

LEGAL AND LEGISLATIVE STUDY OF BIOLOGICAL OBJECTS BE WITHDRAWN FROM HUMAN CORPSE FOR SCIENTIFIC RESEARCH IN FORENSIC MEDICINE

Mishalov V. D., Hoholeva T. V., Yurchenko V. T., Voichenko V.V.

Abstract. Based on the analysis of changes in the new edition of the Criminal Procedural Code of Ukraine (2012) in combination with other applicable regulations, applicable to the forensics and legal status of the person who died, reasonable legal and legislative capabilities withdrawal (registration) parts of the body, organs and tissues, blood or other biological materials for scientific research in forensic medicine.

Key words: legal and legislative requirements, morphological studies, forensic medicine.

Правовое и законодательное обоснование порядка изъятия биологических объектов от трупа человека для научных исследований по анатомии, гистологии, цитологии

Мишалов В.Д., Хохолєва Т. В., Юрченко В.Т., Войченко В. В.

Резюме. На основе анализа изменений в новой редакции Уголовно-процессуального кодекса Украины (2012), в сочетании с другими действующими нормативными документами, касающимися деятельности судебно-медицинской экспертизы и правового статуса умершего человека, обоснованы юридические и законодательные возможности изъятия частей трупа, органов и тканей, крови или других биологических материалов для выполнения научных исследований по анатомии, гистологии, цитологии человека.

Ключевые слова: правовые и законодательные требования, морфологические исследования, судебная медицина.

УДК 616 – 001.4/6 – 036.88 – 079.6

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА СПРИЧИНЕННЯ ОСОБИ ФІЗИЧНОГО БОЛЮ

©А.Х. Завальнюк¹, І.О. Юхимець¹, О.Ф. Кравець¹, С.В. Трач Росоловська²

¹Тернопільське обласне бюро судово-медичної експертизи
²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Резюме: Узагальнені сучасні уявлення про фізичний біль, який супроводжує різноманітні насильницькі дії щодо особи. Зазначено, що визначити силу болю на сучасному рівні розвитку медико-біологічної науки неможливо. Надано рекомендації стосовно правильного складання підсумків у «висновку експерта» у випадках спричинення особі фізичного болю.

Ключові слова: побої, фізичний біль, головний біль, особливий біль, формування підсумків.

ВСТУП. Чинний Кримінальний кодекс України [6], зокрема ст. 126 «Побої та мордування», передбачає покарання за вчинення «насильницьких дій, які завдали фізичного болю і не спричинили тілесних ушкоджень». У диспозиції ст. 127 цього ж кодексу говориться про «заподіяння сильного фізичного болю». «Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» [11], затверджені наказом МОЗ України № 6 від 17.01.1995, роз'яснюють, зокрема: «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». А що він встановлює, як повинні бути сформульовані підсумки у разі заподіяння фізичного болю, хто його визначає, інші нормативні положення з цього приводу у методичних вказівках «Правил» не зазначені. Тому кожний експерт складає підсумковий документ на свій розсуд, що позначається на якості експертизи.

Мета: узагальнити ряд нейрофізіологічних відомостей про біль, звернути увагу експертів на правильне оформлення підсумків у висновку експерта при спричиненні особі фізичного болю.

Вважаємо за необхідне нагадати експертам сучасні нейрофізіологічні уявлення про біль. Біль (лат. dolor) – це неприємне, іноді нестерпне, гнітюче суб'єктивне відчуття, зумовлене сильним подразненням різними факторами зовнішнього чи внутрішнього середовища чутливих нервових закінчень, що містяться у тканинах і органах тварин і людини. Він викликає і мобілізує ряд різноманітних функціональних захисних реакцій. Це один із найбільш ранніх симптомів багатьох захворювань, уражень і станів.

Різноманітні зовнішні подразники поділяють на механічні, хімічні, теплові, електричні, осмотичні, світлові та ін. Вони передаються за допомогою різних форм енергії, напр., механічні – через механічні її форми, хімічні – іонами та молекулами, теплові – температурними факторами тощо [9]. Не фізіологічний, надпороговий вплив зазначених подразників на організм супроводжується фізичним болем. Але біль – це не тільки відчуття фізичного страждання, але й відчуття прикрасі, образи, великого смутку, туги, горя.

Трансформація енергії різних видів подразників у специфічну активність нервової системи відбувається за допомогою рецепторів, тобто – кінцевих спеціалізованих утворень. Чутливі клітини рецепторів мають високе вибіркоче сприйняття різних подразників. Відповідно до нього усі рецептори живих організмів поділяються на: механорецептори (що пристосовані до сприйняття механічної енергії подразливого стимулу; серед них розрізняють рецептори шкіри, серцево-судинної системи, внутрішніх органів, опорно-рухового апарату та акустико-латеральної системи); терморецептори (холодові та теплові); хеморецептори; фоторецептори; електрорецептори та больові або ноцицептивні рецептори. Больові відчуття можуть сприйматися також й іншими типами сенсорних утворень.

Больові подразнення, сприйняті екстеро- чи інтерорецепторами, через доцентрові шляхи передаються в кору головного мозку. Вона спроможна також пригнічувати, анулювати біль, перетворити відчуття болю у відчуття тепла.

Чіткого розуміння, що таке біль, до цього часу немає. Описати його об'єктивно чи передати словами не можна, адже немає його будь-яких ознак чи показників, крім мімічних зображень та стогону, які легко симулювати. І все ж за суб'єктивними даними у медицині розрізняють біль гострий і тупий, ріжучий і колькового характеру, пекучий, тиснучий, стріляючий і розпираючий, постійний і періодичний, локальний і розлитий, раптовий і зростаючий, слабкий, помірний і сильний, іррадіюючий і оперізуючий та інші.

Існує кілька відмінних одна від одної теорій походження болю. Проте жодна з них не в змозі пояснити різноманітність клінічних його проявів. Крім того, ці теорії не мають прямого експериментального підтвердження. Причиною виникнення болю вважають порушення метаболізму клітини та зміна рН середовища. Ці процеси виникають при прямих механічних, термічних чи токсичних впливах.

Більшість нейрофізіологів вважає, що біль є психофізіологічною категорією. На його особливості і силу впливає багато різноманітних факторів, адже больова чутливість не завжди однакова. Вона залежить від: 1) різного ступеня іннервації органа чи тканин; 2) індивідуальної чутливості, пов'язаної зі статтю, віком, силою волі, ступенем збудливості, страхом і навіть з національністю та географічним положенням. За певними спостереженнями чутливість до болю збільшується зі сходу на захід і з півночі на південь; 3) властивостей патологічного процесу чи травми (ураження). На відчуття болю впливають також емоції, пам'ять, увага, розваги, фізичний та психічний стан (напр., при мазохізмі біль є задоволенням).

Учені називають 30 факторів, що впливають на сприйняття людиною болю. Підлітки більш терплячі до болю і легше, ніж дорослі, до нього адаптуються. Люди похилого віку також відрізняються зниженою чутливістю до болю. Жінки легше переносять біль, ніж чоловіки. Очікування болю, втома, безсоння, холод роблять біль сильнішим. Зате тепло, сильні переживання (сумні чи радісні), алкогольне сп'яніння, особливо середнього або важкого ступеня, зменшують біль. У непритомному стані чутливість до болю відсутня.

Ю.Г. Шапошников [16] звертає увагу на те, що моменту поранення травмований може й не відчувати. Лише через деякий час по тому, коли з'являється кров, констатують поранення. Це відбувається тому, що в момент травмування виникає своєрідний параліч чутливих нервових закінчень, який триває відносно довго. Деякі поранені засвідчують, що вони спочатку відчували неначе тупий удар, який валить з ніг, а больові відчуття виникають дещо пізніше. Фізіологи [9] зазначають, зокрема, що у людини при кожному больовому впливі спочатку виникає відчуття дотикання – тиску, потім виникає відчуття первинного гострого болю, потім – вторинного «пекучого» болю. Вважають також, що при підвищеній збудливості нервової системи біль посилюється, однак сильне збудження кори головного мозку може призвести до несприйняття болю, особливо в момент раптового поранення, коли людина не бачила самого факту травми, її результатів (крові тощо). Наприклад:

1. Олена Г. із Сосніцького району Чернігівської області узимку 2012 року за допомогою дискової (циркулярної) пилки розпилювала колоди дерев на дрова і ненароком відрізала собі праву кисть, відчувши лише, як щось «укололо праву руку». Подумала, що якась тріска уколола через рукавицю. Олена хотіла продовжити роботу, але сусід, що був неподалік, закричав: «Лена! Ти ж руку собі відрізала!» І тільки побачивши кров, Олена відчула сильний біль і зомліла.

2. Мешканець районного центру Ровеньки, що на Луганищині, Володимир М., 53 років, 27 вересня 2012 року на подвір'ї свого господарства розпилював на циркулярці бруску для даху нової прибудови. За звичкою протягував руку до двигуна, щоб перевірити, чи він не перегрівся. Одна мить, і працююча пилка пройшлася по зап'ястку правої руки. Сталося повне відокремлення кисті, яка утримувалась лише на шкіряному клаптику шириною 1,5 см. М. розповідав згодом, що «при цьому мені практично не було боляче: неначе бджола вкусила. Повертаю голову і бачу, що кисть висить на шматку шкіри, а один із пальців валяється у тирсі...».

3. У червні 2014 року волонтерка із Полтавщини, 48-річна Ірина Б., на Луганщині потрапила у полон до сепаратистів. Після 3-місячного перебування у неволі, вона повернулась з відрізаним мізницею правої руки. «Це наді мною казаки знуцались, – розповідала вона. – У першу ж ніч відрізали. Ножницями. Усе швидко зробили. Боляче не було...» («Факты» № 181 від 08.10.14 р.).

4. На думку ортопеда-травматолога консультативно-діагностичного центру Подільського району м. Києва Г. Констанопуло, при переломах кісток людина не завжди відчуває гострий біль, усе залежить від больового порогу кожної конкретної особи. «Якось до мене на прийом прийшов пацієнт, який два місяці ходив з переломом в ділянці гомілково-стопного суглоба, – сповіщав фахівець. – При закритих переломах без зміщення може й не бути зовнішніх проявів травми, сильних болей». («Факты» № 15 від 30.01.15 р.).

Ученими вже велись пошуки методів об'єктивного визначення наявності та сили фізичного болю [15]. Наприклад, у 1967 р. Н. Noterman із Нідерландів розробив електронну систему для вимірювання інтенсивності болю, засновану на електричних імпульсах, що виникають у головному мозку після больового подразнення. У 1968 р. С. Shealy із співавторами запропонував концепцію ВАП (видовження аксона після імпульсу), яка стала основною для вимірювання сили болю. Проте дослідження проводились на кішках, і їхні результати перенести на людину виявилось неможливим. Такі стани, як відчуття фантомних болей, каузальгії, сумачія болей, запізнення їх у часі тощо, не можна пояснити анатомо-фізіологічними чи неврологічними схемами.

Больова чутливість не однакова у різних органах і тканинах. Найбільш чутливі шкіра, парієтальна очеревина і плевра, окістя, слизові оболонки, особливо статевих органів, мозкові оболонки, яєчка тощо. Малочутливі м'язи, кістки, речовина головного мозку, шлунок. Деякі види болю типові для певних захворювань: стріляючий, пронизуючий біль у ногу характерний для радикуліту; гострий раптовий біль у поперековій ділянці (люмбаго) виникає головним чином після піднімання вантажу чи невдалого руху тулубом; різкі болі, що виникають у ногах під час ходьби, властиві для судинних захворювань ніг; біль у потиличній ділянці, плечі, лопатці, який посилюється при рухах головою, руками, характерний для шийного радикуліту на ґрунті остеохондрозу; оперізуючий біль буває при грудному радикуліті, міжреберній невралгії, оперізуючому лишайі і т.п.

При проведенні експертиз по медичних документах (медичних картах амбулаторного чи стаціонарного хворого) експерти дуже часто стикаються із записами скарг пацієнтів на головний біль. Головний біль або цефалгія (від грец. *kephale* – голова і *algia* – біль) – один із найчастіших суб'єктивних симптомів різних захворювань та усіх форм закритої черепно-мозкової травми. Він виникає внаслідок подразнення нервових закінчень судин голови або мозкових оболонок. За статистикою головний біль відчували хоча б один раз у житті 98%, а час від часу страждає від нього 70% людей у всьому світі.

Більше 300 хвороб людини супроводжується головним болем, серед них понад 50 – при яких він ведучий, майже єдиний симптом (напр., при інсульті, що наближається). Пік головних болей збігається з піком найвищої працездатності – 25–45 років. Він має чітку залежність від рівня статевих гормонів: вперше дає про себе знати в період статевого дозрівання (13–14 років) і нерідко самостійно зникає після закінчення репродуктивного віку (50–55 років).

Відомо не менше 45 видів головного болю. Найчастіше виникає головний біль напруження, який періодично з'являється у 45% людей, найрідше – пучкові головні болі, якими страждає близько 1% населення. При судинних захворюваннях головний біль частіше буває пульсуючим, посилюється від втоми, вживання алкоголю, куріння, шуму тощо. Хворі на гіпертонічну хворобу нерідко відчувають важкість в голові та розпираючий біль у потиличній ділянці, що поширюється на маківку голови. Особливий приступоподібний головний біль при мігрені (або гемікранії), який концентрується в одній половині голови, як правило, спадкового походження. Головний біль часто виникає при остеохондрозі шийного відділу хребта, перенапруженні м'язів шиї внаслідок незручного положення голови під час роботи, нічного сну, при напруженні зору, глаукомі, невралгії потиличного нерва, енцефалії, менінгіті, запальних процесах у придатках носа, при черепно-мозкових травмах, супроводжує різні інфекційні хвороби, інтоксикації, отруєння, хвороби внутрішніх органів тощо. Найнебезпечніший вид – біль усередині голови, який характерний для новоутворень.

Тимчасовий і постійний головний біль може викликатись тривогою і занепокоєнням, утомою, гормональними розладами, атеросклерозом. До розвитку головного болю може призвести патологія опорно-рухового апарату. Орієнтовно 92–94% усіх головних болей відносяться до нейрогенних розладів, які відбуваються внаслідок патології ЦНС. Надлишкове приймання анальгетиків само по собі викликає головні болі, які дуже стійкі до традиційного лікування.

У процесі виконання судово-медичних експертиз по «лікарських справах» нерідко доводиться давати відповідь на запитання про вчасність хірургічного втручання у пацієнтів, які перебувають у стані травматичного (больового) шоку. Відсутність видимої реакції на біль, характерної для важкого шоку, створило у минулому уявлення про те, що пораненого у стані травматичного шоку можна й треба оперувати без знеболювання. У теперішній час доведено, що відсутність зовнішньої реакції на біль ще не означає, що потік больових імпульсів,

який триває, не посилює і без того важкий стан пораненого. А тому знеболення при травматичному шоківі повинно бути найбільш досконалим і забезпечувати невідкладне проведення показаного хірургічного втручання [16].

Особливості проведення судово-медичних експертиз живих осіб після їх побиття, бійки, сімейних конфліктів, інших ситуацій висвітлені у фахових посібниках неоднозначно. Наприклад, Б.В. Михайличенко [8] зазначає, зокрема, що «побої являють собою нанесення потерпілому множинних, принаймні, двох ударів. Під час судово-медичної експертизи на тілі потерпілої людини тілесних ушкоджень не виявляють. При цьому лише відмічають скарги потерпілої людини на сильний біль». Рекомендації для завершення експертизи відсутні.

Авторитетні фахівці в галузі судової медицини [1, 3, 4] підкреслюють, що побої не є ушкодженнями, а являють собою численні удари (від двох і більше), які можуть і не залишати після себе будь-яких видимих ознак ушкоджень. Тоді експерт після ретельного огляду потерпілої особи зазначає у своєму висновку, що об'єктивних ознак ушкоджень не виявлено, і цим обмежується [1]. Встановлення побиття у таких випадках належить до компетенції слідчого чи суду на підставі інших доказів у справі, якщо вони є. Так само трактує це питання і В.І. Акопов [2]. На жаль, не вносять завершальної ясності у це питання і чинні «Правила» [11].

М.М. Тагаєв [13] рекомендує експерту, якщо побої не залишають ушкоджень, відобразити у документі скарги потерпілого, відмітити чи заявляє він про біль при пальпації вказаних потерпілим болючих місць, і підкреслити відсутність видимих ушкоджень. Для виключення у названих потерпілим місцях ушкоджень необхідно нанести рідкі кристали¹, зміна кольору яких вкаже на наявність глибоких кровняків, або повторити експертизу через 3 – 5 днів, протягом яких можуть проявитись більш-менш глибоко розташовані крововиливи. Якщо зміни кольору рідких кристалів і проявлення крововиливів не відбудеться, то у зв'язку з відсутністю об'єктивних ознак ушкоджень ступінь тяжкості не визначається.

Лише М.В. Попов [10] у свій час зазначав, що відсутність видимих слідів побоїв не виключає можливості заподіяння насильства, наприклад, ударів м'якими предметами, які можуть спричинити біль.

Отже, на нашу думку, у наведених наукових джерелах відсутні рекомендації щодо якісного завершення судово-медичної експертизи та складання її підсумків у випадках відсутності на тілі обстежуваної особи тілесних ушкоджень після її побиття. А тому наші поради такі: судово-медичну експертизу потерпілої (чи іншої) особи проводити за звичайною методикою та правилами; з анамнезу з'ясувати, які ділянки тіла піддавались насильницьким діям – удару, стисненню, тертю, викручуванню, відтягуванню тощо; відмітити і зафіксувати скарги пацієнта. У розділі «Дослідна частина» після ретельного візуального дослідження, особливо огляду тих ділянок тіла, стосовно яких зі слів обстежуваної особи здійснювалось насилля, зазначити, що об'єктивних ознак тілесних ушкоджень, у ч.ч. в таких-то ділянках тіла, не виявлено. За можливості доцільно скористатись доречними і корисними рекомендаціями М.М. Тагаєва [13]. І за підписом судово-медичного експерта цей документ не повинен бути завершений. Необхідно також скласти підсумки, у яких зазначити: «Тілесних ушкоджень у таких-то ділянках тіла гр. Н. у даний час не виявлено. Якщо йому наносились удари (чи здійснювався інший вплив, вказати який зі слів пацієнта), то вони цього разу не залишили після себе тілесних ушкоджень, а тому належать до насильницьких дій, які завдали фізичного болю»[5]. Після цього – підпис експерта і відбиток печатки. Тільки у такому разі експертиза буде вважатись завершеною і цілком відповідати своєму призначенню, адже: 1) «висновок експерта» буде у повній мірі узгоджуватись із вимогами ст. 102 КПК України [7], а тому не може бути визнаним недопустимим доказом у справі; 2) такі підсумки експертизи сприяють правоохоронним органам і суду чітко орієнтуватись у складі злочину, зафіксованому у диспозиції ч. 1 ст. 126 КК України [6]; 3) результати експертизи засвідчують реальну допомогу судово-медичній галузі правоохоронним органам і суду у вирішенні ними юридичних питань, що вимагають медичних знань. Тобто, запропонований вище зміст підсумків у висновку експерта дає об'єктивний матеріал та цінні дані про наслідки пригоди. Слідчий, прокурор, суддя чи суд отримують усе, що їм потрібно, адже чим повніша експертиза, тим вона досконаліша та корисніша.

Словосполучення «особливий біль», яке фігурувало тривалий час у попередньому КК України, у теперішньому аналогічному кодексі (напр., у ст. 127) замінено на «сильний фізичний біль». Оскільки дати словесну, понятійну характеристику болю, як і запаху, не можна, то його доцільно лише порівнювати із відомим усім людям болем. Тому й розрізняють поболовання, легкий, помірний, середній, сильний і нестерпний біль. Останній може викликати больовий шок, який іноді закінчується смертю, наприклад, при просторих термічних опіках II – III ст. Інтенсивність болю не має медичних ознак чи критеріїв, а тому він по суті міг би визначатись органом досудового слідства чи судом (тобто – юристами).

Водночас загальновідомо, що більш сильний подразник викликає більш інтенсивне відчуття. Як правило, між інтенсивністю стимулу та частотою потенціалів дії, – як стверджують фізіологи [9], – існує пряма залежність, тобто відчуття збільшуються пропорційно ступеню інтенсивності подразнення, що знайшло своє відображення у законі Вебера-Фехнера. Деякі фізіологи вважають, що існують специфічні больові рецептори з власними не-

^{*} Рідкі кристали – рідини, наділені, як і кристали, анізотропією** властивостей, пов'язаною з упорядкуванням в орієнтації молекул. Вони знаходять різноманітне застосування в техніці (в температурних датчиках, індикаторних пристроях, модуляторах світла тощо) [12].

^{**} Анізотропія (від грец. *anisos* – неоднаковий і *trapos* – напрямку) – залежність властивостей фізичних об'єктів від напрямку. Вона характерна для теплових, оптичних та інших властивостей кристалів [12].

рвовими провідними шляхами. Однак більш правдоподібно видається зв'язок больових відчуттів з величиною подразників. Залежно від виду, локалізації і поширеності ушкоджень, судово-медичний експерт може висловитись щодо сили болю, проте обґрунтувати його об'єктивними відомостями він не в змозі.

М.М. Тагаєв, В.Д. Мішалов, В.В. Стеблюк та ін. [14] зазначають, що сильним фізичним болем супроводжуються такі насильницькі дії: удари по бокових поверхнях грудей, в зону печінки або нирок, де є масивна іннервація, в промежину (особливо в мошонку та яєчка); введення гумового кийка чи аналогічного предмету в пряму кишку (анус), голок під нігті; зв'язування особи у неприродному анатомічному положенні чи позі; утримання в позі «ластівки», у тому числі з вуздечкою; підвішування особи у будь-якому положенні чи позі; затиснення кінчиків пальців щипцями, у дверній щілині тощо; термічні опіки гарячими металевими предметами, тліючою цигаркою; застосування постійного чи перемінного струму запорогової сили та напруги; інші аналогічні дії.

Експерт може бути упевнений в істинності своїх висновків, якщо вони підтверджені практикою. Коли такого підтвердження немає внаслідок відносності критерію практики чи обмеженості наших знань на даному етапі розвитку науки, експерт не повинен давати категоричний висновок. Адже у житті буває і таке, наприклад:

У жовтні 2013 року, захищаючи свою бабцю та 9-річну сестричку від озброєних грабіжників, 19-річний Женя К. з Бородянського району Київської області, отримав 28 ножових та 5 кульових вогнепальних поранень і вижив... Близько 5 год ранку, коли всі спали, у приватний будинок проникли грабіжники. Сам Женя К. розповідав, що він прокинувся від якогось шуму і «раптом відчув, як до шиї доторкнулося щось холодне. Відкриваю очі – а це ...ніж. Наді мною стояли три чоловіки у чорних масках. «Гроші давай!» – крикнув один із них... Раптом помітив, що вся моя подушка і ліжко в крові. Доторкнувшись до шиї, зрозумів, що з неї тече кров. Але я при цьому зовсім нічого не відчував. «В будинку немає грошей!», - почав я говорити, встаючи з ліжка. У той момент я помітив у одного із бандитів пістолет. Інші тримали закривавлені ножі. Як і раніше, я зовсім не відчував болю. Тільки встаючи, прочув, як у ліжку «хлюпає» кров... Потім приїхали батьки. Вони весь час запитували, де болить. Я не знав, що їм відповісти, адже болю я не відчував...».

Отже, у теперішній час судово-медична експертиза внаслідок недосконалості медико-біологічної науки не може стверджувати про відчуття травмованим сильного фізичного болю при певних тілесних ушкодженнях, адже наші знання з цього приводу можуть і не відповідати дійсності.

ВИСНОВКИ.

1. Фізичний біль, виразного і зрозумілого поняття про який у сучасній нейрофізіологічній науці немає, незалежно від його походження не має медичних ознак чи показників, його не можна визначити об'єктивно або описати, хоча його відчувала кожна людина.

2. Незважаючи на спроби учених визначити інтенсивність (силу) фізичного болю, проблема залишається не вирішеною. З урахуванням властивостей ураження тіла людини, їх кількості, поширеності, локалізації, анатомо-фізіологічної будови та функції ушкоджених ділянок тіла, тканин чи органів, особливостей діючого фактора або знаряддя травми тощо, судово-медичний експерт може дати лише імовірний висновок про відчуття травмованим сильного фізичного болю або виключити його.

3. У випадку судово-медичного обстеження потерпілої від насильницьких дій особи та відсутності у неї об'єктивних ознак травми, експерт повинен скласти повноцінний за формою та змістом «висновок експерта», особливо підсумовуючу його частину, без якої документ може бути визнаний недопустимим доказом у справі.

4. Теоретична інформація щодо різноманітності болю може бути використана експертом для обґрунтування того, що біль після насильницьких дій (побиття, струсу головного мозку тощо) не обов'язково пов'язана з ними і часто буває іншого походження, адже «після того, ще не означає – внаслідок того».

Література

1. **Авдеев М.И.** Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. – М.: Медицина, 1968. – 376 с.
2. **Акопов В.И.** Судебная медицина в вопросах и ответах. – Ростов н/Дону: Феникс, 1998. – 448 с.
3. **Громов А.П.** Курс лекций по судебной медицине. – М.: Медицина, 1970. – 312 с.
4. **Громов А.П.** Судебно-медицинская экспертиза живых лиц при наличии повреждений// В кн.: Суд.-мед. травматология. – М.: Медицина, 1977. – С. 113 – 135.
5. **Завальнюк А.Х.** Судова медицина: Курс лекцій. – 2-е вид., перероб. і допов. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 672с.
6. **Кримінальний Кодекс України:** Офіційний текст. – К.: Юрінком Інтер, 2001. – 240 с.
7. **Кримінальний процесуальний кодекс України:** Офіційний текст. – К.: Видавець А.В. Паливода, 2012. – 326 с.
8. **Михайличенко Б.В.** Судова стоматологія: Підручник ... – К.: МП «Леся», 2004. – 352 с.
9. **Общий курс физиологии человека и животных.** В 2-х кн. Кн. 1 Физиология нервной, мышечной и сенсорной систем/Под ред. А.Д. Ноздрачева. – М.: Высш. шк., 1991. – 512 с.
10. **Попов Н.В.** Судебная медицина. – 3-е изд. – М.: Медгиз, 1950. – 444 с.
11. **Правила** судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. – К.: МОЗ України, 1995.

12. **Советский** энциклопедический словарь. – М.: Сов. энцикл., 1979. – 1600 с.
13. **Тагаев Н.Н.** Судебная медицина/Под ред. А.М. Бандурки. – Харьков: Факт, 2003. – 1253 с.
14. **Тагаєв М.М., Мішалов В.Д., Стеблюк В.В., Хижняк В.В., Моргун А.О.** Визначення понять і систематизація насильницьких дій, що вчиняються шляхом нанесення побоїв, заподіяння мордувань і катувань // Суд.-мед. експертиза, 2015. – № 1. – С. 8 – 19.
15. **Френк Уоррен.** Медицинская акупунктура/Перев. с англ. – К.: Вища школа, 1981. – 224 с.
16. **Шапошников Ю.Г.** Общие реакции организма на механическое повреждение//В кн.: Диагностика и лечение ранений/Под ред. Ю.Г. Шапошникова. – М.: Медицина, 1984. – С. 95 – 109.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПРИЧИНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКУ ФИЗИЧЕСКОЙ БОЛИ

А.Х. Завальнюк, И.А. Юхимец, А.Ф. Кравец, С.В. Трач Росоловская

Резюме: Обобщены современные представления о физической боли, которая сопровождает различные насильственные действия в отношении человека. Отмечено, что определить силу боли на современном уровне развития медико-биологической науки невозможно. Приведены рекомендации относительно правильного составления выводов в «заключении эксперта» в случаях причинения физической боли.

Ключевые слова: побои, физическая боль, головная боль, особенная боль, составление заключения.

FORENSIC-MEDICAL EVALUATION OF INFLICTION OF PHYSICAL PAIN TO THE PERSON

Zavalniuk A., Yukhymets I., Kravets O., Trach Rosolovska S.

Abstract: The article summarizes the modern conception about physical pain that accompanies various acts of violence against a person. It is indicated that determining of the pain intensity at the present level of development of biomedical science is impossible. The article gives advices on the correct formation of results of forensic-medical examination in cases of infliction of physical pain to the person.

Key Words: assault and battery, physical pain, headache, special pain, summarizing (formation of results of forensic-medical examination).

УДК 616 – 001.4/.6 – 036.88 – 079.6

НЕПРАВОМІРНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ МЕХАНІЗМУ ТРАВМИ ЛІКАРЕМ – СУДОВО-МЕДИЧНИМ ЕКСПЕРТОМ

©А. Х. Завальнюк, І. О. Юхимець, О. Ф. Кравець

Тернопільське обласне бюро судово-медичної експертизи

Резюме. Наведені у статті аналіз значень відповідних термінів («механізм травми», «спеціальні знання», «компетентність експерта»), вимоги чинного кримінального процесуального законодавства України щодо проведення експертиз, процесуальний статус судового експерта свідчать, що лікар – судово-медичний експерт, не маючи спеціальних знань, умінь і підготовки у галузі біомеханіки, як одного із розділів біофізики, не повноважний, не повинен і не має узагальненого права давати експертний висновок на немедичне запитання слідчого, прокурора чи суду про механізм виникнення ушкоджень у травмованої людини.

Ключові слова: судово-медична експертиза, механізм травми, спеціальні знання, компетентність експерта.

Велінням часу та нагальною потребою підвищення якості експертних висновків у галузі судово-медичної діяльності стали видозмінені українське кримінальне процесуальне законодавство, положення окремих статей КПК України [9], що стосуються проведення експертизи, а також принципи доказової медицини, які поширюються на всі її спеціальності. Зазначене наштовхнуло на думку про ступінь компетентності судово-медичного експерта у вирішенні певних питань, які ставлять йому слідчий, прокурор, слідчий суддя чи суд. Зокрема, мова піде про можливість обґрунтування певного механізму травми у судово-медичних висновках.

Років 35–40 тому у судово-медичних працях (наукових статтях, монографіях, посібниках) не вживався термін «механізм травми», повідомлялось про походження ушкоджень чи спосіб їх нанесення. Наприклад, С.Д. Кустанович [11], який був добре обізнаний в питаннях пошкоджень одягу та тіла людини, унікав висловлюватись про механізм травми, віддаючи перевагу словосполученню «походження ушкоджень», що цілком логічно.