

УДК 343.98

Савка І. Г., *д-р мед. наук, проф., професор кафедри ВДНЗУ
«Буковинський державний медичний університет»,
e-mail: savka.ivan@bsmu.edu.ua*

Ванчуляк О. Я., *д-р мед. наук, доц., професор кафедри ВДНЗУ
«Буковинський державний медичний університет»,
e-mail: sudmed @bsmu.edu.ua*

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ФІКСАЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ВИПАДКАХ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ТРАВМИ У СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТНІЙ ПРАКТИЦІ

Методика секційного дослідження головного мозку при черепно-мозкових травмах має важливе значення для якості судово-медичної експертизи трупа. Однак нерідко таке дослідження проводиться за шаблоном, без урахування методичних прийомів, які найбільше відповідають завданням експертизи у випадках травми голови або нозологічній формі захворювання. Діючими «Правилами проведення судово-медичної експертизи (дослідження) трупів у бюро судово-медичної експертизи» у випадках смерті від черепно-мозкової травми для дослідження головного мозку обов'язковим є застосування методу Фішера [1]. За цим методом проводять 7 фронтальних розрізів з боку вентральної поверхні мозку: у задніх країв від нюхових цибулин, у переднього краю перехрестя зорових нервів; через мамілярні тіла; у переднього краю варолієвого моста; на рівні середини варолієвого моста; через передню частину довгастого мозку; на рівні середини олив довгастого мозку. Метод фронтальних розрізів дозволяє значно уніфікувати як макроскопічний опис, так і вилучення матеріалу для судово-гістологічного дослідження.

Зазначена методика передбачає попередню (до розрізів) фіксацію головного мозку трупа в розчинах формаліну висхідних концентрацій і двох миттєве дослідження мозку. На практиці двох миттєве дослідження мозку є цілком здійсненим і не пов'язаним із застосуванням спеціального та коштовного обладнання.

Внаслідок м'якої консистенції речовини головного мозку трупа, особливо при його патологічних станах (набряк, набухання, розм'якшення тощо), нативний мозок після розрізів легко деформується. При цьому втрачається можливість детально простежити топографічні співвідношення різних анатомічних структур мозку та зіставити їх з локалізацією вогнищ ураження. Разом з тим, для дослідження мозку й оцінки наслідків травми необхідно по можливості, прагнути зберегти на розрізах природну форму мозку та його анатомічні структури. Тому лікарю судово-медичному експерту без особливої потреби не треба поспішати з розрізами «свіжого» мозку у секційного стола.

Після зважування й зовнішнього огляду головний мозок трупа рекомендується опустити в фіксуючу рідину. З усіх рідин, що фіксують м'які тканини та органи трупа, для дослідження мозку кращим залишається формалін, запропонований Blum (1893). Здатність формаліну зберігати жири та ліпоїди визначила його широке застосування для фіксації нервової тканини в практиці судової медицини та патологічної анатомії. Фіксацію головного мозку краще проводити так, щоб обсяг фіксуючої рідини перевищував обсяг взятого секційного матеріалу приблизно в 5–6 разів. Цілий мозок необхідно фіксувати в розчинах формаліну зростаючої концентрації, оскільки первинне застосування 10–20% розчину швидко ущільнює поверхневий шар мозку й перешкоджає проникненню формаліну в глибину тканини. Рекомендується спочатку занурювати мозок в 5% розчин формаліну на 1–2 доби, а потім переносити його в 10% розчин на 5–7 діб (Попов В.Л.), або 2% розчин на 7 діб (Колкутин В.В., 1990) [2]. Формалінова фіксація мозку як цілого органу добре зберігає його форму, близьку до природної, при цьому досягається найбільш повне ущільнення його тканини у всіх відділах, що відповідає потребі судово-медичного дослідження черепно-мозкової травми, особливо у випадках вогнепального поранення голови. Зменшення обсягу мозку при 3–5-денній та більше тривалій фіксації, що настає внаслідок ущільнення його тканини, настільки незначно, що не має практичного значення. Ущільнення тканини відбувається досить рівномірно у всіх відділах мозку, внаслідок чого зберігаються просторові співвідношення між сірою й білою речовиною. Мозок трупа, поміщений в банку, фіксується в двох порціях 5% розчину формаліну в кількості 3 – 5 л, змінюваних через добу. Формалін надає тканині мозку щільність, яка цілком підходить для його розрізів вже через 2–3 доби, але краще до 5-го дня. Після цього терміну можна зробити

розрізи мозку за методом Фішера, отримати повне уявлення про його анатомічну структуру та ретельно дослідити вогнепальний рановий канал.

У випадках масивного пошкодження головного мозку вогнепальним снарядом, іншими елементами спорядження патрону та продуктами близького пострілу також є доцільним застосування методу попередньої фіксації в розчинах висхідній концентрації (5–10% формалін), при цьому можливо скоротити час експозиції до 2–3 діб, або використовувати низькі концентрації (2% розчин) при більш тривалому періоді фіксації – до 7 діб [3, 4].

Слід зазначити, що в судово-медичній експертній практиці не завжди є можливість для тривалого, протягом декількох діб, дослідження головного мозку, тобто цілком дотримуватись методу повної фіксації мозкової речовини. За власними спостереженнями, фіксація головного мозку навіть протягом однієї доби суттєво підвищує діагностичні можливості дослідження мозкових структур у випадках вогнепальних поранень. Після фіксації головного мозку на розрізах добре виявляються всі види крововиливів та вогнища контузії за ходом ранового каналу зі збереженням їх форми, що дозволяє більш якісно провести морфометричне дослідження та фотофіксацію.

Отже, використання методу попередньої фіксації головного мозку трупа, особливо у випадках вогнепальної травми, не тільки відповідає чинним правилам проведення судово-медичної експертизи, але й розширює діагностичні можливості експертних досліджень та підвищує значущість «Висновку експерта» з точки зору доказової медицини.

Список використаних джерел:

1. Правила судово-медичної експертизи (дослідження) трупів у бюро судово-медичної експертизи : наказ МОЗ України № 6 від 17 січня 1995 р. «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України». К., 1995.
2. Попов В. Л., Шигеев В. Б., Кузнецов Л. Е. Судебно-медицинская баллистика. Санкт-Петербург: Гиппократ, 2002. 656 с.
3. Судебно-медицинская экспертиза черепно-мозговой травмы: справочно-информационные материалы. Курск : ОБУЗ «Бюро СМЭ», 2014. 73 с.
4. Науменко В. Г., Грехов В. В. Методика секционного исследования при черепно-мозговой травме. М. : Медицина, 1967. 116 с.

УДК 343.98

*Нестеров Д. М., ад'юнкт Харківського національного
університету внутрішніх справ*

РОЛЬ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПІД ЧАС РОЗСЛІДУВАННЯ УМИСНИХ ВБИВСТВ ОСОБИ ЧИ ЇЇ БЛИЗЬКОГО РОДИЧА У ЗВ'ЯЗКУ З ВИКОНАННЯМ ЦІЄЮ ОСОБОЮ СЛУЖБОВОГО АБО ГРОМАДСЬКОГО ОБОВ'ЯЗКУ

В умовах складної економічної ситуації збільшенням політичної складової в життєдіяльності населення та проведення військових дій на території України формуються різні суспільні думки та настрої населення, що стає підґрунтям для зростання вбивств осіб чи їх близьких родичів у зв'язку з виконанням цією особою службового або громадського обов'язку. Розслідування злочинів зазначеної категорії є пріоритетним, тому потребує високої спеціальної підготовки слідчих з метою збирання доказової бази в ході проведення розслідування.

До першочергових слідчих дій при розслідуванні навмисних вбивств належить призначення експертиз для отримання доказів.

Слід зазначити, що судові експертизи за спрямованістю та предметом дослідження можуть бути різними. Призначення та перелік питань, які ставитимуться перед експертом, залежать від конкретної ситуації та обставин вчинення кримінального правопорушення (виду вбивства).

Основне місце серед судових експертиз на першочерговому етапі розслідування навмисних вбивств треба виділити судово-медичній експертизі трупа. Вона може дати відповіді на питання, які будуть відігравати ключову роль в розслідуванні, такі як: причина смерті, час її настання, характер та послідовність ушкоджень, причинно-наслідковий зв'язок між ними та смертю потерпілого.

Аналізуючи слідчу та судову практику, можна дійти висновку, що ключову роль під час призначення судово-медичної експертизи відіграє правильність постановки питань перед