



Рис. 1. Иностранное тело из оржавевшего металла (фрагмент острия клинка ножа) в чешуе левой височной кости с проникновением в полость черепа до 1,25 см.

Металл иностранного тела, по своей структуре и характеру, напоминает фрагмент острия клинка ножа. Твердая мозговая оболочка не напряжена, с костями черепа рыхло сращена, соответственно иностранному телу повреждена и плотно спаяна с ним. В проекции иностранного тела мягкие мозговые оболочки уплотнены, с желтовато-серым оттенком, вещество

мозга на глубину до 0,8 с желтовато-серым оттенком. Гистологически, в числе прочего, выявлен хронический лептоменингит.

**Давность** указанной выше находки может соответствовать не менее чем 1,5-2,5 лет и не находится в причинной связи с причиной наступления смерти.

## ОСОБЛИВОСТІ ОГЛЯДУ ЖИВОЇ ОСОБИ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ОБСТАВИН ЗАПОДІЯННЯ УШКОДЖЕНЬ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Михайленко О.В., Нікоян А.А.

Київське міське бюро судово-медичної експертизи

Встановлення факту наявності ушкодження на тілі потерпілого у практичній роботі не є проблематичним, однак, значно складнішим є підтвердження чи встановлення обставин, при яких була отримана травма. До таких випадків слід віднести випадки, коли досліджуються ушкодження на тілі людини через значний час після отримання травми, у випадках коли вогнепальне ушкодження змінене через первинну хірургічну обробку та у випадках коли ушкодження розташовується на голові людини. За таких умов, встановити наявність чи відсутність будь-яких факторів, що супроводжують постріл, майже неможливо. Ще більш неможливим, навіть для досить досвідчених експертів, стає вирішення питання про відстань пострілу.

У 2010 році нами було проведено експертизу з приводу отримання особою двох вогнепальних ушкодження голови. За словами гр. Л. поранення він отримав в результаті двох пострілів з макету револьверу системи «Наган», який було перероблено для стрільби самоспорядженими патронами. Вказана зброя була обладнана саморобним прибором, призначеним для зниження рівня звуку (глушником). В патронах у якості снаряду були послідовно розташовані два циліндри, що виготовлені із свинцю.

Огляд гр. Л. було проведено під час знаходження на стаціонарному лікуванні та після його закінчення. Була витребувана медична документація. При огляді

встановлено (мал. 1-5): в лобній ділянці справа розташовується подовженої форми рана, розмірами 5,5x0,3см, яка ушита шістьма хірургічними швами, шви спроможні. Кінці рани орієнтовані на позначки 2 та 8 годин умовного циферблату годинника. Краї рани нерівні, мають хвилястий вигляд, осаднені. Лівий кінець рани округлої форми, з діаметром закруглення біля 0,9см, шкіра в його ділянці зсаднена, а правий кінець наближається до загостреного. Рана вкрита сірувато-бурого кольору коринкою, яка підвищена над рівнем неушкодженої шкіри. В проекції правої виличної дуги розташовується округлої форми рана, діаметром 0,8 см, яка вкрита аналогічною коринкою. Від правого краю рани горизонтально відходить смугасте зсаднення шкіри, під бурого кольору коринкою, що відшаровується по периферії, розміром 0,6x0,2см. В проекції лівої виличної дуги розташовується вертикально подовженої форми, аналогічна рана, з заокругленими краями, розмірами 1,5x0,6см. М'які тканини правої щоки набрякли, від нижнього краю правої виличної дуги до підщелепної ділянки розташовується жовто-зелений синець, що займає всю щічну ділянку, розміром 7x8 см.

Під час надходження гр. Л. у лікувальний заклад йому було зроблено рентгенографію черепа та мультірізову спіральну комп'ютерну томографію, результати зазначених досліджень досліджувались та оцінювались при проведенні експертизи.

При судово-медичному обстеженні гр. Л. та вивченні медичної документації на його ім'я виявлені наступні ушкодження: а) дотичне вогнепальне кульове поранення лобної ділянки справа з ушкодженням зовнішньої пластинки луски лобної кістки, з наявністю множинних сторонніх тіл металевої щільності в м'яких тканинах лобної ділянки справа; б) наскрізне вогнепальне кульове поранення обличчя з вхідною вогнепальною кульовою раною, розташованою у правій виличній ділянці, навколо якої визначається синець (від нижнього краю правої виличної дуги до підщелепної ділянки), від якої у напрямку справа-наліво та дещо зверху-донизу відходить рановий канал з ушкодженням по його ходу м'яких тканин даної анатомічної ділянки, задніх та медіальних стінок обох верхньощелепних пазух, крилоподібного відростка справа, лемеша зі зміщенням відломків, виличної дуги зліва (кістки лицьового черепа), з наявністю множинних сторонніх тіл металевої щільності в шкірі лівої щічної ділянки, в ділянках жувальних м'язів, крило-піднебінних ямок, підскроневих ділянках, крилоподібної ямки справа, порожнині носу, хоани зліва, який закінчується вихідною вогнепальною кульовою раною, що розташована в проекції лівої виличної дуги. Зазначені ушкодження утворилися внаслідок двох пострілів з вогнепальної зброї.

Однак питання щодо дистанції пострілу були б не вирішеними, оскільки при хірургічній обробці ран у гр. Л. були знищені всі ознаки за якими можливо встановити дистанцію пострілу (кіптява пострілу, частки незгорілих порошників та інше) (мал. 14-16).

При дослідженні рентгеновського знімку черепа в прямій проекції на ім'я гр. Л., було встановлено (мал. 6-7), що в ділянці правої щоки (місце розташування вхідної вогнепальної кульової рани) у вигляді нерівномірно вираженого осипу окремих часток розташовуються множинні металевої щільності тіні, що мають вигляд «пилоподібних» включень, дрібних та помірних крапок. Відповідно до масштабування зображення правої очної ямки, ділянка розташування вказаних тіней, за своєю площею, була дещо більша за площу правої орбіти. Локалізація часток металевої щільності знаходилась в межах тіней м'яких тканин правої щічної ділянки – від зовнішнього краю та до середини. Більші розміри та більш виражена щільність розташування часток металевої щільності відмічалася в проекції центру всієї ділянки. Виявлення при рентгенологічному дослідженні, а також при КТ (мал. 8-9) вищезазначених елементів (тіні металевої щільності), їх топографія, характер та лінійні розміри, а також враховуючи наявність в даній ділянці вхідної вогнепальної кульової рани, вказує на те, що зазначені частки (тіні металевої щільності) є металом, по всій вірогідності - металом від кіптяви, який утворився в результаті пострілу. Тобто вогнепальне кульове поранення обличчя гр. Л. було спричинене пострілом в межах другої зони близької дистанції.

При дослідженні наданих результатів мультірізової спіральної томографії встановлено (мал. 10-13): - в м'яких тканинах лобної ділянки справа, що за своєю локалізацією відповідає розташуванню дотичного вогнепального кульового поранення лобної ділянки, розташовуються сторонні включення металевої щільності; на зовнішній кістковій пластинці (поверхня) луски лобної кістки справа, у вигляді смуги неправильно овальної форми розташовується ділянка деформації – ушкодження, верхній кінець якого має заокруглений, а нижній дещо стоншений вигляд; - в м'яких тканинах обличчя (права та ліва щічні ділянки), а також у жувальних м'язах, в підскроневих ділянках, в крило-піднебінних ямках, крилоподібній ямці справа, в порожнині носа, в хоані зліва розташовуються сторонні включення металевої щільності найбільшим розміром до 9 мм. Враховуючи локалізацію вище вказаних сторонніх включень металевої щільності та ушкодження на зовнішній кістковій платівці луски лобної кістки справа, а також враховуючи розташування дотичного вогнепального кульового поранення лобної ділянки та наскрізного вогнепального кульового поранення обличчя, слід вважати, що виявленні сторонні включення металевої щільності є частками металу кулі, який залишився в м'яких тканинах протягом ходу раневих каналів.

Таким чином, враховуючи результати огляду гр. Л., результати рентгенологічного дослідження та мультірізової спіральної комп'ютерної томографії, слід вважати, що: 1) напрямок руху вогнепального снаряду, від дії якого утворилось дотичне вогнепальне кульове поранення лобної ділянки справа був таким: зверху-донизу, зліва-направо та дещо спереду-назад (відповідно до нормального анатомічного положення голови); 2) напрямок руху вогнепального снаряду, від дії якого утворилось наскрізне вогнепальне кульове поранення обличчя, справа-наліво та дещо зверху-до низу (відповідно до нормального анатомічного положення голови). Отже, вище зазначені обставини надали можливість виявити невідповідність показів гр. Л. щодо дистанції пострілу в нього та обставин, при яких вказані ним постріли були проведені.

**За результатами дослідження** запропоновані практичні рекомендації:

1. Для встановлення та підтвердження факту спричинення вогнепального ушкодження особі, що закінчила курс лікування в стаціонарі, потрібно досліджувати не тільки описову частину променевих видів діагностики (рентгеновське, КТ, МСКТ та інш.), яка зазначена в медичних картах стаціонарних хворих, а й їх результати на плівках та цифрових носіях.

2. Дослідження результатів рентгеновського дослідження, КТ та МСКТ на плівках та цифрових носіях дає судово-медичному експерту можливість визначитись у характері та напрямку дії травмуючого предмету (снаряду), а також дає можливість встановити дистанцію пострілу та її приблизні лінійні значення.



Мал. 1. Зовнішній вигляд ран на голові гр. Л.



Мал. 2. Дотичне вогнепальне поранення в лобній ділянці



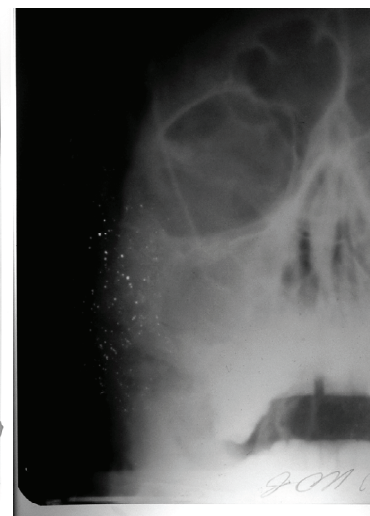
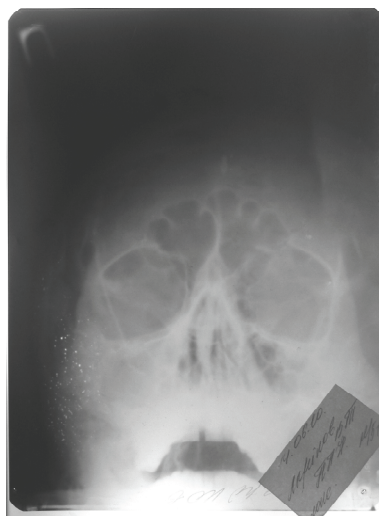
Мал. 3. Зовнішній вигляд ран у гр. Л.



Мал. 4. Вхідна вогнепальна рана у правій щічній ділянці



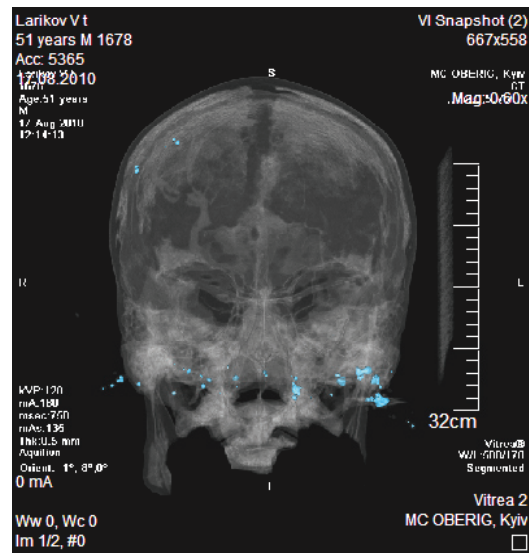
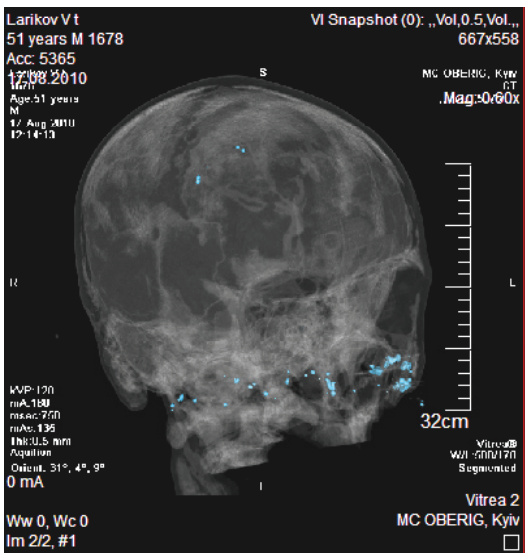
Мал. 5. Вихідна вогнепальна рана в лівій щічній ділянці



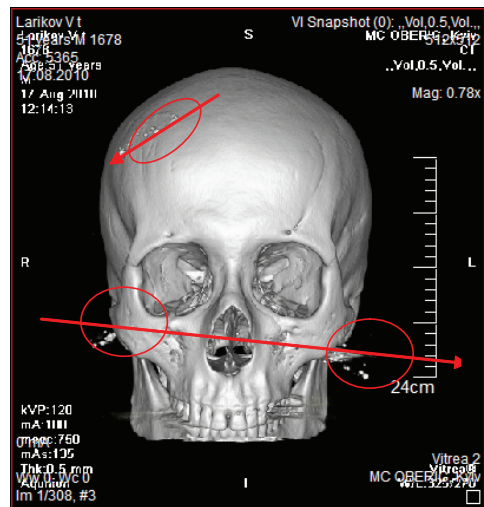
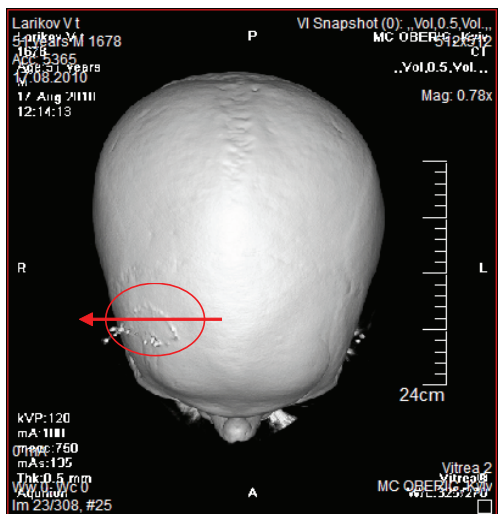
Мал. 6-7. Рентгенівський знімок черепа гр. Л. і збільшене зображення ділянки вхідної рани в правій щічній ділянці.



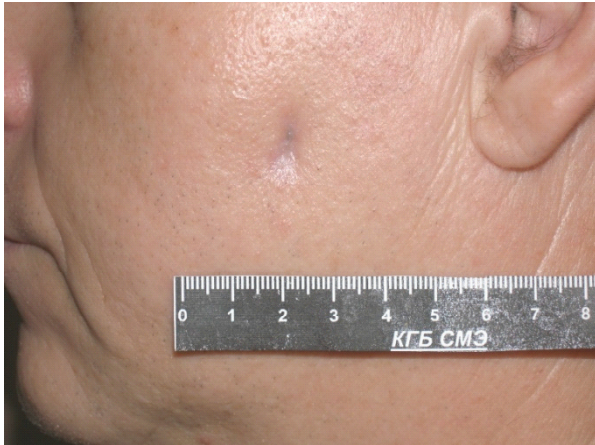
Мал. 8-9. Знімок комп'ютерної томографії та збільшене зображення ділянки включень металевої щільності



Мал. 10-11. Знімки мультізірзової спіральної комп'ютерної томографії в проекції напівоберту черепа та в прямій проекції черепа (блакитним кольором вказане розташування металу)



Мал. 12-13. Знімки мультізірзової спіральної комп'ютерної томографії, на яких череп зображено у вигляді зверху та в прямій проекції черепа (стрілками вказаний напрямок руху травмуючого предмета - кулі).



Мал. 14. Зовнішній вигляд рубця на лівій щоці.

Мал. 15. Вигляд рубця на правій щоці.



Мал. 16. Зовнішній вигляд рубця в лобній ділянці справа