

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЩОДО ОБҐРУНТОВАНOSTI ЕКСПЕРТНИХ ПІДСУМКІВ У ВИПАДКАХ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВІД СТРАНГУЛЯЦІЙНОЇ АСФІКСІЇ****В.В. Дудник**

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

**Ключові слова:** судово-медична експертиза, механічна асфіксія, странгуляція, борозна, повішення.

Буковинський медичний вісник. Т.25, № 2 (98). С. 48-54.

**DOI:** 10.24061/2413-0737.XXV.2.98.2021.8

**E-mail:** 78vadson87@gmail.com

Вивчення механічної асфіксії, як окремого виду насильницької смерті, є вкрай важливим для лікарів різних спеціальностей, зокрема судово-медичних експертів. Враховуючи особливості перебігу патофізіологічних процесів асфіктичного стану та їх проявів в організмі, лікарям слід спиратися, у першу чергу, на загальні знання про гіпоксичні і асфіктичні порушення. Установлення наявності странгуляційної борозни на трупі безумовно дозволяє судово-медичному експерту визначити безпосередню дію зовнішнього чинника, проте не дозволяє достеменно стверджувати про зажиттєве походження як самої странгуляції, так і власне асфіксії без проведення інструментальних та лабораторних методів дослідження.

Нами вирішено провести детальний аналіз рівня дослідження померлих внаслідок странгуляційної асфіксії на основі вмісту «Висновків експерта». **Мета роботи** – проаналізувати стан рівня дослідження і макроскопічної діагностики судово-медичними експертами трупів у випадках странгуляційної асфіксії секційними методами, виявлення видових і загальноасфіктичних ознак.

**Матеріал і методи.** Як об'єкти дослідження вивчався вміст «Висновків експерта», у першу чергу, на відповідність їх складання «Правилам проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи» за такими показниками: 1) якість та повнота описування зовнішніх ушкоджень, розмірних параметрів; 2) повнота внутрішнього дослідження; 3) опис і відображення видових і загальноасфіктичних ознак; 4) направлення на лабораторні методи дослідження; 5) використання додаткових секційних методик; 6) повнота та правильність складання підсумків.

**Результати та висновки.** Відповідно до сучасних вимог доказової медицини, при проведенні судово-медичних експертних досліджень трупів зі странгуляційною асфіксією спиратися лише на макроскопічні ознаки на сьогоднішній день недостатньо. Проведений нами аналіз архівних даних з «Висновків експерта» наводять на думку, що більшість експертів ставляться до своїх обов'язків безвідповідально, не надають значення і різниці між такими поняттями, як видові ознаки странгуляції і загальноасфіктичні ознаки. При складанні підсумків експерти спираються лише на наявність странгуляційної борозни та загальноасфіктичні ознаки. У проаналізованих нами «Висновках експерта» деякі видові ознаки були безпідставно віднесені до категорії загальноасфіктичних проявів, а на деякі не зверталась увага чи вони зовсім не досліджувались.

**ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОБОСНОВАННОСТИ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ В СЛУЧАЯХ СМЕРТИ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ АСФИКСИИ****В.В. Дудник**

**Цель работы** – проанализировать состояние уровня исследования и макроскопической диагностики судебно-медицинскими экспертами трупов

**Ключевые слова:**

судебно-медицинская экспертиза, механическая асфиксия, strangulation, борозда, повешение.

Буковинский медицинский вестник. Т.25, № 2 (98). С.48-54.

в случаях strangulation асфиксии секционными методами, выявление видовых и общеасфиктических признаков.

**Материал и методы.** В качестве объектов исследования изучалось содержание «Выводов экспертов», в первую очередь, на соответствие их составления «Правилам проведения судебно-медицинской экспертизы (исследований) трупов в бюро судебно-медицинской экспертизы» по следующим показателям: 1) качество и полнота описания внешних повреждений, размерных параметров; 2) полнота внутреннего исследования; 3) описание и отображения видовых и общеасфиктических признаков; 4) направление на лабораторные методы исследования; 5) использование дополнительных секционных методик; 6) полнота и правильность составления выводов.

**Результаты и выводы.** В соответствии с современными требованиями доказательной медицины, при проведении судебно-медицинских экспертных исследований трупов со strangulation асфиксией опираться только на макроскопические признаки на сегодняшний день недостаточно. Проведенный нами анализ архивных данных из «Выводов эксперта» наводят на мысль, что большинство экспертов относятся к своим обязанностям безответственно, не придают значения и разницу между такими понятиями, как видовые признаки strangulation и общеасфиктические признаки. При составлении итогов эксперты опираются только на наличие strangulation борозды и общеасфиктические признаки. В проанализированных нами «Выводах экспертов» некоторые видовые признаки были безосновательно отнесены к категории общеасфиктических проявлений, а на некоторые не обращалось внимание или они не исследовались вовсе.

**PROBLEM QUESTIONS REGARDING RATIONALE EXPERT RESULTS IN CASES OF OCCURRENCE DEATHS FROM STRANGULATION ASPHYXIA**

V. Dudnyk

**Key words:** forensic medical examination, mechanical asphyxia, strangulation, furrow, hanging.

Bukovinian Medical Herald. V.25, № 2 (98). P. 48-54.

**Purpose** – to analyze the state of the level of research and macroscopic diagnosis by forensic experts of corpses in cases of strangulation asphyxia by sectional methods, detection of specific and general asphyxial signs.

**Material and methods.** As objects of research, the maintenance of «Conclusions of the expert» was studied, first of all, for their compliance with the «Rules of carrying out forensic medical examination (research) of corpses in the bureau of forensic medical examination» on the following indicators: 1) quality and completeness of description of external damages, dimensional parameters; 2) completeness of internal research; 3) description and reflection of species and general asphyxiation features; 4) referral to laboratory research methods; 5) use of additional sectional techniques; 6) completeness and correctness of summarizing.

**Results and conclusions.** In accordance with the modern requirements of evidence-based medicine, when conducting forensic expert examinations of corpses with strangulation asphyxia, it is not enough to rely only on macroscopic signs when conducting forensic medical expert examinations of corpses with strangulation asphyxia. Our analysis of archival data from the "Expert Conclusions" suggests that most experts treat their responsibilities irresponsibly, do not attach importance and difference between such concepts as species characteristics of strangulation and general asphyxiation. In compiling the results, experts rely only on the presence of a strangulation furrow and general asphyxiation signs. In the "Conclusions of experts" we analyzed, some species traits were unjustifiably classified as general asphyxiation manifestations, and some were not paid attention to or were not studied at all.

## Оригінальні дослідження

**Вступ.** Вивчення механічної асфіксії, як окремого виду насильницької смерті, є вкрай важливим для лікарів різних спеціальностей, зокрема судово-медичних експертів. Враховуючи особливості перебігу патофізіологічних процесів асфіктичного стану та їх проявів в організмі, лікарям слід спиратися, у першу чергу, на загальні знання про гіпоксичні і асфіктичні порушення [1].

Враховуючи весь обсяг набутих знань стосовно проявів гіпоксії на органному та клітинному рівнях, відомо, що кожна із стадій, які змінюються послідовно, залишаючи за собою відбитки у вигляді змін, порушень, відхилень від норми. Під час вмирання внаслідок механічної асфіксії такі зміни в організмі людини особливо помітні, що дає підставу стверджувати щодо безпосередньої причини смерті, тому вкрай важливо їх правильно визначити, інтерпретувати і розмежувати, особливо що стосується визначення видових і загальноасфіктичних ознак [2].

В експериментах багатьох дослідників встановлено, що при механічній асфіксії асфіктичний процес разом із низкою патофізіологічних порушень та їх клінічними проявами є доволі одноманітним і за своїм перебігом не дуже відрізняється залежно виду механічного чинника [3,4].

Внутрішні органи симптоми розвитку асфіксії витікають із загального розладу метаболізму, який складається зі змін газового й морфологічного складу крові, порушення окиснювально-відновних процесів і електrolітного балансу органів і тканин, розвитку ацидозу, зміни кількості фракції білка в сироватці крові тощо [5].

Так, на першій стадії асфіксії – інспіраторної задишки – накопичення оксиду вуглецю призводить до стану гіперкапнії, подразнення дихального центру, і, як наслідок, його надмірного збудження і гіперактивності, що призводить до збільшення частоти та глибини дихальних рухів. Гіпоксемія, що наростає, разом із гіперкапнією призводять до спазму артерійол з розвитком легеневої гіпертензії в малому колі кровообігу. Стимуляція дихального та судинно-рухового центрів від рецепторного впливу з дуги аорти та каротидного синусу є одним із компенсаторно-приспосувальних факторів на початкових стадіях вмирання. Недостатній вміст кисню в крові і тканинах органів призводить до розладу їх діяльності, а особливо страждає центральна нервова система, що проявляється в порушенні свідомості за типом оглушення [6].

Друга стадія асфіксії – важлива своїми прогресуючими проявами. Зменшення частоти серцевих скорочень призводить до зниження артеріального тиску і, як наслідок, втрати свідомості. Порушення хімізму в м'язах призводить до нападів судом, іноді навіть до розвитку опістотонуса. Саме під час другої стадії асфіксії частіше за все настає мимовільне випорожнення сечі та калу, а також сперми у чоловіків та цервікальної слизової пробки у жінок. Останні дві стадії асфіксії характеризуються згасанням всіх рефлексів та життєвих функцій, настає повна зупинка дихання, але слабка скорочувальна діяльність серця може зберігатися протягом десятків

хвилин [1,3,6].

Патологічні прояви асфіксії в організмі при різних видах механічних асфіксій схожі між собою та мають багато однотипних морфологічних ознак. Проте танатогенез при підвищенні має низку особливостей, зумовлених, у першу чергу, наявністю петлі на ший з її особливими характеристиками. Науковці з судової медицини сходяться на тому, що порівняно з іншими видами механічних асфіксій при странгуляції тривалість періодів асфіксії значно скорочується [2,7].

Завдяки низки експериментальних досліджень визначено, що матеріал, з якого виготовлена петля, та рівень її накладання разом із темпом затягування мають вирішальне значення і значно впливають на танатогенез, а також можуть кардинально змінювати морфологічну картину під час вмирання й змістити стадії асфіксії, а деякі з них можуть зовсім не відобразитись у патологічних змінах при судово-медичному дослідженні трупів [7,8].

Найважливішим у проявах асфіксії з її послідовними стадіями патофізіологічних порушень є те, що весь цей процес в умовах лабораторного експерименту займає лічені хвилини, тоді як кожний окремий випадок смерті внаслідок странгуляційної асфіксії складається з безлічі факторів, що змінюються та не піддаються прогнозуванню.

Механічне подразнення рецепторів ший петлею призводить до рефлекторних реакцій і запускає складний ланцюг танатогенезу, де існує вірогідність настання смерті в перші секунди затягування петлі, особливо при наявності супутніх хронічних захворювань серцево-судинної системи [3,5,8].

Странгуляційна асфіксія, безумовно, є механічною травмою, але вона різко вирізняється серед інших тим, що механічний чинник, а саме петля, діє на травмовану ділянку на протязі всього періоду вмирання, тим самим постійно подразнюючи рефлексогенні зони, посилюючи та обтяжуючи патологічні прояви в організмі [3].

Більшість вітчизняних та іноземних науковців приділяють велику увагу вивченню підвищення та його особливостей.

**Мета дослідження.** Проаналізувати стан експертного рівня дослідження і макроскопічної діагностики судово-медичними експертами трупів у випадках странгуляційної асфіксії секційними методами, виявлення видових і загальноасфіктичних ознак.

З метою встановлення рівня макроскопічної діагностики і дослідження у відділі судово-медичної експертизи трупів КЗОЗ Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ) трупів осіб, померлих внаслідок странгуляційної асфіксії, нами були відібрані і дослідженні 48 архівних «Висновків експерта».

**Матеріал і методи.** Проведено аналіз 48 «Висновків експерта», складених після проведення експертизи трупів осіб, померлих внаслідок странгуляційної асфіксії з архіву КЗОЗ ХОБСМЕ. Також нами проведений аналіз правильності заповнення архівних лікарських свідоцтв про смерть.

Вміст «Висновків експерта» досліджувався, у пер-

шу чергу, на відповідність їх складання «Правилам проведення судово-медичної експертизи (досліджень) трупів у бюро судово-медичної експертизи» за такими показниками:

- якість та повнота описування зовнішніх ушкоджень, розмірних параметрів;
- повнота внутрішнього дослідження;
- опис і відображення видових і загальноасфіктичних ознак;
- направлення на лабораторні методи дослідження;
- використання додаткових секційних методик;
- повнота та правильність складання підсумків.

Також під час аналізу використовувались методи математичної статистики за допомогою програми «Statistica».

**Результати дослідження та їх обговорення.** За роки досліджування трупів у випадках повішення, а також чисельних експериментів, що були проведені, сформувалися основні наукові гіпотези танатогенезу. Встановлені, вивчені, розмежовані, науково обґрунтовані видові та загальноасфіктичні ознаки, на яких ґрунтуються експертні підсумки щодо причини смерті, де найбільшу роль відіграє наявність петлі і странгуляційна борозна як морфологічний прояв її дії на шию.

З огляду на даний факт найбільш достовірною видовою ознакою є странгуляційна борозна, особливості морфологічних ознак якої залежать від багатьох факторів, що, у свою чергу, пояснюється одноманітним механізмом странгуляції. Так, на одиницю площі шкіри діє тиск певної, визначеної величини, який відрізняється на протязі борозни та змінюється з часом і втратою міцнісних властивостей шкіри [11].

Найчастіша локалізація для странгуляційної борозни при повішенні – у верхній третині шиї вище проекції щитоподібного хряща. Таке розташування борозни спостерігається при вертикальному або близькому до такого положенню тіла та при конструкції ковзаючої петлі («петлі-зашморгу») під час повішення. Розташування борозни в нижній та середній третинах шиї трапляється набагато рідше і зазвичай спостерігається при неповному повішенні, накладанні петлі у вигляді зашморгу, а також у тих випадках, коли низько накладеній петлі заважають зміщуватися пухлина чи зуб.

Характерним напрямком гілок борозни відносно довжинника шиї є косо-висхідний – спереду або збоку до заду та навпаки. Але також можуть траплятися і горизонтально розташовані борозни, що відбувається вкрай рідко при горизонтальному способі повішення.

Найбільше частіше трапляється незамкнений вид странгуляційних борозен, але бувають і замкнені, такий характер борозни не завжди свідчить про задушення. Взагалі, за рахунок законів фізики та механіки, петля, а разом із нею гілки борозни косо підіймаються до вузла або місця прикріплення петлі.

Зазвичай ширина борозни відповідає ширині знаряддя странгуляції, але така відповідність втрачається у випадках широких та м'яких петель, які майже не залишають слідів; а також у випадках тонких жорстких

петель, наприклад струни чи ліски, які при зануренні в глибину шкіри додатково її осаднюють та візуально збільшують ширину борозни, що може призвести до помилкових висновків.

Глибина борозни залежить не лише від матеріалу та конструкції петлі, а також і від способу її накладання та виду повішення, а також важливу роль відіграє маса тіла. Нерівномірна сила тиску, що діє на шию по довжині борозни, формує різну глибину та морфологічні особливості борозни. Отже, нерівномірно виражена странгуляційна борозна – це одна із найголовніших диференційних ознак, притаманних повішенню [1,2,3].

Циркулярно розташовані трупні плями на кистях, нижній третині передпліч і ногах також відносять до видових ознак, що пояснюється механізмом утворення трупних плям та особливостями розташування тіла після смерті.

Також при зовнішньому дослідженні достовірною видовою ознакою зажиттєвості странгуляції вважається анізокорія, яка виникає внаслідок надмірного тиску на ділянку симпатичного нерва.

До таких ознак також відносять наявність потьоків крові з носових ходів та зовнішніх слухових ходів, що пояснюється різким зростанням венозної кров'яного тиску та збільшенням проникливості судин внаслідок їх передавлення петлею.

Ще одною із важливих зовнішніх ознак є затиснення кінчика язика між зубів, що виникає внаслідок зміщення кореня язика до верху петлею. Важливим є встановлення крововиливів у товщі м'яза поблизу місць затиснення.

При повішенні окрім борозни на шкірі в тканинах та органах шиї встановлюються й інші морфологічні ознаки. У першу чергу, це м'язова странгуляційна борозна, білувата ущільнена смуга тиску на м'язах шиї, що відповідає розташуванню борозни на шкірі, поряд з якою трапляються дрібні смугасті крововиливи. У м'язах шиї існують морфологічні прояви і на віддаленні від місця странгуляції, які відомі як ознака Вальхера, яка характеризується крововиливами в місця прикріплення груднино-ключично-соскоподібних м'язів та поблизу них.

Надрив інтими загальної сонної артерії – одна з найважливіших ознак вперше описана французьким дослідником Амюса (1829), та в подальшому стала ототожнюватися з ним. Але найбільшої значущості ця ознака набуває у поєднанні з крововиливом в адвентицію артерії – ознака Мартіна. Утворення даної ознаки пояснюється двома механізмами, у першу чергу за рахунок здавлення петлею з подальшим розтягненням та дією гідравлічного удару на звужену ділянку артерії.

Встановлення крововиливів у регіональні лімфатичні вузли шиї також вважаються видовою ознакою зажиттєвого походження, але до цієї ознаки в науковців судових медиків ставлення є доволі суперечливим.

Переломи під'язикової кістки та хрящів гортані теж належать до видових ознак. Механізм їх утворення полягає в тому, що при повішенні під'язикова кістка та щито-під'язикові зв'язки притискаються до хребта

## Оригінальні дослідження

разом із натягом бічних зв'язок, що кріпляться до кінців під'язикової кістки. Різноманіття переломів залежить від виду і конструкції петлі, висоти її накладання та розташування вузла.

Крововиливи в міжхребцеві диски – ознака Сімона, трапляються лише на трупах повішених та за умов повного виду повішення, тому відсоток його виявлення значно менший порівняно з іншими. Такі крововиливи встановлюються в поперековому і нижніх частинах грудного відділів хребта, мають вигляд дуги чи серпа.

Внаслідок різкого підняття як венозного, так і артеріального тиску вище борозни разом із збільшенням проникливості судин можуть утворюватися крововиливи в ретробульбарну клітковину, відома як ознака Щербака. За таким же принципом утворюються й крововиливи в порожнину середнього вуха [2,3,5].

У нашому дослідженні в усіх випадках власне странгуляційні борозни описані доволі докладно, всі вони мали косо-висхідний характер спереду-назад із визначенням всіх розмірів. Визначено, що серед 48 странгуляційних борозен одиночні незамкнені були виявлені у 20 (41,7%); одиночні замкнені – у 22 (45,8%); подвійні незамкнені – у 5 (10,4%) та одна борозна (2,1%) – багато смугова (більше п'яти обертів навколо шиї). Поряд з цим, в одному «Висновку експерта» у дослідній частині описана борозна з добре вираженим проміжним валиком, таке ж описання наводиться і в підсумках, але попри це експерт визначив її як одиночну борозну.

Стосовно особливостей розташування трупних плям, тільки у 12 випадках (25%) вказано, що вони розташовувались циркулярно в нижній частині верхніх кінцівок та на нижніх кінцівках, в інших випадках їх розташування визначалось на задній та бічних поверхнях тіла.

Явище анізокорії виявлено лише в 5 випадках (10,4%). Потьоки крові з носових та зовнішніх слухових ходів жодного разу не визначені.

Затиснення кінчика язика між зубів визначалось у 24 випадках (50%), при цьому на розрізі в товщі його м'яза крововиливи не визначались.

При описі м'яких тканин шиї у 18 випадках (37,5%) встановлені смугасті крововиливи в товщу шкіри та підшкірної клітковини, але експерти не зазначили їх детальне розташування – у зоні над чи під борозною.

Ознака Вальхера була встановлена лише у трьох випадках (6,25%).

Окрім видових ознак, під час дослідження тіл померлих внаслідок странгуляційної асфіксії визначаються і загальноасфіктичні морфологічні ознаки, які поділяють на два типи: зовнішні та внутрішні.

До зовнішніх загальноасфіктичних ознак належать: інтенсивно забарвлені трупні плями; ціаноз обличчя і шиї; дрібновогнищеві та дрібнокрапкові крововиливи в сполучнотканинні оболонки очей, слизову ротової порожнини; сліди випорожнення сечі та калу, виділення сперми у чоловіків та слизової пробки (Крістеллера) у жінок.

До внутрішніх загальноасфіктичних ознак відносять: рідкий стан крові; венозне повнокров'я внутрішніх

органів; переповнення кров'ю правої половини серця і порожнистих вен; дрібнокрапкові крововиливи в серозні оболонки (плями Тард'є); гостру емфізему легень.

В усіх проаналізованих нами 48 «Висновках експертів» більшість загальноасфіктичних ознак була встановлена, окрім наявності крапкових крововиливів у слизову ротової порожнини; сліди випорожнення сечі та калу, виділення сперми у чоловіків та слизової пробки (Крістеллера) у жінок, які не відзначені жодного разу.

Установлення наявності странгуляційної борозни на трупі безумовно дозволяє судово-медичному експерту визначити безпосередню дію зовнішнього чинника, проте не дозволяє достеменно стверджувати про зажиттєве походження як самої странгуляції, так і власне асфіксії без проведення інструментальних та лабораторних методів дослідження [8,9,10].

Судово-медичними науковцями одностайно прийнятий той факт, що странгуляційна борозна виникає лише внаслідок дії механічного чинника на шкіру. Також, завдяки експериментальним дослідженням з підвішенням трупів, що були проведені І. А. Концевич (1968) і А. М. Гамбург (1973), відомо, що таке явище, як странгуляційна борозна виникає і на трупах [3,11].

Окрім того, затиснення кінчика язика також може настати й у трупа в ранньому постмортальному періоді, що пояснюється механізмом дії петлі та трупним заляканням, що розвивається в м'язах нижньої щелепи.

Установлено, що особливість розташування трупних плям, як видова ознака при проведенні судово-медичного дослідження трупа, трапляється менш ніж у третини випадків, що пояснюється тим, що в початковій своїй стадії (стаз, гіпостаз) після зміни положення тіла вони переміщуються [2].

Відповідно до сучасних вимог доказової медицини, при проведенні судово-медичних експертних досліджень трупів зі странгуляційною асфіксією спиратися лише на макроскопічні ознаки на сьогоднішній день недостатньо [7,8,9,10]. Проведений нами аналіз архівних даних з «Висновків експерта» наводять на думку, що більшість експертів ставляться до своїх обов'язків безвідповідально, не надають значення і різниці між такими поняттями, як видові ознаки странгуляції і загальноасфіктичні ознаки. При складанні підсумків експерти спираються лише на наявність странгуляційної борозни та загальноасфіктичні ознаки. У проаналізованих нами «Висновках експерта» деякі видові ознаки були безпідставно віднесені до категорії загальноасфіктичних проявів, а на деякі не зверталась увага чи вони зовсім не досліджувались.

Більшість судово-медичних експертів під час розтину не використовують розповсюджену для таких випадків методику розтину за Лешке, а виконують звичайний серединний розріз. При цьому розрізі існує велика вірогідність утворення артефактних проявів, затікання крові з дрібних судин, також складніше проводити пошарове дослідження [12].

Окрім аналізу вмісту «Висновків експерта» та формуванням підсумків, нами також був проведений аналіз

архівних записів «Лікарських свідоцтв про смерть» на відповідність їх заповнення відносно МКХ-10 [13], в яких містилися наступні варіанти причини смерті: «Тула травма ший», «Здавлення ший», «Удавлення в петлі» та кодувались за МКХ-10 кодом (Y.20); при цьому у «Висновку експерта» описувався випадок повішення, де в обставинах зазначено, що «знайдений родичами за місцем мешкання висячим у петлі». Також доволі часто трапляється і формулювання діагнозу як «Навмисне самоушкодження шляхом повішення» з кодом МКХ-10 (X.70). Слід зазначити, що згідно із законодавчою складовою, лікар судово-медичний експерт не уповноважений встановлювати рід смерті, це пов'язано з існуванням поняття «умисел», яке відноситься до вирішення питань права, які визначають слідчі органи.

**Висновки.** З приводу вищевикладеного нами пропонується наступне: насамперед більш відповідально ставитися до своїх професійних обов'язків, ретельніше досліджувати тіла померлих внаслідок странгуляційної асфіксії, з урахуванням особливостей випадків даного виду смерті, у підсумках «Висновку експерта» формувати свої докази, спираючись, що найменше, ніж як на основі трьох встановлених видових ознак странгуляційної асфіксії, крім борозни; правильно розмежовувати видові і загальноасфіктичні ознаки, не поєднуючи їх.

Необхідно використовувати наступний ланцюг побудови діагнозу в «Лікарському свідоцтві про смерть» у пункті 9: випадки ушкодження з невизначеним наміром – 7; у графах «а») писати – Механічна асфіксія, у пункті «б») Повішення, удушення та задушення, з невизначеним наміром; з відповідним кодуванням згідно з МКХ – 10. На нашу думку, саме такий варіант заповнення «Лікарського свідоцтва про смерть» є більш прийнятним.

**Перспективи подальших досліджень.** У подальшому нами буде проведено дослідження шматочків внутрішніх органів цих же випадків за допомогою імуногістохімічних маркерів. Спробуємо визначити діагностичні критерії странгуляційної асфіксії за комплексом морфологічних імуногістохімічних ознак та опрацювати діагностичний алгоритм для завдань судово-медичної експертної практики.

#### Список літератури

1. Дзяк ЛА, Клигуненко ОМ, редактор. Механічна асфіксія. Дніпро: ЛІРА; 2019. 188с.
2. Витер ВИ, Вавилов АЮ, Кунгурова ВВ, Бабушкіна ВА. Механическая асфиксия: судебно-медицинская диагностика и оценка. Ижевск: ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»; 2016. 89 с.
3. Молин ЮА. Судебно-медицинская экспертиза повешения. Санкт-Петербург: АНО ЛА «Профессионал»; 2014. 320 с.
4. Завальнюк АХ. Судова медицина (курс лекцій). Тернопіль: Укрмедкнига; 2006. 672 с.
5. Матышев АА, Витер ВИ, редактор. Судебно-медицинская экспертиза механической асфиксии: Руководство. Санкт-Петербург: Медицина; 1993. 219 с.
6. Ботезату ГА, Мутуй ГЛ. Асфиксия (несчастные случаи, казуистика, заболевания). Кишинев: ШТИИИЦА; 1983. 96 с.
7. Мережко ГВ. Три диагностических компонента странгуляционной асфиксии в результате повешения. Вопросы криминалистики, криминалистики и судебной экспертизы. 2016;2:157-61.

8. Богомолов ДВ, Збруева ЮВ, Семёнов ГГ, Денисова ГГ. Алгоритм установления прижизненности странгуляционной механической асфиксии. Судебная медицина. 2018;1:11-12.

9. Богомолов ДВ, Богомолова ИН. Перспективы использования методов иммуногистохимии для установления прижизненности и давности механических повреждений в судебно-медицинской практике. Судебно-медицинская экспертиза. 2014;5:35-39.

10. Богомолов ДВ, Богомолова ИН, Фетисов ВА, Киреева ВА. Судебно-медицинская диагностика давности повреждений мягких тканей и внутренних органов гистологическими методами: Методические рекомендации. Москва: РЦСМЭ; 2010. 22 с.

11. Концевич ИА. Судебно-медицинская диагностика странгуляций. Киев: Здоров'я; 1968. 154 с.

12. Молин ЮА, Андреев АА, Вонцов ГА. Морфологические артефакты в диагностике странгуляционной асфиксии. Судебная медицина. 2019;1:40-41.

13. Гармаш НВ, Карпелюк ВМ, редактор. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. У 3-х т. Київ: Здоров'я; 1998. 1(ч.2). 710 с.

#### References

1. Dziak LA, Klyhunencko OM, editors. Mekhanichna asfiksija [Mechanical asphyxia]. Dnipro: LIRA; 2019. 188 p. (in Ukrainian).
2. Viter VI, Vavilov AYU, Kungurova VV, Babushkina VA. Mekhanicheskaya asfiksija: sudebno-meditsinskaya diagnostika i otsenka [Mechanical asphyxia: forensic diagnosis and evaluation]. Izhevsk: GBOU VPO "Izhevskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya"; 2016. 89 p. (in Russian).
3. Molin YuA. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza povesheniya [Forensic examination of the hanging]. St. Petersburg: ANO LA «Professional»; 2014. 320 p. (in Russian).
4. Zaval'niuk AKh. Sudova medytsyna (kurs lektsii) [Forensic medicine (lecture course)]. Ternopil: Ukrmedknyha; 2006. 672 p. (in Ukrainian).
5. Matyshev AA, Viter VI, editors. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza mekhanicheskoy asfiksii [Forensic examination of mechanical asphyxia]. St. Petersburg: Meditsina; 1993. 219 p. (in Russian).
6. Botezatu GA, Mutoy GL. Asfiksija (neschastnye sluchai, kazuistika, zabolevaniya) [Asphyxia (accidents, casuistry, diseases)]. Kishinev: ShTIINTsA; 1983. 96 p. (in Russian).
7. Merezko GV. Tri diagnosticheskikh komponenta strangulyatsionnoy asfiksii v rezul'tate povesheniya [Three diagnostic components of hanging strangulation]. Voprosy kriminologii, kriminalistiki i sudebnoy ekspertizy. 2016;2:157-61. (in Russian).
8. Bogomolov DV, Zbrueva YuV, Semenov GG, Denisova GG. Algoritm ustanovleniya prizhiznennosti strangulyatsionnoy mekhanicheskoy asfiksii [Algorithm for establishing the lifetime of mechanical strangulation asphyxia]. Sudebnaya meditsina. 2018;1:11-12. (in Russian).
9. Bogomolov DV, Bogomolova IN. Perspektivy ispol'zovaniya metodov immunogistokhimii dlya ustanovleniya prizhiznennosti i davnosti mekhanicheskikh povrezhdeniy v sudebno-meditsinskoy praktike [Prospects for the use of immunohistochemistry methods to establish the lifetime and prescription of mechanical damage in forensic medical practice]. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza. 2014;5:35-9. (in Russian).
10. Bogomolov DV, Bogomolova IN, Fetisov VA, Kireeva VA. Sudebno-meditsinskaya diagnostika davnosti povrezhdeniy myagkikh tkaney i vnutrennikh organov gistologicheskimi metodami [Forensic diagnostics of the prescription of damage to soft tissues and internal organs by histological methods]. Moscow: RTsSME; 2010. 22 p. (in Russian).
11. Kontsevich IA. Sudebno-meditsinskaya diagnostika strangulyatsiy [Forensic diagnostics of strangulations]. Kiev: Zdorov'ia; 1968. 154 p. (in Ukrainian).
12. Molin YuA, Andreev AA, Vontsov GA. Morfologicheskie artefakty v diagnostike strangulyatsionnoy asfiksii [Morphological

## Оригінальні дослідження

---

artifacts in the diagnosis of strangulation asphyxia]. Sudebnaya meditsina. 2019;1:40-1. (in Russian).

13. Harmash NV, Karpeliuk VM, editors. Mizhnarodna statystychna klasyfikatsiia khvorob ta sporidnykh problem okhorony

zdorov'ia. Desiatyi perehliad [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth review]. In 3 vol. Kyiv: Zdorov'ia; 1998. 1(ch.2). 710 p. (in Ukrainian).

### **Відомості про автора**

Дудник Вадим Вікторович – аспірант кафедри судово-медичної експертизи, ХМАПО, м. Харків, Україна.

### **Сведения об авторе**

Дудник Вадим Викторович – аспирант кафедры судебно-медицинской экспертизы, ХМАПО, г. Харьков, Украина.

### **Information about the author**

Vadym Dudnyk – PhD student of the Department of Forensic Medicine Examination, KhMAPE, Kharkiv, Ukraine.

*Надійшла до редакції 11.05.2021*

*Рецензент — проф. Савка І.Г.*

*© В.В. Дудник, 2021*

---