

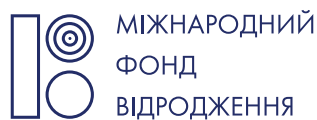
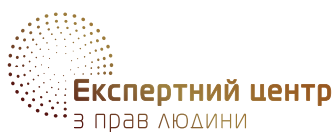
Асоціація судових медиків України
ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика МОЗ України
Харківський національний медичний університет МОЗ України
КЗ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи» ДОР
КЗ «Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи» ХОР

**Козлов С.В., Войченко В.В., Мішалов В.Д., Петрошак О.Ю.,
Хижняк В.В., В'юн В.В., Моргун А.О.**

ВИЯВЛЕННЯ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ, ХАРАКТЕРНИХ ДЛЯ КАТУВАНЬ, ТА ШЛЯХИ ЇХ ДОКУМЕНТАЛЬНОЇ ФІКСАЦІЇ У ФОРМАТІ «СТАМБУЛЬСЬКОГО ПРОТОКОЛУ»

Навчальний посібник





Посібник підготовлений в межах проєкту «Удосконалення медичної складової розслідування катувань», який Експертний центр з прав людини реалізує за підтримки програми «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження». Погляди та висновки, висловлені в цьому посібнику, належать колективу авторів та можуть не відображати позицію Міжнародного фонду «Відродження».

Установи-розробники:

Асоціація судових медиків України;

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»;

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика МОЗ України;

Харківський національний медичний університет МОЗ України;

КЗ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи» ДОР;

КЗ «Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи» ХОР.

Рекомендовано до видання вченою радою ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України» (протокол № 7 від 27 лютого 2020 р.)

Автори:

Козлов С.В. - професор кафедри патологічної анатомії та судової медицини ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», д.мед.н., професор;

Войченко В.В. - начальник КЗ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи» Дніпропетровської обласної ради, голова Асоціації судових медиків України, к.мед.н., доцент;

Мішалов В.Д. - завідувач кафедри судової медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика МОЗ України, заступник голови Асоціації судових медиків України, експерт ГО «Експертний центр з прав людини», д.мед.н., професор;

Петрошак О.Ю. - доцент кафедри судової медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика МОЗ України, к.мед.н., доцент;

Хижняк В.В. - доцент кафедри судової медицини та медичного правознавства Харківського національного медичного університету МОЗ України, к.мед.н., доцент;

В'юн В.В. - завідувач відділенням судово-медичної криміналістики КЗ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи» Дніпропетровської обласної ради;

Моргун А.О. - лікар, судово-медичний експерт КЗ «Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи» Харківської обласної ради.

Рецензенти:

Берішавлі Русудан - доктор медицини, асоційований професор кафедри судової медицини Тбіліського державного медичного університету, експерт міжнародної організації «Лікарі за права людини» PHR, експерт міжнародної Групи незалежних судових експертів IFEG;

Шепітько В.Ю. - завідувач кафедри криміналістики Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, дійсний член (академік) Національної академії правових наук України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор юридичних наук, професор;

Михайленко О.В. - начальник Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи, кандидат медичних наук.

Виявлення тілесних ушкоджень, характерних для катувань, та шляхи їх документальної фіксації у форматі «Стамбульського протоколу». «Навчальний посібник» Козлов С.В., Войченко В.В., Мішалов В.Д., Петрошак О.Ю., Хижняк В.В., В'юн В.В., Моргун А.О. – Київ, 2021. – 102 с.

У посібнику розкриті поняття та основні завдання «Стамбульського протоколу» і інших міжнародних та вітчизняних правових документів щодо катувань та неналежного поводження з жертвами насильницьких дій, їх ефективного розслідування і документування у поєднанні з базовим розумінням взаємозв'язку між здоров'ям і правами людини. В ньому наведені і систематизовані види насильницьких дій, що супроводжуються катуванням і мордуванням, та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання. Наведені форми тілесних ушкоджень, які можуть бути виявлені лікарями та правоохоронцями у вказаних випадках, та правила їх документальної фіксації у форматі «Стамбульського протоколу» з метою удосконалення медичної складової розслідувань проявів катувань і мордувань. Посібник призначений для лікарів і лікарів-інтернів зі спеціальностей «сімейна медицина», «психіатрія», спеціальностей терапевтичного і хірургічного профілю та для правоохоронців.

© Козлов С.В., Войченко В.В., Мішалов В.Д.,
Петрошак О.Ю., Хижняк В.В., В'юн В.В., Моргун А.О., 2021

ЗМІСТ



Передмова	4
Розділ 1. Міжнародні та вітчизняні правові документи щодо катувань та неналежного поведіння з жертвами насильницьких дій. «Стамбульський протокол» та його імплементація в Україні сьогодні (Мішалов В.Д., Хижняк В.В., Козлов С.В., В'юн В.В.)	6
Розділ 2. Визначення понять і систематизація насильницьких дій шляхом катувань (Хижняк В.В., Моргун А.О.)	14
Розділ 3. Характеристика основних видів тілесних ушкоджень, заподіяних гострими, тупими предметами і деякими спеціальними засобами несмертельної дії. Діагностика часу і давності утворення ушкоджень (Мішалов В.Д., Петрошак О.Ю., В'юн В.В., Хижняк В.В.)	33
3.1 Характеристика основних видів тілесних ушкоджень, заподіяних гострими, тупими предметами і деякими спеціальними засобами несмертельної дії (Мішалов В.Д., Петрошак О.Ю., В'юн В.В., Хижняк В.В.)	33
3.2 Діагностика часу і давності утворення основних видів тілесних ушкоджень, заподіяних гострими, тупими предметами і деякими спеціальними засобами несмертельної дії (Мішалов В.Д., Козлов С.В., В'юн В.В., Хижняк В.В.)	38
Розділ 4. Порядок опису тілесних ушкоджень (Козлов С.В., В'юн В.В., Хижняк В.В.)	49
Розділ 5. Особливості документальної фіксації тілесних ушкоджень, характерних для катувань, у форматі «Стамбульського протоколу» (Войченко В.В., В'юн В.В., Мішалов В.Д.)	52
Перелік використаних літературних джерел	62
Додатки (Хижняк В.В., Моргун А.О., В'юн В.В.)	69



ПЕРЕДМОВА

На шляху до євроінтеграції і реального втілення в наше життя принципів гуманності та демократії, притаманних передовим європейським країнам і США, Україна має намір імплементації у вітчизняне законодавство міжнародних правових норм. Зокрема, це стосується «Конвенції ООН проти тортур» (1984), «Стамбульського протоколу» (посібника з ефективного розслідування і документування катувань і мордувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання, 2001) та ін.

Результати інформаційних запитів громадської організації «Експертний центр з прав людини» (Україна) до 15 закладів вищої освіти України, які здійснюють переддипломну і післядипломну підготовку лікарів, свідчать, що навчальними планами не передбачено вивчення матеріалу щодо медичних аспектів катувань чи неналежного поводження і ролі медичних працівників у здійсненні ефективного розслідування цих недопустимих фактів.

Крім того, важливим аспектом, що перешкоджає ефективному розслідуванню фактів неналежного поводження, є недостатня обізнаність працівників правоохоронних органів, щодо особливостей призначення судово-медичних, судово-психіатричних і психологічних експертиз за вказаними вище фактами та оцінки експертних висновків. Як наслідок, правоохоронці ставлять невірні, або неповні питання перед експертами, що негативно впливає на якість виконання експертиз та розслідування в цілому.

З огляду на вказане вище і розрізненість у вітчизняних літературних джерелах інформації щодо виявлення і документування катувань і мордувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання, нами був розроблений навчальний посібник, в якому розкриті поняття та основні завдання

«Стамбульського протоколу», а також інших міжнародних та вітчизняних правових документів щодо катувань та неналежного поводження з жертвами насильницьких дій, їх ефективного розслідування і документування у поєднанні з базовим розумінням взаємозв'язку між здоров'ям і правами людини; запропоновані визначення понять та систематизація насильницьких дій; наведені форми тілесних ушкоджень, які можуть бути виявлені у випадках заподіяння насильницьких дій, шляхи їх документальної фіксації у форматі «Стамбульського протоколу», з метою їх подальшої оцінки правоохоронними органами, саме як проявів катувань і мордувань.

До основних завдань (навчальних цілей) матеріалу, викладеного у посібнику, ми віднесли:

1) розкриття поняття та основних завдань «Стамбульського протоколу», інших міжнародних та вітчизняних правових документів щодо катувань та неналежного поводження з жертвами насильницьких дій, їх ефективного розслідування і документування, у поєднанні з базовим розумінням взаємозв'язку між здоров'ям і правами людини.

2) визначення понять і систематизація насильницьких дій шляхом нанесення побоїв, заподіяння мордувань і катувань.

3) наведення видів, морфологічних ознак, давності утворення тілесних ушкоджень та їх віддалених наслідків внаслідок катувань та неналежного поводження.

4) визначення ролі медичної документації для проведення експертизи й отримання обґрунтованого висновку щодо ушкоджень, які можуть свідчити про катування чи неналежне поводження.

Посібник призначений для лікарів і лікарів-інтернів зі спеціальностей «сімейна медицина», «психіатрія», спеціальностей терапевтичного і хірургічного профілю, а також для правоохоронців для удосконалення медичної складової розслідування катувань.



РОЗДІЛ

МІЖНАРОДНІ ТА ВІТЧИЗНЯНІ ПРАВОВІ ДОКУМЕНТИ ЩОДО КАТУВАНЬ ТА НЕНАЛЕЖНОГО ПОВОДЖЕННЯ З ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬНИЦЬКИХ ДІЙ. «СТАМБУЛЬСЬКИЙ ПРОТОКОЛ» ТА ЙОГО ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ В УКРАЇНІ СЬОГОДНІ

Гарантованість прав та свобод громадян є рисою конституційного статусу і держава розглядає це, як свій первинний обов'язок. Кожна людина повинна знати та мати віру, в те, що хто б не заподіяв шкоду її здоров'ю – винуватець завжди понесе кару в законному порядку, що її воля та права - це не тільки слова, а реальність. Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження і покарання, прийнята Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй (ООН) 10 грудня 1984 р. і складена із 33 статей. Конвенція набрала чинності 26 червня 1987 р.

Окрім цього, основні положення міжнародних і національних правових стандартів щодо катувань та неналежного поведження, їх ефективного розслідування і документування викладені у численних джерелах, неповний перелік яких ми наводимо нижче для ознайомлення:

- ▶ Загальна декларація прав людини;
- ▶ Міжнародний пакт про громадянські і політичні права;
- ▶ Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження і покарання (Конвенція проти катувань);
- ▶ Американська конвенція про права людини;
- ▶ Африканська хартія прав людини і народів;
- ▶ Женевські конвенції (про поведження з полоненими);

- ▶ Мінімальні стандартні правила поведження з ув'язненими;
- ▶ Декларація про захист прав всіх осіб від катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження і покарання;
 - ▶ рішення Європейського суду з прав людини;
 - ▶ документи міжнародних організацій з прав людини: «Всесвітня Медична Асоціація», «Всесвітня Психіатрична Асоціація», «Організація Об'єднаних Націй», «Рада Європи» і ін.;
 - ▶ документи міжнародних професійних організацій: Токійська декларація, Гавайська декларація, Кувейтська декларація, Резолюція про права людини, Гамбурзька декларація, Лісабонська декларація про права людини;
 - ▶ національні кодекси етики та ін.

Медичні працівники повинні керуватись міжнародними і національними принципами біоетики і медичної етики, на яких ґрунтується захист прав людини і запобігання катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження і покарання.

До викладеного вище, вважаємо доцільним зазначити, що у праці «Фіксація та розслідування катувань у місцях несвободи. Аналіз законодавства» (Белоусов Ю., Гатіятуллін О., Запорожцев К., Тарасова М., Шурдук В., 2018) [5] висвітлені такі питання як:

- 1) регламент процесу виявлення, фіксації та повідомлення про ознаки можливих катувань щодо осіб під час їх перебування у визначених місцях несвободи;
- 2) судово-медичні обстеження осіб у судово-медичних установах;
- 3) проведення медичного огляду затриманої особи при її доставленні до відділу поліції. Ризик несвоечасної діагностики і протоколювання хворобливих станів затриманих осіб, як об'єктивних ознак можливих катувань і неналежного поведження;
- 4) виявлення та фіксація ознак неналежного поведження щодо затриманої особи під час її поміщення та перебування в ізоляторі тимчасового тримання, взятої під варту та засудженої особи, яка перебуває у слідчому ізоляторі;
- 5) особливості виявлення, фіксації та реагування на неналежне поведження в установах пенітенціарної системи Міністерства юстиції України.

«Стамбульський протокол» – посібник з ефективного розслідування і документування катувань та інших жорстоких, нелюдських або

таких, що принижують гідність, видів поведження і покарання» [46, 47] – був представлений Верховному комісару ООН з прав людини 9 серпня 1999 р.

Реалізація «Стамбульського протоколу» [46, 47] визначає сутність цього міжнародного документу, методи роботи і очікуваний позитивний результат. Тому наведемо розділ «Стамбульського протоколу», як цитату: «В даному посібнику («Стамбульському протоколі») термін «катування» вживається у тому ж значенні, що і в Конвенції Організації Об'єднаних Націй проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження і покарання 1984 року: “... «катування» означає будь-яку дію, якою будь-якій особі навмисно заподіюється сильний біль або страждання, фізичне чи моральне, щоб отримати від неї або від третьої особи відомості чи визнання, покарати її за дії, які вчинила вона або третя особа, чи у вчиненні яких вона підозрюється, а також залякати або примусити її, чи третю особу, чи з будь-якої причини, що ґрунтується на дискримінації будь-якого характеру, коли такий біль або страждання заподіюються державними посадовими особами, чи іншими особами, що виконують офіційні повноваження, чи з їх підбурювання або мовчазної згоди. Це визначення не включає біль чи страждання, які виникають у результаті законних санкцій, невіддільні від цих санкцій, чи викликаються ними випадково (1).

Катування викликає глибоке занепокоєння світової спільноти. Воно застосовується з метою не тільки навмисно підірвати фізичне та духовне здоров'я окремих людей, але, в деяких випадках, і для того, щоб пригнобити гідність і зламати волю цілих громад. Це стосується всього роду людського, тому що катування заперечує саму суть нашого існування і не залишає надії на краще майбутнє» [56].

Ця разюча невідповідність абсолютної заборони катувань і їх широкого розповсюдження в теперішньому світі свідчить про те, що державам необхідно розробляти та впроваджувати на практиці

(1) З 1982 року рекомендації щодо допомоги жертвам катувань з боку Організації Об'єднаних Націй, що виконувалися Піклувальною радою Фонду добровільних внесків Організації Об'єднаних Націй, ґрунтуються на статті 1 Декларації Організації Об'єднаних Націй про захист всіх осіб від катувань і інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження та покарання, яка передбачає, що “катування становить посилений та навмисний вид жорстокого, нелюдського або того, що принижує гідність поведження та покарання” і що в це тлумачення не внесені біль і страждання, що виникають тільки при законному позбавленні волі, з огляду на стан, властивий цьому або спричинений ним, в тій мірі, наскільки це сумісно з Мінімальними стандартними правилами поведження з ув'язненими”, а також на положеннях усіх інших відповідних міжнародних договорів.

ефективні заходи задля захисту людей від катувань і жорстокого поводження.

Отже, цей посібник покликаний служити міжнародним принципам оцінки дій осіб, які застосовують катування і тортури або жорстоке поводження щодо людей, а також для розслідування випадків катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і направлення звітів до слідчих, судових або інших органів. Методи документування, що містяться в даному посібнику, можуть бути використані і в інших випадках, включаючи розслідування і контроль дотримання прав людини, оцінки потреби політичного притулку, оцінки осіб, які під тортурами і катуваннями «зізналися» у здійсненні злочину, оцінки поводження з жертвами катувань та ін. До посібника додаються принципи ефективного розслідування і документування катувань і жорстокого поводження, а також посібник з медичної оцінки і документування катувань і жорстокого поводження представниками офіційної влади (зокрема, правоохоронних органів) з особою під час її арешту, перебування у СІЗО або у закладах пенітенціарної системи.

Особливість «Стамбульського протоколу» полягає у тому, що в ньому зроблено окремий наголос на надважливість проведення фізичного та психологічного обстеження потерпілих, що зазнали катувань під час арешту, під час перебування у СІЗО або в установах 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...”*[46, 47].

Відомо, що з медичної точки зору, тілесні ушкодження – це порушення анатомічної цілості тканин, органів та їх функцій, що виникає, як наслідок дії одного чи кількох зовнішніх ушкоджуючих факторів – фізичних, хімічних, біологічних, психічних [1, 13, 30-32].

Слід зауважити, що мучення і мордування не є особливим видом фізичних ушкоджень. Однак, «Стамбульський протокол» зазначає, що, крім названих методів фізичного і хімічного впливу, що залишають ушкодження, які судово-медичним експертом повинні бути правильно оцінені, можуть застосовуватися психічні та інші способи впливу, які не залишають фізичних слідів і яким би міг дати оцінку судово-медичний /психіатричний експерт [46].

«Стамбульський протокол» в Україні імплементований лише частково [12]. Європейський комітет з питань запобігання катуванням у своїх доповідях за результатами візитів до України закликав уряд оголосити політику «нульової толерантності» до катувань та жорстокого поводження [41]. У квітні 2017 року Національний превентивний механізм проти катувань повідомив про намір просувати імплементацію документу.

Національний превентивний механізм (далі – НПМ) діє в Україні з 2012 року на виконання Факультативного протоколу до Конвенції ООН проти катувань. Шість років він працював у форматі “омбудсман+”: візити до місць несвободи, яких в Україні наразі залишилось близько чотирьох тисяч, здійснювали співробітники офісу Уповноваженого ВР України з прав людини та громадські монітори-волонтери. За 6 років НПМ промоніторив понад 1000 місць несвободи, тобто кожен п'ятий закритий заклад у країні. У закритих закладах постійно перебуває близько **мільйона українців**. Саме за дотриманням їхніх прав і умовами утримання в місцях несвободи стежать представники Національного превентивного механізму [41].

«Ми з українськими правозахисними організаціями працюємо над спільним проектом з імплементації «Стамбульського протоколу», – пояснює Єнс Модвіг, голова комітету ООН проти катувань, директор департаменту здоров'я Данського інституту проти тортур (DIGNITY), на початку спілкування з «Радіо Свобода» 21 лютого 2020 р., – цей протокол є дуже важливим інструментом для розслідування випадків імовірного застосування тортур, оскільки він пояснює лікарям та слідчим, як мати справу з випадками катування. Я впевнений, що саме лікарі відіграють дуже велику роль у документуванні фактів тортур та їхніх наслідків для здоров'я» [44].

Далі Єнс Модвіг показує один із механізмів документування в рамках Стамбульського протоколу, а саме: «**Медичні сертифікати** відповідності Стамбульському протоколу можуть бути важливими доказами під час судового розгляду фактів катування» [44].

«Мої знання про українські місця позбавлення волі дуже скромні, – каже Єнс Модвіг, – тож я можу говорити лише про загальні підходи. І один з найважливіших фактів: наскільки багато своїх громадян Україна відправляє за ґрати? Є країни з дуже низькою часткою ув'язнених: близько 50 осіб на 100 тисяч населення. Є інші країни, наприклад, США, які мають 400-450 ув'язнених на 100 тисяч населення. Звісно, якщо ув'язнюється велика кількість людей, це потребує величезних ресурсів. Може виникнути проблема, коли ресурсів недо-

статньо для забезпечення всіх міжнародних стандартів. Деякі країни в такому випадку скаржаться, що не мають коштів. Але ж для виходу із ситуації можна ув'язнювати менше людей!» [44].

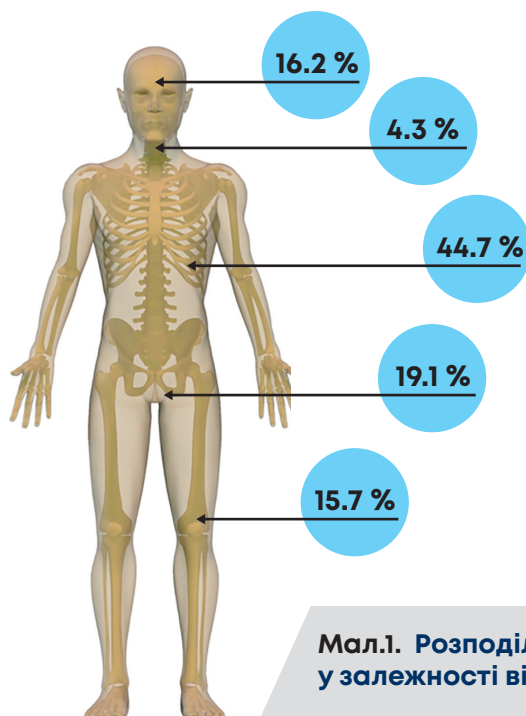
Наведені цифри дозволяють доповнити думку Єнса Модвіга щодо частки ув'язнених на 100 тисяч населення для порівняння з Україною. Електронний перепис населення України показав наявність 37 млн. мешканців. Таким чином, простий арифметичний розрахунок дає зазначений показник на рівні 2700 осіб на 100 тисяч населення України, що в п'ять разів вище, ніж у США.

Нажаль, ще й сьогодні, після реорганізації колишньої міліції в сучасну “поліцію”, мають місце прояви старих звичок – поводження з громадянином, як з істотою, що заздальгідь позначена печаткою провини. Окремі охоронці порядку і сьогодні мають хибну уяву щодо свого високого призначення. Вони, не замислюючись про наслідки, легко перетинають межу, за якою починається беззаконня, грубе порушення прав людини [11, 41].

Таблиця 1. Розподіл тілесних ушкоджень за характером, видом та локалізацією

Види тілесних ушкоджень	Ділянка тіла потерпілого									
	Мозковий відділ голови	Лицевий відділ голови	Ділянка шиї Передньо-бічна стінка грудної клітки		Передньо-бічна стінка живота	Задня поверхня тулуба	Сідниці	Нижні кінцівки	Верхні кінцівки	Усього
Садно n, %	6 1.5 %	6 1.5 %	8 2.0 %	3 0.8 %	-	5 1.3 %	3 0.8 %	13 3.3 %	94 23.8 %	138
Рана n, %	5 1.3 %	3 0.8 %	-	2 0.5 %	-	1 0.3 %	-	2 0.5 %	-	13
Синець n, %	143 5 %	18 4.6 %	5 1.3 %	23 5.8 %	5 1.3 %	21 5.3 %	-	42 10.6 %	78 19.7 %	206
Крововилив n, %	1 0.3 %	10 2.5 %	4 1.0 %	11 2.8 %	-	1 0.3 %	-	5 1.3 %	3 0.8 %	35
Перелом n, %	-	-	-	-	-	-	-	-	2 0.5 %	2
Руйнування ГМ в n, %	1 0.3 %	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Разом	27	37	17	17	39	5	28	3	62	395

Яскравим прикладом зазначеного вище неналежного стану дотримання прав затриманих осіб може бути аналіз тілесних ушкоджень, що виникли в результаті дій співробітників правоохоронних органів, за даними відділу судово-медичної експертизи потерпілих, обвинувачених та інших осіб КЗ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи» ДОР. Там була проведена 51 судово-медична експертиза (дослідження) за період 2012-2013 років. Встановлено, що найчастіше потерпілими від таких насильницьких дій були чоловіки (n=45 або 88,2 %). Потерпілі жіночої статі - 6 осіб (11,8 %). Розподіл тілесних ушкоджень за характером, видом та локалізацією наведено в таблиці 1. Аналіз тілесних ушкоджень свідчить, що найчастіше утворюються синці (52 %). На другому місці – садна, їхня кількість складає 35 %. У бік зменшення розподілилися крововиливи – майже 9 %, рани – 3 %, переломи – 2 випадки, руйнування речовини головного мозку (ГМ) – 1 випадок.



Мал.1. Розподіл тілесних ушкоджень у залежності від їх локалізації

Для наочності, усі виявлені тілесні ушкодження (395), незалежно від їх виду та характеру, були розподілені за локалізацією, що продемонстровано на схемі (Мал.1). Найбільша кількість ушкоджень мала місце на верхніх кінцівках у кількості 177 (44,7%), а найменша – в ділянці шиї 17 (4,3%).

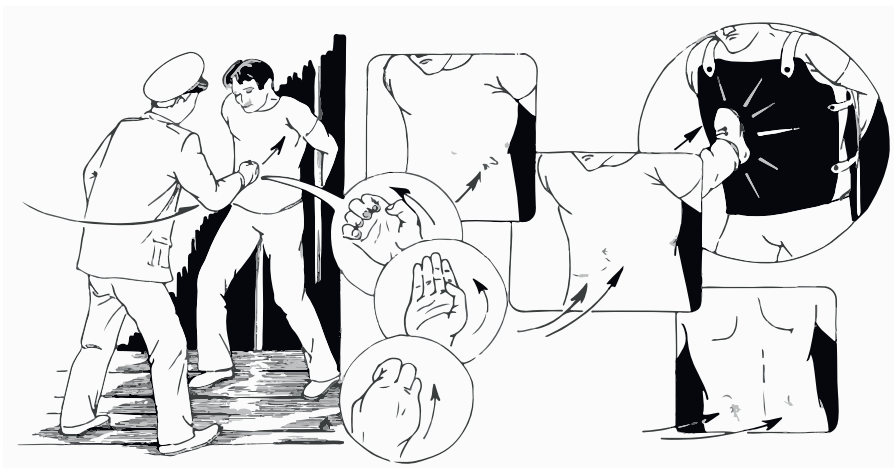
За характером серед тілесних ушкоджень в ділянці верхніх кінцівок домінували садна – 94 (23,8 %) та синці – 78 (19,7 %). На нижніх кінцівках найбільше зустрічалися синці – 42 (10,6%). Синці також за кількістю посідали першу позицію на задній поверхні тулуба – 21 (5,3 %), на передньо-бічній поверхні грудної клітки – 23 (5,8 %) та в ділянці голови – 32 (8,1 %).

РОЗДІЛ

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ НАСИЛЬНИЦЬКИХ ДІЙ ШЛЯХОМ КАТУВАНЬ

І. ПОБОЇ І МОРДУВАННЯ ШЛЯХОМ НАНЕСЕННЯ УДАРІВ ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ

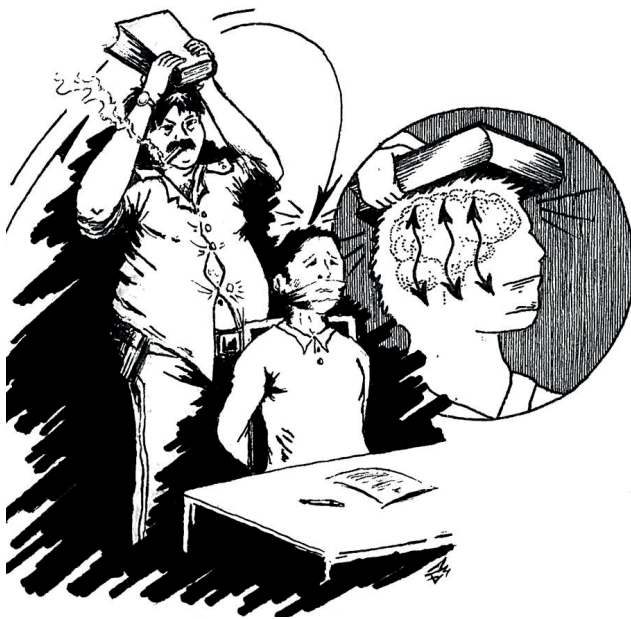
Як під час злочинних дій, вчинених громадянином, так і під час затримання підозрюваного та його опору правоохоронцем, ушкодження спричиняються безсистемно, іноді - у рефлексогенні зони. У той же час, задля отримання вимушеного зізнання, ушкодження наносять по частинах тіла з близько розташованими нервовими закінченнями, дія на які спричиняє різкий біль, порушення функцій, тілесні ушкодження, а іноді - інвалідність або смерть (Мал.2).



Мал.2. Нанесення правоохоронцями ударів тупими предметами під час затримання підозрюваної особи (Малюнок Моргуна А.О.)

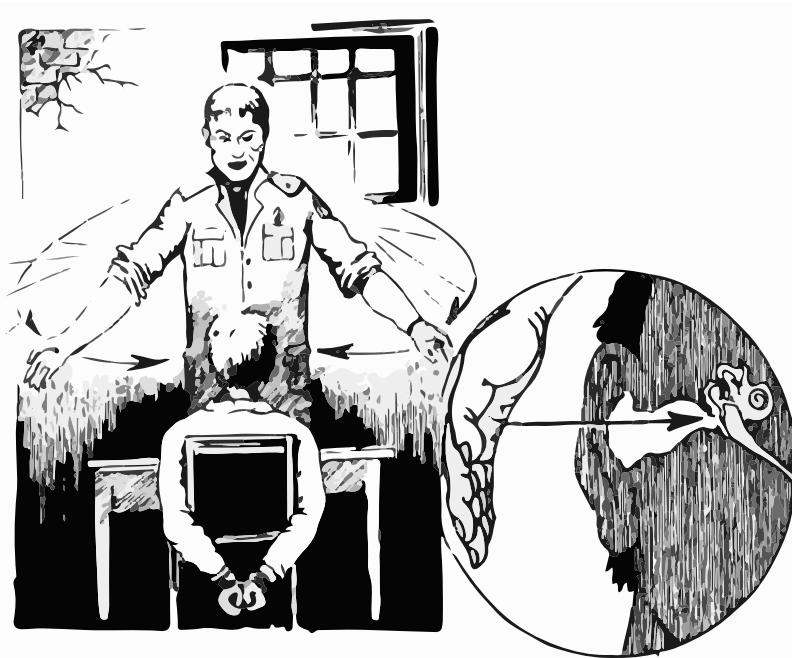
Нижче нами будуть наведені особливості нанесення ударів тупими предметами у різні ділянки тіла потерпілого.

1) Заподіяння травми голови - є однією з найбільш поширених форм отримання зізнання. Удари, що спричиняються через чітко визначені проміжки часу тупим знаряддям з широкою поверхнею (товста книжка, вологий вафельний рушник, неповна пластикова баклажка і т. ін.) (Мал.3), як правило, у тім'яну ділянку голови, обумовлюють струс головного мозку. На волосистій частині голови, особливо, при наявності значної кількості волосся, ушкоджень не виникає, але, при пальпації виявляється болюча припухлість. Потерпілі скаржаться на головний біль. Ускладненнями такої травми можуть бути розриви довгих відростків нервових клітин – аксонів (аксональна травма), атрофія кори головного мозку і гліальні рубці. У таких випадках необхідним є проведення неврологічного обстеження із застосуванням усіх сучасних методів, зокрема, таких, як комп'ютерно-томографічне і магнітно-резонансне дослідження.



Мал.3. Травмування голови книжкою
(Малюнок Моргуна А.О.)

2) Нанесення ударів по вухах руками. Одним з частих методів отримання зізнання є удари по вухах кистями рук, складеними в долоні (Мал.4).



Мал.4. Нанесення ударів по вухах руками
(Малюнок Моргуна А.О.)

У Латинській Америці такі тортури називають «телефоном». В інших випадках таке положення рук називають «ведмежа лапа». При цьому, повітря, що знаходиться у долоні, з силою заштовхується до вушних ходів та іноді розриває барабанні перетинки. Постраждалі скаржаться на різкий біль у вухах, втрату орієнтації, глухоту, іноді - кровотечу з вух або витікання спино-мозкової рідини з ушкодженого вушного проходу. Оглядом на вушних раковинах можна виявити синці, зливні дрібноточкові крововиливи. При судово-медичній експертизі - обов'язково слід проводити огляд потерпілого лікарем-оториноларингологом для виключення розриву барабанної перетинки.

3) Заподіяння ударів в проєкцію ребер - здійснюють руками, частіше - кистю, якій надають різні функціональні положення, і, рідко, ногами. Всі вони обумовлюють сильний біль. Ушкодження шкіри можуть не виникати. Іноді, удари зі значною силою - обумовлюють переломи ребер, ушкодження легень і серця. Постраждалі скаржаться на сильний біль в місцях ударів, хрускіт ребер. У цих випадках необхідно, окрім судово-медичного обстеження, провести рентгенологічне дослідження і повторний огляд через 5-7 днів, коли проявляться глибокі синці.

4) Ушкодження, заподіяні гумовою палицею. У наш час в Україні (переважно - в системі МВС) застосовуються 2 типи палиць, виготовлених з твердої гуми. Обидві модифікації в середній частині мають форму циліндра, а у кінцевій – сфери. Одна з модифікацій має в ділянці рукоятки горизонтально закріплену ручку. Перша з модифікацій - призначена для нанесення, переважно, оперізуючих ударів, а інша – як оперізуючих, так і тичкових.

Оперізуючі прямі удари заподіюються у більшості випадків по спині та в зоні проекції нирок (Мал.5) і призводять до утворення смугоподібних синців. Від удару середньою (циліндричною) частиною палиці утворюються синці значних розмірів з нечіткими краями. Удар кінцевою частиною - залишає по собі синець з одним - чітко визначеним дугоподібним краєм, та іншим – нечітко вираженим (змазаним) краєм. Особливістю таких синців є відсутність крововиливу в центрі за наявності його по краях. Удари у косому або дотичному напрямку - залишають смугоподібні садна.

Тичкові удари наносять, як правило, у тулуб. Такі удари проявляються синцями, форма і колір яких змінюється в залежності від терміну їх заподіяння. Отже, у разі використання гумової палиці задля приборкання юрби людей, ушкодження, як від оперізуючих ударів, так і внаслідок тичкових, проявляються синцями і саднами, розташованими на різних поверхнях і рівнях тулуба, верхніх кінцівок, іноді - на голові, стегнах.

Зони печінки і нирок – улюблені ділянки нанесення ушкоджень злочинцями та співробітниками спецпідрозділів різних силових відомств. Удар в ці зони, де є масивна іннервація, обумовлює сильний біль. В зоні ударів кистями рук, зібраними у кулак, прояви зовнішніх ушкоджень часто можуть бути відсутніми. Від ударів у зону печінки передня черевна стінка прогинається, амортизує удар, внаслідок чого ушкодження шкіри цієї зони, як правило, не виникають. Удари значної сили в зону печінки можуть обумовити втрату свідомості, крововиливи в підшкірно-жирову клітковину і м'язи, переломи 11-12 ребер, розриви печінки з накопиченням крові та її згустків у черевній порожнині.

Удари у ліве підребер'я, в залежності від сили, можуть зумовлювати розрив селезінки, як в момент заподіяння удару, так і через деякий час, що обумовлено підкапсульним розривом тканини селезінки. Кров, що накопичилася під капсулою, натягує її, і навіть незначний удар в цю зону, чхання, напруження черевної стінки чи м'язів ділянки тазу - призводять до розриву капсули селезінки і крововиливу у черевну порожнину.

Удари руками в зоні проєкції нирок uszkodженнями на шкірі не проявляються. Це пояснюється значною товщиною шкіри і підшкірної клітковини, що амортизують удари.



Мал.5. Нанесення ударів гумовою палицею
(Малюнок Моргуна А.О.)

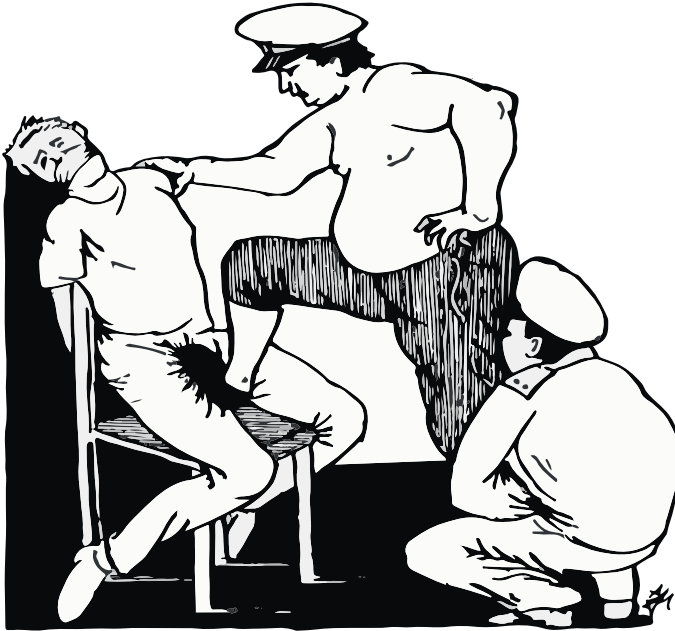
Сильні удари можуть заподіяти розриви нирок, вилив крові до навколонирикової клітковини, утворення позачеревних гематом. Такі uszkodження іноді закінчуються смертю. Удари невеликої сили - не спричиняють розриви нирок, а обумовлюють їх забій, що проявляється появою крові у сечі. Про це необхідно розпитати постраждалого під час з'ясування анамнезу.

Інколи, для того, щоб не виникали сліди ударів на шкірі, на затриманого надівають бронезилет і б'ють через нього.

Удари у живіт - у ділянку сонячного сплетіння - заподіюють рукою, зігнутою у ліктьовому суглобі. Як відомо, саме у цьому місці наявна значна кількість нервових закінчень блукаючого нерва. При ударах у зону печінки uszkodження на шкірі живота, як правило, не виникають. Тому, вкрай важливо дати оцінку показам потерпілого щодо наслідків ударів, що спричинили біль та втрату свідомості. Наслідком таких ударів може бути шок або смерть, внаслідок рефлекторної зупинки серця. У випадках смертельного травмування - обов'язково треба

проводити не тільки макроскопічне дослідження сонячного сплетіння, але і його мікроскопічне (гістологічне) дослідження для виявлення вогнищ крововиливів, що свідчать про травму.

5) Ушкодження калитки і яєчок (Мал.6) спричиняють ударами кінцівок, тупим знаряддям з невеликою поверхнею, ногами, стисненням, як правило, руками. Ці зони також насичені закінченнями нервів, травма яких викликає сильний біль. Удари і стиснення спричиняють синці, що супроводжуються сильним болем. Особливо жорстоким методом заподіяння болю є удари каблуками взуття по яєчкам. Наслідками таких дій є порушення статевої функції, можливо - навіть смерть.



Мал.6. Заподіяння ушкоджень в ділянку калитки і яєчок
(Малюнок Моргуна А.О.)

6) Заподіяння ударів тупими предметами по підошовній поверхні стоп – один із найстаріших способів отримання зізнання. В Росії він був відомий з часів Анни Іоанівни та Єлизавети Петрівни. Як свідчить історія, ведення справ у часи їх правління перебувало під керівництвом герцога Бірона. За його наказами, неспроможних сплачувати податки жорстоко били палицями по литках і п'ятках [23, с. 6, 66, 67]. У наш час такий спосіб за кордоном називають «фалангою». Він означає повторне нанесення ушкоджень палицею, відрізком труби чи

аналогічним зряддям по підшовній поверхні стоп (або рідше - по кистям, стегнам) (Мал.7). Щоб не було видно слідів ударів - б'ють по взутим ногам. У такому випадку сила ударів поширюється рівномірно. Удари обумовлюють розтрощення м'яких тканин подушок пальців і підшовних поверхонь п'яток. Після цього розвивається посттравматичний набряк, який стискає м'які тканини. Окрім того, розриваються тяжі сполучної тканини, що проходять через жирову тканину і скріплюють кістки з шкірою. Жирова тканина лишається без живлення кров'ю і атрофується. Порушується амортизація стоп під час ходи.



Мал.7. Заподіяння ударів по підшовній поверхні стоп
(Малюнок Моргуна А.О.)

Розриви підшовного апоневрозу і сухожилля стоп можуть бути обумовлені нанесенням безпосередніх ударів або набряком, що призводить до розриву апоневрозу. Наслідком такої патології є суттєве погіршення функції підтримки амортизації стопи. М'язи стопи, особливо, довгий і квадратний м'яз, отримують при цьому надлишкове навантаження, зумовлене ускладненням ходи.

У здорової людини шкіра і підшкірна клітковина скріплені з підшовним апоневрозом щільно прилеглими тяжами сполучної ткани-

ни. Набряк, що виникає після ударів, може частково або повністю зруйнувати ці тяжі та обумовити розвиток жорстких і нерівномірних рубців, які розповсюджуються по шкірі та підшкірних тканинах. Підшовний фасциїт виникає в результаті роз'ятрювання всього апоневрозу, що обумовлює хронічний апоневрозит. За офіційними даними, ув'язнені, звільнені після 15 років перебування в місцях позбавлення волі, мають наслідки, пов'язані з цим видом травми [23].

Найважчим наслідком заподіяння так званої «фаланги» є утворення набряку в обмеженій за розмірами ділянці стопи, ускладненого змертвінням м'язів, закупоркою судин, фіброзом, контрактурою чи гангrenoю нижньої частини стопи або пальців стопи. Можливі незворотні деформації стоп, переломи кісток плюсни, передплюсни і фаланг пальців. [61] Постраждалі скаржаться на відчуття болю і ускладнення ходи. Кістки передплюсни можуть стати фіксованими (спастичними) або набути підвищеної рухливості. Стиснення підшовної поверхні стопи та згинання великого пальця догори викликає біль. При пальпації цих ділянок виникає біль по усій довжині підшовного апоневрозу. Нижні ділянки прикріплення апоневрозу можуть бути частково обірваними біля основи верхніх фаланг і, частково, на шкірі. Нормальні скорочення апоневрозу внаслідок травми порушуються. З'являються ускладнення під час ходи. «Фаланга» може призвести до хронічної непрацездатності [61].

II. УШКОДЖЕННЯ, ЗАПОДІЯНІ СТИСНЕННЯМ КІНЦІВОК МОТУЗКОЮ, КАЙДАНКАМИ І Т.П.

Зв'язування кінцівок застосовують для обмеження активних рухів, запобігання спробам втечі або заподіяння ушкоджень затриманими самим собі. Крім того - задля отримання зізнання шляхом застосування підручних засобів: мотузки, шнура, кабеля, вузького паска, а співробітниками правоохоронних органів і криміналітетом – ще й кайданок. Тримати кінцівки зв'язаними понад 2 години заборонено, бо виникає змертвіння м'яких тканин. В таких ситуаціях слід послабити зв'язування затриманого, відновити рухливість в кінцівках, розтерти занімілі кінцівки, потім можна їх знову зв'язати, але вище чи нижче попереднього рівня [23].

Як згадувалось вище, правоохоронці часто використовують кайданки, які фіксують руки. Внаслідок рухів рук в кайданках на зап'ястках утворюються кільцеподібні садна з чіткими краями, ширина яких

відповідає товщині напівдуг кайданків. При їх переміщенні на більш товщі відділи рук глибина саден збільшується у напрямку переміщення. При судово-медичному обстеженні постраждалого відразу після травмування можна виявити шматки епідермісу, спрямовані у напрямку руху предмета, який спричинив садно. Задля отримання зізнання кайданки застібають аж до стиснення зап'ястків і так утримують протягом тривалого часу. Якщо особа не намагалась маніпулювати руками, то на ділянках стиснення шкіри, як правило, відсутні ушкодження, але виникає посиніння і набряк м'яких тканин нижче ділянки стиснення.

Міцно затягнуті кайданки стискають не тільки м'які тканини, але й судини і нерви. Стиснення проявляється болем, набряком, посинінням, порушенням чутливості кистей, неможливістю рухів пальцями. Задля зменшення цієї патологічної симптоматики, руки постраждалих тривалий час охолоджують холодною водою чи снігом, на що треба звернути увагу судово-медичному експерту під час опитування постраждалого. Тривале стиснення зап'ястків кайданками викликає синдром тривалого стиснення («краш-синдром»), неврити, паралегії, паралічі. Наслідком тугого стягування або стиснення кайданками є утворення характерної локалізації ділянок депігментації або пігментації у виді смуги, що оперізує зап'ястки чи гомілковостопні суглоби, крім того, спостерігається зменшення кількості волосся та його фолікул (рубцева алопеція). Такі зміни шкіри у повсякденному житті не виникають, що дозволяє стверджувати про застосування саме названих знарядь травмування [51].

III. КАТУВАННЯ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОЮ ТРАВМОЮ: ТРИВАЛЕ ПЕРЕБУВАННЯ У ВИМУШЕНІЙ НЕПРИРОДНІЙ ПОЗИ ЧИ ПОЛОЖЕННІ, ПІДВІШУВАННЯ, РОЗТЯГУВАННЯ КІНЦІВОК і т.п.

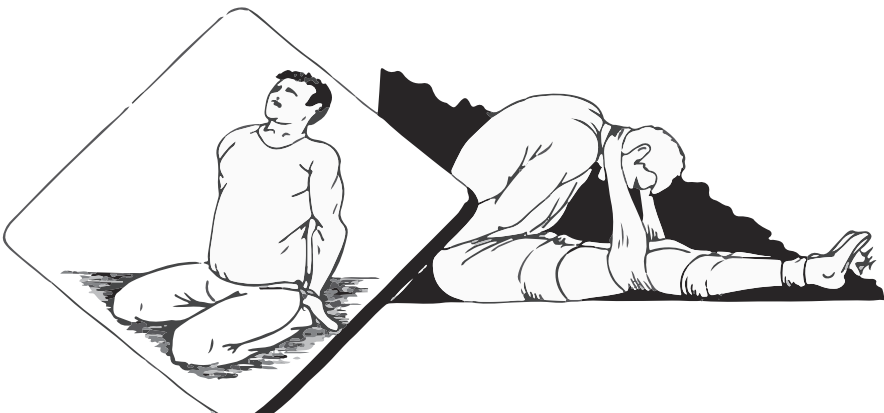
1) Розтягування кінцівок з максимальним розведенням їх в сторони та фіксацією. Під час ведення форсованого допиту особі, яку допитують, туго фіксують променево-зап'ястковий і гомілковостопний суглоби, змушують лягти на спину. Руки і ноги максимально розводять у протилежні сторони, а вільні кінці мотузок зав'язують на чотирьох кілках, вбитих у землю (Мал.8), фіксуючи кінцівки.

Від дії мотузок утворюються садна. Тривале стиснення може обумовити синдром тривалого роздавлювання [51].



Мал.8. Розтягування кінцівок з максимальним розведенням в сторони та їх фіксацією (Малюнок Моргуна А.О.)

2) Тривала іммобілізація, при якій особу, що катують, замотують у широку тканину (ковдру, плащ-намет і т.п.) і туго обв'язують мотузкою (Мал.9). Співробітники правоохоронних органів також застосовують гамівні сорочки, на що повинен звернути увагу медичний працівник, який оглядає і опитує жертву.



Мал.9. Іммобілізація шляхом тугого закутування і обмотування особи (Малюнок Моргуна А.О.)

3) Примушування до перебування у вимушеному положенні або позах (Мал.10) – це різновиди іммобілізаційної травми, при яких жертву зв'язують і сильно вигинають до неприродного анатомічного положення частин її тіла.

Такий стан обумовлює сильний біль, може призвести до ушкодження зв'язок, сухожиль, нервів і кровоносних судин.

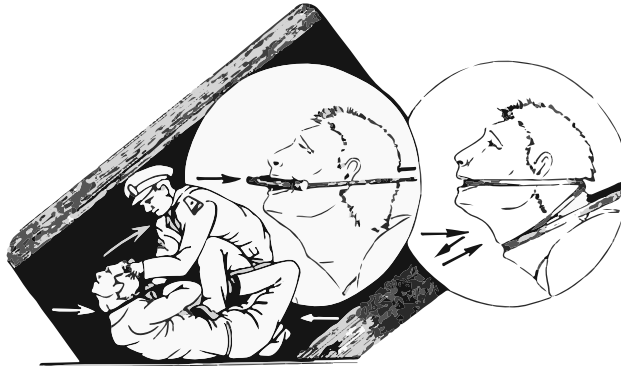


Мал.10. Примушування до перебування у різних видах неприродного анатомічного положення або позах
(Малюнок Моргуна А.О.)

У формі катування «положенням» – у **вимушеному положенні** або **позах**, застосовують стояння на одній нозі, тривале стояння біля стіни з прямими, розведеними у боки і догори руками, примусове сидіння навприсядки, нерухоме положення і т. п. Постраждалі, внаслідок знущань, скаржаться на біль у відповідній частині тіла, обмежену рухливість суглобів, біль у спині, кистях рук, шиї, вказують на набряк нижніх кінцівок. Співробітники ГШР для отримання зізнання використовують пози «Ластівка», «Лелека».

Вимушене положення «Ластівка». Підозрюваного у злочині змушують лягти на живіт. Особа, що буде зв'язувати, сідає на тулуб жертви. Руки заводять назад і міцно зв'язують їх зашморгом позаду в ділянці променево-зап'ястних суглобів. Лівою рукою піднімають голову за волосся над підлогою. Довгим вільним кінцем мотузки підтягують зв'язані і зігнуті у ліктьових та сильно розігнуті у плечових суглобах руки ближче до голови. Ногою фіксують тулуб. Тим же довгим кінцем мотузки роблять зашморг навколо гомілковостопних суглобів. Натягують вільний кінець мотузки, ноги згинають у колінних суглобах і максимально перерозгинають їх в тазово-стегнових суглобах таким чином, щоб утворилася дуга. Тривале перебування у такій позі обумовлює тиск на шию, задишку, біль в суглобах і затриманий змушений робити зізнання. Тиск зашморгу залишає після себе садна на кінцівках, а на шиї – странгуляційну борозну, як доказ асфіктичного стану, що супроводжується розширенням судин склери очей, дрібноточковими крововиливами під склеру, у слизову оболонку в ділянці входу в гортань, осиплістю голосу.

Положення «Ластівка з вуздечкою» (Мал.11). У переважній більшості випадків застосовується криміналітетом. Руки зв'язують за спиною, потім зв'язують ноги. Зв'язані ноги піднімають з боку спини якнайближче до голови, а вільний кінець мотузки від вузла на ногах пропускають через відкритий рот і прив'язують його знову до ніг. [43]



Мал.11. Утримання особи у позі «Ластівка з вуздечкою»
(Малюнок Моргуна А.О.)

Утримання у позі «Лелека» (Мал.12). При цьому, одне півкільце кайданків застібають на ділянці гомілковостопного суглобу. Інше півкільце пропускають через ручку дверей і пристібають його до ділянки променево-зап'ястного суглобу руки, що за анатомічним положенням відповідає гомілковостопному суглобу (правий чи лівий). Рухи в однойменних кінцівках обумовлюють появу саден у місцях контакту з кайданками.



Мал.12. Утримання особи у позі «Лелека»
(Малюнок Моргуна А.О.)

Утримування шляхом приковування до ніжки шафи. Підозрюваному на одну руку застібають кайданки, змушуючи сісти на підлогу. Друге півкільце кайданків застібають навколо ніжки шафи. На руці, стисненій кайданками, в залежності від сили і тривалості стиснення, виникають ушкодження та зміни у м'яких тканинах руки, характерні для дії кайданків.

Утримування у позі «Правилка». Ця іммобілізаційна травма також відома з арсеналу кримінального світу. Для її реалізації готують зашморг з вуздечкою. Через відкритий рот кілька разів проводять зашморг, а потім його кінці перехрещують і обертають навколо шиї або нижньої щелепи та зв'язують напіввузлом. Вільні кінці зашморгу заводять назад і натягують, що обумовлює перерозгин нижньої щелепи у суглобах з сильними больовими відчуттями. Якщо постраждалий не дає зізнання, вільні кінці зашморгу перехрещують, обводять навколо шиї і стискають шию зашморгом. Від дії зашморгу залишаються садна [1, 49, 50].

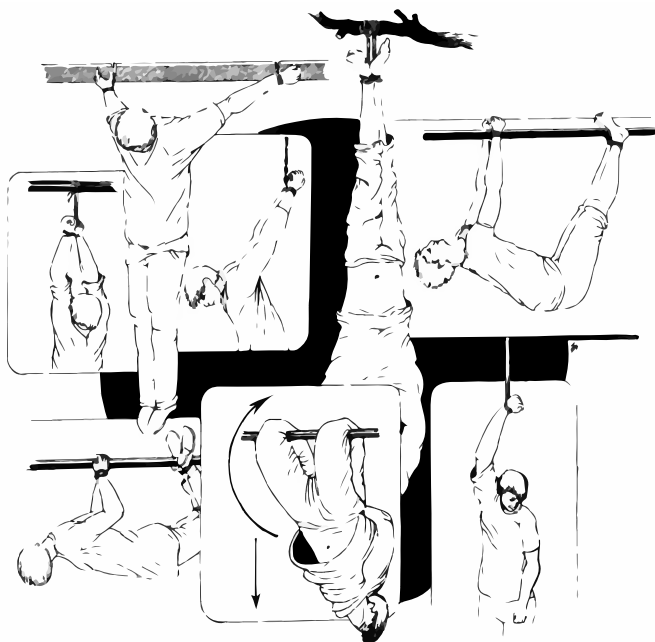
Посадка до «стакану». Підозрюваного роздягають до трусів і змушують сидіти в тісному загратованому задньому відділенні поліцейського автомобіля.

4) Підвішування є однією із найвідоміших і розповсюджених форм катування «положенням» (Мал.13), а відтак – і найпоширенішим методом отримання зізнання. Морфологічними і фізіологічними наслідками підвішування є зміни тканин і систем, яким було заподіяне ушкодження. Найбільш вражається нервова система, що проявляється порушенням чутливості, функцій руху, рефлексів. Підвішування може супроводжуватися розривами зв'язок суглобів, ушкодженням судинно-нервових стовбурів, втратою сухожильних рефлексів. Підвішування за руки супроводжується травмою плечового сплетення. У зв'язку з цим, проведення судово-медичної експертизи повинно бути комплексним, із залученням консультантів невропатолога і травматолога.

Підвішування на «хресті». Жертву підвішують за руки, розведені в різні сторони і прив'язані до горизонтальної балки.

Підвішування у вигляді туші. Жертву підвішують за кисті рук, підняті догори. Підвішують або за обидві кисті рук, або за кожну з них по черзі.

Підвішування у вигляді туші головою донизу. Жертву підвішують за гомілковостопні суглоби головою донизу.



Мал.13. Види підвішування особи
(Малюнок Моргуна А.О.)

«Палестинське підвішування». Жертву підвішують за передпліччя, зв'язані за спиною, до горизонтальної балки. При цьому, лікті зігнуто під кутом 90° . Модифікацією цього способу є підвішування за мотузку, обв'язану навколо зап'ястків або ліктьових суглобів, із заведеними за спину руками.

Підвішування на «жердині для папуги». Жертву підвішують зігнутими колінами через балку, що проходить під колінами, при цьому, зап'ястки прив'язують до гомілковостопних суглобів. Таке підвішування обумовлює розрив хрестоподібних зв'язок колінних суглобів.

Підвішування у позі «Велосипед». Жертву підвішують за зігнуті коліна на горизонтально закріпленій лому, який проходить під колінами. Зап'ястки прив'язують до щиколоток. Обертаючи тіло навколо лому, б'ють постраждалого по спині в проекції нирок.

Підвішування на верхню частину полотна дверей між півкільцями кайданків здійснюють за руки в кайданках, підняті догори. Під дією сили земного тяжіння розтягуються зв'язки плечових суглобів, виникає сильний біль в ділянці плечових суглобів, травмуються судинно-нервові пучки.

IV. КАТУВАННЯ ШЛЯХОМ ЗАНУРЕННЯ ГОЛОВИ У ВОДУ, УДАВЛЕННЯ РУКАМИ АБО ЗАШМОРГОМ, УТРИМАННЯ У ОБМЕЖЕНОМУ ЗАМКНУТОМУ ПРОСТОРИ

При цьому мають місце застосування вологих або сухих методів, хімічних речовин дратівливої дії.

1) Асфіксія шляхом закриття отворів рота і носа різними предметами, речовинами і т. п.:

«Слоник» – коли на голову натягують протигаз і перекривають доступ повітря через шланг (Мал.14). Зізнання отримують, позбавляючи жертву можливості зовнішнього дихання. Іноді порожнину шлангу наповнюють цигарковим димом;



Мал.14. Асфіксія шляхом закриття отворів рота і носа різними предметами, речовинами (Малюнок Моргуна А.О.)

► у Латинській Америці цей метод отримав назву «субмарино», а поєднання його з додаванням у шланг пилуки, цементу, їдкого перцю має назву «сухий субмарино»;

► «вологий субмарино» – насильницьке занурення голови у рідину із сечею, фекаліями, іншими нечистотами може призвести до стану, близького до утоплення або безпосередньо до нього;

► перекриття отворів носа і рота скотчем або накладанням на голову целофанового пакету і т. п.

2) Асфіксія шляхом утримання жертви у замкнутому обмеженому просторі.

При зовнішньому дослідженні потерпілого виявляються загально-асфіктичні ознаки – почервоніння та одутлість обличчя, дрібні крововиливи на обличчі, субкон'юнктивальні крововиливи, кров у вушних отворах, інфекційні захворювання порожнини рота, гострі або хронічні розлади функції дихання.

V. КАТУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ГОСТРИХ ПРЕДМЕТІВ

Заподіяння сильного фізичного болю або фізичного страждання можливе шляхом заподіяння **ушкоджень гострими предметами**, що супроводжуються утворенням сліпих і проникаючих поранень, введенням голук під нігті і т. п.

VI. КАТУВАННЯ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ВИСОКОЇ І НИЗЬКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ

1) Отримання зізнання шляхом застосування високої температури (Мал.15). Опіки спричиняють гарячими металевими знаряддями, цигарками.



Мал.15. Види заподіяння тортур із застосуванням високої температури (Малюнок Моргуна А.О.)

Такі дії супроводжуються утворенням опіків 2-го або (рідко) 3-го ступеня. Опіки від цигарок залишають рубці округлої чи овальної форми діаметром 0,5-1 см, центр яких депігментований або гіперпігментований. Іноді опіки призводять до утворення гіпертрофованих або колоїдних рубців.

2) Отримання зізнання шляхом застосування низької температури. Затриманого зачиняють у великому холодильнику, наприклад, для зберігання м'яса або прив'язують кінцівки до шматка льоду. Холодова травма супроводжується болем і тремтінням тіла, потім настає анестезія, але виникає переохолодження організму (загальна дія) чи змертвіння м'яких тканин (місцева дія). У першому випадку можливе настання холодового шоку, а потім і смерть. У другому – обмороження 1 - 4-го ступенів з некрозами, гангренами, втратою кінцівок, генералізацією інфекційних ускладнень на весь організм, аж до сепсису і смерті.

| VII. КАТУВАННЯ ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ

Отримання зізнання із застосуванням електричного струму (Мал.16). Електричний струм може бути як змінний, так і постійний.



Мал.16. Отримання зізнання із застосуванням електричного струму (Малюнок Моргуна А.О.)

1) «Дзвінок другу» – коли як джерело електричного струму при заподіянні тортур затриманому застосовують шкільну динамомашину або польовий телефон. Для його реалізації електроди з'єднують прищепками з мочками вух, пальцем правої стопи та статевими органами. З'єднання електродів з пальцем правої ноги і статевими органами обумовлює різкий біль, скорочення м'язів, судоми м'язів правого стегна і гомілки, нестерпний біль в статевих органах. В залежності від сили струму і ділянки приєднання електродів, можливі вивихи плеча, радикулопатії поперекового і шийного відділів хребта. Для приховування слідів електротравми (електропозначок) на місці приєднання контактів застосовують воду або струмопровідний гель.

2) Електрошокери, як і інші джерела електричної енергії, здатні заподіювати тілесні ушкодження, прояви яких визначаються біологічною, електролітичною, тепловою і механічною дією електричного струму [1, 6, 7-9, 15, 50, 57-59]. Провідною ознакою ушкодження останнього є електромітка, яка може бути типовою і атиповою. Типова електромітка має кратероподібне запале дно, валикоподібні опуклі краї [1, 49, 50]. Її колір залежить від металу провідника. Атипова електромітка може нагадувати садно, пергаментну пляму, поверхневу рану [1, 49, 50]. Після загоєння електромітки іноді утворюється гіперпігментований рубець. Тому, при судово-медичному обстеженні потерпілого, слід визначати усі наявні на тілі макро-, мікроскопічні та інші лабораторні ознаки дії електричного струму.

VIII. КАТУВАННЯ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ХІМІЧНИХ АГЕНТІВ, ЗОКРЕМА, ХАРЧОВОЇ СОЛІ, ГІРКОГО ПЕРЦЮ, БЕНЗИНУ, КИСЛОТИ І ЛУГУ, ЩО НАКЛАДАЮТЬ НА РАНИ, ВВОДЯТЬ ДО ПОРОЖНИН ТІЛА

При судово-медичній експертизі потерпілого виявляють усі ознаки впливу хімічних речовин на організм.

IX. КАТУВАННЯ ШЛЯХОМ ЗАПОДІЯННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ

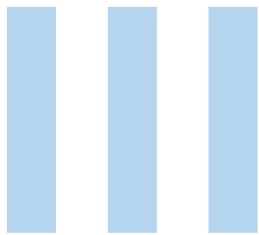
Заподіяння катування – сильного фізичного болю або фізичного чи морального страждання шляхом нанесення тілесних ушкоджень вогнепальною зброєю супроводжується утворенням вогнепальних ушкоджень на одязі та тілі потерпілого. Тому, для їх виявлення засто-

совують традиційний комплекс судово-медичних (медико-криміналістичних, судово-спектрографічних) досліджень вогнепальної травми [52, 53].

Отже, результатами викладеної нами інформації стали:

1) Чітке визначення і систематизація насильницьких дій шляхом катування і тортур.

2) Узагальнення основних судово-медичних критеріїв насильницьких дій шляхом катування і тортур.



РОЗДІЛ



ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ВИДІВ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ, ЗАПОДІЯНИХ ГОСТРИМИ, ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ І ДЕЯКИМИ СПЕЦІАЛЬНИМИ ЗАСОБАМИ НЕСМЕРТЕЛЬНОЇ ДІЇ. ДІАГНОСТИКА ЧАСУ І ДАВНОСТІ УТВОРЕННЯ УШКОДЖЕНЬ

3.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ВИДІВ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ, ЗАПОДІЯНИХ ГОСТРИМИ, ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ І ДЕЯКИМИ СПЕЦІАЛЬНИМИ ЗАСОБАМИ НЕСМЕРТЕЛЬНОЇ ДІЇ

САДНА

При написанні цього розділу частково використані матеріали, викладені нами у навчальному посібнику «Судово-медичний опис тілесних ушкоджень, термінів давності їх утворення і загоєння» (2019) [32], а також з інших літературних джерел, на які є відповідні посилання.

Садно найбільш часто зустрічається як слід насильства в експертній та правовій практиці, воно має багато особливостей, які експерт повинен описати для відповіді на питання, поставлені слідством і судом. Садно є поверхневим порушенням цілісності шкіри, що досягає сосочкового шару дерми; утворюється від удару, стиснення, тертя різними тупими предметами, при скребкових рухах гострих предметів [13]. Садна формуються при дії предмета тангенціально, тобто під прямим чи близьким до нього кутом до поверхні шкіри.

Вузьке лінійне садно – подряпина – утворюється при дії гострого кінця колючих, колюче-ріжучих та інших предметів [13] (Фото 17).

Форма саден зумовлена формою предмета, що травмує, тривалістю і напрямком його руху.

Слід нагадати, що тупі тверді предмети – це такі, що діють своєю обмеженою або необмеженою поверхнею. Морфологічні особливості ушкоджень тупими предметами зумовлені формою, розмірами, масою, жорсткістю, пружністю, характером поверхні тупих предметів, їх кінетичною енергією в момент удару, напрямом дії [13, 35].

Гострі предмети (знаряддя праці, зброя) мають: гострий (ріжучий) край, гострий кінець, або і те, і інше [1, 50, 53].

При статичному контакті (ударна дія) форма саден нерідко повторює форму і рельєф поверхні тупого предмета (пряжки ремня, проєктора автомобіля і т. п.) (Фото 18а).



Фото 17

Фото 17. Вузькі лінійні садна (подряпини), що утворились від дії гострого кінця при дії предмета тангенціально (фотоілюстрація із архіву Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи)

При динамічному контакті (основний механізм - тертя) утворюються смугоподібні садна. Їх поверхня може мати множинні прямолінійні поверхневі подряпини, що виникають від контакту як з нерівною, шорсткою необмеженою поверхнею предмета (Фото 18б), так і з обмеженою поверхнею, наприклад - з кайданками (Фото 19).



Фото 18

Фото 18. Форми саден: а - від пряжки ремня; б – множинні прямолінійні поверхневі подряпини на правій половині обличчя, що утворились від контакту з нерівною, шорсткою травмуючою поверхнею (фотоілюстрації із архіву Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи)



Фото 19

Фото 19. Садна, що утворились внаслідок контакту з кайданками (фотоілюстрації із архіву Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи) .

Як вказують А.А. Бабанін і співавт. (2012) [1], останнім часом, у практиці судово-медичної експертизи непоодинокими є ви-

падки дослідження проявів застосування так званої «нелетальної» чи «несмертельної» зброї (НСЗ). За кордоном вона відома як «Less-Than-Lethal-Weapons». За способом впливу НСЗ підрозділяють на:

-
- | | |
|-------------------|------------------|
| ▶ кінетичну; | ▶ звукову; |
| ▶ що знерухомлює; | ▶ світлозвукову; |
| ▶ хімічну; | ▶ комплексну. |
| ▶ електричну; | |
-

Відомо, що найбільша кількість різновидів НСЗ наявна, в основному, у всіх силових структурах – у поліції і МВС, СБУ, у Міністерстві оборони, армійських підрозділах та ін. Нагадаємо, що до переліку *спеціальних засобів несмертельної дії*, якими оснащені правоохоронні органи і спецслужби, входять кайданки, поліцейські кийки, пристрої (пістолети, револьвери, рушниці) для відстрілу патронів, споряджених еластичними кулями, електрошокери та ін. [20, 39, 45]. В рамках законодавства України, в якості зброї самооборони також можливим є використання громадянами «несмертельної» зброї, призначеної для пострілів снарядами ударно-травматичної дії (еластичними кулями).

Морфологічні особливості ушкоджень, заподіяних кайданками і поліцейськими кийками, відповідають особливостям ушкоджень тупими предметами.

Травматична дія *еластичних куль* ґрунтується на їх здатності передавати свою кінетичну енергію біологічному об'єкту в момент їх взаємного контакту. Ефект травмування досягається, значною мірою, за рахунок деформації кулі при контакті з об'єктом до форми диска, діаметр якого є значно більшим, порівняно з калібром зброї. Випадки з судово-медичної практики, зокрема, Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи, свідчать, що при по-

стрілах еластичними кулями із засобів ударно-травматичної дії, в залежності від відстані пострілу і ділянки тіла, що вражається, можуть виникати різні за характером і ступенем тяжкості ушкодження, починаючи із саден та синців, крововиливів (Фото 20) і закінчуючи ранами [34]. Так, на Фото 20 наведені морфологічні складові ушкодження на шкірі ділянки лівої підколінної ямки, утвореного внаслідок забійної дії еластичної кулі: центральна ділянка забою (поверхнева рана шкіри), відшарована кірка загоєння шкіри, смуга осаднення, синець.

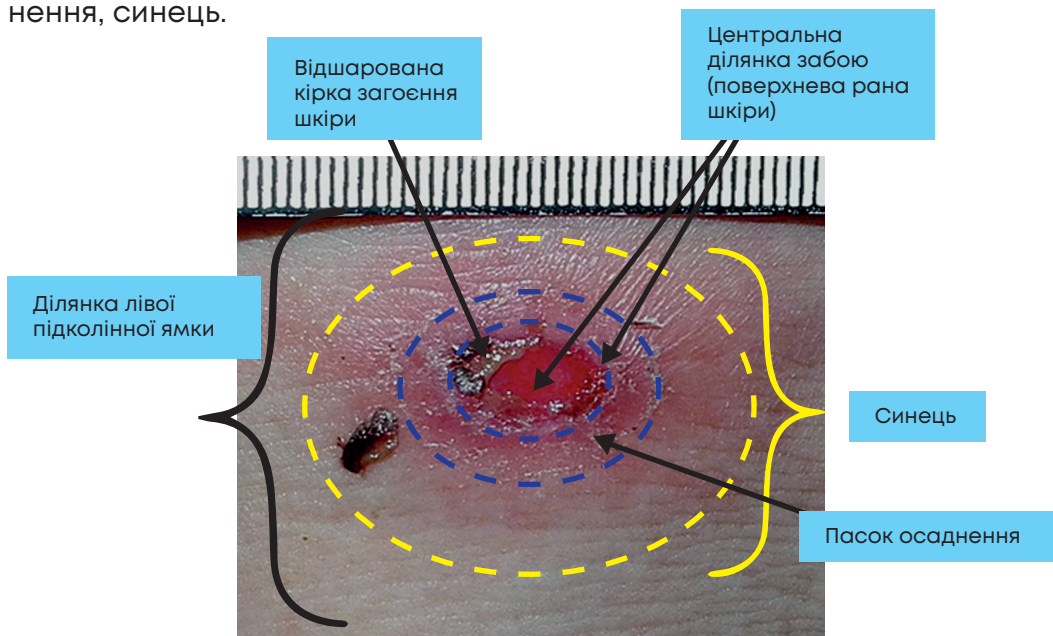


Фото 20. Морфологічні складові (забій, садно, синець) ушкодження на шкірі ділянки лівої підколінної ямки, утвореного внаслідок забійної дії еластичної кулі (фотоілюстрація із архіву Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи, схеми виконані В.В. В'юном)

Як зазначають А.А. Бабанін і співавт. (2012) [1], біофізична дія електрошоку пов'язана не тільки з болем від ураження струмом. Результатом є місцевий параліч, який, в залежності від обставин, минає швидше або повільніше. Гранично допустимий рівень змін в організмі при одноразовій дії струму це:

- ▶ судомне скорочення м'язів без втрати свідомості;
- ▶ порушення локомоторної реакції і зміна емоційної реакції протягом не більше 30 хв.;
- ▶ зміна частоти серцевих скорочень без порушення ритму протягом не більше 15 хв.;

- ▶ зміна частоти дихання протягом не більше 30 хв.;
- ▶ помірно виражене ушкодження шкірних покривів у ділянці контакту електродів.

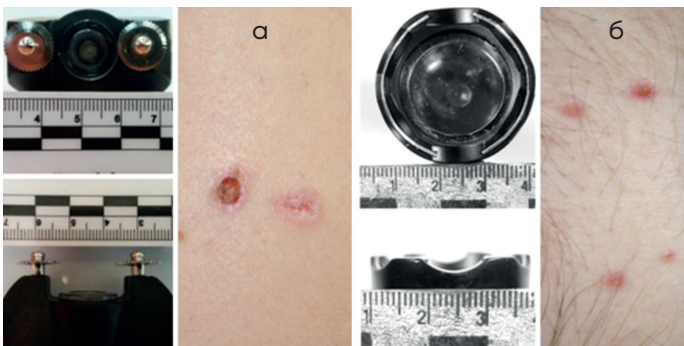
Застосування такої зброї повинно забезпечувати при контакті з об'єктом впливу миттєве виведення його з рівноваги (для позбавлення свідомих активних дій) на період від 1 до 20–30 хв. Однак, при контакті з такими ділянками, як обличчя, пахова ділянка, застосування електрошокерів може викликати вкрай серйозні травми (втрату слуху, зору, довготривалий параліч).

З огляду на все частіші випадки застосування *електрошокових пристроїв (електрошокерів)*, як інструментів катувань і мордувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведіння, актуальним є надання морфологічної оцінки ушкоджень, заподіяних згаданими пристроями.

Ушкодження, заподіяні електрошокерами, різні автори описують як садна, точкові внутрішньо-шкірні крововиливи червоного кольору, електоромітки і ін. [6, 15, 22, 55, 57–59].

Варфоломеев Є.А. [7–9], здобувач наукового ступеня доктора філософії (кафедра судової медицини НМАО імені П.Л. Шупика), з використанням електрошокових пристроїв «PowerMax» (виробництва Чехії з заявленою виробником генерованою напругою на електродах 500000 вольт) та «WS-704» (виробництва Китаю з генерованою напругою на електродах 200000 вольт), провів експериментальне дослідження на ділянках шкіри і дійшов висновку, що отримані ним ушкодження слід вважати саме «електромітками», оскільки вони відповідають визначенням електроміток у «Судово-медичному словнику-довіднику» [16] та інших літературних джерелах [1, 50, 51].

Наведені нижче характеристики ушкоджень, заподіяні електрошокерами «PowerMax» (Фото 21 а) та «WS-704» (Фото 21 б).



Мал.21.
Електрошокери
«PowerMax» (а),
«WS-704» (б) та
ушкодження,
заподіяні ними
 (за даними Є.А.
 Варфоломеева, 2017,
 2018)

Вони мали ознаки, характерні для типових електроміток, а саме - виглядали, як парно розташовані, прикриті сірувато-бурими струпами, кратероподібні заглиблення з дещо підвищеними краями, лінійна відстань між якими відповідала відстані між контактними електродами електрошокового пристрою (Фото 21а). Окрім цього, спостерігались хаотично розташовані ділянки гіперемії (крововиливів) та дрібні садна без будь-яких специфічних ознак дії електричного струму.

На Фото 21б видно, що при заподіянні ушкоджень електрошоковим пристроєм «WS-704», конструктивно виконаним у вигляді ліхтарика, контактні електроди мали форму двох металевих напівкруглих пластин з хвилеподібно вигнутим краєм, що утворює виступаючі ділянки, максимально виражені у чотирьох точках пластин-електродів. Ушкодження, спричинені даним пристроєм, мали вигляд чотирьох ділянок гіперемії шкіри, розташованих в кутах умовного прямокутника та при співставленні - відповідних найбільш виступаючим частинам електродів вказаного електрошокового пристрою (Фото 21б).

3.2. ДІАГНОСТИКА ЧАСУ І ДАВНОСТІ УТВОРЕННЯ ОСНОВНИХ ВИДІВ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ, ЗАПОДІЯНИХ ГОСТРИМИ, ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ І ДЕЯКИМИ СПЕЦІАЛЬНИМИ ЗАСОБАМИ НЕСМЕРТЕЛЬНОЇ ДІЇ

Важливе значення має визначення часу і давності утворення садна за результатами макроскопічної картини, що визначається за відсутністю або наявністю скоринки, її висоти, відшарування від шкіри, а також шарів, що знаходяться глибше [1, 32, 51]. Судова медицина – переважно морфологічна дисципліна і стосується особливостей тілесних ушкоджень, як у живих осіб, так і у трупів. За останні 10 років, як і за останні 20 років, морфологічні особливості саден, синців, ран, переломів і т.д. не змінились. Тому ми опирались на деякі фундаментальні першоджерела судово-медичної науки і практики, що отримані у ХХ сторіччі і використовуються у кожному бюро судово-медичної експертизи сьогодні.

Орієнтовні терміни розвитку саден з урахуванням макро- і мікроскопічних змін в ушкодженнях, за даними А.П. Громова і В.Г. Науменко (1977) [14], наведені у таблиці 2.

Таблиця 2. Орієнтовні терміни розвитку саден з урахуванням макро- і мікроскопічних змін в ушкодженнях

(за даними А.П. Громова і В.Г. Науменко, 1977) [14]

Макро- мікроскопічні зміни	Час і давність утворення садна
1	2
<i>Макроскопічні ознаки</i>	
Спочатку волога темно-червона поверхня, потім висихає. Тонка рожева скоринка утворюється на поверхневих саднах	до 1 доби
Скоринка темно-бурого кольору, піднімається над рівнем шкіри	до кінця 1 доби
Скоринка відпадає	7-12 доба
Епідерміс не відрізняється від навколишньої шкіри	10-15 доба
В сосочковому шарі виявляється швидко зростаюча гіперемія капілярів, в них збільшується кількість лейкоцитів	через 30-40 хв.
Збільшення числа лейкоцитів, які скупчуються периваскулярно	3 год.
Лейкоцити поширюються в пошкоджені тканини і навколо них. Розвивається набряк власне шкіри. При глибоких саднах можливий некроз колагенових волокон	6 год.
Проліферація клітин паросткового шару	2-а доба
Від паросткового шару відходять множинні епітеліальні тяжі, що проникають під омертвілі шари шкіри і відторгають їх. Картина асептичного запалення згасає. З'являються клітини макрофагального типу і фібробласти	3-4 доба

Слід зазначити, що наведені терміни загоєння саден є орієнтовними і залежать від розмірів садна, інтенсивності кровопостачання травмованої ділянки, локалізації та глибини садна, наявності шкідливих чинників зовнішнього середовища тощо. На терміни загоєння впливає і ступінь інфікованості садна, вид мікроба та його вірулентність, реактивність організму, вік, стан здоров'я. У дітей обмінні процеси протікають швидше, у людей похилого віку і старих – повільніше, тому і ушкодження у дітей загоюються швидше, ніж у осіб зрілого віку і, тим більше, у старих.

Велике значення для тривалості регенерації саден має їх локалізація. На обличчі, шиї, верхніх ділянках тулуба вона йде швидше, ніж на ногах, спині (табл.3).

Динаміка відпадання кірочки саден в залежності від локалізації (за В.В. Томіліним, Г. А. Пашиняном, 2001) [52]:

- ▶ на шиї – відпадає через 5-6 дів;
- ▶ на руках – через 8-9 дів;
- ▶ на ногах – через 9-11 дів;
- ▶ на животі – 10-13 дів.

Таблиця 3. Строки загоєння поверхневих і глибоких саден (у добах) залежно від їх локалізації (за Кратом А. І., Рубіним В. М., 1982) [27])

Ознаки загоєння	Локалізація					
	Обличчя		Руки		Ноги	
	Поверхнева	Глибока	Поверхнева	Глибока	Поверхнева	Глибока
Садно без кірочки	1 доба	1 доба	1 доба	1 доба	1 доба	1 доба
Кірочка не піднімається над рівнем шкіри	1-2	1-3	1-2	1-3	1-2	1-5
Кірочка піднімається над рівнем шкіри	2-5	2-8	2-6	2-10	2-7	2-12
Краї кірочки підведені і частково відшаровані	5-6	6-9	6-8	6-15	5-8	6-15
Кірочка частково відпала	6-8	7-15	7-12	11-18	7-12	11-22
Кірочка повністю відпала	7-11	12-18	9-13	16-23	8-13	15-24
Сліди садна	до 30	до 30	до 50	до 50	до 120-150	до 150

У осіб з тяжкою травмою тупими предметами загоєння саден відбувається в середньому на 4-6 діб пізніше, ніж при не тяжкій травмі.

Сліди на місці саден можуть зберігатися до 30-35 діб і більше.

Зажиттєвість утворення саден можна визначити через декілька годин за ознаками запалення та утворення кірочки. Якщо садно покрито кірочкою, то відрізнити його від посмертного (пергаментна пляма) можна за здійсненням над рівнем неушкодженої шкіри. У судово-медичній практиці під час нанесення води пергаментна пляма зникає.

Відомо, що форма і розміри саден можуть надати певну інформацію про форму та розміри предмета, а іноді - про обставини заподіяння ушкоджень і події. Як зазначають Бабанін А.А. і співавт. (2012) [1], садна півмісячної форми, утворюються при стисненні руками, коли діють на шкіру вільні краї нігтів пальців рук. За особливостями таких саден (напрямок опуклої частини, кількість саден на правому або лівому боці шиї) можна визначити взаємне положення нападника і потерпілого, а також те, чи однією або двома руками відбувалося стиснення шиї.

КРОВОВИЛИВИ (СИНЦІ)

Синець – крововилив у шкірі та прилеглий клітковині, утворений внаслідок перпендикулярної або близької до цього напрямку дії удару тупого твердого предмета; крововилив розвивається через розрив кровоносних судин [13, 31, 50].

Морфологічні особливості ушкоджень, заподіяних поліцейськими кийками, відповідають особливостям ушкоджень тупими предметами.

Синець може бути заподіяно зажиттєво і посмертно [1, 3]. Синцем може бути помилково визначена трупна пляма і вилив крові, що супроводжуються не механічним впливом, а ушкодженням судин патологічним процесом при деяких хворобах (цинга та ін.)[31].

Крововилив, як форма синця, може утворитися при переміщенні крові, що вийшла з судини внаслідок тупої травми в сполучно-тканинну або жирову клітковину прилеглих органів або порожнин (з м'яких тканин задньої поверхні стегна в підколінній ямці, в клітковину судинно-нервового пучка шиї і т. п.).

Синці характеризуються наступними ознаками [1] (Фото 22):

а) з плином часу змінюють свій колір в результаті перетворення гемоглобіну;

б) можуть зміщуватись, тобто локалізація синця не завжди відповідає ділянці контакту із тупим предметом;

в) можуть з'являтися не відразу після травми;

г) можуть відповідати формі травмуючої поверхні тупого предмета;

д) можуть мати характерну локалізацію на тілі людини;

е) дають можливість визначити давність заподіяння травми і прижиттєвість її утворення;

ж) синці належать до легких тілесних ушкоджень, що не викликають короткочасного розладу здоров'я;

з) синці під слизовими оболонками, в сполучній тканини ока, в ділянках, де під тонкою шкірою відсутній жировий шар (шия), мають назву крововиливів і з часом вони не змінюють свого кольору, а загоюються, шляхом розсмоктування, під час якого змінюється інтенсивність червоного кольору.



Фото 22. Садна і крововиливи (синці) від ударів гумовим кийком палицею) (фотоілюстрації із архіву Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи)

Діагностика часу і давності утворення синців базується на процесах запалення і загоєння, що зовні проявляються зміною забарвлення шкіри через зміну кольору крові, яка вилася у м'які тканини і шкіру внаслідок травми. Час і давність виникнення синця макроскопічно встановлюється за зміною його кольору від синьо-фіолетового

до зеленуватого або жовтуватого.

Терміни зміни забарвлення, за даними різних авторів, коливаються у широких межах [1, 3, 17, 25, 30, 31, 49, 50]. У таблиці 4 наведені найчастіше вживані у судово-медичній експертній практиці терміни утворення і загоєння синців з урахуванням макро- і мікроскопічних змін в ушкодженнях.

Таблиця 4. Орієнтовні час виникнення і загоєння крововиливів (синців)

Макроскопічні ознаки	Час і давність утворення синця
1	2
За С.С. Бондарем (1981); І.О. Концевич та співавт. (1981) [3,25]	
Синьо-фіолетові, не виступають над рівнем шкіри	безпосередньо перед смертю
Підносяться над рівнем шкіри	від 1-3 год. до 2-3 діб
За В.Н. Крюковим та співавт. (2000) [16]	
Червоно-коричнева припухлість	1 год.
Синьо-червона припухлість	6-12 год.
Синьо-фіолетова припухлість	1 доба
Коричневе-зелений колір по краях	2 доба
Коричневе-зелений колір по краях	3-5 доба
Червоно-фіолетово-синій колір в центрі, зеленуватий в середині і коричнево-жовтий по периферії	7-10 доба
Нечітке жовте забарвлення, відновлення забарвлення шкіри	10-15 доба
За В.Н. Крюковим та співавт. (2001)[17]	
Темно-червоне забарвлення	2-4 год.
Синець синьо-червоно-фіолетовий, припухлість	6-12 год.

Синець синьо-фіолетовий	кінець 1-ї початок 2 доби
Зеленувате забарвлення по краях	кінець 2-ї початок 3 доби
Зеленувате забарвлення збільшується	зберігається 5-6 діб, іноді до 10 діб
Жовтувате (жовтувато-коричневе) забарвлення по периферії	кінець 7 доби
В центрі синє забарвлення, в середній зоні зеленувате	до 10 діб
Жовте забарвлення, поступове зникнення синця	10-15 доба
Сліди синця в глибині м'яких тканин	3-4 тижні

Синці (крововиливи) у людей з темним забарвленням шкіри (негроїдна раса) слід досліджувати з використанням ультрафіолетових променів.

Отже, локалізація і форма синців можуть ймовірно дозволити визначити характер насильницьких дій, що мали місце. Так, наприклад, невеликі округлі синці у поєднанні з лінійними саднами на шиї, можуть вказувати на можливість стиснення шиї руками і т. п. [1, 49, 50].

Гематоми - це порожнини між якими-небудь анатомічними утвореннями, заповнені кров'ю.

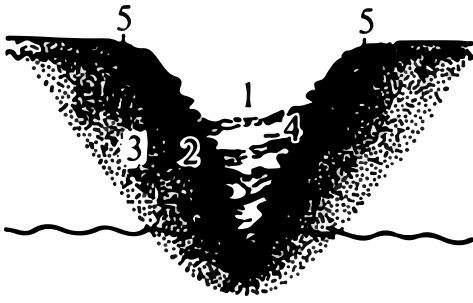
РАНИ

Рани являють собою порушення цілісності всієї товщі шкіри або слизових оболонок, а іноді - глибоких тканин (органів) [1] з проникненням у порожнини (грудну, черевну, порожнину черепа, малого таза).

Якщо ушкодженою є тільки шкіра або слизова оболонка, то рана буде *простою* (Фото 23). Якщо ушкоджені тканини і органи - рана є *складною*. Рана, сполучена з якоюсь порожниною тіла (грудною, черевною), є *проникаючою* [1].

При наявності ран, які переходять в рановий канал, що йде через підшкірно-жировий шар, м'язи, кістки, тверду або м'які мозкові обо-

а



Мал.23 а) схема забійної рани на розрізі (Бабанін А.А. і співав., 2012): 1 – рановий канал; 2, 4 – центральна зона; 3 - периферична зона; 5 – краї; Фото 23 б) – макрофото забійної рани
(фотоілюстрація із архіву Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи)

лонки, пристінкову або органну плевру, серозні або слизові оболонки, тканину органів - застосовують термін поранення. Наприклад, проникаюче колото-різане поранення грудей з ушкодженням легенів і серця.

Поранення – механічний вплив на тканини і органи, що спричинив порушення їх цілості з утворенням рани [13].

Рановий канал – ушкодження тканини у виді отвору (щілини), що заходить в глибокі тканини і органи [13].

Як зазначають Бабанін А.А. і співавт. (2012) [1], «забійна рана володіє доволі значною судово-медичною інформативністю. Предмети з необмеженою травмуючою поверхнею утворюють забійні рани, оточені широким суцільним осадненням. Особливість осаднення полягає в тому, що воно найбільш виражене у центральних відділах, а до периферії втрачає свою інтенсивність. Його краї - нерівні і плавно переходять у неушкоджену шкіру. Рана може мати різноманітні форми (лінійну, трипроменеву та ін.), які визначаються будовою підлеглої кістки. У центрі рани виділяється ділянка найбільшого розтрощення м'яких тканин, від якого в сторони відходить кілька розривів з відносно гострими кінцями. Дно розриву представлено широкими сполучнотканинними перетинками, в центрі дна – розтрощення м'яких тканин. Над дном рани нерідко нависає неушкоджене волосся».

Бабанін А.А.і співавт. (2012) вказують [1], що «характер забійних ран,

що виникають від дії обмеженої поверхні тупого предмета, багато в чому залежить від його форми і розмірів. Загальні розміри таких ран не виходять за межі травмуючої поверхні предмета. Ребро тупого предмета з прямолінійною, квадратною і прямокутною травмуючою поверхнею утворює рани Г- або П-подібної форми; з трикутною – кутподібною; округлою і овальною поверхнею – рани С-подібної форми. Краї таких ран, зазвичай, мають вузьке осаднення. Дно ран – поглиблене, сполучнотканинні перетинки вузькі, представлені окремими волокнами і спостерігаються в основному у ділянці кутів ран. Стінки ран, що виникають від перпендикулярного удару, – прямовисні. При ударі під кутом одна зі стінок рани скошена, інша – підкопана. Тупі предмети, що діють сферичною або циліндричною поверхнею, заподіюють прямолінійні рани з додатковими розривами країв. Їх оточує відносно широке осаднення. Краї таких ран нерідко розтрощені. Рани від тупих предметів заживають повільно».

До загальних ознак забійної рани слід, у першу чергу, віднести такі [1]: локалізація – голова, місця, де шкіра близько прилягає до кістки; форма – невизначена (неправильно овальна, неправильно трикутна і т.п.); краї – нерівні, з осадненням та крововиливами, нерідко – з розтрощенням; кінці – у вигляді тупого кута, заокруглені, П – подібні і т.п.; при розсуванні країв рани в глибині її кутів визначаються тканинні перетинки, що пояснюється нерівномірністю розподілу сили удару (у центрі – більше) та різною міцністю тканин. Якщо удар був по голові, то між краями рани часто спостерігаються волосяні місточки; дно рани – підлеглі тканини. Нерідко на дні виявляються сторонні частинки (скло, фарба, дерево і т.п.), що має важливе судово-медичне значення для ідентифікації знаряддя (предмета) нанесення ушкодження.

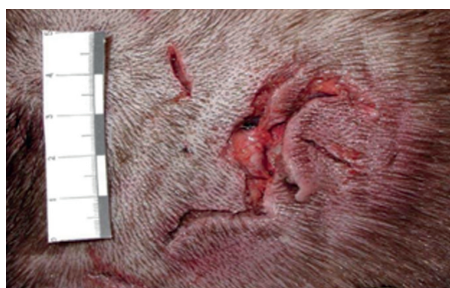


Фото 24. Рвано-забійні (клаптеві) рани

(фотоілюстрація із архіву Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи)

Рвана рана виникає від дії на м'які тканини механічної сили, величина якої перевищує фізичну здатність тканин до розтягування. Краї рваної рани мають неправильну форму, відбувається відшарування або відривання тканини та значне руйнування тканинних елементів на великій площині [13].

Рвано-забійні (клаптеві) рани утворюються внаслідок дії (удару) травмуючого предмета під кутом до поверхні тіла з наступним розтягуванням-зміщенням і відривом шкіри у вигляді клаптя (Фото 24) [53].

Розтрощені рани – мають широку зону первинного і, особливо, вторинного травматичного некрозу зі значним мікробним забрудненням [17].

Скальповані рани – характеризуються повними або частковими відшаруваннями шкіри (а на волосистій частині голови – майже всіх м'яких тканин) від підлеглих тканин без суттєвого ушкодження [13]. Герасименко О.І. (1997) зазначає, що такі рани виникають при потраплянні довгого волосся до механізмів, що рухаються (валки, шестерні) станків, інших машин.



Кусані рани – виникають внаслідок заподіяння ушкоджень зубами людини, тварини (Фото 25).

Терміни утворення і загоєння забійних ран за В.Н. Крюковим та співавт. (2001) [17] наведені у таблиці 5.

Фото 25. Кусані рани, заподіяні зубами собаки

(фотоілюстрація із архіву Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи)

Таблиця 5. Орієнтовні терміни виникнення і загоєння забитих ран (за В.Н. Крюковим і співавт., 2001) [17]

Періоди загоєння	Час і давність загоєння рани
1	2
1-й період – період некротичних і запальних змін	Триває в середньому до 1-2 доби
2-й період – період розвитку грануляційної тканини	Починається з 2-3 доби і триває протягом 10-15 днів
3-й період – період формування рубця	починається з 3-4 тижня і триває протягом 8-12 місяців

ПЕРЕЛОМИ КІСТОК СКЕЛЕТА

Перелом – часткове або повне порушення анатомічної цілісності кісток [13] в результаті зовнішньої травматичної дії, що супроводжується:

▶ повним або частковим роз'єднанням кістки з утворенням двох травматичних (чи більше) поверхонь, які не існували раніше, з можливістю їх зміщення одна щодо одної за двома або трьома ступенями свободи (типові переломи);

▶ відсутністю роз'єднання кістки і видимих зовні травматичних поверхонь (компресійні і атипові переломи) [16].

В залежності від глибини руйнування та анатомічних особливостей кістки, можуть утворюватися [16]:

1) неповні переломи (тріщини і надломи, що не повністю роз'єднують кістку).

2) повні переломи, що супроводжуються роз'єднанням кістки на дві частини.

За кількістю переломів однієї кістки розрізняють:

1) одиничні.

2) численні (два і більше переломів однієї кістки).

За кількістю уламків переломи можуть бути:

1) уламкові – за наявності одного уламка.

2) багатоуламкові – за наявності декількох уламків.

За механізмом утворення (переважно для трубчастих і плоских кісток) виділяють [13]:

1) прямі - утворюються в ділянці дії сили.

2) непрямі - утворюються на певній відстані від ділянки дії сили.

3) відкриті - коли є порушення цілісності шкіри у ділянці перелому.

4) закриті - без порушення цілісності шкіри.

Тріщина – є різновидом перелому, коли поверхні на місці ушкодження не розходяться [13].

Терміни загоєння переломів, як показано багатьма авторами, різні і залежать від низки чинників: стать, вік, вид кістки, розміри кістки, реактивність організму тощо [1, 14, 16, 35, 49, 50, 53 та ін.].

IV

РОЗДІЛ



ПОРЯДОК ОПИСУ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

При написанні цього розділу частково використана інформація, попередньо викладена нами у підручнику «Судова медицина» (2012) [1] та навчальному посібнику «Судово-медичний опис тілесних ушкоджень, термінів давності їх утворення і загоєння» (2019) [32].

СИНЦІ, КРОВОВИЛИВИ, САДНА, РАНИ

Описуються наступні позиції:

1. Локалізація (із зазначенням анатомічної ділянки тіла та її поверхні).
2. Орієнтація ушкодження щодо подовжньої осі тіла (органу чи щодо анатомічних орієнтирів ділянок порожнин).
3. Висота ушкодження від рівня підошовної поверхні стопи (вимір до нижнього краю ушкодження за умови відомостей про довжину тіла (зросту). Напрямок спрямування, довжина рани відносно вертикальної осі тіла (поперечно, поздовжньо, косо. Для більш точного опису косо розташованих ушкоджень доцільно використовувати порівняння до циферблату годинника, наприклад: відповідно 8 і 2 годин умовного циферблату).
4. Вид ушкодження і його особливості (синець, крововилив, садно, рана тощо).
5. Форма ушкодження (використовують назви геометричних фігур; при неможливості зіставлення з ними - використовують термін приблизного характеру: «неправильно овальної чи прямокутної форми» та «невизначеної форми»).

6. Розміри (в сантиметрах) ушкодження (довжина, ширина, глибина, висота); при численних ушкодженнях - кожного з них.

7. Колір ушкодження та стан ділянки навколо нього.

8. Рельєф ушкодження, припухлість, стан та деформація тканин в його ділянці.

9. Характер країв рани (рівні, нерівні, осаджені, не осаджені, розтрощені і т.д.) і вид їх країв (гострий, заокруглений, М-, Л-, Т-подібний і т.д.); наявність додаткових ушкоджень в ділянці країв рани, а також в ділянці рани (надриви, надрізи, розрізи, насічки, осаднення і т.д.); опис стінок (прямовисні, скошені, підкопані) та дна рани (що служить дном, його особливості, наявність сторонніх включень). При описі ушкоджень, заподіяних гострими предметами, крім цього описують:

- ▶ характер країв, стінок, не тільки основного, але і додаткових розрізів (розривів, насічок, надрізів); при наявності множинних ушкоджень - слід їх пронумерувати, відмітити кількість, взаємне розташування, дати характеристику кожного;

- ▶ наявність і напрямок каналу ушкодження (ранового каналу) на відповідних ділянках, на одязі, тканинах і органах;

- ▶ відповідність кількості і локалізації ушкоджень на одязі і тілі потерпілого.

10. Наявність сторонніх включень (сторонніх часток) в самому ушкодженні і навколо нього.

11. Властивості тканин навколо ушкодження.

12. Наявність або відсутність кровотечі з ушкоджень (у тих, хто вижив, за даними медичної документації).

13. Наявність або відсутність ознак і стадії загоєння ушкодження.

14. Морфологічні особливості та ознаки, що вказують на прижиттєвість та давність ушкодження, а також на особливості поверхні слідоутворюючого знаряддя травми.

ПЕРЕЛОМИ

Порядок опису переломів кісток скелета людини передбачає дотримання наступних позицій:

1) точної анатомічної локалізації перелому із зазначенням загальноприйнятих анатомічних орієнтирів, відстані в сантиметрах від підошовної поверхні стоп з урахуванням зросту потерпілого.

2) виду перелому (повний, неповний, уламковий, багатоуламковий).

3) опису траєкторії перелому або тріщини (поперечна, коса, зигзагоподібна, спіралеподібна, хвиляста); для кісток черепа - характер поширення по окремих кістках, перетинання ліній тощо.

4) опису характеру та виду країв зламу (рівний, дрібнозернистий, зубчастий, дрібнозубчатий, крупнозубчатий; із викришування компактного шару або без викришування; із зіставленням країв чи ні; наявність відколу компактної пластинки; зминання або відгинання компактної пластинки по краю зламу і таке інше).

5) опису характеру площини зламу (прямовисна або скошена); рельєфу (гладкий, хвилястий, зубчастий і т.д.).

6) опису інших особливостей: наявність уламків, їх форма і розміри; тріщини (локалізація, траєкторія, довжина, характер країв); ушкодження компактної пластинки у вигляді опуклості або розтріскування із зазначенням локалізації напрямку.

Характер країв і площини зламу описують з боку як зовнішньої, так і внутрішньої кісткової пластинок (для кісток черепа, ребер, таза), а для довгих трубчастих кісток опис ведеться від зони розтягування кісткової тканини по периметру кістки.

За потреби, більш повну і детальну інформацію щодо порядку опису тілесних ушкоджень у потерпілих осіб можна отримати у навчальному посібнику «Судово-медичний опис тілесних ушкоджень, термінів давності їх утворення і загоєння» (2019) [32].

V

РОЗДІЛ



ОСОБЛИВОСТІ ДОКУМЕНТАЛЬНОЇ ФІКСАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ, ХАРАКТЕРНИХ ДЛЯ КАТУВАНЬ, У ФОРМАТІ «СТАМБУЛЬСЬКОГО ПРОТОКОЛУ»

Відповідно до ст. 242 Кримінально-процесуального кодексу: «Експертиза проводиться експертною установою, експертом або експертами, за дорученням слідчого судді чи суду, наданим за клопотанням сторони кримінального провадження або, якщо для з'ясування обставин, що мають значення для кримінального провадження, необхідні спеціальні знання». Відповідно до ст. 242 Кримінально-процесуального кодексу: «Експерт залучається за наявності підстав для проведення експертизи за дорученням слідчого судді чи суду, наданим за клопотанням сторони кримінального провадження» [29].

Результати судово-медичної експертизи оформляються документом, який має назву «Висновок експерта». Структура цього документа на даний час, незважаючи на вимоги КПК України, визначається «Правилами проведення окремих видів експертиз», що затверджені наказом МОЗ України № 6 від 17 січня 1995 р. «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України» с. 16-28 [36].

Судово-медичне визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень проводиться згідно з «Правилами проведення окремих видів експертиз», що затверджені наказом МОЗ України № 6 від 17 січня 1995 р. [36], а саме:

«Судово-медична експертиза з метою встановлення наявності та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень проводиться судово-медичним експертом шляхом медичного обстеження потерпілих. Про-

ведення цієї експертизи тільки за медичними документами (історія хвороби, індивідуальна карта амбулаторного хворого тощо) допускається у виняткових випадках і лише за наявності справжніх повноцінних документів, що містять вичерпні дані про характер ушкоджень, їх клінічний перебіг та інші необхідні відомості».

Досить часто виникає питання – чи кваліфікує судово-медичний експерт виявлене ушкодження як заподіяння мук і мордування? **Ні, не кваліфікує, оскільки згідно «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень»** (Наказ МОЗ України від 17 січня 1995р. №6), зареєстрованих Міністерством юстиції України і узгоджених з Верховним Судом України, Генеральною прокуратурою України, Службою безпеки України, Міністерством внутрішніх справ України [36]:

3. ЗАПОДІЯННЯ ПОБОЇВ, МУК І МОРДУВАНЬ.

3.1. Побої не становлять особливого виду ушкоджень. Вони характеризуються заподіянням багаторазових ударів. Якщо після побоїв на тілі потерпілого залишились ушкодження, їх оцінюють за ступенем тяжкості, виходячи із звичайних ознак. Якщо побої не залишили після себе ніяких об'єктивних слідів, судово-медичний експерт відмічає скарги потерпілого, вказує, що об'єктивних ознак ушкоджень не виявлено і не встановлює ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.

3.2. Заподіяння мук – це дії, що спрямовані на тривале позбавлення людини їжі, пиття чи тепла, залишання його в шкідливих для здоров'я умовах та інші подібні дії.

3.3. Мордування – це дії, що полягають в багаторазовому або тривалому спричиненні болю : щипання, шмагання, нанесення численних, але невеликих ушкоджень тупими чи гостро-колючими предметами, діяння термічних факторів та інші аналогічні дії.

3.4. Судово-медичний експерт не кваліфікує ушкодження як заподіяння мук і мордування, тому що це не входить до його компетенції.

Судово-медичний експерт (чи лікар) повинен у таких випадках встановити наявність, характер, локалізацію, кількість ушкоджень, одночасність чи різночасність їх утворення, особливості ушкоджуючих предметів, механізм їх дії, а також ступінь тяжкості ушкоджень», що перебуває у відповідності до положень «Стамбульського протоколу». (Ступені відповідності наведені у пар. 187 стор. 57).

Іншим питанням, що виникає при медичному огляді потерпілих, ув'язнених і засуджених осіб є: **«Яка експертна оцінка терміну «забій»**, який часто використовується в структурі діагнозу ушкоджень м'яких тканин? Можемо знову адресувати до «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» затверджених Наказом МОЗ України від 17 січня 1995 р. №6: «4.6. Судово-медичний експерт (лікар), оцінюючи терміни порушення анатомічної цілості тканин і органів та їх функцій, виходить із звичайної їх тривалості, навіть у тих випадках, коли потерпілий не звертався за медичною допомогою. Якщо тривалість цього порушення, що зазначена в наявних медичних документах, не відповідає характеру тілесного ушкодження і не підтверджується об'єктивними відомостями, судово-медичний експерт відзначає цю обставину і встановлює ступінь тяжкості, виходячи із звичних термінів.

Примітка. Діагноз забій м'яких тканин голови, грудної клітки, живота тощо не враховується при оцінці ступеня тяжкості, за умови, що він встановлений на основі суб'єктивних факторів і не підтверджується об'єктивними відомостями».

Роль медичної документації. Для проведення експертизи й отримання обґрунтованого висновку важливе значення має оцінка результатів медичного обстеження потерпілого та вивчення відповідної медичної документації [11, 22, 26, 40].

Згідно «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» затверджених Наказом МОЗ України від 17 січня 1995 р. №6, зареєстрованих Міністерством юстиції України 26 липня 1995 р. за №255/791, узгоджених з Верховним Судом України, Генеральною прокуратурою України, Службою безпеки України, Міністерством внутрішніх справ України [36]: «п. 4.4. При проведенні судово-медичної експертизи експерт повинен використовувати *оригінали медичних документів*. У виняткових випадках дозволяється використання копій і виписок, за умови відображення в останніх вичерпних відомостей про ушкодження та їх клінічний перебіг. Ці документи мають право бути засвідчені підписом лікаря і печаткою лікувального закладу. Тобто використання, під час проведення судово-медичних експертиз, документів, що «...не відносяться до медичних», не передбачено нормативно-правовими документами.

Чи використовуються при проведенні судово-медичної експертизи *діагнози, які були виставлені медичними працівниками, які не є лікарями (фельдшери, медичні сестри)?* Згідно Довідника кваліфі-

каційних характеристик професій працівників (чинна редакція від 15.01.2020 р.) [18]:

«47. ФЕЛЬДШЕР Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я, організацію долікарської допомоги дорослому та дитячому населенню. *Проводить загальне і клінічне обстеження хворих. Здійснює постановку попереднього діагнозу щодо гострих та хронічних захворювань органів та систем людини.* Надає відповідну медичну допомогу... Веде медичну документацію. Дотримується принципів медичної деонтології».

«36. СЕСТРА МЕДИЧНА ПОЛІКЛІНІКИ. Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я. *Бере участь у лікувально-діагностичному процесі.* Виконує лікарські призначення. Проводить маніпуляції та процедури згідно з профілем роботи. Асистує лікарю під час проведення амбулаторних операцій».

«37. СЕСТРА МЕДИЧНА СТАНЦІЇ (ВІДДІЛЕННЯ) ШВИДКОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я, організацію та надання швидкої та невідкладної медичної допомоги хворим та потерпілим. Бере участь у лікувально-діагностичному процесі. Здійснює професійну діяльність під керівництвом лікаря. Проводить зовнішнє обстеження хворого або потерпілого, визначає показники пульсу, дихання, артеріального тиску. Надає першу медичну допомогу при внутрішній кровотечі, різного виду травмах, ушкодженнях та нещасних випадках, гострих захворюваннях із загрозою для життя... *Веде медичну документацію.* Дотримується принципів медичної деонтології. ...»

Слід зазначити, що медична документація, яка стає предметом експертизи, є тільки офіційна, затверджена відповідними наказами МОЗ, може бути предметом вивчення при проведенні судово-медичної експертизи.

Нижче наведені види медичної документації, які передбачають фіксацію виявлених тілесних ушкоджень: форми первинної облікової документації які ведуться у медичних закладах пенетенціарної

служби: № 025/о “Медична карта амбулаторного хворого” або формі № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого” затверджені наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 [37].

Окрім цього, виявлення і фіксація тілесних ушкоджень має здійснюватись згідно ПОРЯДКУ організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі від 15.08.2014 № 1348/5/572 (Міністерство юстиції України, Міністерство охорони здоров’я України [38]:

II. МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ЗАСУДЖЕНИХ У МЕДИЧНИХ ЧАСТИНАХ.

1. Первинний медичний огляд засуджених

1. Після прибуття в УВП усі засуджені протягом доби проходять первинний медичний огляд з метою виявлення осіб, яким заподіяно тілесні ушкодження, осіб, які становлять епідемічну загрозу для оточення або потребують надання медичної допомоги, та осіб з педикульозом.

2. Результати первинного медичного огляду фіксуються у медичній карті № 025/о, яка надсилається зі слідчого ізолятора разом з особою справою засудженого.

3. У разі виявлення у засудженого тілесних ушкоджень медичний працівник негайно повідомляє керівництво УВП і складає довідку у трьох примірниках, у якій детально описуються характер ушкоджень, їх розміри та розташування. Два примірники довідки долучаються до матеріалів особової справи та медичної карти № 025/о, а третій примірник видається особисто засудженому.

4. Про факт виявлення тілесних ушкоджень у засудженого керівництво УВП упродовж доби з моменту виявлення тілесних ушкоджень письмово інформує прокурора, а також фіксує у журналі обліку виявлення тілесних ушкоджень в осіб, які прибули до УВП, форма якого наведена в додатку 3 до цього Порядку.

Отже, для реалізації положень «Стамбульського протоколу», а саме - для ефективної документальної фіксації проявів заподіяння катувань і мордувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведінки і покарання слід першочер-

гово користуватись інформацією, що знаходиться у державних законах, наказах і нормативних документах.

Усю медичну документацію розглядають як доповнення, а може і як основу до дослідження постраждалої 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, які мають значення для надання екстреної допомоги з метою збереження життя, а не для судово-медичного дослідження. Тому, 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. Але наявні 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 динаміки 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, що судово-медичний експерт не може відповісти на всі поставлені перед ним запитання процесуальної особи, якою призначено судово-медичну експертизу.

Фотографування потерпілих має на меті одержання протокольного-достовірного, наочного матеріалу, 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) та з кольоровим спектром відповідно до стандартів ISO.
2. Масштаб необхідно завжди розташовувати в одній площині (на одному рівні) з об'єктом.
3. Масштаб та спектр не повинен перекривати об'єкт дослідження.
4. Доцільно брати за правило – масштаб та спектр завжди розташовують доверху від ушкодження на тілі.
5. При фотозйомці ушкоджень необхідно щоб в поле зору входила розпізнана частина тіла.
6. Зафіксована площина тіла та площина об'єктиву повинні бути паралельні один до одного.
7. Знімок повинен бути сигналітичним (відкрите обличчя), при поні-вечені його – вушна мушля.
8. Фотозйомку вести з фотоспалахом (слідкуйте за відблисками світла на об'єкті та на масштабі) відповідно до стандартів ISO
9. Вказати в протоколі умови фотозйомки (час доби, вид освітлення / штучне/змішане/природне/ з фотоспалахом; погодні умови /ясно, хмарно/, пристрій, яким проводилась зйомка).

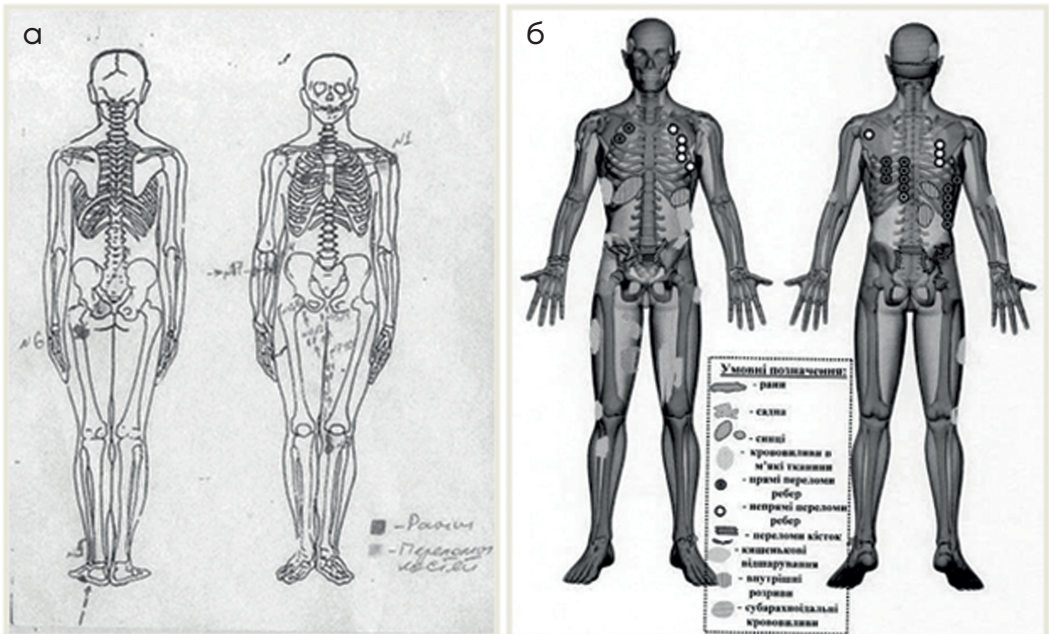
Відтворення графічних зображень тілесних ушкоджень на контурних схемах та базових 3D моделях тіла людини.

Засновник Харківської школи судових медиків, Заслужений професор М.С. Бокаріус у 1930 році наголошував на тому, що які б детальні записи тілесних ушкоджень не були в протоколі експертного дослідження, та якою-б кількістю фотосвітлин 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, своєю моделлю, яка лаконічно вбирає в себе, інтегрує та наглядно демонструє зна-

чний об'єм судово-медичної інформації і фіксує чисельну кількість інших різних фактів. З такою моделлю зручно працювати: аналізувати встановлені різнопланові дані, узагальнювати їх, уможливно вибудувати складні багатоланкові ланцюги логічних міркувань, роздумів, розсудів, і, в результаті, дозволяє прийти до вірних науково обґрунтованих переконливих експертних висновків.

У додатках нами наведені: «Карта первинної фіксації тілесних ушкоджень кримінального характеру» та «Схема локалізації тілесних ушкоджень», рекомендовані МОЗ України, а також загальновідомі «Схеми ушкоджень на тілі людини» для їх подальшого заповнення при дослідженні потерпілого. Фахівці здійснюють певні розмітки позначень, надписів на схемах (мал. 26). Зазвичай застосовують наступні розмітки тілесних ушкоджень: синці – синім кольором; садна, подряпини – коричневим; крововиливи – рожевим; рани - червоним; опіки – червоно-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 (у см).



Мал. 26. Графічне зображення тілесних ушкоджень на контурних схемах (а) і на базових 3D моделях (б) тіла людини

(В.В. Войченко і інш., 2017).

Для ефективного розслідування та документальної фіксації тортур слід пам'ятати про наступні важливі обставини (В.В. Войченко і співав., 2017) [10]:

1. Встановлення факту і способів лікування /самолікування або лікарські призначення, стаціонарне лікування та хірургічні втручання (медичні маніпуляції).

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

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

4. Застосування додаткових діагностичних лабораторних та інструментальних методів обстеження Ro-графія, 3D томографія, ультразвукова діагностика, магнітно-резонансна візуалізація, ЕХО-енцефалограми, аналізи крові і сечі і таке інше.

5. Застосування електрошоку навіть з допустимими величинами вольтажу може у кардіологічних хворих викликати тяжкі розлади життєвих функцій і спричинити смерть, що спонукає ретельно аналізувати медичні дані у повному обсязі (у тому числі й інструментальні).

6. При травмуванні електрошоком можливим є викришування зубів, прикусування язика, губ, слизових порожнини рота. При ураженні струмом необхідна біопсія вказаних ділянок. На шкірі електромітки слабо помітні, можуть бути замасковані саднами та крововиливами.

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

8. При асфіксії: виявляти на шиї слабо помітні смуги странгуляцій, дугоподібні дрібні садна від нігтів, рентгенологічний пошук переломів хрящів гортані, під'язикової кістки, встановлення функціонального порушення голосу у осіб що вижили; при закритті отворів рота і носа можуть спостерігатися садна крил носа, крововиливи слизових губ; пошук загальних асфіксичних ознак - дрібнокрапкові крововиливи шкіри обличчя, в слизові оболонки очей, одутлість обличчя, екхімози Тардье .

9. При тупій травмі переломи ребер можуть бути віддалені від місця прикладання сили / поза місцем локалізації саден, крововиливів, синців та ран.

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

11. Зберігати одяг, прати, рвати не можна як доказ і 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, освітлення природнє, штучне, змішане, лампи накаливання, люмінесцентні або комбінаці/, характеристика відео-, фотообладнання.

Отже, для ефективного розслідування катувань та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність особи під час її арешту, перебування у СІЗО або у місцях пенітенціарної системи, слід проводити їх якісну своєчасну документальну фіксацію [4, 5, 11, 12, 21, 26, 40, 61, 62]. На нашу думку, це оптимально виконується шляхом об'єктивної оцінки результатів медичного та судово-медичного обстеження потерпілого, вивчення відповідної медичної документації, використання додаткових цифрових зйомок, відтворення графічних зображень тілесних ушкоджень на контурних схемах та базових 3D моделях тіла людини, застосування додаткових діагностичних лабораторних методів обстеження / Ro-графія, комп'ютерна томографія, ультразвукова діагностика, ЕХО-енцефалограми, аналізи крові і сечі і т.д., дотримуючись такого правила: чим більше об'єктивних даних, тим доступнішим є встановлення істини.



ПЕРЕЛІК

ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. **Бабанін А.А.**, Мішалов В.Д., Біловицький О.Є., Скребкова О.Ю. «Судова медицина» Підручник. - Сімферополь: НАТА, 2012. – 580 с.
2. **Бадяева Е.Е.**, Девятериков А.А. «Микроскопические особенности экспериментальных повреждений от воздействия электрошокового устройства «АИР-107У» ; Е.Е. Бадяева, А.А. Девятериков «Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы» - 2016. - №15. – С. 62-63.
3. **Бондарь С.С.** «Возможность возникновения посмертных кровоподтеков в зависимости от локализации, причины и давности наступления смерти» ; С.С. Бондарь «Современная диагностика в судебной медицине» Кишинев, 1981. С. 85-88.
4. **Белоусов Ю.** Бондаренко О., Оболенцева В., Тарасенко К., Чупров В., Швець З. «Неналежне поводження в діяльності Національної поліції України: прояви, поширеність, причини» К. – 2017. – 90 с.
5. **Белоусов Ю.**, Гатіятуллін О., Запорожцев К., Тарасова М., Шурдук В. «Фіксація та розслідування катувань у місцях несвободи. Аналіз законодавства» Київ, 2018. – 112 с.
6. **Бурматов А. П.**, Бернацких Т. К., Зороастров О. М., Лоттер М. Г. «Следы действия электроразрядного устройства на коже человека и животного» ; Бурматов А. П., Бернацких Т. К., Зороастров О. М., Лоттер М. Г. «Судебно-медицинская экспертиза» - 2011. - № 6. – С. 41-43.

7. Варфоломеев Є.А. «Проблемні питання стосовно судово-медичної оцінки ушкоджень, спричинених електрошоковими пристроями» ; Мішалов В.Д., Хохолева Т.В., Варфоломеев Є.А. «Судово-медична експертиза» – 2017. - №2. – С. 16-20.

8. Варфоломеев Е.А. «Проблемные вопросы судебно-медицинской оценки повреждений, причиненных электрошоковыми устройствами» ; Е. А. Варфоломеев «Вопросы криминологии, криминалистики и судебной экспертизы» Беларусь. – 2018. - №1 (43). – С. 183-187.

9. Варфоломеев Є.А. «Конструктивні особливості та сучасні підходи до класифікації електрошовкових пристроїв» ; Є.А. Варфоломеев «Судово-медична експертиза» - 2018. - №2. – С. 61-64.

10. Войченко В. В. «Графічний редактор для оформлення схем тілесних ушкоджень потерпілих «Контур»; В.В. Войченко, В.В. В'юн « Судово-медична експертиза» – 2013. - №1. – С. 74-78.

11. Войченко В. В. «Судово-медична оцінка проявів заподіяння катувань і мордувань та шляхи їх ефективної документальної фіксації у форматі «Стамбульського протоколу» ; В. В. Войченко, В. Д. Мішалов, В. В. В'юн, Д. А. Валіахметов «Судово-медична експертиза» – 2017. - №1. – С. 12-18.

12. Гнатовський М., Белоусов Ю., Швець С., Венгер В., Бондаренко О. «Імплементация міжнародних стандартів у сфері запобігання неналежному поведінню в діяльність органів кримінальної юстиції України» К. – 2016. – 194 с.

13. Герасименко О.І. «Судово-медичний російсько-український словник-довідник» – К.: Право, 19978. – 368 с.

14. Громов А.П., Науменко В.Г. «Судебно-медицинская травматология» (руководство). — М., «Медицина», 1977. — 368 с.

15. Девятериков А. А., Остапенко Л. С. «Дифференциальная диагностика видов воздействия электрошоковым устройством «АИР-107У» ; А.А. Девятериков, Л.С. Остапенко «Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы» - 2016. - №15. – С. 65-66.

16. В.Н. Крюков, В.П. Новоселов, Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский и др. «Диагностикум механизмов и морфологии переломов при тупой травме скелета» Новосибирск: Наука, 1996. 2000. Т.1-7 - 166 с., 176 с., 149

с., 173 с., 214 с., 142 с., 131 с.

17. В.Н. Крюков, Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский и др. «Диагностикум механизмов и морфологии поврежденных мягких тканей при тупой травме. Т.6.: Механизмы и морфология поврежденных мягких тканей при тупой травме» Новосибирск: Наука, 2001. 142 с.

18. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників» (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974. Чинна редакція від 15.01.2020 р. Випуск 78 «Охорона здоров'я», 2020. – 196 с.

19. Закон України «Про національну поліцію», ВВР 2015; ст. 42-45.

20. Застосування спеціальних засобів «Юридична енциклопедія»: [у 6 т.] ред. кол. Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) [та ін.] — К. : «Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана», 1998. — Т. 2 : Д — Й. — 744 с. — ISBN 966-7492-00-8.

21. Захаров Євген, Токареєв Геннадій. «Розслідування подій у колонії № 25 – все законно?!». <http://khp.org/index.php?id=1579780443>.

22. Козлов С. В. «Експертно-діагностичні ознаки насильницьких дій при окремих видах фізичного впливу на людину» ; С.В. Козлов, О.Л. Зубов, Р.В. Беркут «Судово-медична експертиза» – 2014. – № 1. – С. 71-72.

23. Евреинов Н. «История телесных наказаний в России» Репринт. изд. – Белгород; Пилигрим, 1994. – 235 с.

24. Кононенко В.И. «Схематическое изображение контуров тела человека» (приложение к судебно-медицинским исследованиям). Харьков, 1998. – 135 с.

25. Концевич И.А. «Реактивные изменения прижизненно травмированных тканей»; И.А. Концевич, А.И. Марчук., Т.Я. Пазенко, С.С. Бондарь «Современная диагностика в судебной медицине» Кишинев, 1981. С. 102-105.

26. Корур Финканчи, Байкал Т. «Медицинский Контрольный список. Руководство по эффективному документированию и расследованию пыток и других форм жестокого обращения» IPIR, 2007.

27. Крат А.И., Рубин В.М. «О сроках заживления ссадин»; А.И. Крат, В.М. Рубин «Второй всесоюзный съезд судебных медиков» тез. докл. М.; Минск, 1982. - С. 122-123.

28. Кримінальний кодекс України. Харків, «Одісей». – 2005. – 223 с.

29. Кодекс України про адміністративні правопорушення: документ чинний, поточна редакція від 22.08.2019 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>

30. Кулик О. Ф., Бачинський В. Т., Савка І. Г., Ванчуляк О. Я. «Особенности судебно-медицинского исследования трупа при отдельных видах смерти» Чернівці, 2005. – 210 с.

31. Лісовий А. С., Голубович Л. Л., Голубович П. Л. та ін. «Судова медицина». Підручник. – Вид. 3-тє, доп. та перероб. за заг. ред. Лісового А.С., Голубовича Л.Л. - К.: Атіка, 2008. - 484 с.

32. Мішалов В.Д. «Судово-медицинский опис тілесних ушкоджень, термінів давності їх утворення і загоєння: навчальний посібник» ; Мішалов В.Д., Тагаєв М.М., Бачинський В.Т., Войченко В.В., Хижняк В.В., Дунаєв О.В., Моргун.А.О. – Чернівці: «Місто», 2019.– 159 с.

33. Михайленко О. В. «Судово-медицина характеристика ушкоджень тулуба людини еластичними кулями при пострілах з пістолета «Форт 12Р» патронами «Терен-3ФП»; О. В. Михайленко «Український судово-медицинський вісник» – 2007. - № 20(1). – С. 14-20.

34. Михайленко О.В. «Особенности ушкоджень тулуба людини набоями «Терен-3ФП» та «АЕ 9», спорядженими еластичними кулями»; О.В. Михайленко «Збірник наукових праць НМАПО ім. П.Л. Шупика» – Київ. Вип. 16. – Книга 2. – 2007. - С. 490-496.

35. Муханов А. И. «Судебно-медицинская диагностика поврежденных тупыми предметами. Монография» - Тернополь, 2001. – 241 с.

36. Наказ МОЗ України “Про розвиток та вдосконалення судово-медицинської служби України” від 17 січня 1995 року № 6, зареєстрований Міністерством юстиції України 26 липня 1995 р. за №255/791– 193 с.

37. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974. – 36 с.

38. Наказ Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15.08.2014 № 1348/5/572 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі». (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20 серпня 2014 р. №990/25767) – 37 с.

39. Перелік спеціальних засобів, що застосовуються військовослужбовцями Національної гвардії під час виконання службових завдань» Затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2017 року № 1024. – 3 с.

40. Пил М. «Медицинское документирование пыток» М. Пил, Якопино В. Гринвич Медикал Медиа, ООО Лондон, 2002. 126 с.

41. Правозахисники: «В Україні знищується НПМ – єдиний незалежний механізм попередження тортур» <https://helsinki.org.ua/articles/pravozahysnyku-v-ukrajini-znyschujetsya-npm-jedynuj-nezalezhnij-mehanizm-poperedzhennya-tortur/>

42. Саркисян Б.А. «Перелом костей. Типы сращения и стадии заживления костной ткани» http://bone-surgery.ru/view/perelomy_kostej_tipy_srascheniya_i_stadii_zazhivleniya_kostnoj_tkani/

43. Скотт Дж. Р. «История пыток» Перевод с английского А. А. Обухова // М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. - 140 с.

44. Солонина Євген. Комісар ООН: «Якщо у в'язницях тіснота й нелюдські умови, то рішення – не в тому, щоб будувати більше в'язниць!» <https://www.radiosvoboda.org/a/30447714.html>

45. Спеціальні засоби, що застосовуються при охороні громадського порядку «Юридична енциклопедія « [у 6 т.] ред. кол. Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) [та ін.] — К. : «Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана» 2003. — Т. 5 : П — С. — 736 с. — ISBN 966-7492-05-2.

46. Стамбульський протокол. <http://www.un.org.ua/images/documents/4157/Istanbul%20Protocol%20in%20Ukrainian.pdf>

47. Стамбульський протокол. Вікіпедія. https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B1%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB

- 48. Тарас А. Е.** «Подготовка разведчика: система спецназа ГРУ» А. Е. Тарас, Ф. Д. Заруцкий. – Мн.: Харвест, 2000. – С. 47, 52 – «Командос».
- 49. Тагаев Н. Н.** «Судебная медицина: Учебник» Под общей ред. проф. А. М. Бандурки. - Х.: Факт, 2003. -1253 с.
- 50. Тагаев Н. Н.** «Судебная медицина: 2-е издание» - Х.: Фактор, 2012. - 1296 с.
- 51. Тагаєв М.М.** «Визначення понять і систематизація насильницьких дій шляхом нанесення побоїв, заподіяння мордувань і катувань»; М.М. Тагаєв, В.Д. Мішалов, В.В. Хижняк, А.О. Моргун « Судово-медична експертиза» – 2015. - №1. – С. 8-19.
- 52. Томилин В.В.,** Пашинян Г.А. «Руководство по судебной медицине» Под ред. В.В. Томилина, Г.А. Пашиняна. — М.: Медицина, 2001. — 576 с
- 53. Филипчук О.В.,** Гуров О.М. «Судово-медична криміналістика: підручник» О.В. Филипчук, О.М. Гуров. Харків: Діса плюс, 2013. - 640 с.
- 54. Шитов В.** «Виновных в криминале нет» В. Шитов. – Х. : ООО «Евро Экспресс и др.» – Ростов-на-Дону: изд. «Феникс», 1997. – С. 162.
- 55. Устинченко И. В.** «Случай применения пыток над жертвой в судебно - медицинской практике» И.В. Устинченко « Судово-медична експертиза» – 2017. - №1. – С. 111-117.
- 56. Якопіно В.** (V. Iacopino) «Лікування осіб, що пережили політичні катування: коментар» The Journal of Ambulatory Care Management. – 1988. - vol. 21 (2). - P. 5-13.
- 57. Dermengiu D.,** Hostiuc S., Curcă G. Cn. «Electroshock weapons: physiologic and pathologic effects - literature review» Romanian Journal of Legal Medicine. - 2008. - № 16. – P. 187-193.
- 58. Karlsmark T.** «Tracing the use of electrical torture» Karlsmark T., Thomsen H.K., Danielson L., et al. Am. J. Forensic Med Pathol. – 1984. - №5(4). – P. 333–336.
- 59. Ho J.D.,** Dawes D.M., Kroll M. W., editors. «Atlas of conducted electrical weapon wounds and forensic analysis» - New York: Springer, 2012. - p. 204.

60. Forrest D.M. «Examination for the late physical after effects of torture» D.M. Forrest J. Clin. Forensic. Med. – 1999. – Vol. 6, № 1. - P.4-13.

61. Prip K. «Clinical findings in men with chronic pain after falanga torture» K.Prip, A.L. Persson Clin. J. Pain. – 2008. – Vol.24, №2. – P.135-141.

62. Sanders J. «The epidemiology of torture: a case series of 58 survivors of torture» J. Sanders, M.W. Schuman Forensic. Sci. Int. – 2009. – Vol.189. – P. 1-7.



ДОДАТКИ

Нижче наведені «Карта первинної фіксації тілесних ушкоджень кримінального характеру» та «Схема локалізації тілесних ушкоджень», рекомендовані МОЗ України, а також загальновідомі схеми ушкоджень на тілі людини, з урахуванням зображень контурів тіла людини, систематизованих і викладених В.І. Кононечком (1998) [23]. Схеми ушкоджень були відтворені і надані у посібнику А.О. Моргуном. Графічне зображення тілесних ушкоджень на базовій 3D моделі тіла людини було надане В.В. Войченком і В.В. В'юном.

Назва медичного закладу

Форма №...

КАРТА ПЕРВИННОЇ ФІКСАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ КРИМІНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ № _____

Дата та час проведення огляду

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

ПРИЗВИЩЕ _____
(з документу; зі слів) ІМ'Я _____

ПО БАТЬКОВІ _____

Дата народження _____

Стать Ч Ж

Адреса, контактний номер телефону пацієнта _____

При огляді були присутні _____

СКАРГИ _____

ОБСТАВИНИ _____

ОПИС УШКОДЖЕНЬ

СИНЦІ [1] (підкреслити колір, зазначити кількість, відмітити локалізацію на схемі)

БАГРОВО-СИНЮШНІ,
СИНЮШНІ [1.1]ЗЕЛЕНУВАТІ [1.2]
ЖОВТУВАТІ [1.3]

САДНА [2] (підкреслити характер, зазначити кількість, відмітити локалізацію на схемі)

ЗАПАДАЮЧІ [2.1]
НА РІВНІ ШКІРИ [2.2]

ВИЩЕ РІВНЯ ШКІРИ [2.3]

РАНИ [3] (підкреслити характер, зазначити кількість, відмітити локалізацію на схемі)

ЗАБИТІ, РВАНІ [3.1]
РІЗАНІ, КОЛОТІ,КОЛОТО-РІЗАНІ [3.2]
ВОГЕПАЛЬНІ [3.3]

АМПУТАЦІЇ [4] (зазначити характер поверхні відділення, вказати локалізацію та відмітити на схемі)

ОПІКИ [5] (підкреслити характер, зазначити кількість, відмітити локалізацію на схемі)

ТЕРМІЧНІ [5.1]

ХІМІЧНІ [5.2]

ЕЛЕКТРИЧНІ [5.3]

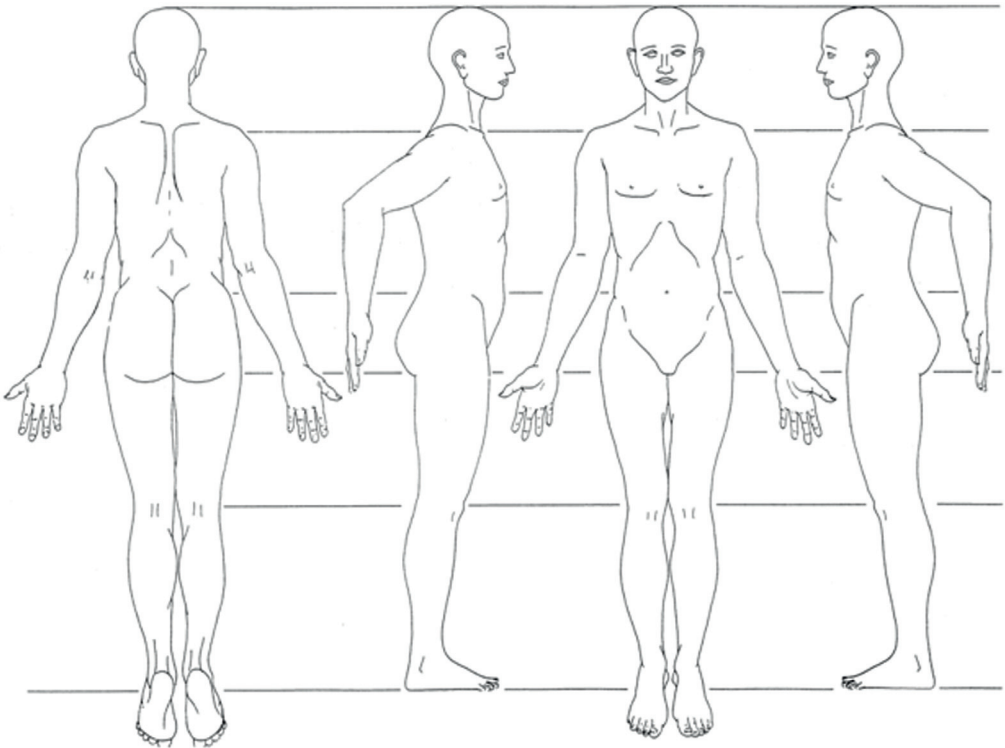
ПЕРЕЛОМИ/ВИВИХИ [6] (вказати локалізацію переломів/вивихів) _____

УШКОДЖЕННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ, АНАЛЬНОГО ОТВОРУ, РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ [7]
(надати стислий опис ушкоджень) _____

Додаток 2

СХЕМА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

(вказати на схемі тіла з відповідним цифровим маркуванням ушкоджень)



ДІАГНОЗ:

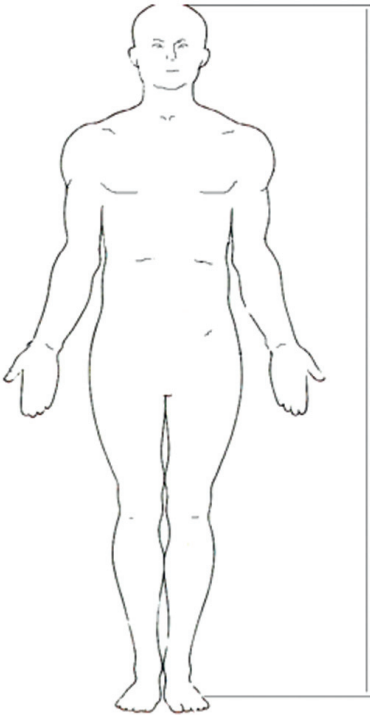
НАДАНА ДОПОМОГА (опис проведених діагностичних та лікувальних заходів, надані рекомендації, тощо)

ЛІКАР _____
ПІДПИС _____
МП _____

Повідомлено	Телефон	Час	Прийняв
ДБР			
НПУ (102)			

Інформована згода на.....
ПІБ пацієнта, Підпис

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ НА ТІЛІ ЛЮДИНИ. ВИД СПЕРЕДУ



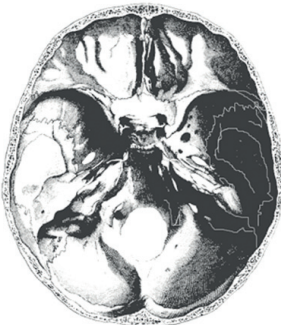
Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ НА ОСНОВІ ЧЕРЕПА



Умовні позначки ушкоджень на схемі

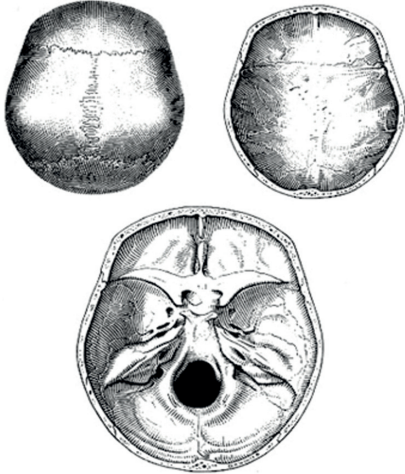
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

Додаток 5

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ НА ТІЛІ ЛЮДИНИ. ВИД СПЕРЕДУ



Умовні позначки ушкоджень на схемі

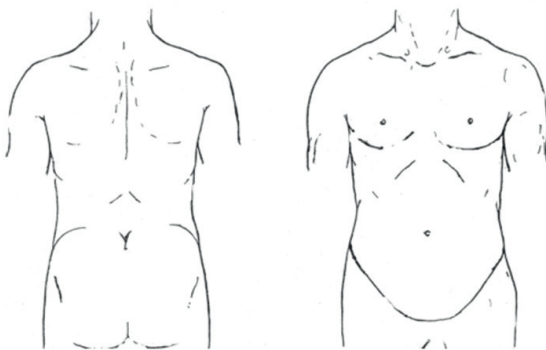
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

Додаток 6

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ НА ТУЛУБІ СПЕРЕДУ І ЗЗАДУ



Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ КІСТОК ЧЕРЕПА. ВИД ЗБОКУ



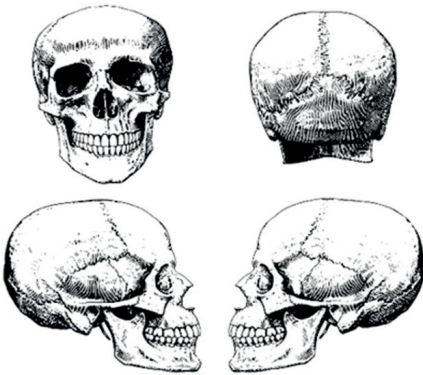
Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

**СХЕМА УШКОДЖЕНЬ КІСТОК ЧЕРЕПА.
ВИДИ СПЕРЕДУ, ЗЗАДУ, СПРАВА, ЗЛІВА**



Умовні позначки ушкоджень на схемі

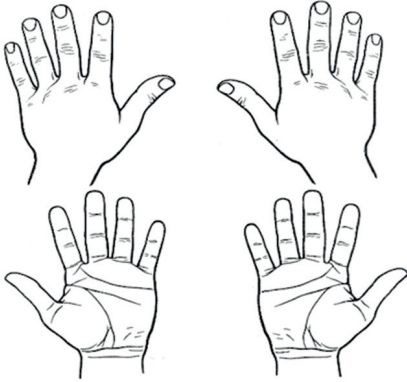
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

Додаток 9

СХЕМИ УШКОДЖЕНЬ РУК



Умовні позначки ушкоджень на схемі

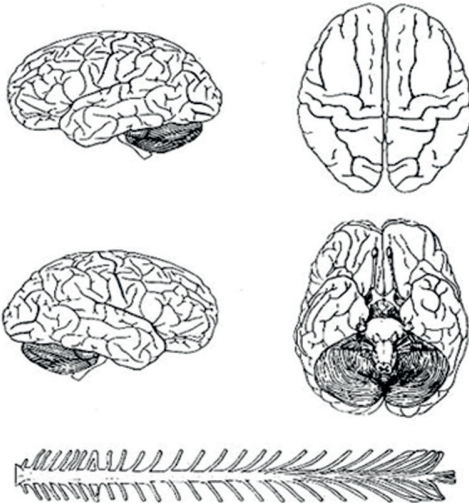
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

Додаток 10

СХЕМИ УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВНОГО І СПИННОГО МОЗКУ



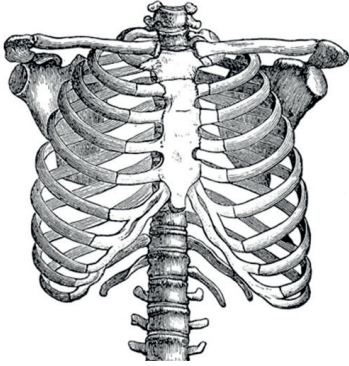
Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ КІСТОК ГРУДНОЇ КЛІТКИ. ВИД СПЕРЕДУ



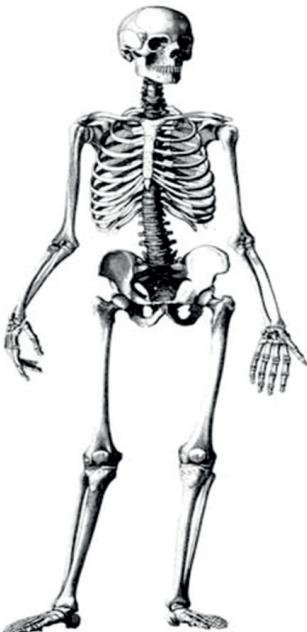
Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ КІСТЯКА ЛЮДИНИ. ВИД СПЕРЕДУ



Умовні позначки ушкоджень на схемі

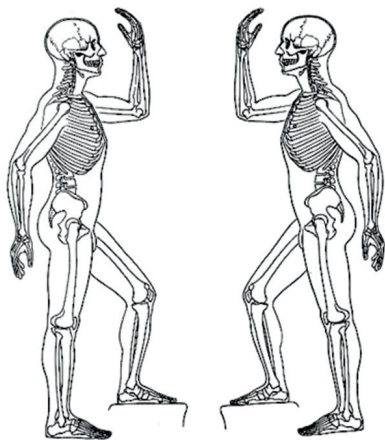
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

Додаток 13

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ КІСТЯКА ЛЮДИНИ. ВИДИ СПРАВА І ЗЛІВА



Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

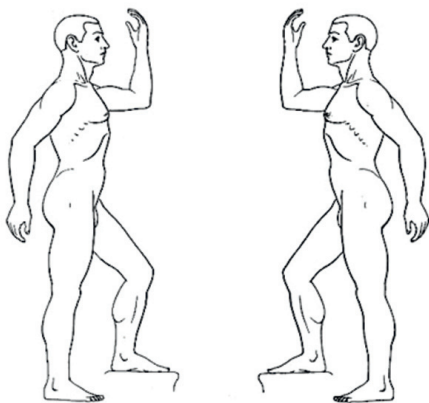
Лікар _____

(підпис)

Дата _____

Додаток 14

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ ТІЛА ЛЮДИНИ. ВИДИ СПРАВА І ЗЛІВА



Умовні позначки ушкоджень на схемі

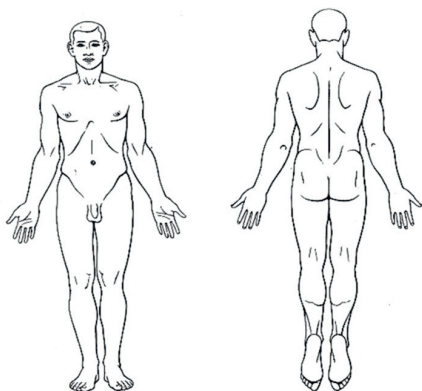
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____

(підпис)

Дата _____

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ ТІЛА ЛЮДИНИ. ВИДИ СПЕРЕДУ І ЗЗАДУ



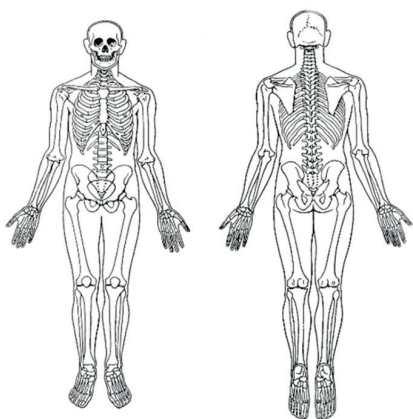
Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ КІСТЯКА ЛЮДИНИ. ВИДИ СПЕРЕДУ І ЗЗАДУ



Умовні позначки ушкоджень на схемі

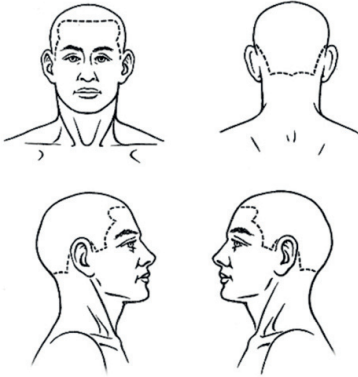
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____
(підпис)

Дата _____

Додаток 17

СХЕМА УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВИ І ШИЇ. ВИДИ СПЕРЕДУ, ЗЗАДУ, СПРАВА І ЗЛІВА



Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

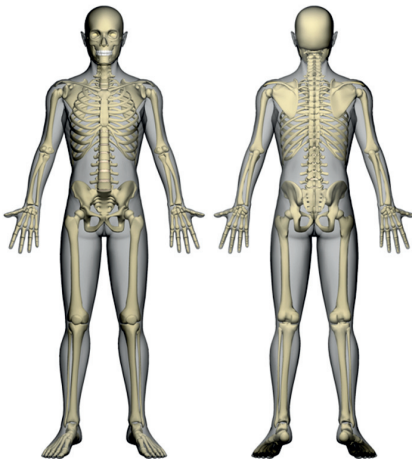
Лікар _____

(підпис)

Дата _____

Додаток 18

ГРАФІЧНЕ ЗОБРАЖЕННЯ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ НА БАЗОВІЙ 3D МОДЕЛІ ТІЛА ЛЮДИНИ. ВИД СПЕРЕДУ І ЗЗАДУ



Умовні позначки ушкоджень на схемі

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Лікар _____

(підпис)

Дата _____