статевих зносин в жінок зустрічається при дефектах статевих органів (коротка, звужена, зарощена піхва, пухлини), а також як наслідок вагінізму – рефлекторного тонічного спазму м'язів піхви і тазового дна. Неможливість до зачаття може бути пов'язана з віком, зумовлена гінекологічними захворюваннями (ендометрити, пухлини матки та ін.), гормональними змінами, хронічними інфекціями, інтоксикаціями, променевими впливами.

Експертиза здатності чоловіків до статевого життя складається з установлення можливості статевих зносин і запліднення. Цей вид експертизи проводиться в більшості випадків статевих злочинів, при розриві шлюбу, спірному батьківстві, а також при кваліфікації тілесних ушкоджень, унаслідок яких наступила втрата репродуктивної здатності.

Неможливість до статевих зносин у чоловіків може бути зумовлена анатомічними вадами зовнішніх статевих органів, тяжкими і виснажливими захворюваннями (цукровий діабет, рак), травмами і захворюваннями ЦНС, залоз внутрішньої секреції.

Неможливість до запліднення може бути зумовлена відсутністю сперматозоїдів чи їхньою нежиттєздатністю. До чинників, які виключають запліднення, належать вади розвитку яєчок, їхня відсутність, різного роду захворювання, отруєння, дія рентгенівських променів, радіоактивних випромінювань, утворення рубців у придатках яєчок і сім'явивідних протоках.

29.6. Встановлення вагітності і колишніх пологів.

Експертизу із цього приводу виконують комісійно із залученням акушера-гінеколога для вирішення наступних питань:

1. Наявність вагітності та її термін.
2. Давність колишніх пологів або викидня.
3. Характер перебігу вагітності й післяродового періоду.
4. Наявність захворювань, зокрема статевих органів, здатних викликати переривання вагітності.

Судово-медичному експертові встановлення факту пологів і строку, коли вони відбулися, доводиться здійснювати у випадках, коли жінка підозрюється у вчиненні дітовбивства або у викраденні і присвоєнні дитини; у разі симуляції вагітності чи пологів тощо.

Вирішення цих питань базується на виявленні й оцінці відповідних акушерських ознак, генітальної та екстрагенітальної патології, а також результатах спеціальних лабораторних методів досліджень.

Найбільш достовірними ознаками пологів, що колись мали місце, є щілино-подібна форма маточного зіва з рубцями (*мал. 148*), а також рубці промежини.

Додатковими ознаками пологів можуть бути: в'ялість стінок вагіни, дівоча пліва у виді миртоподібних сосочків, в'ялість стінок живота зі стріями на шкірі, пігментація білої лінії живота, сосків і навколососкових ареол.

Найбільш точно факт пологів, що відбулися, та їх дату можна встановити в перші тижні після них за ступенем зменшення матки та характером виділень з неї. Так, у перший день після пологів дно матки виступає над лобком на 15–18 см, а з кожним наступним днем воно опускається на 1,5–2 см, приходячи до норми протягом 3–4 тижнів. Виділення з матки (лохії) також зазнають характерних змін: як правило, у перші три доби вони кров'яні; у період з четвертої до сьомої доби – водянисто-кров'яні; з восьмої до десятої можуть набувати гноєподібного характеру, а пізніше стають слизуватими. Припиняється виділення лохий через 4–5 тижнів після пологів. Зовнішній зів шийки матки залишається відкритим протягом 10–12 днів після пологів.

Безперечно, мають значення для встановлення часу, що минув після пологів, мікроскопічні зміни молозива і молока. За твердженням К. І. Хижнякової, мікроскопічна картина секрету молочних залоз під час вагітності і після пологів досить специфічна, і це дає можливість визначити строк вагітності та час, що минув після пологів (у разі годування дитини) майже помісячно. Якщо ж жінка дитину не годує, секреція молока припиняється через 4–5 тижнів після пологів.

Під час вагітності порушується звичайний обмін речовин, і, у першу чергу, у крові зростає кількість вуглеводів, білків і жирів, яка зберігається деякий час і після переривання вагітності. Порушення обміну речовин може бути встановлене біохімічними дослідженнями.

Так, для вирішення питання про вагітність (минулу чи теперішню) і її строк, а також давність родів, на судово-цитологічне дослідження направляють виділення молочних залоз із метою встановлення морфологічних елементів молозивних тілець, жирових кульок, лейкоцитів, епітеліальних клітин.

29.7. Експертиза минулого викидня (аборту).

При експертизі з приводу абортів доводиться вирішувати цілу низку питань: чи була у жінки вагітність і чи мало місце її переривання. Якщо аборт був проведений, необхідно в'ясувати, мимовільний він був чи кримінальний, які способи і методи були застосовані з метою переривання вагітності, до яких наслідків призвело переривання вагітності.

Кримінальний аборт, тобто переривання вагітності поза лікувальним закладом, може відбутись як у результаті приймання всередину різних речовин, так і при різних зовнішніх впливах. Усі зовнішні способи, які застосовуються для переривання вагітності, можна поєднати в три основні групи: (1) зовнішній вплив на організм, (2) введення в порожнину матки сторонніх предметів, (3) введення в порожнину матки різних рідин. Із загальних зовнішніх впливів на організм слід відзначити тривалу тряску їзду, вібраційні навантаження, піднімання тягарів, зовнішнє і комбіноване здавлювання вагітної матки руками, тривалі гарячі ванни і душ, гірчичники та ін.

Як сторонні предмети в порожнину матки вводять катетери, бужі, в'язальні спиці, дерев'яні палички, олівці та ін.

Для введення рідин у порожнину матки використовують інструменти, найчастіше спринцівки. Використовують воду, розчини сулеми, карболової кислоти, спирту, йоду, мильну воду та ін.

Для переривання вагітності використовують різні лікарські препарати або отрути, які застосовуються у великих дозах і справляють токсичну дію як на плід, так і на організм жінки. Для цього застосовують хінін, препарати маткових ріжків, ртуті, миш'яку, настій олеандра, пілокарпін, пахікарпін, скипидар, касторове масло, гормональні препарати (пітуїтрин, фолікулін, синестрол).

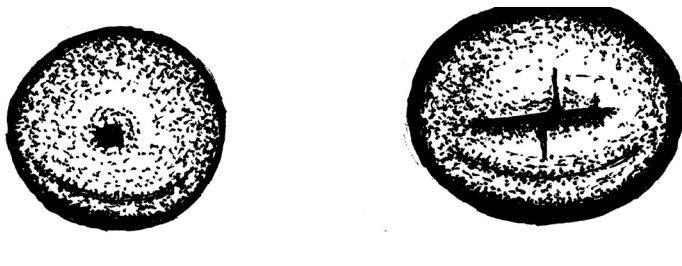
Нерідко кримінальний аборт залишає після себе різні негативні наслідки, а деколи призводить до смерті жінки. Такими наслідками можуть бути: отруєння, перфорація матки, зовнішня і внутрішня кровотеча, повітряна емболія, сепсис, шок, гостра ниркова недостатність.

Розпізнавання кримінального аборту завжди викликає значні труднощі, оскільки слідів впливу виявлено може не бути, і штучний аборт може бути прийнятий за мимовільний.

Установити факт вагітності, яка мала місце, можна за гормональними ознаками протягом 5–8 днів після її переривання і за змінами обміну речовин в організмі (ліпідного і білкового) протягом 40 днів після переривання вагітності. Велику допомогу надають медичні документи із жіночих консультацій, гінекологічних відділень лікарень.

Доказом проведеного абортів можуть бути плями крові на білизні, одязі, постелі й інших предметах. Особливе значення мають знайдені у виділеннях із матки частинки плідного яйця, інволюція матки, зміни молочних залоз і їхнього секрету, гістологічні дослідження.

Спосіб штучного переривання вагітності інколи можна визначити при гінекологічному обстеженні за механічними ушкодженнями шийки матки, піхви, інколи за опіками і кольором слизової оболонки піхви від приймання різних речовин.



Мал. 148. Форма вічка (зіва) матки жінки:

А – яка не народжувала;

Б – яка народжувала.

При розслідуванні справ про кримінальний аборт велике значення має огляд місця, де його проводили, оскільки при цьому можуть бути знайдені різні хімічні речовини, інструментарій чи предмети, які застосовувались для маніпуляцій усередині матки, сліди крові на різних предметах, закривавлена вата, марля, а також залишки плідного яйця. Виявлені речові докази повинні бути надіслані для відповідних лабораторних досліджень.

29.8. Судово-медична експертиза статевих злочинів.

29.8.1. Експертиза зґвалтування.

Зґвалтування, згідно з визначенням КК України – це статеві зносини із застосуванням фізичного насилля, погрози чи з використанням безпорадного стану потерпілої особи. Потерпілою особою може бути як жінка, так і чоловік, але переважно гвалтують жінок. Встановлення факту зґвалтування належить до компетенції правоохоронних органів.

Судово-медична експертиза може встановити факт зґвалтування тільки у випадках, коли статевий акт відбувався із застосуванням фізичного насилля, а також інколи з використанням безпорадного стану. В інших випадках зґвалтування може бути встановлений тільки факт минулого статевого акту.

При вивченні обставин зґвалтування необхідно детально проаналізувати умови, які сприяли скоєнню насильницького статевого акту: безлюдна місцевість, несподіваність нападу, розгубленість, втома, біль, страх, фізична слабкість, а також стан безпорадності жінки, застосування алкоголю, наркотиків тощо, і, нарешті, наявність погрози.

Зґвалтування із застосуванням безпорадного стану може відбутися, наприклад, при фізичній слабкості особи, внаслідок хвороб, при непритомності, шоковому стані, припадку, при наявності якого-небудь каліцтва, психічній хворобі, стані штучно викликаного сну, алкогольному сп'янінні тощо.

Однією із важливих умов експертизи у випадках зґвалтування є своєчасність її проведення, оскільки час може знищити докази (сліди сперми тощо), а отримані ушкодження можуть втратити свій первинний вигляд. Важливе значення має детальне в'яснення обставин події, а саме характеру опору жінки. Дуже необхідною є участь судово-медичного експерта в огляді місця події, що дозволяє уточнити обставини випадку і кваліфіковано вилучити речові докази.

Судово-медичне встановлення зґвалтування стосується двох обставин, кожна із яких повинна бути мотивована і науково обґрунтована даними експертизи: необхідно визначити, що в даному випадку мав місце статевий акт (1), що скоєння його супроводжувалось насиллям (2).

Статевий акт – це фізіологічний акт, спрямований на продовження роду і який полягає у введенні статевого члена у піхву.

Ознаки статевого акту у жінки:

- Виявлення слідів сперми на шкірі навколо зовнішніх статевих органів і в піхві, що у свіжих випадках можливо. Це є основним доказом статевого акту в жінок, які раніше жили статевим життям. Сперму необхідно вилучити надісла-

ти на лабораторне дослідження для встановлення групової належності. Після статевого акту сперматозоїди зберігаються в піхві протягом 3–5 днів.

- Дефлорація. Якщо жінка не жила раніше статевим життям – це розриви дівочої пліви.

- Кров (з пошкодженого статевого члена) у жіночих статевих шляхах і на лобку.

- Волосся з лобка чоловіка в жіночих статевих шляхах і на лобку.

- Смегма у піхві.

- Вагітність.

- Венеричні захворювання.

Ознаки статевого акту у чоловіка:

- Клітини піхвового епітелію на статевому члені.

- Наявність крові жінки (менструальної, з розриву пліви, задньої спайки) на лобку і статевому члені.

- Волосся з лобка жінки на члені та лобку чоловіка.

- Виявлення венеричного захворювання.

При згвалтуванні важливо встановити, чи не витирала потерпіла (чи гвалтівник) після скоєння статевого акту статеві органи яким-небудь предметом, якщо це було, то необхідно такі предмети вилучити і надіслати на експертизу, оскільки на них може бути виявлена сперма.

На одязі потерпілої можуть бути виявлені сліди крові, сперми, волосся, які належать гвалтівнику. Тому одяг ретельно оглядається і відразу ж надсилається на дослідження в лабораторію. Виявлене на ньому волосся знімається, упаковується і надсилається на експертизу окремо.

Особу, яка підозрюється в скоєнні згвалтування бажано якомога швидше після його скоєння притягнути до обстеження. Інколи обстеження обвинувачуваного підтверджують заяву потерпілої (виявлення конкретних ушкоджень у місцях, зазначених нею). Такі ушкодження інколи дозволяють упізнати гвалтівника і є доказом опору, який йому чинився.

Необхідно старанно досліджувати піднігтьовий вміст гвалтівника. У зіскобах із-під нігтів гвалтівника при мікроскопічному дослідженні можуть бути виявлені волокна одягу, обривки волосся, сліди крові, які належать потерпілій.

Особливої уваги вимагає огляд статевих органів гвалтівника. На статевому члені можуть бути виявлені ушкодження, заподіяні потерпілою при чиненні нею опору і при грубих спробах статевого акту – садна, подряпини, синці, надриви вуздечки, сліди укусів, в препуціальному мішку – волосся, яке належить потерпілій, на статевому члені – кров, елементи вмісту піхви, слина, кал (при спотворених формах статевого акту). Усі речові докази надсилаються на біологічне дослідження.

При огляді підозрюваного безпосередньо після події в сечівнику може бути виявлена сперма. Для цієї мети беруть мазки вмісту сечівника для мікроскопічного і бактеріологічного дослідження. Рекомендується брати відбитки зі статевого члена і з внутрішньої поверхні препуціального мішка (для виявлення сперматозоїдів, еритроцитів, клітин піхвового епітелію).

Сліди сперми можуть бути виявлені на білизні та верхньому одязі підозрюваного. При груповому згвалтуванні на одязі можуть бути плями сперми із різ-

ними груповими властивостями. Це може підтвердити не тільки походження їх від різних осіб, але й послідовність скоєння ними статевих актів. Огляд, опис, вилучення одягу, білизни та інших предметів підозрюваного, надсилання їх на експертизу – обов'язок слідчого.

Лабораторні дослідження виявлених на тілі й одязі речових доказів розширюють можливості судово-медичної експертизи і дозволяють отримати об'єктивні докази статевого акту, який мав місце.

29.8.2. Експертиза розбещення неповнолітніх.

Кримінально карається скоєння чоловіком чи жінкою розбещених дій щодо особи тієї чи іншої статі, яка не досягла повноліття.

До розбещених дій належать непристойне доторкання руками до статевих органів, доторкання статевим членом до статевих органів чи тертя ним між стегнами, заняття онанізмом в присутності дівчинки чи оголення статевих органів, ознайомлення неповнолітнього з порнографічною літературою. Існують і інші форми розбещених дій, які в більшості випадків можуть бути встановлені лише слідчим шляхом.

Розбещені дії, як правило, не супроводжуються значними механічними ушкодженнями й тому експертні дані дуже мізерні. Як доказ цих дій можуть бути ушкодження у вигляді надривів, розривів, крововиливів у дівочу пліву, наявність сперми чи характерних змін дівочої пліви при тривалому застосуванні розбещених дій. Інколи розбещені дії з дітьми можуть закінчуватись статевим актом, що супроводжується масивними ушкодженнями з розривом проміжності, стінок піхви, сечівника, із можливим смертельним кінцем.

При з'ясуванні обставин скоєння розбещених дій необхідно враховувати, що діти легко піддаються навіюванню, самонавіюванню, фантазії, дуже легко сприймають погрози, інколи говорять неправду. Розпитування дітей необхідно проводити за участю педагога.

29.8.3. Експертиза насильницького задоволення статевої пристрасті неприродним способом.

Неприродні способи задоволення статевої пристрасті звичайно мають два різновиди. Перший стосується об'єкта статевого потягу:

- 1) розбещення;
- 2) гомосексуалізм;
- 3) зоофілія (статеві акти із свійськими тваринами);
- 4) некрофілія (статеві акти з мерцями) і деякі інші.

До другого різновиду належать незвичайні способи отримання статевого задоволення:

- 1) садизм;
- 2) мазохізм;
- 3) фетишизм.

До нього належать і статеві акти з жінкою, але через пряму кишку чи через рот.

Насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом тягне за собою кримінальну відповідальність. Такі ж прояви задоволення статевої пристрасті, як лесбійська любов, віднесені до порушень морального плану.

Мужолозтво (гомосексуалізм) – це статевий акт чоловіка з чоловіком, коли статевий член активного партнера вводиться в пряму кишку пасивного партнера. Доказові можливості судово-медичної експертизи мужолозтва дуже обмежені.

У активного партнера можна виявити

- кал на статевому члені;
- кров з розривів слизистої прямої кишки пасивного;
- волосся з промежини пасивного партнера;
- венеричні захворювання.

У пасивного партнера, який нетривалий час мав гомосексуальний контакт можна виявити наступні ознаки можна виявити наступні ознаки:

- сперма в прямій кишці;
- кров з пошкодженого статевого члена активного партнера в прямій кишці;
- смегма в прямій кишці;
- венеричні захворювання;
- волосся з лобка активного партнера навколо ануса і в прямій кишці;
- тріщини, розриви слизової оболонки прямої кишки, гіперемія.

У пасивного партнера, який тривалий час мав гомосексуальні контакти, крім перерахованих ознак, також визначається стійкий морфологічний комплекс змін:

- атрофія та згладженість складок слизистої прямої кишки;
- лійкоподібне поглиблення заднепрохідного отвору;
- неспроможність сфінктера прямої кишки;
- багрово-синюшне забарвлення слизової оболонки прямої кишки;
- наявність рубців на слизовій оболонці прямої кишки.

Однак тільки ці ознаки самі по собі не дають підстави для вирішення питання про мужолозтво. Вирішальним доказом акту мужолозтва в пасивного партнера є сперма в ділянці заднього проходу і на слизовій оболонці прямої кишки, а також наявність венеричних захворювань – гонорейного проктиту, твердого шанкру, СНІДу та ін.

Такі способи задоволення статевої пристрасті, як зоофілія (содомія, скотолозтво), некрофілія, мазохізм, фетишизм переважно належать до компетенції лікарів-психіатрів і кримінальній відповідальності не підлягають. У разі садизму (психопатологічний розлад, який проявляється в заподіянні партнерові болю з метою отримання статевого задоволення) лікар судово-медичний експерт встановлює наявність ушкоджень, визначає їх характер, механізм і час виникнення, відзначаючи одно- чи багаторазовість їх заподіяння. Крім того, визначається ступінь тяжкості тілесних ушкоджень, як правило, за тривалістю розладу здоров'я.

29.8.4. Експертиза навмисного зараження венеричною хворобою та ВІЛ-інфекцією.

Висновки про наявність або відсутність венеричного захворювання, ВІЛ-інфекції необхідно робити тільки після виконання всіх необхідних обстежень і лабораторних досліджень з урахуванням висновків спеціалістів у галузі дерматовенерології.

Оскільки більшість сексуально розбещених людей вкрай неохоче змінюють свій спосіб життя, то законодавством України передбачено кримінальну відповідальність за завідоме зараження інфекцією ВІЛ. Спеціальним Законом встановлено порядок огляду людей і профілактичного спостереження, передбачені заходи соціального захисту хворих. Важливим загальнодержавним заходом профілактики СНІДу є організація лабораторної перевірки всієї крові, що заготовлюється, на антитіла ВІЛ. Організовано регулярне обстеження на СНІД осіб з груп ризику (гомосексуалісти, повії, венеричні хворі, наркомани). Будь-яка людина може добровільно перевіритися на ВІЛ-інфекцію в кабінетах обстеження на СНІД.

При порушенні кримінальної справи при підозрі на зараження СНІДом призначається судово-медична експертиза, яка проводиться комісією експертів з обов'язковою участю лікаря-інфекціоніста та при необхідності бактеріолога. Вилучення, упакування і пересилання матеріалу, що підлягає вірусологічним дослідженням на СНІД, здійснюється в суворій відповідності зі спеціальною інструкцією МОЗ України.

При проведенні судово-медичної експертизи з приводу інфікування ВІЛ чи захворювання на СНІД лікарю-експерту необхідно керуватися такими основними положеннями:

Анамнез. Відомості про приналежність до груп ризику, статевого зв'язку з особами з цих груп, про безладне статеве життя, особливо з великою кількістю партнерів. Необхідно також враховувати тривале перебування обстежуваного за кордоном, особливо в ендемічних по ВІЛ-інфекції регіонах; статеву близькість з жителями цих регіонів; переливання крові та лікування в минулому з використанням неодноразових шприців і систем для внутрішньовенного введення лікарських засобів.

Аналіз клінічної симптоматики. Багатоликі, рясні і різноманітні клінічні прояви ВІЛ-інфекції мають загальні особливості: впертий перебіг, наростаючу тяжкість, поєднання різних патологічних станів, стійкість до проведеної терапії. Особливо повинні насторожувати тривала лімфаденопатія, тривала лихоманка неясного генезу, наростаюче схуднення, регулярна діарея, тяжкі пневмонії, прогресуючі ураження ЦНС, саркома Калозі у молодому віці.

Лабораторні тести. Діагноз інфекції ВІЛ завжди повинен мати лабораторне підтвердження. З цією метою використовують індикацію вірусу імунодефіциту і його компонентів у матеріалі від хворих, виявлення протівірусних антитіл і визначення специфічних змін в імунній системі. Найбільш поширені наступні методи виявлення протівірусних антитіл – імуноферментний аналіз, імуноблотінг та імунопреципітація. З метою виключення хибнопозитивних результатів при імуноферментному аналізі, вдаються до подальшої верифікації сироваток за допомогою імуноблотингу або імунопреципітації. Імунологічним методам належить певне, але не вирішальне значення в діагностиці СНІДу, так як ВІЛ-інфекція з переважним ураженням нервової системи може протікати і без імунних порушень.

Питання для контролю засвоєних знань:

1. Назвіть підстави для проведення і документація експертизи статевих стате-нів та статевих злочинів.
2. У чому полягає експертиза статі?
3. У чому полягає експертиза статевої недоторканості?
4. Які відмінності давнього розриву від природної виїмки дівочої пліви?
5. У чому полягає експертиза статевої зрілості?
6. У чому полягає експертиза статевої репродуктивної здатності?
7. Як відбувається встановлення вагітності і колишніх пологів?
8. У чому полягає експертиза минулого викидня (аборту)?
9. У чому полягає експертиза зґвалтування?
10. Які ознаки статевого акту у жінки?
11. Які ознаки статевого акту у чоловіка?
12. У чому полягає експертиза розбещення неповнолітніх?
13. У чому полягає експертиза насильницького задоволення статевої при-страсті неприродним способом?
14. Які доказові можливості судово-медичної експертизи мужолозтва?
15. У чому полягає експертиза навмисного зараження венеричною хворо-бою та ВІЛ-інфекцією?

Тема 30. Судово-медична експертиза у випадках жорстокого поводження з дітьми

Синдром «скаліченої дитини» – термін, що узагальнює стан дітей із мно-жинними ушкодженнями, неоднорідними за характером і давністю нанесення батьками або опікунами. Специфічним проявом ушкоджень є невідповідність їхнього характеру і тяжкості тим поясненням, які надаються з приводу обста-вин їх утворення. До варіантів синдрому «скаліченої дитини» відносять дітей, позбавлених догляду, або в стані виснаження. Окремі автори використовують наведений вище термін для визначення травм, отриманих дітьми в лікуваль-них закладах.

Уперше термін синдром «скаліченої дитини» з'явився у 1962 р. у статті Кем-пе «Battered child syndrome», де він описав синдром, що вважається класичним, і набув широкого використання у багатьох країнах світу. У спеціальній літера-турі мають місце і такі визначення, як: «жорстоке поводження з дітьми», «нав-мисна травма», «синдром струсу дитини» (С. Левашова, Н. Н. Тагаєв, 2005; Т. П. Козлова, С. Х. Барінов, 2005).

ВООЗ визнала дитячий травматизм однією з актуальних проблем суспіль-ства. Інформація, отримана в ході досліджень ВООЗ, свідчить, що значна кіль-кість батьків використовують фізичне покарання як один з основних принци-пів виховання. Причому, під час виховання дитини батьки не нехтують ударами різними предметами, позбавленням їжі або нанесенням опіків. Найбільшу гру-пу ризику складають діти самого молодшого віку: показники насильства над дітьми у віці від 0 до 4 років більше ніж у 2 рази перевершують відповідні по-казники у 5-14-літніх.

Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» ст. 1 передбачає визначення термінів, які прийняті щодо жорстокого поводження з дітьми, попередження та припинення насильства в сім'ї, притягнення до відповідальності осіб, винних у жорстокому поводженні з дітьми:

- *насильство в сім'ї* – будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному чи психічному здоров'ю;

- *фізичне насильство в сім'ї* – умисне нанесення одним членом сім'ї іншому члену сім'ї побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести або призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров'я, нанесення шкоди його честі і гідності;

- *сексуальне насильство в сім'ї* – протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена сім'ї, а також дії сексуального характеру по відношенню до неповнолітнього члена сім'ї;

- *психологічне насильство в сім'ї* – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе, та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю;

- *економічне насильство в сім'ї* – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постражданий має передбачене законом право, що може призвести до його смерті, спричинити порушення фізичного чи психічного здоров'я;

- *жертва насильства в сім'ї* – член сім'ї, який постраждав від фізичного, сексуального, психологічного чи економічного насильства з боку іншого члена сім'ї;

- *реальна загроза вчинення насильства в сім'ї* – погроза вчинення одним членом сім'ї стосовно іншого члена сім'ї умисних дій, передбачених абзацом другим цієї статті, якщо є реальні підстави очікувати її виконання;

- *віктимна поведінка щодо насильства в сім'ї* – поведінка потенційної жертви насильства в сім'ї, що провокує насильство.

Нанесення тілесних ушкоджень як прояви жорстокого поводження з дітьми. Наслідками жорстокого поводження з дітьми є різні форми травмування голови, тулуба, кінцівок і внутрішніх органів, які здебільшого виникають унаслідок нанесення ушкоджень тупими предметами. З огляду на фізичну слабкість дітей, травму тупими предметами дорослі часто наносять руками або ногами. Нижче наведені ушкодження у дітей, що виникли внаслідок жорстокого поводження з ними. Вони були отримані з архівів бюро судово-медичної експертизи України і частково висвітлені у власних вітчизняних та міжнародних публікаціях та виданнях.

Як свідчить практика, найчастіше дітям у віці до 1 року травми були нанесені у формі саден, синців та забитих ран голови, тулуба і кінцівок.

Окрім цього, ушкодження мали вигляд відбитків пальців рук на кінцівках потерпілих внаслідок міцного утримування дитини.

Наслідками жорстокого поводження з дітьми були відкриті і закриті черепно-мозкові травми, що супроводжувалися переломами кісток черепа та крововиливами під оболонки головного мозку із забиттям його речовини.

Більшість дітей, яким завдавали побоїв, помирали внаслідок травм голови, що супроводжувалися субдуральними і субарахноїдальними геморагіями як з переломами кісток черепа, так і без них. Інколи черепно-мозкова травма з переломом кісток черепа може ускладнитися вторинним менінгітом; можуть мати місце ознаки старих гематом, а також новоутворених. Переломи кісток черепа і травмування мозку можливі без значних ушкоджень шкіри і м'яких тканин голови або з незначними ушкодженнями. При цьому відсутність зовнішніх ушкоджень не виключає наявності травми. Наприклад, під час заподіяння удару по голові предметом з широкою плоскою поверхнею із силою, достатньою для ушкодження мозку, можуть бути відсутніми наявні ушкодження волосистої частини голови, хоча рентгенологічне дослідження може виявити переломи.

У разі підозри щодо насильницьких дій по відношенню до дітей (новонароджених та немовлят) із заподіянням їм черепно-мозкової травми, проявами якої можуть бути ушкодження м'яких тканин голови та ЦНС, доцільним є огляд лікаря-окуліста. Йдеться про синдром «трясіння немовляти» («shaken baby»), який нерідко супроводжується крововиливами у сітківку очного яблука, а також роз'єднанням речовини головного мозку і поверхневих венозних судин із формуванням білатерального субдурального крововиливу.

Новонароджені та діти молодшого віку неспроможні утримувати голову під час трясіння, оскільки голова відкидається назад завдяки недорозвинутості м'яза, що утримує голову (груднинно-ключично-соскоподібний м'яз). Тому різке трясіння призводить до утворення набряків і крововиливів у мозковій тканині і оболонках головного мозку, наслідками чого можуть бути черепно-мозкові ушкодження, які супроводжуються судомами, непритомним станом, або іншими тяжкими клінічними станами дитини. Як свідчить практика, кровотечі у сітківці мають місце у 80 % дітей з синдромом «трясіння немовляти».

Після травмування голови другою найчастішою причиною смерті дітей є ушкодження органів черевної порожнини. При цьому наявних зовнішніх ознак ушкодження може і не бути, але травмування супроводжується розривами печінки, селезінки, брижі, тонкої і товстої кишок, дрібними крововиливами у черевну порожнину тощо. У випадках ізольованого розриву тонкої і товстої кишок смерть може бути спричинена перитонітом.

Одним із проявів синдрому «скаліченої дитини» є ушкодження хребта. Механізмом ушкоджень є некоординовані рухи відносно тяжкої голови і шийного відділу хребта внаслідок слабкості м'язового апарату шиї під час нанесення ударів по тулубу дитини. Стосовно уражень хребта слід відзначити, що травматичні зміни локалізуються переважно в передніх відділах хребців. При цьому спостерігаються:

- незначна компресійна деформація передньої половини тіл хребців (зменшення висоти не більше ніж на 25 %) без ураження замикальної пластини;
- переломи з ураженням верхньої замикальної пластини та передньо-верхньої частини тіла хребця з відривом кісткового фрагмента; гістологічно – з ознаками поширення на хрящову росткову зону верхньої замикальної пластини;

- комбіновані ушкодження з компресійною деформацією тіл хребців і поширенням перелому на проліферативну зону верхньої хрящової росткової пластини.

У таких випадках, крім ушкоджень хребта, зазвичай у дітей мають місце ознаки інших соматичних ушкоджень, особливо переломів трубчастих кісток та ребер. Клінічно також можуть відзначатися явища підвищення внутрішньочерепного тиску з наявністю менінгеальних симптомів (тім'ячко, що випинається, наявність судом, крововиливів на очному дні), а також утворення черепно-мозкових ушкоджень, зокрема – внутрішньо-мозкових гематом.

Джерела спеціальної літератури найчастіше свідчать про такі випадки жорсткого поводження з новонародженими, коли мати шляхом задушення – блокування надходження повітря із навколишнього середовища у дихальні шляхи дитини (механічна асфіксія) завдає шкоди своїй дитині. Подібні випадки буває важко відрізнити від синдрому раптової смерті, що може мати місце серед дітей віком від одного місяця до одного року за відсутності мікроскопічних ознак захворювань органів дихання.

Опікова травма. У деяких випадках дорослі з метою «виховання» занурюють кінцівки або частини тіла дитини у гарячу воду. Діти, які отримували умисні опіки-обварювання, спочатку потрапляли до клінічних відділень. Як правило, дорослі пояснювали це як нещасний випадок або те, що вони купали дитину і не звернули увагу на занадто високу температуру води. При цьому загальновідомою є різна реакція шкіри новонародженої дитини та дорослої людини на дію одного і того самого термічного чинника. Часто під час занурення у гарячу воду дитина інстинктивно підіймає ноги і коліна перебувають вище рівня води. У таких випадках шкіра над і під колінами не зазнає опіків. Якщо стегнові кістки щільно притиснуті до живота, як це найчастіше буває, шкіра у пахвинній ділянці також не страждає. Якщо дитину занурювали в гарячу воду у пелюшках на короткий час, вони також захищають шкіру у пахвинній ділянці.

У дітей виявляються сліди від опіків. Оскільки опіки частіше є причиною нещасних випадків, то дуже складно виявити, чи є опіки у дитини наслідком насильницьких дій. Припалювання шкіри цигарками (часто рук та обличчя) залишає рубці округлої форми, з розміром, наближеним до діаметра цигарки з невеличким дном. На руках ушкодження частіше розташовані на верхніх частинах, на ногах – з передньої сторони.

Отруєння. Отруєння серед дітей у віці 2-4 років найчастіше носить характер випадкового, коли вони куштують на смак приховані пігулки, медичні, хімічні речовини тощо. Під отруєнням розуміють реакцію організму (розлад здоров'я або смерть) на вплив отруйних або сильнодіючих речовин, що надійшли ззовні. Оскільки отруєння може бути результатом насильства і зустрічається при вбивствах і нещасних випадках, то його дуже важливо диференціювати із захворюваннями або іншими видами насильства. Підозра на отруєння виникає часто, особливо у випадках раптової смерті практично здорових дітей. Про неможливість випадкового використання дитиною лікарського засобу свідчать такі обставини: (1) у віці 3-4 років і старше діти рідко вживають невідомі речовини виключно з цікавості; (2) діти до 2 років, як правило, не можуть вилучити пігулки з упаковки.

Ознаки занедбаності та психічного насильства над дітьми. У випадках позбавлення дитини належного догляду або її виснаження – дитина виглядає кахектичною, живіт запалий, міжреброві проміжки западають, що підвищує контурність ребер, шкіра зморщена, позбавлена тургору, часто спостерігається виразкова пітниця. Якщо у таких дітей відсутні захворювання, то за умов надання медичної допомоги вони швидко видужують і виписуються здоровими. Якщо таку дитину знаходять мертвою або у стані надмірного виснаження і всі природні стани, що спричинюють виснаження, будуть виключені, такі випадки повинні розцінюватися як убивство шляхом свідомого доведення дитини до смерті внаслідок виснаження через голодування.

Виникнення наведених вище явищ у дітей можливе через недостатній догляд або незадовільне харчування дитини та неналежні санітарно-гігієнічні умови життя. Це також може відбуватися через відкрити ворожість, небажання спілкуватися з дитиною чи відторгнення її дорослими. Нижче наведені ознаки та симптоми, що можуть свідчити про занедбаність дитини або наявність інших обставин, які ускладнюють її життя (Бурлака В.В., Цимбалюк М.М., Сунделін К. та ін., 2007).

Діти молодшого віку. Недостатнє збільшення маси тіла та зросту відповідно до віку. Часті інфекційні хвороби. Неохайність. Затримка рухового розвитку. Повторна ускладнена екзема в пахвинній ділянці. Ознаки порушень у психологічній прихильності до батьків, підвищена тривожність та брак соціальних навичок, необхідних для взаємодії з іншими людьми в оточенні.

Діти дошкільного віку. Фізично дитина може бути занадто низькорослою в порівнянні з генетичними передумовами. Окружність голови може бути меншою, ніж можна було очікувати (але затримка збільшення маси головного мозку – більш пізній симптом). Брудний одяг, неохайність. Затримка розвитку мови та проблеми з концентрацією уваги. Ознаки незрілості у взаємовідносинах (взаємодії) з іншими дітьми та дорослими. Такі діти можуть демонструвати некритичні спроби контакту, а також гіперактивність, агресивність та очевидну імпульсивність.

Діти шкільного віку. Зріст менший, ніж очікуваний, з урахуванням генетичних задатків. Неохайність. Відставання у порівнянні з однокласниками, труднощі у навчанні. Низька самооцінка. Таким дітям важко впоратися з новими ситуаціями та іншими навантаженнями. Брак глибоких стосунків з іншими дітьми. Труднощі з контролем сечо- та каловиділення.

Слід додати, що у занедбаності дітей здебільшого винні батьки, які просто не здатні справлятися зі своїми обов'язками через власні проблеми – фізичні чи психічні відхилення, важке дитинство, через яке особа не мала нагоди засвоїти жодної корисної моделі поведінки. Важливе значення мають такі чинники, як зловживання батьками алкоголем і (або) наркотиками, затримка розумового розвитку.

Прояви мучень і мордувань дітей. Кримінальним кодексом передбачається підвищена відповідальність за заподіяння мучень, мордувань. Мучення і мордування не є особливим видом ушкоджень, а лише свідчать про особливості їх походження чи спосіб нанесення. Мучення (або заподіяння мук) – це дії, пов'язані з тривалим позбавленням дитини їжі, пиття чи тепла, утриманням її в

шкідливих для здоров'я умовах (наприклад, в умовах, які позбавляють дитину будь-якого з її природних відчуттів – зору, слуху, просторової або часової орієнтації) тощо.

Під мордуваннями розуміють багаторазове биття різками, щипання або інші дії, спрямовані на заподіяння тривалого болю.

У разі **сексуального насильства** – примушування до статевих зносин або їх здійснення з неповнолітніми дітьми – судово-медична експертиза виявляє факт статевих зносин за такими ознаками: ушкодження в ділянці статевих органів, крововиливи на внутрішній поверхні стегон. Однак ушкодження можуть бути і на обличчі, на шиї, в ділянці грудної клітки. При зґвалтуванні (статевому акті з уведенням статевого члена у піхву через дівочу перетинку) з використанням психічних погроз або безпорадного стану потерпілої (алкогольне сп'яніння, застосування деяких лікарських препаратів) зазначені ушкодження можуть бути відсутніми. У разі гомосексуальних дій у потерпілої дитини можуть бути рубці в ділянці відхідника (заднього проходу), ушкодження слизової оболонки прямої кишки у вигляді саден, тріщин, розривів.

Ознаки розбещення встановлюють під час обстеження осіб, які не досягли 16 років. До розбещених дій відносяться оголення статевих органів дитини (частіше неповнолітніх дівчаток) і торкання їх руками, статевим членом. Розбещені дії, як правило, не супроводжуються ушкодженнями, хоча в багатьох випадках їх проявами є ознаки запалення, деякі морфологічні зміни в ділянках статевих органів і прямої кишки, що виникають внаслідок неодноразового тиску та тертя статевим членом чи пальцями рук.

Питання для контролю засвоєних знань:

1. Які визначення термінів, які прийняті щодо жорстокого поводження з дітьми?
2. Які особливості нанесення тілесних ушкоджень як проявів жорстокого поводження з дітьми?
3. Особливості опікової травми.
4. Які особливості отруєння серед дітей?
5. Які ознаки занедбаності та психічного насильства над дітьми?
6. Які прояви мучень і мордувань дітей?
7. Які прояви сексуального насильства?