

## К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ СМЕРТИ ПРИ РАСЧЛЕНЕНИИ ТРУПА

А. И. Вылегжанин

**Резюме.** Статья посвящена установлению давности смерти при обнаружении трупов, частей тела, подвергнутых термическим внешним трансформациям, что может помочь судебным экспертам-танатограм.)

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, давность смерти, расчленение трупа.

## THE ISSUE IN DETERMINING THE PERIOD OF DEATH DISMEMBERED CORPSE

A. I. Vilegzhanin

**Summary.** The article is devoted to the limitation of death upon detection of corpses, body parts exposed to the external thermal transformations that can help forensic experts-thanatology.)

**Keywords:** forensic medicine and epidemiological, prescription of death, dismemberment of a corpse.

УДК 340.6:616.831-001+617.51

## ВСТАНОВЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ЖИВИХ ОСІБ

©Шилан В. І., Шилова Н. С., Шилан К. В.

### КЗ «Кіровоградське обласне бюро судово-медичної експертизи»

**Резюме.** У статті викладені можливості встановлення механізму черепно-мозкової травми інерційного типу у живих осіб з використанням КТ, МРТ, МСКТ [1-4].

Основними ознаками, що дозволяють говорити про механізм черепно-мозкової травми інерційного типу, є розташування протиударних ушкоджень на лобових і скроневи частках з переходом на базальну поверхню з більшою площею ушкодження головного мозку, ніж в місці прикладання сили, асиметричність ушкоджень, характер локалізації зовнішніх ушкоджень.

**Ключові слова.** Черепно-мозкова травма, механізм черепно-мозкової травми у живих осіб.

### ВСТУП.

У судово-медичній літературі досить повно вивчена можливість визначення механізму черепно-мозкової травми на трупах. Вирішення такого питання лише за клінічними даними живих осіб має певні труднощі.

Тому в таких випадках використання результатів інструментальних методів досліджень, а саме КТ, МРТ, МСКТ дозволить визначити топографію, розміри морфологічних змін з боку речовини головного мозку, оболонки, а також наявність переломів кісток черепа і тим самим сприяти визначенню механізму ЧМТ.

Як ілюстрацію цього наводимо декілька випадків із практики.

**Випадок 1.** До нейрохірургічного відділення надійшов хворий Б., 1982 р.н. зі скаргами на головний біль, нудоту, слабкість, запаморочення. Зі слів пацієнта – вдарили в тім'яну ділянку голови справа. Локально: в тім'яно-потиличній ділянці справа гематома 5x4 см та садно, синець навколо лівого ока. На МСКТ визначається лінійний перелом тім'яної кістки справа з наявністю епідуральної гематоми на рівні перелому, контузіоно-геморагічних вогнищ забою речовини мозку (лобових та скроневи часток).

У даному випадку наявність лінійного перелому кісток склепіння черепа (правої тім'яної кістки), характерна морфологічна картина ушкодження речовини головного мозку (у вигляді забоїв в ділянці полюсів та базальних поверхонь лобових та скроневи часток головного мозку) вказують на дію у тім'яну ділянку голови тупого предмету з переважаючою поверхнею тупого предмету. Основною умовою утворення цих ушкоджень є падіння із положення стоячи з наданим прискоренням, про що свідчить наявність двох місць прикладання сили: синця в ділянці лівого ока та високе розташування місця контакту голови з твердим предметом з необмеженою

поверхнею в тім'яно-потиличній ділянці справа у вигляді підшкірної гематоми та садна. Наявність забою головного мозку в ділянці полюсів та базальних поверхонь лобових і скроневих часток обох півкуль головного мозку, виключає можливість їх утворення при ударі тупим предметом з обмеженою контактуючою поверхнею у тім'яну ділянку голови і при ударі в ділянку обличчя. Тобто, дані ушкодження могли виникнути при падінні на площину з приданим прискоренням.

**Випадок 2.** До нейрохірургічного відділення надійшов хворий Р., 1987 р.н. зі скаргами на головний біль, нудоту, слабкість, запаморочення. Зі слів пацієнта – побили невідомі, втрачав свідомість. Локально: синець навколо лівого ока. Проведено МСКТ: «Структурних змін не виявлено, щільність сірої та білої речовини мозку не порушена. Справа розширена міжпівкульна цистерна до 3мм +9 ОдН. Шлуночки мозку та базальні цистерни не розширені. Визначається лінійний перелом лобової кістки зліва, перелом потиличної кістки справа с переходом на основу черепа ЗЧЯ. Висновок: «Гідрома міжпівкульної щілини справа. Перелом основи передньої черепної ямки зліва та перелом потиличної кістки справа с переходом на основу черепа ЗЧЯ справа».

На СКТ головного мозку (контроль):» Гідрома міжпівкульної щілини справа. Перелом основи передньої черепної ямки зліва та перелом потиличної кістки справа с переходом на основу черепа ЗЧЯ справа».

У даному випадку, враховуючи характер тілесних ушкоджень, наявність перелому потиличної кістки справа з переходом на основу черепа, перелому лобової кістки зліва, наявність гідроми міжпівкульної щілини справа (розташування ушкоджень в передніх відділах великих півкуль) дає можливість прийти до висновку, що дана черепно-мозкова травма, яка мала місце, виникла по інерційному механізму з ознаками місцевої та загальної деформації черепа при падінні на площину і ударом потиличною ділянкою голови справа об тверду переважаючу поверхню, а не від дії тупого предмета з обмеженою контракуючою поверхнею.

**Випадок 3.** До нейрохірургічного відділення Кіровоградської обласної лікарні надійшов хворий С., 1981 р., зі скаргами на головний біль, нудоту, слабкість, запаморочення. Зі слів пацієнта, травма - побутова: невідомий завдав удар кулаком в обличчя, в область перенісся, в результаті чого він втратив рівновагу і впав на землю, при цьому вдарився потилицею. Локально: садно, припухлість в потиличній області зліва. набряк, садно в області спинки носа. Періорбітальні гематоми з обох боків. Зроблено СКТ головного мозку: в базисі лобових часток мозку, в лобовій частці мозку справа і в скроневої частці мозку зліва видно зони підвищеної щільності +56 одН, овальної форми розмірами відповідно 8 мм, 9 мм, 15 мм, 10 мм. У потиличній області зліва простежується зона підвищеної щільності + 73 одН, півмісяцевої форми з опуклим внутрішнім контуром розміром 6х3см. Щільність сірої і білої речовини гемисфер мозку не порушена. Шлуночки мозку і базальні цистерни не розширені. Серединні структури не зміщені. Відмічається лінійний перелом потиличної кістки зліва в області основи ЗЧЯ. Заключення: зони пошкодження речовини мозку II виду. Епідуральна гематома зліва невеликого розміру. Перелом основи ЗЧЯ. ДІАГНОЗ заключний клінічний: ЗЧМТ. Забій головного мозку середньої тяжкості. Епідуральний крововилив у ЗЧЯ ліворуч. САК. Лінійний перелом потиличної кістки зліва.

**Випадок 4.** Хворий М. надійшов до нейрохірургічного відділення 30.05.2016 року о 18.15 зі скаргами на сильний головний біль, запаморочення, хиткість, нудоту. За словами пацієнта, 28.05.2016 року його побили невідомі. На короткий час втрачав свідомість. Була блювота. Локально: больові відчуття, припухлість в потиличній області, гематома повік обох очей, набряк, деформація в області носа. На МСКТ головного мозку від 07.06.2016 року: КТ ознаки стану після перенесеної ЗЧМТ, вогнища контузії правої скроневої частки. ДІАГНОЗ заключний клінічний: ЗЧМТ. Забій головного мозку середньої тяжкості. САК. Закритий перелом кісток носа. Забій м'яких тканин голови. Висновок консультативної комісії лікарів-рентгенологів Кіровоградської обласної лікарні від 29.09.2016 року: "На наданих 2-х СД дисках МСКТ голови від 07.06.2016 року визначається лінійний перелом потиличної кістки зліва з переходом на основу черепа (ЗЧЯ). Забій скроневої частки праворуч II виду".

В 3 і 4 випадках був встановлений механізм утворення ЧМТ аналогічний описаним у перших двох випадках.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, локалізація зон ущільнення у зазначених частках головного мозку (лобова та скронева) дозволили прийти до висновку, що їх виникнення пов'язане не з дією предметів з обмеженою травмуючою поверхнею в ділянці обличчя, а розцінюється як притударне ушкодження за рахунок дії предметів з переважаючою поверхнею в потиличну ділянку голови.

У наведених випадках детальне вивчення даних інструментальних методів дослідження, а саме КТ, МРТ, МСКТ дозволило встановити механізм ЧМТ.

## Література

1. **Ромадоновский П. О.** Клинико-морфологический анализ травматических субстратов церебральных поврежденных при различных инерционных нагрузках головного мозга / П. О. Ромадоновский, М. А. Спиру // Судебно-медицинская экспертиза. — М., 1992. — № 3. — С. 19-22

2. **Пашинян Г. А.**, Касумова С. Ю. Патоморфология и экспертная оценка повреждений головного мозга при черепно-мозговой травме. Москва, Ижевск: Экспертиза, 1994. - 134 с.
3. **Саркисян Б. А.**, Бастуев Н. В., Паньков Н. В., Трубочников В. С. Сотрясение головного мозга. – Новосибирск: Наука. Сибирск. изд. фирма РАН, 2000. -104 с.
4. **Шевчук В. А.** Судово-медична нейротравматологія: Навч. посібник.-К.: «МП Леся», 2003. - 80с.

## INSTALLATION OF THE CRANIOCEREBRAL INJURY MECHANISM IN THE LIVING PERSONS

**Shylan V. I., Shilova N. S., K. V. Shylan**

**Resume:** The article presents the abilities of the installation of the craniocerebral injury mechanism of inertial type in the living persons using Computed tomography, magnetic resonance tomography, multi-layer spiral CT. The main features of the installation of the craniocerebral injury mechanism of inertial type, are location of shockproof injuries on the frontal and temporal lobes with the transition to the basal plane with a bigger area of encephalon injury than on the area of the application of force, injury asymmetry, localization character of the external injury.

**Key words:** the craniocerebral injury, the craniocerebral injury mechanism in the living persons

УДК 343.226:646-053.2/.5:17(07)

## СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ПЫТОК НАД ЖЕРТВОЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

© Устинченко И. В.

Луганское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

Говоря о насильственных действиях, пытках других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в рамках Стамбульского протокола [1-3], наводим конкретный случай из практики судебно-медицинской экспертизы Луганского обласного бюро.

В один из вечеров февраля от дежурного районного отделения полиции поступило сообщение, о том, что в одном из домов в населенном пункте М. обнаружен труп гражданина С. с признаками насильственной смерти. Оперативно-следственная группа выехала на осмотр места происшествия. При наружном осмотре трупа было установлено: в лобной области справа и слева обнаружено по одному сино-фиолетового цвета кровоподтеку размером 6х3 см и 4х2 см. По нижней поверхности подбородка справа и в области верхней губы справа обнаружено по одному кровоподтеку аналогичного характера размером 2х2,7 см и 0,7х0,8 см (рис. 1). В области правой ушной раковины по верхнему краю основания обнаружена рана с относительно ровными не кровоподтечными краями, линейной формы проходящая сквозь все слои и хрящевую ткань длиной 2,1 см (рис. 2). На правой ушной раковине кнаружи от данной раны имеется две поверхностные раны длиной 0,7 и 0,9 см. В области левой ушной раковины у основания ее в верхней части имеется аналогичного характера рана с ровными не кровоподтечными краями длиной 3,9 см в глубине раны определяются поврежденные хрящи. Кожа вокруг раны с наложением подсыхшей крови (рис. 3)



Рис. 1. Повреждения на лице