

Асоціація Судових Медиків України

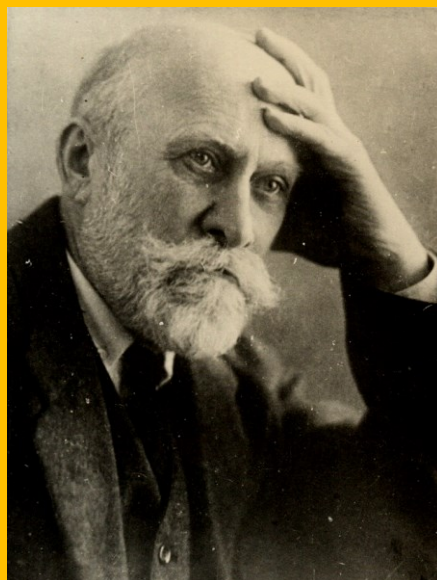
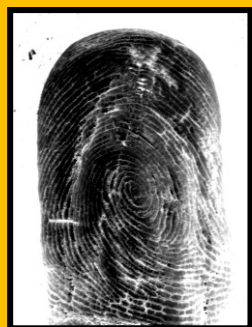


ЕПОНІМИ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ОЗНАК, ПРОБ, МЕТОДІВ, КЛАСИФІКАЦІЙ

Навчально-методичний посібник

Видання 3-тє перероблене

*для лікарів судово-медичних експертів, лікарів інтернів зі спеціальності
«Судово-медична експертиза, правоохоронців»*



Київ 2026

Асоціація Судових Медиків України



Мішалов В.Д., Войченко В.В., Козлов С.В., Сулоєв К.М., Дунаєв О.В.,

Алексін Т.Б.

ЕПОНІМИ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ОЗНАК, ПРОБ, МЕТОДІВ, КЛАСИФІКАЦІЙ

Навчально-методичний посібник

Видання 3-тє перероблене

*для лікарів судово-медичних експертів, лікарів інтернів зі спеціальності
«Судово-медична експертиза, правоохоронців»*

Київ 2026

УДК 61:340.6.001.4(072)
ББК 58 я 73
Е 68

Схвалено Президією Асоціації судових медиків України
(протокол №12 від 08 жовтня 2025 р.)
Рекомендовано до видання Міністерством освіти і науки України
(№ 1.4/18-Г-937 від 06 травня 2008 р.)
3-тє видання перероблене

А в т о р и:

Мішалов Володимир Дем'янович – завідувач відділення судово-медичної одонтології ДСУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», професор НУОЗ України імені П. Л. Шупика, д. мед. н., професор

Войченко Валерій Володимирович - Голова Асоціації судових медиків України, начальник ДСУ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи», к. мед. н., доцент

Козлов Сергій Володимирович – професор кафедри патологічної анатомії та судової медицини Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н, професор

Сулоєв Костянтин Миколайович – доцент кафедри патологічної анатомії та судової медицини Дніпровського державного медичного університету, к. мед. н., доцент

Дунаєв Олександр Віталійович - завідувач кафедри судової медицини та медичного правознавства Харківського медичного університету д. мед. н., професор

Алексін Геннадій Борисович - доцент кафедри патологічної анатомії та судової медицини Дніпровського ДМУ к. мед. н., доцент

Р е ц е н з е н т и:

Герасименко О.І. – завідувач кафедри судової медицини та основ права Донецького національного медичного університету імені М. Горького, д. мед. н., професор

Петрошак О.Ю. – завідувач відділу судово-медичних комісійних експертиз ДСУ «Київське обласне бюро судово-медичної експертизи», к. мед. н., доцент

Епоніми судово-медичних ознак, проб, методів, класифікацій: навч.-метод. посібник / В.Д. Мішалов, В.В. Войченко, С.В. Козлов, К.М. Сулоєв, О.В. Дунаєв, **Алексін Г.Б.** - Дніпро: Видавець «Біла К. О.», 2026. – 100 с.

У навчально-методичному посібнику представлені матеріали, складені у формі словника-довідника українською мовою. Вони висвітлюють прізвище автора, назву ознак, проб, методів, класифікацій, що використовуються у щоденній практиці судово-медичної експертизи.

Посібник призначений для широкого кола лікарів судово-медичних експертів, а також для практичних занять та самостійної позааудиторної підготовки (у тому числі й під час підготовки до складання ліцензійного іспиту «Крок 3») лікарів-інтернів, які навчаються зі спеціальності «Судово-медична експертиза», для студентів закладів вищої освіти, а також для правоохоронців.

ISBN 966-546-010-2

© В.Д. Мішалов, В.В. Войченко, Козлов С.В. і співав, 2026

З М І С Т

<i>ПЕРЕДМОВА</i>	4
<i>ЕПОНІМИ</i>	5
<i>ЛІТЕРАТУРА</i>	100

ПЕРЕДМОВА

Нерідко у своїй повсякденній роботі судово-медичні експерти користуються назвами ознак, проб, методів, класифікацій, які були запропоновані у різні часи видатними діячами з біології, судової медицини, нормальної та патологічної анатомії людини та інш. Вони у поодинокій формі зустрічаються у підручниках, навчальних посібниках з судової медицини та словниках-довідниках судово-медичних термінів різних видань.

З огляду на відсутність систематизації назв ознак, проб, методів, класифікацій, що найчастіше вживаються у практиці судово-медичної експертизи, з їх прив'язкою до автора (авторів), які власне їх вперше визначили, і був створений цей посібник.

Навчальне видання призначене для широкого кола лікарів судово-медичних експертів, для практичних занять та самостійної позааудиторної підготовки (у тому числі й під час підготовки до складання ліцензійного іспиту «Крок 3») лікарів-інтернів, які навчаються зі спеціальності «Судово-медична експертиза», для студентів закладів вищої освіти, а також для правоохоронців.

Е П О Н І М И

Абрикосова А.І. розтин м'яких тканин передньої поверхні тіла для здійснення доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини таза. Перший розтин здійснюється від лівого до правого плеча вздовж нижніх країв ключиць, другий – перетинаючи перший розтин, здійснюється від щитоподібного хряща до пупа, огинаючи його зліва; над лобком лінія розтину роздвоюється і переходить на передні поверхні стегон.

Автанділова Г.Г. розтини м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. Перший розтин — від щитоподібного хряща до мечовидного відростка, далі до середини пахової складки (або по краю ребрової дуги до середньо-ключичної лінії зліва, далі – вертикально вниз до середини пахової складки). Другий розтин — у вигляді дуги над яремною вирізкою 10-12 см; далі - від передньої пахової лінії зліва уздовж ребрових дуг до передньої пахової лінії справа.

Автанділова Г.Г. – Тюкова А.І. метод розтину серця і оцінки атеросклеротичних змін судин. При розтині перикарду відзначають стан його порожнини. Вимірюють довжину серця від основи аорти до верхівки, ширину і товщину (висоту) на рівні основи шлуночків. Одночасно візуально визначають форму серця. Для виявлення функціонального стану клапанів можна використовувати пробу Фагерланда. Серце розкривають «за напрямком руху крові», не перетинаючи вінцевих артерій. Верхівку відкидають догори так, щоб задня поверхня серця була звернена до прозектора. Проводять розтин правого передсердя, потім вводять браншу ножиць в порожнину правого шлуночка. Притиснувши браншу до

міжшлуночкової перетинки і сильно відхиливши другу браншу вправо, розтинають задню стінку правого шлуночка (до верхівки) по лінії, що йде уздовж добре помітної середньої вени серця і задньої повздожньої борозни, перетинаючи стінку шлуночка над міжшлуночковою перетинкою приблизно під кутом 45°. Потім серце повертають передньою поверхнею до себе і продовжують розтин по передній стінці правого шлуночка на 0,5 см лівіше за передню повздожню борозну і закінчують введенням бранші в легеневу артерію і розтином її. Після огляду правої половини серце знову повертають задньою поверхнею до себе. Розкривши ліве передсердя горизонтально по напрямленню до міжпередсердної перетинки, вводять браншу в порожнину лівого шлуночка і, щільно притискуючи до міжшлуночкової перетинки (нахиливши верхню браншу дещо вліво), розтинають задню стінку серця до верхівки точно по першому розтину, виконаного при розтині правого шлуночка. Після цього серце кладуть верхівкою до себе і продовжують розтин по його передній стінці точно по першому розтину, для чого верхню браншу нахилиють вліво. Розтин аорти продовжують через гирла безіменної і лівої загальної сонної артерій до першого розтину. Оглядають ліву половину серця і виділену міжшлуночкову перетинку. В'язці артерії можна розкривати поперечними розтинами через кожні 5 мм, після чого кожен сегмент розкривають поздовжньо. Проте, зручніше поздовжньо розкривати артерії від їх гирл тупокінцевими очними ножицями. Спочатку слід розкривати праву в'язцеву артерію. Гілку лівої в'язцевої артерії розкривають так само, вводячи браншу в її гирло, злегка відхилиючи браншу вліво, далі розкривають низхідну гілку на всьому протязі. Всі три відрізки можна відсепарувати і видалити разом з аортою, для чого її відсікають на рівні країв півмісяцевих клапанів. При розтині ві-

вінцевих артерій відзначають характер кровопостачання серця: переважно лівий, правий, середній, середньо-правий, середньо-лівий. Після розтину судин визначають атеросклеротичне ураження інтими. Після розтину серця відзначають стан сосочкових м'язів лівого шлуночка і трабекулярних м'язів правого шлуночка. Вимірюють товщину бічних стінок шлуночків на рівні середини відстані від клапанів до верхівки. Відзначають аневризми серця, дилатацію різних його відділів. Детально описують вигляд, форму і розміри інфаркту міокарду, характер розриву і тампонади. Відзначають локалізацію і ступінь вираженості фіброеластозу ендокарду. Зіставляють над клапанами і легеневої артерії, причому останній в нормі приблизно на 1 см є більшим периметру аорти, що має значення для оцінки нормального співвідношення кількості крові, що циркулює у великому і малому колах. Потім вимірюють тракти, що приносять і виносять кров із шлуночків. Довжину тракту, що приносить, визначають, вимірюючи відстань від фіброзного кільця мітрального клапана до верхівки лівого шлуночка і від фіброзного кільця трьохстулкового клапана до верхівки правого шлуночка. Тракт, що виносить, вимірюють від верхівки лівого або правого шлуночка до клапанів аорти або легеневої артерії. Зіставлення довжини вказаних трактів, з урахуванням форми порожнин шлуночків серця, дозволяє більш вірогідно судити про наявність тоногенної або міогенної дилатації відділів серця. Серце зважують після розтину і звільнення від крові та її згортків. Після дослідження за вказаною методикою, серце без вінцевих артерій звільняють від жиру і клапанів. Стінки шлуночків відсікають точно по вінцевих борознах, а міжшлуночкову перетинку — на рівні прикріплення клапанів. Ці відділи зважують окремо. На підставі отриманих даних, можна обчислити ряд показників, що відобра-

жають функціональний стан серця. Обчислюють «шлуночковий індекс», тобто відношення чистої маси правого шлуночка до маси лівого, «серцевий індекс» — відношення маси серця до загальної маси тіла (цей індекс не завжди достовірний). Середні показники у здорових дорослих людей: маса лівого шлуночку — 150 г, правого, — 70 г, процентний показник маси лівого шлуночка — 59, правого — 26, «шлуночковий індекс» — 0,4-0,6, «серцевий індекс» — 0,004-0,006. Якщо шлуночковий індекс більше 0,6 - є патологічні зміни, що характеризують гіпертрофію правого шлуночка, менше 0,4 — гіпертрофію лівого шлуночку. Запропонований у 1972 році.

Авцина А.П. метод забарвлення мієлінових утворень в ЦНС шляхом імпрегнації гістологічних зрізів головного мозку фосфорно-молібденовим сріблом.

Адлера (Adler) (бензидинова) попередня проба на кров. У кольорові попередні проби входять три інгредієнта: речовина, яка при окисленні змінює своє забарвлення, — індикатор (96% розчин бензидину в оцтовій кислоті або спирті); з'єднання, що легко віддає від себе кисень (перекис водню); речовина, що містить переносник кисню, — фермент (кров). У присутності крові, що містить фермент каталазу, розчин бензидину, окислюючись, змінює свій колір — з рожевого переходить в блакитний. Для реакції можна використовувати фільтрувальний папір.

Алговера індекс. Відношення частоти пульсу до систолічного тиску. Застосовується в клінічній практиці для визначення ступеня шоку. При шоці I ступеня — 0,6-0,8; II ступеня — 0,9-1,2; III ступеня — 1,3-1,4.

Аллюсна проба на збереження життя. Полягає в тому, що в око капають 5% розчин діоніну, і якщо є лімфоутворення, то око червоніє.

Амюсса ознака. Поперечні надриви внутрішньої оболонки сонних артерій, що виникають від розтягування при вільному висінні тіла в петлі. Ця ознака зустрічається від 2 до 18% випадків прижиттєвої странгуляції. Розриви і надриви зазвичай виникають на стороні, протилежній місцю розташування вузла, в ділянці біфуркації загальної сонної артерії, іноді нижче і вище за цей рівень. Описаний у 1825 році.

Артуса (Artus) ознака. набряк у місці ін'єкції чужорідного білка.

Аршавського І.А. класифікація внутрішньоутробної асфіксії, залежно від причин і умов її виникнення: 1) асфіксія токсичного характеру, переважно в період вагітності (еклампсія, токсикоз і ін.); 2) асфіксія в результаті родової травми; 3) асфіксія внаслідок аспірації слизу і навколоплідних вод у дихальні шляхи.

Арьева Т.Я. метод. Площа невеликих опіків може бути швидко обчислена за допомогою долоні, оскільки розкрита долоня з долонними поверхнями пальців дорослої людини складає 1-1,1% поверхонь тіла.

Асафьєвой Н.І. прискорений метод виявлення фіто- і псевдопланктону у внутрішніх органах. Він полягає в наступному: для дослідження беруть одну з нирок, не розтинаючи її. До виділення нирки накладають лігатуру біля її воріт, на сечоводи і судини, при цьому власна капсула не повинна ушкоджуватися. Потім нирку поміщають в чистий закритий посуд і направляють до лабораторії. Все подальші етапи дослідження вимагають дотримання особливої чистоти. З цією метою посуд, інструменти і досліджуваний об'єкт багато разів обмивають дистильованою водою. У лабораторії з нирки знімається капсула, орган обмивається струменем дистильованої води і подрібнюється. Роздрібнена маса всієї нирки у фар-

форовій чашці ставиться в розжарену муфельну піч на 4-5 годин. Через цей термін в чашці залишається невелика кількість білого залишку, до якого додають 5 мл розведення 1:2 соляної кислоти. Після розчинення залишку вміст чашки переливають у центрифужні пробірки. Чашка ополіскується 2-3 рази дистильованою водою. Об'єкт 4-5 разів центрифугується для видалення кислоти. Верхня частина рідини відділяється, а з декількох крапель, що залишилися на дні пробірки, готують препарати, які далі підлягають мікроскопії при звичайному освітленні (для виявлення діатомових водоростей) і в поляризованому світлі (для виявлення піщинок). Запропонований у 1958 році.

Атакишицева А.Р. ознака. Множинні крупновогнищеві крововиливи і різке повнокров'я у верхніх шийних симпатичних вузлах що виявляються при мікроскопічному дослідженні при підвищенні в петлі. Описаний у 1958 році.

Ашгейма З.-Цондека Б. (Ascheim S., Zondek B.) біологічна проба на вагітність. У 1927 році в сечі вагітних жінок, а потім і в їх крові автори відкрили хоріонічний гонадотропний гормон — пролан, який володіє загальними властивостями з гіпофізарним лютеїнізуючим гормоном і є його аналогом. Він викликає в яєчниках мишей дозрівання граафових фолікулів і крововилив у їх порожнини, видимі макроскопічно (червоні крапки). Реакція дає вірний результат у 98%. Всі запропоновані біологічні проби полягають у введенні сироваток крові або витяжок з плям крові (сечі) експериментальною твариною. Незрілим мишам (3-4 тижні) уприскують під шкіру сечу жінки. Позитивний результат реакції свідчить про наявність в досліджуваній крові хоріонічного гонадотропного гормону, а отже, про належність даної крові вагітній жінці. Не дивлячись на високу чутливість і специфічність, біологічні про-

би мають ряд недоліків. Проведення біологічних проб трудомістке, результати дослідження можуть бути отримані лише через 48-100 годин. У лабораторії необхідний віварій. На результати біологічних проб впливає коливання сезонної реактивності тварин, чутливість яких залежить від пори року, температури зовнішнього середовища, умов утримання. У зв'язку з викладеними вище причинами біологічні проби не отримали застосування в судовій медицині. Запропонована в 1927 році.

Ашшафенбурга синдром. Тимчасове гостре порушення психіки у формі афекту, розгубленості, іноді спостерігається у жінок під час пологів або безпосередньо після них. Має значення при експертизі дітовбивства або підозрі на нього.

Бакулєва С.Н. ознаки природного дихання новонародженого. Рівномірне відкриття альвеол, бронхів і бронхіол, порівняно тонкі міжальвеолярні перетинки, сплюснення респіраторного епітелію і туго натягнуті дугоподібні або кільцеподібні еластичні волокна, що виявляються при гістологічному дослідженні. Описані в 1944 році.

Балагана С.І. контактнo-дифузійний метод (метод кольорових відбитків) — один з об'єктивних методів дослідження, що широко застосовується в судово-медичній практиці для виявлення металів в зоні ушкоджень на тілі і пошкоджень одягу людини. Суть методу зводиться до розчинення металу на об'єкті дослідження в електродіті, переходу його на фотопапір за рахунок дифузії іонів і виявленню металу на папері чутливими якісними хімічними реакціями під дією реактивів — проявника. Метод простий, при його використанні не відбувається втрати або ушкодження речових доказів, він може застосовуватися в лабораторіях, в морзі, навіть на місці події. Виявлення слідів металу використовують для

встановлення факту дії на тіло або одяг металевих предметів і їх форми, визначення вхідного вогнепального отвору, відстані пострілу, для встановлення форми провідника струму і характеру металу, з якого він був виготовлений (при електротравмі) і т.д. Спочатку метод був запропонований як метод електрографії. Зараз він існує в декількох модифікаціях, його називають ще методом хроматографії. Запропонований в 1958 році.

Баларда (Balard San Pedro Anchochury) ознака смерті. Відсутність кровообігу шляхом реєстрації даних сфігмометра і осцилометра.

Бальтазара (Baltazard) проба на живонародженість. Плавальна проба проводиться в гіпертонічному сольовому розчині.

Барра-Бертрам (Barr, Bertram) тельця. Статевий хроматин, у вигляді круглих тілець діаметром 1 мкм, вперше був виявлений в ядрах нервових клітин самок кішок в 1949 році. Потім було встановлено, що статевий хроматин властивий ядрам клітин всіх ссавців і людини. За даними А.В. Капустіна (1969) статевий хроматин зустрічається у чоловіків в ядрах 0-14% клітин, а у жінок — 31-77% клітин. Особливо чіткими статевими відмінностями володіють брилки напівкруглої форми, які у чоловіків або не виявляються, або зустрічаються не більше, ніж в ядрах 4% клітин.

Барберіо-Чевідаллі проба. Мікрокристалічна реакція для попереднього визначення наявності сперми в плямі. До краплі витяжки з плями на предметне скло додають 1-2 краплі водного розчину пікринової кислоти. За наявності сперми в плямі утворюються голковидні і еліпсоїдні кристали жовтого кольору. Реакція не специфічна. Запропонована в 1905 році.

Барсеґянц Л.О. реакція (син. реакція фітагглютінації). Один з методів встановлення наявності сперми в плямі. Суть реакції в

тому, що картопляний сік аглютинуює еритроцити незалежно від їх групової належності, але найвиразніше реагує з еритроцитами групи 0. Присутність сперми перешкоджає настанню фітагглютинації. Компонентом картопляного соку, що діє, є аскорбінова кислота. Активним компонентом сперми, що блокує дію аскорбінової кислоти, в даній реакції, є тестостерон, який міститься в сперматозоїдах і в насінній рідині, а також їх лужне середовище. Реакція розроблена в 1965-1970 роках.

Бассарда А. (Bussard A.) метод електропреципітації або стрічного імунноелектрофореза. Цей метод є комбінацією реакції преципітації в гелі і електрофорезу. Відомо, що при електрофорезі від катода до анода рухаються більшість білкових фракцій, зокрема альбумін, а гамаглобулін залишається в ділянці старту або просувається дещо у бік катода. Таким чином, якщо в лунку, розташовану ближче до катода, помістити витяжку з плями крові, а в лунку розташовану ближче до анода, помістити преципітуючу сироватку, то при електрофорезі альбумін, що знаходиться у витяжці з плями крові, пересуватиметься до анода, а назустріч йому до катода рухатиметься гамаглобулін преципітуючої сироватки. Відомо, що антитіла, і зокрема преципітини, в основному містяться в гамаглобуліновій фракції сироватки. Преципітат же утворюється головним чином за рахунок альбуміну. Таким чином, компоненти, що створюють преципітат (при електрофорезі у вказаних умовах), просуватимуться назустріч один до одного і при зустрічі гомологічних антигену і антитіла утворюється преципітат. У електричному полі відбувається прискорення руху цих білків в гелі назустріч один до одного. Якщо при звичайній реакції в гелі білки просто дифундують і для утворення преципітату потрібна доба і навіть більше, то при електропреципітації в гелі цей термін обмежується

при певній методиці 20-30 хвилинами. Запропонований у 1959 році.

Бекляра ядра. Ядро окостеніння нижнього епіфіза стегна, що з'являється зазвичай на 10 місячному місяці, і має діаметр 0,5-0,6 мм. Описані у 1819 році.

Бейля-Амі спосіб спектрографії доказу наявності частинок металів навколо вхідного вогнепального отвору. Запропонований в 1928 році.

Беліна М. ознака дії холоду на організм. Цегляно - червоний колір оболонок і поверхні мозку. Описаний в 1872 році.

Белоглазова ознака (син. феномен «котячого ока»). Одна з ознак, що вказує на настання смерті, який полягає у тому, що при здавленні очного яблука по бокам зіниці набуває вигляду вузької вертикальної щілини, а при тиску зверху донизу — зіниці горизонтально подовжена. Спостерігається вже через 10-15 хвилин після настання смерті. При здавленні очного яблука у живої людини форма зіниці не змінюється.

Бентам (Bentham) англійський юрист, який в 1834 році ввів назву «деонтологія», як «вчення про спеціальні обов'язки, пов'язані з будь-якими соціальними або професійними нормами».

Бернарда В.Г. проба секрету з каналу шийки матки, застосовується при експертизі незайманості та статевих зносин, що мали місце, у осіб жіночої статі. Полягає в тому, що при гінекологічному дослідженні осіб, що випробували статеве відчуття або що займаються мастурбацією, з каналу шийки матки з'являються в значній кількості густуваті виділення молочного кольору з сіруватим відтінком. У жінок 30-35 років, що живуть статевим життям, ці виділення сіруватого кольору, водянисті. У дівчат, що не займалися мастурбацією і не знайомі зі статевими відчуттями, слиз з

каналу шийки при гінекологічному дослідженні зазвичай не виділяється. Запропонована в 1940 році.

Бернхейма П.-Вейла Е.-Брогарда Р. (Bernheim P., Weil E., Brogard H.) реакція доказу присутності гемоглобіну за допомогою гаптоглобіна. Реакцію проводять в пробірках. У першу і другу пробірки поміщають витяжку з досліджуваної плями. У другу пробірку додають гаптоглобін. У третій пробірці міститься тільки розчин гаптоглобіна. Далі у всі пробірки додають однакову кількість реактиву, що містить бензидин і перекис водню. Якщо в досліджуваній плямі є кров, то розчин в першій пробірці забарвлюється відносно слабо. У другій пробірці матиме місце виразніше забарвлення в блакитний колір, а вміст третьої пробірки залишається незабарвленим. Різниця в забарвленні пояснюється тим, що комплекс гаптоглобін-гемоглобін, який міститься в другій пробірці, володіє каталітичною дією, що і приводить до інтенсивнішого забарвлення цього комплексу, чим забарвлення одного гемоглобіну (у першій пробірці). Запропонована в 1964 році.

Бертільона А. (Bertillon A.) система (син. бертільонаж) ідентифікації особи. Заснована на антропометрії, словесному портреті, і особливих прикметах людини. Запропонована в 1881 році.

Бертольда спосіб обчислення дати пологів. У жінки з правильним менструальним циклом пологи наступають в той термін, коли яєчник готується до менструації, що повертається в 10-й раз. Цей час знаходять, умножаючи на 10 правильний менструальний період і віднімаючи з цього числа 12; тому жінка, у якої менструації з'являються кожні 28 днів, повинна мати пологи на 268-й день після дня закінчення останньої менструації.

Бертрана реакція отримання кристалів геміну. Реактив: кристалічний хлористий магній — 1 г, дистильована вода — 1 г,

гліцерин 30% — 5 г і крижана оцтова кислота — 20 г (сіль магнію розчиняється у дистильованій воді, потім додають гліцерин і оцтову кислоту). Краплю реактиву додають до сухого залишку випарованого розчину досліджуваної речовини або до кірочки його на предметному склі і суміш закривають покривним склом. Препарат нагрівають на слабкому полум'ї протягом декількох секунд. Якщо кров має велику давність або міститься у малій кількості, час нагрівання дещо збільшують. При мікроскопічному дослідженні виявляються у великій кількості кристали геміну. Реакція дуже чутлива. З її допомогою можна відкрити 0,0005 міліграм крові. Кип'ятіння крові і змішення її з іржею не перешкоджають отриманню кристалів. У крові, що загнила, вони не утворюються. Запропонована в 1931 році.

Беца метод обчислення зросту людини по довжині окремих кісток (всього розрахований відсоток для 65 кісток). Довжину досліджуваної кістки треба помножити на 100 і розділити на цифру у відсотках, що показує довжину скелета. Щоб обчислити зріст людини потрібно до довжини скелета додати 5 см; наприклад, довжина плечової кістки 33 см, множимо на 100 і ділимо на 19,8, отримуємо: $(33 \times 100) / 19,8 = 166,7$ см. Зріст (або ріст) людини: $166,7 + 5 = 171,7$ см.

Досліджувана кістка	Відсоток зростання скелета
Висота голови	12,1
Ширина черепа	8,5
Довжина груднини	10,9
Довжина ключиці	8,8
Довжина плечової кістки	19,8
Довжина ліктьової кістки	16,3
Довжина променевої кістки	15,1
Довжина стегнової кістки	27,8
Довжина великогомілкової кістки	22,1
Довжина малогомілкової кістки	22,0

Бінда (Bind) проба на фосфор. Невеликий шматочок або крапля (блювотні або калові маси, сеча, кров, подрібнені внутрішні органи) досліджуваної речовини поміщається на підігріте предметне скло і розглядається під мікроскопом в темноті. За наявності фосфору в полі зору видно частинки, що світяться.

Блосфельда ознаки дії холоду на організм. «Морозне» почервоніння, садно на обличчі і кінцівках, м'яка шкіра, запалі очі, розм'якшення рогівок, зморшкуватість мошонки. Описані у 1860 році.

Бойдена С. (Boyden S.) реакція пасивної аглютинації. У 1951 році автор відзначив здатність еритроцитів, оброблених заздалегідь розчином таніну, фіксувати на своїй поверхні деякі білки. Впливаючи на такі еритроцити антитілом по відношенню до білка, що знаходяться на поверхні еритроцитів, можна викликати їх «пасивну» аглютинацію. Дукос (Ducos J.) в 1956 році запропонував скористатися феноменом, відкритим Бойденом, для визначення видової належності крові. З досліджуваної плями готують витяжку, яку інкубують з еритроцитами, обробленими таніном. До цих еритроцитів додають різні сироватки, що приципітують білки людини і тварин, і визначають за появою реакції пасивної аглютинації, якій тварині належить кров у плямі.

Бокаріуса М.С. класифікація тупих твердих предметів: 1) предмети з широкими площинними поверхнями, дотичними до тіла лише частково; 2) предмети з поверхнею, що має лінійний дотик (між гранями, що сходяться); 3) предмети з невеликою ударяючою поверхнею, яка може повністю відобразитися в ушкодженні. Запропонована у 1930 році.

Бокаріуса М.С. ознака. Мікроскопічна діагностика прижиттєвого походження странгуляційної борозни. В ділянці прижиттє-

вої странгуляційної борозни має місце активна гіперемія шкіри і крововиливи, що розташовані у нижньому краї борозни. Межі крововиливів нерізкі, еритроцити далеко проникають у міжтканинні щілини, з боку клітин мальпігієвого шару спостерігається картина реакції на прижиттєве подразнення.

Бон Іоган. Автор твору «Medicina forensis specimen», що вийшов у 1690 році в Лейпцігу. Запропонована назва судово-медичної науки «судова медицина» було прийнято у більшості країн Європи.

Бреслау Б. (Breslau B.) Проба на живонародженість. Заснована на явищі заковтування повітря і проникнення його в травний канал немовляти одночасно з початком дихальних рухів. Для виконання проби перев'язують шлунок біля входу і виходу, а також петлі кишківника, де передбачається наявність повітря. Потім шлунок і кишківник витягують з трупа і занурюють в судину з чистою водою. За наявності повітря органи плавають. Шлунок і кишківник проколюють у воді, спостерігаючи, чи з'являться бульбашки. Вважається, що тонкий кишківник заповнюється повітрям впродовж перших 6 годин життя, на 12-у годину життя заповнюється і товстий кишечник. При розвитку гниття проба не достовірна. Проба запропонована німецьким акушером-гінекологом в 1862 році

Бронштейна Е.З. ознака. Крововилив у порожнину клиновидної пазухи черепа. Спостерігається при травмах черепа і інших ділянок тіла. Описаний у 1958 році.

Бруарделя П. ознака. Екхімози в клітковині позаглоткового простору і рясні крововиливи в задню стінку глотки. Спостерігається при смерті від странгуляційної асфіксії.

Брюша метод бальзамування трупа, при якому просякнення тканин консервуючим розчином проводиться за допомогою спеціальних голок, канюль і шприців через природні канали організму (носові ходи, сечовипускний канал) без додаткових розтинів шкіри.

Бурмана формула визначення давності смерті (ДС) в годинах по охолодженню трупа:

$$ДС = \frac{36,9 - T}{0,889} \text{ де,}$$

36,9 — звичайна температура тіла; T — температура трупа на момент дослідження в прямій кишці; 0,889 — коефіцієнт (середнє падіння температури тіла за годину). Запропонована в 1861 році.

Бушу-Хаберди А. (Bush, Haberda A.) проба на живонарожденість. При розгляді поверхні легень за допомогою лупи під плеврою в альвеолах добре видно бульбашки повітря у вигляді блискучих сріблястих білувато-сірих ділянок, якщо дитина дихала.

Буальського І.В.-Флексига П.Є. (Flechsig P.E.) спосіб розтину головного мозку. Мозок укладають на середину препарувального столика основою донизу; його лобні долі повинні бути повернуті праворуч від експерта. Лівою рукою охоплюють півкулі і таким чином фіксують мозок, а правою, в якій знаходиться великий анатомічний або спеціальний мозковий ніж, проводять розтин через обидві півкулі одночасно. Розтинати починають на відстані близько 2 см над підставою лобних часток у напрямку до скроневих. Тут розтин повинен пройти так, щоб не пошкодити мозочок. У зв'язку з цим, на межі між скроневими і потиличними частками декілька змінюють напрям ножа: його вістря злегка підводять з таким розрахунком, щоб розтин пройшов дещо вище за мозочок, не зачіпаючи останній. При розтинанні мозку ніж слід змочити і

вести плавно, щоб кінець його приблизно впродовж 1 см вистояв назовні. Оглядають поверхню розтину головного мозку, визначають співвідношення між білою і сірою речовиною, структуру підкіркових вузлів, колір мозкової речовини, ступінь кровонаповнення, вологості, стан мозкових шлуночків, консистенцію тканини. У цих ділянках мозку можуть бути крововиливи, розм'якшення, пухлини, набряк, водянка і інші зміни. Для розтину IV шлуночку підводять мозочок лівою рукою черв'яком догори, так, щоб весь він лежав на долоні, а сполучена з ним частина головного мозку знаходилася на столі. Великим ампутаційним ножом обережно проводять розтин по черв'яку, прагнучи не пошкодити дно IV шлуночка. Розкривши ромбоподібну ямку, описують її вигляд, кровонаповнення, колір, епендімальну оболонку, а також крововиливи, якщо вони є. Потім розтинають півкулі мозочка: спочатку розтин проводять по «дереву життя» через всю півкулю з кожного боку, а потім кожному з півкуль мозочка розтинають на декілька перпендикулярних пластинок. Далі розтинають міст мозку і довгастих мозок на декілька паралельних пластинок, перпендикулярних осі головного мозку.

Бистрова С.С. «нафтова проба» для визначення прижиттєвого попадання у воду. Визначення присутності нафтопродуктів у вмісті і на слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту при утопленні проводиться люмінесцентним методом, шляхом візуальної оцінки їх характерної яскравої флюоресценції в ультрафіолетових променях. Для спостереження люмінесценції використовується переносна ртутно-кварцова лампа з пальником ПРК-4, забезпечена софітом з шторною діафрагмою і світлофільтром УФС-3, а також установка, що складається з люмінесцентного освітлювача ОЇ-18 і стереомікроскопа МБС-2, забезпеченого перехідним тубусом

для кріплення фотокамери і утримувачем «замикаючих» світлофільтрів. Визначення присутності нафтопродуктів в тканинах внутрішніх органів проводиться за допомогою люмінесцентного мікроскопа типу МЛ-2 в товстих зрізах (20-40 мікрон), залитих полівініловим спиртом. Запропонована в 1975 році.

Вальхера К. ознака. Темно-червоні крововиливи в місці прикріплення до груднини груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Вони спостерігаються частіше на трупах огрядних людей при вільному висінні тіла, як результат розтягування і розривів м'язових волокон. Зустрічається у 3-8% повішень.

Ван-Гизон (van-Gison) спосіб забарвлення гістологічних препаратів. Зріз поміщають в гематоксилін Вейгерта; звідси на 5 хвилин у водопровідну воду і на 2 хвилини в розчин ван-Гизон (1% водний розчин кислого фуксину і насиченої пікринової кислоти); потім, протягом 1 хвилини миють у воді, зневоднюють в 95° спирті, просвітлюють спочатку в карболовій кислоті, потім в ксилолі і, на решті, укладають в канадський бальзам.

Веймана В. (W. Weimann) гістологічні ознаки електромітки—порожнечі (соти Шрідде, виникають переважно в тих ділянках, що мають велику товщину) рогового шару епідермісу, обгорання епідермісу, витягування клітин шиповидного (мальпігієвого) шару у вигляді щіток, відшаровування епідермісу від власне шкіри, схожість з вогнепальним пораненням, різка гіперемія судин з крововиливами. Описані в 1927 році.

Вейніга-Шейнера метод визначення давності утворення плям крові по ширині смуги хлоридів, які дифундують з плями, — спочатку на її периферію, а потім — за її межі. Чим старіше пляма, тим ширше смуга. Для того, щоб смуга була постійно видима, предмет-носій занурюють в 1%-ний розчин азотнокислого срібла.

Давність походження кров'яної плями встановлюють, порівнюючи ширину утвореної смуги з еталонами. Запропонований в 1954 році.

Вента-Вредена (Wentd, Wreden) проба (вушна проба). Заснована на явищі надходження повітря в слухову трубу і барабанну порожнину при перших дихальних рухах. Наявність в порожнині середнього вуха слизу за відсутності повітря вважається доказом мертвонародження. За спостереженнями Вредена (1868 р.), зародкова слизиста оболонка барабанної порожнини «після енергійного дихання» представляє, вже через 12 годин помітний, а через добу повний зворотний розвиток. Якщо не було дихання, то, по Венту (1873 р.), в барабанній порожнині знаходяться складові частини середовища, що оточувала дитину на даний час.

Віксніна Ю.С.- Покровського Є.Н. ознака пострілу в притул. При локалізації вхідного вогнепального отвору у відповідних ділянках, в каналі ствола виявляють волосся. Описаний в 1962 році.

Виноградова І.В. феномен. При пострілах з дальньої дистанції (коли немає дії супутніх компонентів пострілу) іноді навколо вхідної рани спостерігаються відкладення кіптяви. Цей факт пояснюється таким чином. Під час польоту кулі попереду неї утворюється ділянка стиснутого повітря, а за кулею — ділянка розрядженого повітря, закульний простір, в якому летить невелика кількість кіптяви. При проходженні кулі через першу перешкоду балістичні хвилі руйнуються, а кіптява, що знаходиться в закульному просторі, відкладається на другій перешкоді навколо вхідного отвору у вигляді променів, що розходяться. Для його визначення необхідні такі умови: 1) наявність двох мішеней (два шари одягу, одяг і шкіра); 2) відстань між мішенями повинна бути від 1 до 5

см; 3) швидкість польоту кулі повинна бути не менше 500 м/сек. Феномен Виноградова зустрічається рідко. Описаний в 1952 році.

Вірхова Р. метод дослідження трупа. Передбачає витягання кожного внутрішнього органу окремо з подальшим його дослідженням розтинами.

Вірхова Р. ніж реберний. Має вигляд великого, з товстою спинкою скальпеля, у якого клинок утворює значну кривизну, виражену сильніше у напрямку до кінця.

Вірхова Р. ніж мозковий. Має двосічне лезо у вигляді тонкої пластинки закругленої на кінці.

Вірхова Р. реактив (33% КОН) для відновлення первинного виду еритроцитів в усохлій крові. Брилу усохлої крові кладуть на предметне скло, обережно її роздрібнюють і накривають покривним склом. Додають під покривне скло краплю 32-33% розчину КОН так, щоб вона заповнила простір між покривним і предметним склом. Розглядаючи тільки що приготовлений препарат, можна побачити червоно-бурі, червоні, темно-червоні брилки — конгломерат усохлих кров'яних тілець. Через 3, 5, 10, а іноді і більше хвилин, залежно від давності плями, можна відмітити набухання їх, прояснення меж між ними і відділення деяких елементів від брилок і один від одного. Набухання походить від того, що водний розчин шляхом осмосу проникає в еритроцит і доводить його розмір до нормального. З погляду фізико-колоїдної теорії цей процес можна представити таким чином: білки у присутності луку абсорбують воду і, таким чином, набухання еритроцитів — можна розглядати, як їх «набряк».

Вірхова Р. спосіб розтину головного мозку. Мозок розміщується на мілкій тарілці, блюді або столику, півкулями догори. Останні злегка розсовують пальцями лівої руки. На внутрішній

поверхні якої-небудь півкулі, приблизно, на 1 см вище за мозолисте тіло і паралельно його краю, невеликим ножом, поставленим побічно, з ухилом до середини, проводять неглибокий розтин. Розтин цей повинен проникнути в порожнину бічного шлуночку. Коли останнє досягнуте, вводять в розтин ніж, лезом догори, і обережно розкривають ним передній і задній роги. При цьому відзначають кількість і якість вмісту шлуночку, а також стан епендими і судинного сплетення. Розкривши бічний шлуночок з одного боку, роблять те ж саме і з іншою. Потім проводять у напрямку спереду - назад декілька подовжніх розтинів через мозкові півкулі з обох боків для визначення стану мозкової тканини. Вказані розтини не слід доводити до кінця, тобто розсікати мозок на окремі частини, мозок повинен складати одне ціле. Після дослідження півкуль мозку піднімають двома пальцями лівої руки мозолисте тіло, розсікають його через отвір Монро впоперек, від низу до верху, відгортають відрізки наперед і назад розкривають третій шлуночок і роблять ряд поперечних, паралельних один одному, глибоких розтинів через крупні сірі вузли мозку. Для розтину четвертого шлуночку і мозочка, між горбками четверохолмія і через верхній хробачок роблять подовжній розтин, проникаючий в порожнину четвертого шлуночку. Півкулі мозочка розкриваються площинними розтинами. Варолієв міст і довгастий мозок розтинають декількома поперечними розтинами, на невеликій відстані один від одного. Судини, що лежать на їх основі, щоб вони не заважали, слід видалити або віддалити убік. Спосіб Вірхова має ту значну перевагу, що від огляду не уникає жодна важлива і значна за об'ємом частина мозку, і в той же час, не порушується зв'язок між окремими частинами, так що, якщо мозок не дуже м'який, і розтин його проведений з обережністю, його можна скласти і додати йому, приблизно, ко-

лишній вигляд. Також при цьому способі цілком доступні огляду вміст шлуночків, епендима і судинні сплетення. Тому, в більшості випадків, де не потрібно проводити мікроскопічне дослідження мозку, цей спосіб слід віддати перевазі над всіма іншими. Необхідно, проте, сказати, що унаслідок ніжності мозкової тканини положення окремих частин при описаному способі значно порушується, і тому для тих випадків, коли мозок є необхідність зберегти, або де в мозку передбачаються тонкі, невидимі простим оком зміни, він мало придатний.

Вишневського плями. Одна з найбільш достовірних ознак смерті від дії низької температури. Плями Вишневського є наслідками поверхневих ерозій, крововиливів у слизову оболонку шлунка круглої або невизначеної форми, величиною від 0,1 до 0,6 см в діаметрі, як правило, бурого або темно-коричневого кольору (внаслідок дії на гемоглобін соляної кислоти шлунку і утворення солянокислого геміну), оточені блідим обідком. Їх число коливається від декількох до сотні, вони локалізуються на верхівках складок, легко знімаються спинкою ножа або струменем води. Мікроскопічно плями Вишневського зустрічаються у 75-90% всіх випадків смерті від дії низької температури. Вперше описані лікарем повіту з Чебоксар Казанської губернії С.М. Вишневським у 1895 році.

Владимирського А.П. проба на порох (фізична проба). Досліджувану частинку кладуть на предметне скло і підігрівають знизу полум'ям пальника до спалаху або плавлення. Залишки досліджують під мікроскопом. Частинки порошу мають характерну комірчасту структуру (вид застиглої піни). Запропонована в 1946 році.

Воробйова В.П. спосіб обробки шкіри трупа при його бальмуванні шляхом дії на ділянки, що підсохли, слабким розчином

оцтової кислоти, вибілювання перекисом водню і подальшого просочення розчинами гліцерину і ацетату калія.

Вольфа (Wolf) метод визначення кількості карбоксигемоглобіна в крові, заснований на тому, що при певних рН і температурі O_2Hb випадає в осад швидше, ніж $COHb$. Таким чином, ці дві речовини можна відокремити один від одного і що залишився в розчині $COHb$ визначити калориметрично. Запропонований в 1941 році.

Виводцева рідина для збереження трупа. Склад — 1700 мл гліцерину, 1000 мл води і 5 г тімола. Тімол спочатку розчиняють в невеликій кількості спирту і потім вже змішують з гліцерином і водою. Автор указує: «Переваги цієї рідини полягають в тому, що добре просочуючи тканини, вона не змінює помітно їх кольору і щільності. Шкіра добре налитого цією рідиною трупа злегка просвічує, як зроблена з воску. Головним недоліком її є дорожнеча».

Гаазе схема. Використовується для визначення внутрішньоутробного віку плоду за його довжиною: якщо довжина плоду менше 25 см, то з числа отримують квадратний корінь, якщо більше 25 см, то число ділиться на 5. Набуте значення і вказує на тривалість внутрішньоутробного віку в місячних місяцях.

Галена К. (Galenі С.) гідростатична проба з легенями трупів новонароджених немовлят проводиться для встановлення їх живо- або мертвонародження. З трупа немовляти після перев'язки трахеї в ділянці шиї і стравоходу під діафрагмою витягують легені разом з серцем і тимусом. Все це опускають в судину з водою і відзначають, чи плаває цей комплекс. Потім випробовують чи плавають легені окремо, його долі і окремі шматочки. Проба вважається позитивною, якщо органомкомплекс в цілому і його фрагменти плавають, тобто дитина після народження дихала. Ця проба в судо-

вій медицині названа на честь Клавдія Галена, великого давньоримського лікаря II століття н.е. Він багато уваги приділяв вивченню анатомії. В ті часи існувала строга заборона на розтин трупів людини, але він все ж таки проводив анатомічні дослідження, використовуючи для цього трупи страчених злочинців, загиблих на арені Колізею гладіаторів, а також трупи новонароджених немовлят, викинутих ночами на вулиці після таємних пологів. У своїй знаменитій праці по анатомії «Про призначення частин людського тіла» Клавдій Гален дав класичний опис легень живонародженого немовляти: «Легенева тканина після вдиху перетворюється з червоної, важкої і щільної в світлу, легку і розпушену», яке стало його видатним внеском в судово-медичну науку. В той же час зведення про те, що легені живонароджених немовлят, занурені у воду, плавають, в працях ученого відсутні. Сказане не дає підстав вважати його автором гідростатичної проби. Проте абсолютно вірогідно, що приведений опис легенів є цілком достатнім для висновку про те, що вони дихали і, в стані занурення у воду, повинні залишитися на її поверхні. У подальшому вчені епохи Відродження привласнили гідростатичній пробі ім'я Галена, але вона не могла застосовуватися на практиці у зв'язку із забороною на розтин трупів. В епоху Відродження Харві Уїльям Гарвей (1578-1657), Павло Закхей (1584-1659), Томас Бартолін старший (1616-1680) знали про те, що легені трупів живонароджених немовлят плавають у воді. Причому Бартолін — описав цю пробу в 1663 р. Таким чином, через майже 1500 років після відомого опису Клавдієм Галеном легень трупів немовлят, що дихали і не дихали, була представлена методика проведення гідростатичної проби і документально підтверджена в наукових публікаціях те, що легені живонароджених немовлят плавають, а мертвнонароджених — тонуть.

Перша спроба застосувати пробу в експертній практиці належала німецькому фізику Карлу Раугеру, який в 1670 р., ґрунтуючись на її результатах, вирішив питання про мертвонародження немовляти. Проте проба тоді ще не увійшла до практики. Через одинадцять років, у 1681 р., експертизу трупа новонародженого немовляти за дорученням слідчого провів міський лікар Іоганн Шреєр. Його висновок про мертвонародження немовляти зажадав авторитетного підтвердження і розглядався в радах трьох університетів (Франкфуртського-на-Одері, Лейпцігського і Віттенбергського). Тільки у 1684 р. проба була схвалена і, отримавши офіційне визнання, стала застосовуватися у світовій судово-медичній практиці. Велику допомогу в науковому визнанні гідростатичної проби Іоганну Шреєру надав видний юрист того часу Томас Христіан.

Галліфорда Б. (Gulliford B.) метод визначення менструального походження крові. Заснований на електрофоретичному розділенні (на папері) витяжок з плям крові після додавання до них фібрину. При цьому, на отриманій фореграмі менструальна кров з фібрином відрізняється від контрольних зразків (менструальної крові без додавання фібрину і периферичної крові) тим, що у ній є додаткова білкова фракція, розташована між β - і γ -глобулінами. Наявність цієї фракції, на думку автора, свідчить про лізис фібрину, тобто про фібрінолітичну активність, що дає підставу зробити висновок про наявність в плямі менструальної крові. Запропонований в 1959 році.

Гаськелла-Греффа метод заливки пухких гістологічних препаратів, полягає у послідовному проведенні їх через густий і рідкий розчини желатину в карболовій воді, висушуванні на повітрі та фіксації у формаліні протягом 1-2 днів.

Гатті Р. (Gatti R.) метод забарвлення сперматозоїдів. Готують 2 розчини: 1) 0,75 г малахітової зелені, 0,05 г кислого фуксину, 125 мл води, 25 мл 95° алкоголю; розчин можна готувати завчасно; 2) 5 мл води, 1 мл 1% розчину кислого фуксину; розчин готують *ex tempore*. Вирізку з плями поміщають на 20 сек. в другий розчин, обезбарвлюють в 70° спирті протягом 5-6 хв., висушують фільтрувальним папером, забарвлюють в декілька мілілітрах першого розчину (5-6 хв.), обезбарвлюють спочатку 95° спиртом (20 сек.), потім абсолютним спиртом (45-60 сек.), просвітлюють ксиолом (5-10 хв.) і укладають в канадський бальзам. Голівки сперматозоїдів забарвлюються в зелений колір, хвостики — в червоний. Спосіб придатний для забарвлення сперматозоїдів як в плямах (автор отримав добрі результати навіть з плямами давністю 30 років), так і в мазках. Запропонований у 1962 році.

Гатті Р. метод обезбарвлення темних тканин на предмет виявлення сперматозоїдів. Предмет - носій сім'яної плями обезбарвлюють реактивом наступного складу: 20 г гідросульфїту розчинного, 2 г неовадіну (препарат, який вживають в текстильній промисловості), 15 мл 85% розчину мурашиної кислоти, 250 мл води. Висушену пляму, яку будуть досліджувати, фіксують 30 хв. в абсолютному спирті, висушують, розміщують на 30-60 хв. (до настання обезбарвлення) в нагрітій до кипіння реактив і знову висушують в термостаті. Після цього сперматозоїди забарвлюють будь-яким із загальноприйнятих способів, препарат прояснюють ксиолом і укладають в канадський бальзам. Метод був запропонований у 1963 році.

Гауса формула застосовується для обчислення константи швидкості згоряння алкоголю в організмі:
$$\beta = \frac{\sum t \sum c - n \sum tc}{(\sum t)^2 - n \sum t^2}$$
 де, $\sum t$ -

сума всіх проміжків часу між введенням алкоголю в організм і подальшими визначеннями концентрації його в крові; Σc — сума концентрацій; Σtc — величина, отримана від множення проміжків часу і концентрація; n — число визначень концентрації алкоголю в крові. Середня величина β у чоловіків — 0,0022 ‰, у жінок — 0,0024 ‰.

Герасимова М.М. метод відновлення особи по черепу. М.М Герасимов розробив основи відновлення по черепу форми і рис обличчя. Йому належить портретна реконструкція ряду видатних історичних діячів. Його монографія «Основи відновлення особи по черепу» опублікована в 1949 році.

Гірголава С.С. ознака. Діссеміновані некрози в паренхіматозних органах при смерті від переохолодження. Описаний в 1951 р.

Гоппе-Зейлера (Hoppe-Seyler) якісна проба на карбоксигемоглобін. На предметне скло скляною паличкою наносять на деякій відстані один від одного дві краплі крові — одну з окисом вуглецю і контрольну. За допомогою піпетки до них додають по краплі 33% луку (NaOH, KOH) і перемішують скляною паличкою (різними кінцями). Крапля крові, що містить карбоксигемоглобін, не змінює колір, контрольна крапля крові набуває бурого забарвлення за рахунок утворення лужного гематіна. Запропонована в 1862 році.

Гофмана Э.Р. (Hoffmann E.R.) класифікація тупих твердих предметів: 1) тупі; 2) тупогранні; 3) відбитки.

Гофмана Э.Р. дані середнього терміну життя залежно від площі опіків:

Площа опіку	Тривалість життя (у годинах)
Все тіло	3-10
Більше половини	8-20
1/3	29
1/4	43
1/5-1/6	64

Гофмана Е.Р. рідина для відновлення первинного виду еритроцитів в усохлій крові (див. Вірхова Р. реактив). 1 частина сулеми, 2 частини NaCl, 100 частин дистильованої води.

Греггерсена реакція (син. бензідінова проба). Попередній метод виявлення наявності крові на різних предметах-носіях, а також в сечі, калі, шлунковому соку, блювотних масах і інших середовищах, заснований на окисненні бензидину перекисом водню за рахунок дії ферментів каталази і пероксидази і появи блакитного фарбування.

Григор'єва А.В. рідини для відновлення первинного виду еритроцитів в усохлій крові (див. Вірхова Р. реактив). № 1: 12,5 частин КОН, 40 частин сегнетової соли (подвійна сіль винної кислоти $\text{KOOC}(\text{C}_2\text{H}_4\text{OH})_2\text{COONa} \cdot 4\text{H}_2\text{O}$), 100 частин води; № 2: 1,5 частин КОН, 1 частину сегнетової соли і 1 частина дистильованої води. Об'єкт розмочується в цих складах 1-2 діб. Запропоновані в 1902 році.

Григор'єва А.В. метод виявлення сперматозоїдів. Заснований на стійкості сперматозоїдів до дії сірчаної кислоти. Шматочок, вирізаний з досліджуваної плями, обробляють концентрованою сірчаною кислотою до повного розчинення матеріалу (від 4 годин до 3 діб). При цьому, матерія перетворюється на гомогенну масу жовтувато-бурого кольору, а сперматозоїди зберігаються і їх можна знайти за блакитним кольором голівок. Запропонований в 1913 році

Григор'євой П.В. проба на повітряну емболію. Печінка виводиться з під реберного краю і проводиться її глибокий розтин. Проба вважається позитивною за наявності в просвіті розтину пінявої «шапки крові». Запропонована у 1955 році.

Громова С.А. спосіб дослідження головного мозку. Мозок укладають на препарувальний столик основою донизу і лобними долями вперед. Великим пальцем лівої руки злегка розсовують півкулі, при цьому оголюється мозолясте тіло. Підтримуючи лівою рукою відповідну півкулю мозку, відсовують його зовні і вістрям анатомічного ножа проводять S-подібний розтин, починаючи від лобної частки, по краю мозолястого тіла до потиличної частки. Те ж робляють з правою півкулею. При цьому відкриваються передній і задній роги бічних шлуночків. Оглянувши їх стан, епендімну оболонку, судинні сплетення, відзначивши наявність і кількість в них рідини або ексудату і його особливості, переходять до розтину півкуль великого мозку. Для цього проводять ряд паралельних розтинів в кожній півкулі по гострому зовнішньому краю бічних шлуночків, заглиблюючи розтини спереду і ззаду в ділянці лобної і потиличної часток. При цьому, прагнуть не пошкодити належних вузлів основи мозку. Розтинаючи півкулі, ніж ставлять під кутом 40-45°, причому глибину розтину доводять до м'якої мозкової оболонки. Відрізані частини півкуль відкидають ножом в сторони і вивчають особливості білої і сірої речовини, малюнок, консистенцію, колір, кровонаповнення. Для розтину III мозкового шлуночку обережно підводять пінцетом мозолясте тіло і перерізують його ножом в ділянки міжшлуночкового отвору. Перерізані частини відкидають вперед і назад. Оглядають судинні сплетення, шишковидне тіло і порожнину III шлуночку, описуючи стан водопроводу великого мозку, епендімну оболонку, кровонаповнення, вологість і т.д. Після розтину мозолястого тіла оголюють підкіркові вузли основи головного мозку і верхні і нижні горбики середнього мозку. Визначають їх форму, вигляд, вологість, наявність крововиливів, пом'якшень, які нерідко зустрічаються в цих ділянках. Для розти-

ну підкіркових вузлів проводять ряд паралельних розтинів так, щоб розтин проходив одночасно через обидві півкулі, розтинають підкіркові вузли на поперечні скиби шириною не більше 0,5 см. Для більшої зручності розтину сірих вузлів основи рекомендується під основу півкуль підвести ліву долоню і, підтримуючи головний мозок, розтинати сірі вузли. Описаний в 1824 році.

Даніеля гідростатичний метод визначення живонародженості, заснований на визначенні ваги витисненого легеньми об'єму води. Запропонований в 1780 році.

Даркшевича Ю.Н. методика розтину артерій серця. При розтині лівого шлуночка нижню браншу ножиців широкою площиною щільно притискують до міжшлункової перетинки. Верхня бранша лягає зліва від вінцевої борозни майже по верхньому лівому краю міжшлункової перетинки. Ведучи розтин при такій позиції браншів прямо доверху до гирла аорти, перед входом в яку бранші ножиців повертають під кутом 45° вліво, на середину передньої стінки аорти, розтинають аорту і входять в її просвіт. В результаті розтину аорти виявляються устя правої і лівої артерії, від яких відходять непошкоджені судини. Після цього нижню браншу малих судинних ножиців вставляють у просвіт лівої вінцевої артерії, а верхню злегка закидають вліво (у бік кореня легені). Прямим розтином по верхньолівій стінці першої розкривають оперувальну гілку лівої вінцевої артерії з її розгалуженнями. Потім за допомогою пінцета Шора лівою рукою захоплюють дистальний кінець передньої стінки лівого шлуночка (в ділянці верхівки серця) і весь м'язовий клапот злегка натягують, внаслідок чого приблизно на відстані 1-2 см від устя артерії без всіляких ускладнень виявляється просвіт передньої низхідної гілки лівої артерії, в який і вставляють нижню браншу ножиців. При натягнутому м'язовому

клапті серця весь основний стовбур артерії і його гілки можна легко розкрити на всьому протязі. Розтин правої артерії починають від устя, звичайно це не дуже важко. При описаному розтині артерій серця краще користуватися очними ножицями, гострі кінці яких рекомендується сточувати на звичайному бруску, що при розтині артерій гарантує від проколювання стінки і значно полегшує проведення лінії розтину по судинному ложу. Запропонована в 1961 році.

Деллепіане Г. (Dellepiane G.) техніка дослідження дівочої пліви. У піхву через отвір дівочої пліви вводять спеціальну гумову кульку, в яку потім нагнітають повітря за допомогою шприца. Обережно потягуючи цю кульку на себе, розтягують отвір дівочої пліви і розпрямляють його краї. Це дозволяє дуже точно прослідкувати контури країв отвору, розглянути капілярну мережу, найдрібніші рубчики і реактивні зміни, дає можливість впевненіше висловлюватися про цілісність дівочої пліви або її порушення, диференціювати природні виїмки і розриви, що зарубцювалися. Описана в 1964 році.

Десятова В.П. ознака дії холоду на живий організм. Яскраво-червоний колір голівки статевого члена, яка ще нерідко припухла. Ця ознака відмічена на трупах тільки тих осіб, які в холодну, сиру, вітряну погоду були одягнені в короткий одяг, що не прикривав статевих органів. Описаний в 1967 році.

Дібєрга ознаки дії холоду на організм. «Гусяча» шкіра, перенаповнення серця (особливо правого шлуночка) кров'ю, рожеві плями на легенях, піниста рідина в трахеї, перенаповнення сечового міхура. Описані в 1864 році.

Діллона Я.Г. проба. Рентгенографічне дослідження трупа новонародженого з метою визначення живонародженості. Рентге-

нограма дозволяє виявити в травному каналі мінімальну кількість повітря, що не виявляється плавальною пробою. Дослідження ізольованих легенів дає можливість на знімку виявити незначну кількість повітря в трахео-бронхіальному дереві і тканині легень у вигляді перевернутих чашок. За даними автора, вже 0,2 см³ повітря дає можливість отримати на рентгенограмі цілком чіткий малюнок, який не викликає сумніву. Запропонована в 1939 році.

Дондерса (Donders) теорія розвитку повнокров'я легенів при механічній асфіксії. При закритті дихальних шляхів зменшується тиск повітря на легеневі судини, від чого зменшується опір кровообігу і утворюється сильний прилив крові до легень, одночасно ускладнюється і її відтік, оскільки, в розширених судинах кров рухається повільніше і не може поступати з швидкістю, що була раніше, в ліву половину серця. Ступінь кровонаповнення легенів залежить від тривалості задишки. Чим довше продовжується задишка, тим більше виражене повнокров'я.

Дюкенуа-Мустафа реакція, дозволяє виявляти каннабінол, каннабі-діоловую кислоту і каннабідіол, а також робити висновок про їх загальний кількісний зміст. До недоліків належить неможливість диференціювати вказані компоненти окремо. Екстрагування з рослини проводять різними речовинами, найкращі результати дає хлористий метилен. До отриманого екстракту в пробірці додають 1 мл реактиву Дюкенуа-Мустафа в наступному складі: ванілін — 0,4 г, етанол 96° — 20 мл, оцтовий альдегід — 5 крапель. Суміш струшують протягом 1 хв., потім додають 2 мл концентрованої соляної кислоти і знову струшують 2 хв. Поява фіолетового забарвлення, характерна для компонентів гашишу. Співставляючи інтенсивність забарвлення із заготовленими стандартами, можна робити висновки про загальну концентрацію цих ре-

човин. Першорядне значення має абсолютна чистота реактивів. Запропонована в 1938 р.

Дюншмана проба. При смерті від голодування кількість хлоридів в сечі зменшується, а фосфатів збільшується.

Еллінка С. (Jellinek St.) формула. При електротравмі ефект (E) дії на організм є функцією ряду умов: $E=f(V, A, t, p, P, 1/\square, K_1, K_2)$, де V — напруга струму, A — сила струму, t — тривалість контакту, p — полярність або напрямок струму, P — число полюсів («щільність» струму), \square - опір струму з боку організму, K_1 — волюва готовність перенести несприятливі дії струму K_2 — соматичний стан потерпілого. Ст. Еллінек перший диференціював і описав електромітку у 1918 році.

Еллінека С. класифікація видів смерті від дії електрики: 1) раптова смерть (instantanee): суб'єкт падає і зберігає свою позу; 2) сповільнена смерть (ralentie): суб'єкт намагається бігти і вивільнятися; 3) перервана смерть (interrompue): суб'єкт вивільняється або вже вивільнявся, віддаляється, потім падає без свідомості; 4) пізня смерть (retardee): обумовлена супутніми захворюваннями, ускладненими хвилюванням або електричним струмом.

Журавльової В.А. точка окостеніння в ділянці рукоятки груднини. Являє собою декілька опукле, овальної форми утворення довжиною до 1 см. Ознака зрілості плоду. Має діагностичну цінність, як і ядра Бекляра (див.), оскільки може бути виявлена на гнильне зміненому трупі, розміри і масу якого, визначити вже неможливо.

Івановського Н.П. ознака прижиттєвості странгуляційної борозни. На шкірі від тертя петлі виникає зсаднення епідермісу, яке завжди може бути виявлена мікроскопічно: гіперемія по краях борозни, яка частково нагадує запальну реакцію. Мікроскопічні

«тріщини» епідермісу іноді переходять на сосочковий шар дерми. Вони спостерігаються постійно і не залежать від якості петлі. Описаний в 1894 році.

Інце Д.-Арвай А. ознака. Емболія кістковою тканиною — наявність кісткових відламків мікроскопічного розміру в правій половині серця і в гілках легеневої артерії. Ця ознака є доказом прижиттєвого виникнення переломів кісток. Може спостерігатися навіть через тривалий час після настання смерті. Описаний в 1952 році.

Кайзерлінга рідина для збереження органів з їх природним забарвленням. Рідина № 1: кислого формаліну — 200 мл, нітрату калія — 15 г, ацетату калія — 30 г, води до 1000 мл. У цій рідині органи залежно від величини об'єкту знаходяться від 1 до 10 діб. Після того, як препарат рівномірно ущільниться і побуріє, його переносять в етиловий (ректифікат) спирт (рідина № 2) на термін від 1-2 до 24-36 годин залежно від товщини органу. Під впливом спирту відновлюється природне забарвлення препарату. Для остаточної консервації препарат слід перенести в рідину № 3 в котрою він зберігається тривалий час. Її склад: гліцерин — 200-350 мл, ацетат калія — 200-800 г, води до 1000 мл. Під впливом фіксатора (рідина № 1) гемоглобін крові в препараті переводиться в метгемоглобін брудно-бурого, майже чорного кольору; під дією етилового спирту (рідина № 2) метгемоглобін переводиться в стійкий катгемоглобін, або нейтральний гематін, що володіє кольором оксигемоглобіну. Останній зберігає тривалий час свої властивості в консервуючій рідині № 3. Виготовлені препарати зберігаються тривалий час.

Калмикова К.Н. класифікація авіаційної травми: 1) травма всередині літака під час польоту; 2) травма всередині літака при

падінні його і ударі об землю; 3) травма частинами літака на землі (аеродромі). Запропонована в 1976 році.

Капацінського Н.К. ознака прижиттєвості странгуляційної борозни виявляється мікроскопічно у вигляді розширення мальпігєвого шару по краю борозни, набухання його клітин з більш сферичною їх формою, з каламутною зернистою протоплазмою, що дало йому підставу для застосування терміну «каламутне набухання». Описаний в 1882 році.

Каплана А.В., Пожарійського В.Ф., Лірцмана В.М. класифікація механічної травми: 1) ізольовані ушкодження — ушкодження однієї ділянки тіла, одного внутрішнього органу, одного сегменту опорно-рухового апарата; 2) множинні ушкодження — травма двох та більше органів однієї порожнини (одній функціональній спрямованості), або травма двох і більше сегментів опорно-рухового апарату однієї анатомічної ділянки; 3) поєднані ушкодження — травма двох або більше органів різних порожнин (різній функціональній спрямованості), або травма внутрішніх органів у поєднанні з ушкодженнями опорно-рухового апарату двох або більше анатомічних областей; 4) комбіновані ушкодження — травма, що виникла від дії двох або більше різних ушкоджуючих чинників (механічних, термічних, радіаційних і ін.). Запропонована в 1976 році.

Капустіна А.В. ознака згинального перелому ребер, при якому лінія перелому на одному з країв ребра нерідко роздвоюється, утворюючи кут, відкритий до увігнутої сторони. В протилежність переломам трубчастих кісток при переломах ребер зазвичай не спостерігається утворення повного відламка трикутної форми, оскільки вказане роздвоєння лінії перелому розташовується у більшості випадків тільки на одному з країв ребра. Це пояснюється

спіральним вигином ребра, внаслідок чого при згинанні останнього, дуга згинання буває більше вираженою у одного з його країв. Внаслідок цього не виявляється і повного відщеплювання трикутного відламка при згинальних переломах ребер. Описаний в 1959 році.

Кардоса суміш гістологічних фарбників, яка забарвлює азурофільну зернистість лімфоцитів в яскраво-червоний колір, а зернистість нейтрофільних гранулоцитів — в буро-фіолетовий колір.

Касаткіна Б.С.-Клепче І.К. кристалооптичний метод встановлення прижиттєвого попадання людини у воду. У озолених зрізах внутрішніх органів виявляються кварцевмісні мінеральні частинки, що мають характерну гістотопографічну локалізацію і певні петрографічні властивості. Кварцевмісні включення мають величину від 2 до 15 мкм в легенях і від 2 до 10 мкм в інших органах (нирках, міокарді, скелетних м'язах і т. д), неправильну форму, ребристі краї, загострені кути. Для кристалооптичних досліджень вирізають шматочки внутрішніх органів розміром 2x1,5 см. Потім ці шматочки фіксують у 10-12% розчині формаліну, виготовленому на дистильованій воді, обезводнюють в спиртах і заливають в парафін. Виготовлені зрізи товщиною 12-15 мкм спочатку поміщають у дистильовану воду, а потім на чисті предметні скельця. Зрізи повинні бути добре розпрямлені і щільно прилягати до предметних скелець. Приготовані таким чином препарати на фарфоровій пластинці поміщають в муфельну піч, накривають ковпаком з жаростійкого скла і спалюють. Озолені зрізи накривають покривними скельцями, які фіксують мастикою Двіжкова, воском і полістиролом. Разом з отриманням сподограмм слід виготовити звичайні гістологічні забарвлені препарати. Сподограмми і забарвлені препарати рекомендується розглядати в звичайному і поля-

ризованому світлі. Петрографічні властивості кварцевмісних мінералів визначають при вивченні препаратів в темному полі з використанням компенсаційної кварцової пластинки першого порядку і обертання предметного столика мікроскопа на 360°. При цьому виявляється одна з властивостей кварцевмісних мінералів — подвійне променезаломлення (кристали кремнезему двічі стають темними і двічі блискучими). При дослідженні озолених препаратів з використанням кварцової пластинки першого порядку на рожево-червонуватому фоні виявляються чітко виражені структурні утворення тканин органів. Запропонований в 1966 році.

Каспера-Гюнца цифрові показники окремих кісток доношених немовлят: довжина тім'яної кістки по діагоналі — 7,6 см; висота лобової кістки — 5,6 см, а її ширина — 4,5 см; довжина ключиці — 3,6 см; лопатки — 3,2 см; плечової кістці — 7,5 см; ліктьової — 7 см; променевої — 6,6 см; стегна — 8,7 см; великогомілкової — 7,9 см; малогомілкової — 7,7 см. Ці показники можна використовувати при дослідженні розчленованих тіл.

Каспера І.А. ознака. Постійна ознака утоплення у воді. Це рідка, вишневого кольору кров в судинах і в порожнині лівого шлуночка серця. Такого забарвлення кров набуває в результаті вилуження водою гемоглобіну з еритроцитів. У зв'язку з розведенням крові водою кількість еритроцитів в певному об'ємі (1 мм²) значно зменшується, в результаті цього падає і кількість гемоглобіну в крові лівого шлуночку серця.

Каспера І.А. ознака. «Внутрішня странгуляційна борозна». Стиснення, знекровлення і сухість тканин, що знаходяться під странгуляційною борозною на шиї. Крововиливи в підшкірно жирову клітковину під борозною зазвичай не зустрічаються.

Касьянова М.І. ознака. Своєрідні морфологічні проліферативно-некробіотичні зміни в прямих каналцях нирок і в каналцях яєчок, що виникають під впливом холоду. Вони виражаються в тому, що клітини каналців приймають не нормальну, потворну форму, кількість ядер в них збільшується, причому ядра набувають довгастої або веретеноподібної форми (замість круглої або овальної в нормі). Такі зміни надалі переходять в некроз. Описаний в 1954 році.

Катаями проба на карбоксигемоглобін. До кров'яного розчину в пробірці додають спочатку 2-4 краплі сірчастого амонію, збовтують, потім по краплях (до 2-4) оцтову есенцію; за наявності СО, утворюється червоний колір, звичайна контрольна кров буде бурого кольору.

Кеферштейна плями. Світло-червоні плями на шкірі трупа, розташовані поза ділянками трупних плям, одна з ознак смерті від переохолодження. Механізм їх виникнення автор пояснює таким чином: у місцях, що піддалися дії холоду, кров в поверхневих судинах частково замерзає, але кровообіг ще продовжується і замерзла кров відтає. Внаслідок часткового гемолізу, що відбувається при цьому, гемоглобін переходить в сироватку, яка просочує навколишні тканини і забарвлює їх в червонуватий колір. На думку автора, такі плями поза гіпостазами — ознака прижиттєвої дії холоду. Описані в 1893 році.

Кірсанова З.І. методика порівняльного дослідження фотопортретів на базі аналізу відносин лінійних розмірів однієї частини лица (лоб, ніс, підборіддя і т. д.) до лінійних розмірів інших частин лица. Такий підхід має важливу перевагу — він дозволяє досліджувати фотознімки незалежно від масштабу. Описана в 1962, 1970 роках.

Клевно В.А. класифікація переломів ребер, в основу якої покладена травма тупими предметами грудної клітки як єдиного кісткового комплексу. За умови зовнішньої дії взято два крайні параметри: удар і компресія. (Зважаючи на надмірну громіздкість вказаної класифікації, вважаємо за доцільне вказати першоджерело: Судово-медична експертиза, 1990 № 3, з. 5-8. — Прим. автора).

Коккеля спосіб виявлення фібрину в гістологічних препаратах шляхом їх забарвлення сумішшю 1% хромової кислоти, гематоксиліну і 10% розчину калійних квасців з подальшою обробкою сумішшю Вейгерта: фібрин забарвлюється в темно-коричневий або темно-синій колір; гістохімічний метод виявлення заліза в препаратах тканин; застосовується рідко у зв'язку з отруйністю продуктів реакції.

Коккеля спосіб виготовлення зрізів волосся. Волосся розміщується між двома пластинами целулоїду в 1 мм товщини. Пластинки склеюються ацетоном або грушевою есенцією і залишаються під пресом протягом доби. Волосся виявляється залитим в целулоїдний блок, з якого роблять зрізи на мікротомі за допомогою твердого ножа С. Отримані зрізи поміщаються в ацетон, (або грушеву есенцію) для розчинення целулоїду. Осад, що складається з ізольованих зрізів волосся, переноситься на предметне скло, заливається канадським бальзамом і закривається покривним склом. Запропонований в 1926 році.

Колісько ознака. Крововиливи і інфаркти в наднирниках при сповільненому настанні смерті при опіках.

Колмакова В.П. методи огляду місця події. Орієнтування — що полягає в загальному ознайомленні із спорудами або ділянками місцевості, де відбулася подія, що розслідувалася. Огляду — що полягає в попередньому вивченні обстановки тільки в запланова-

них межах огляду. При цьому виявлені сліди зберігаються від пошкоджень, змін, втрати. Процес огляду місця події, або місця виявлення трупа, повинен бути здійснений у дві стадії: статичною і динамічною. Статична стадія полягає в тому, що огляд, вивчення і фіксація обстановки і всіх предметів, які знаходяться там, відбуваються без зміни їх первинного положення і переміщення. Вона дає можливість найповніше з'ясувати загальну обстановку місця події, провести його фотографування, фотографування окремих предметів і слідів ще до їх переміщення, порушення або вилучення в процесі огляду. При цьому, торкатися руками або пінцетом виявлених предметів або слідів не дозволяється. Динамічна стадія відрізняється тим, що в процесі огляду місця події предмети раціонально переміщують, кожен окремо оглядають з різних сторін, виявляють різні сліди, які можуть бути на них, а також під ними. Наприклад, перевертання трупа для виявлення і дослідження в динаміці трупних плям з метою встановлення давності настання смерті. Запропоновані в 1969 році.

Концевич І.А. ознака прижиттєвості странгуляційної борозни. При гістологічному дослідженні разом з ознаками стиснення шкіри є явища подразнення і розпаду більшості нервових елементів шкіри, а також зміни в ділянці стовпів блукаючих нервів у вигляді розтягувань і розривів частини аксонів з утворенням на їх кінцях завитків, клубочків і різної форми натікань нейроплазми. При посмертних странгуляціях вказані зміни, як правило, не виявляються. Описаний в 1968 році.

Коріна-Стокіса (Corin, Stokis) метод виявлення сперматозоїдів. З підозрілої плями вирізують ниточку або маленький шматочок, поміщають на предметне скло і на нього наносять одну — дві краплі реактиву, що складається з 0,5 г еритрозина в 100 мл 25%

розчину аміаку, через 20-50 з матеріал витягують з фарбника і переносять в краплю дистильованої води, потім препарувальними голками шматочок або ниточку розщеплюють, надлишок фарбника видаляють за допомогою фільтрувального паперу; препарат накривають покривним склом і піддають мікроскопії при великому збільшенні. При цьому способі вдається (більш - менш вибірково) виконувати забарвлення розчином еритрозина головки сперматозоїдів у червоний колір. Запропонований в 1908 році.

Красвського Ф.Д. ознака. Розходження кісток черепа по стрілоподібному і (або) вінцевому швах внаслідок замерзання (заледеніння) трупа. Автор пояснює цю ознаку так: під дією холоду під час агонії розвивається повнокров'я і набряк головного мозку, тобто в порожнині черепа скупчується велика кількість рідини. При замерзанні трупа рідина, перетворюючись на лід і розширюючись, розриває череп по швах. На заморожених трупах осіб, померлих від інших причин, розходження кісток черепа автор не спостерігав. Слід мати на увазі, що розбіжність кісток черепа по швах завжди процес посмертний. Скупчення в порожнині черепа великої кількості рідини може мати місце не тільки при смерті від холоду. Описаний в 1860 році.

Крушевського С.В. ознака. Стійка дрібнопухирчаста білого кольору піна в дихальних шляхах при повнокров'ї її слизової оболонки. Спостерігається при смерті від втоплення у воді. Ознака свідчить про прижиттєвість втоплення. Запропонований в 1870 році.

Кузнєцова Л.Є. Техніка дослідження тазу. Проводять розпили кісток переднього півкільця — верхніх і нижніх гілок лобкових кісток по зовнішніх краях замикальних отворів.

Кузьміна А.І. спосіб відділення м'яких тканин від лицевого черепа. Фронтальний розтин м'яких тканин голови, подовжений через соскоподібні відростки скроневих кісток на бічні поверхні шиї, поєднують в ділянках плечових кінців ключиць з комірцево-подібним розтином шкіри і підшкірної клітковини грудної клітки. Передню половину шкіряно-м'язового клаптя із склепіння черепа відокремлюють вниз і виділяють очні яблука, зберігаючи їх зв'язок з шкіряно-м'язовим клаптем. Шкіру шиї відсепаровують вгору — латеральний до щелепних дуг, медіальної до виступу підборіддя нижньої щелепи. Перетинають м'язи дна порожнини рота і зовнішні слухові проходи, відсепаровують шкіряно-м'язовий клапоть в медіальному напрямі разом з привушними слинними залозами і виділеними очними яблуками до хрящів носа. Випилують щелепні дуги, розкривають скронево-нижньощелепні суглоби. Потім виводять нижню щелепу з шкіряно-м'язовим клаптем і звільняють скроневі, підскроневі, крилопідне-бінні ямки від залишків м'язів і зв'язок. При необхідності проводять відшаровування слизової оболонки і окістя від нижньої поверхні піднебінного відростка верхньої щелепи і горизонтальних пластинок піднебінної кістки. В результаті кістки, звільнені від м'яких тканин, стають доступними для дослідження без вилучення і заміщення. При подальшому туалеті трупа поєднання шкіряно-м'язового клаптя з верхньою і нижньою щелепами в ділянці хрящів носа і виступу підборіддя не вимагає додаткової фіксації м'яких тканин з кістками. Для кращої фіксації м'яких тканин з шкіри тім'яної ділянки можна вилучити ділянку завдовжки 8-10 см і шириною 2-3 см. Запропонований в 1980 році.

Кумбса Р. (Coombs R.) антиглобуліновий метод дослідження еритроцитарної системи АВО. Принцип методу полягає в наступ-

ному. Спочатку випробовувані еритроцити приводять у взаємодію зі специфічною сироваткою, що має неповні антитіла. Якщо еритроцити містять антиген, з яким здатна зв'язуватися дана сироватка, то антитіла абсорбуються на еритроцитах. Потім до цих еритроцитів додають антиглобулінову сироватку, отриману шляхом імунізації тварин глобуліном людини. Якщо на еритроцитах є антитіла, які є глобулінами, то антиглобулінова сироватка, зв'язуючись з глобулінами застосованої раніше сироватки, викликає аглютинацію еритроцитів. Якщо ж специфічні антитіла в першій фазі реакції не абсорбувалися на еритроцитах, тобто в еритроцитах немає антигенів відповідної специфічності, то антиглобулінова сироватка не викликатиме аглютинації досліджуваних еритроцитів. Запропонований в 1945 році.

Купернейла симптом. Поступова поява синця на промежині і мошонці (або статевих губах) при переломі тазу.

Курвіля К.Б. (Courville С.В.) метод дослідження мозку. Мозок фіксують *in situ*, вводячи формалін в сонні артерії. Перш ніж досліджувати витягнутий мозок, відокремлюють стовбур і мозочок шляхом розтину через ніжки мозку. Для дослідження зазвичай достатньо 7 фронтальних розтинів: через лобові частки на 2,5 см спереду від кінців скроневої частки, через перехрест зорових нервів, через ліжку гіпофіза, через соскоподібні тіла, через ніжки мозку, через мозолясте тіло, через скронево-тім'яну ділянку. Відповідно цим розтинам заготовляють друкарські схеми, на які наносять виявлені зміни, — особливим кольором для кожного виду ушкоджень (свіжіше старої травми, хірургічних втручань). Ушкодження від удару зображають штрихуванням, від протиудару — хрестиками. Шматочки для гістологічного дослідження завжди беруть певної форми залежно від ділянки мозку. За відсутності мак-

роскопічно видимих змін шматочки беруть, виходячи з клінічної картини, що спостерігалася, визначаючи таким чином найбільш вірогідну ділянку ураження. Взагалі ж, у подібних випадках обов'язково досліджують під мікроскопом мінімум по одному шматочку з наступних ділянок: кора з підкірковим шаром лобової частки, кори моторної зони лобової частки, кори тім'яної, потиличної і скроневої часток, зорового горба і гіпоталамічної ділянки, ядра чечевиці, мозочка. Беруть також ряд зрізів із стовбурової частини. Запропонована в 1966 році.

Курлінга (Curling) ознака. Виразки дванадцятипалої кишки виникають в пізні терміни опікової хвороби.

Кустановича С.Д. класифікація вогнепальної зброї: 1) Бойова: а) бойові гвинтівки і карабіни (магазинні, автоматичні); б) пістолети-кулемети; в) пістолети; г) револьвери. 2) Мисливська: а) гладкоствольне; б) нарізне; в) комбініроване. 3) Спортивна: а) тренувальне; б) цільове. 4) Саморобна: а) «самопали»; б) обрізи. 5) Спеціальна: а) сигнальне (ракетниці); б) стартові пістолети; у) газові пістолети. Запропонована в 1956 році.

Кестера спосіб дослідження грудної протоки. Видаливши серце і ліву легеню, перекладають праву легеню у ліву плевральну порожнину, що звільнилася. Грудна протока і непарна вена при цьому натягаються, і їх можна легко виділити з навколишньої сполучної тканини. Якщо необхідно прослідкувати протоку на всьому її протязі, то, щоб не втратити її з виду під час вилучення органів грудної і черевної порожнин, навколо неї обводять нитку. У черевній порожнині при огляді грудної протоки слід відхилити черевну аорту вліво. Треба, проте, відмітити, що, якщо протока не змінена, її, взагалі, важко відмітити.

Лабзіна В.І. спосіб швидкого вилучення шийного відділу хребта: 1) під плечі розкритого по методу Шора трупа підкладають високий вал, що в подальшому забезпечує можливість максимального розгинання шиї і закидання голови; 2) відсепаровують тканини, що оточують шийний відділ хребта; 3) роз'єднують зчленування між VII шийним і I грудним хребцями; 4) виводять наперед дистальний кінець шийного відділу хребта і одночасно відокремлюють по задній поверхні його від шкіри; 5) розтинають задню атланта-окципітальну мембрану і, по можливості, максимально відводять дистальний кінець шийного відділу хребта в краніальну сторону; б) через розтин, що утворився, скальпелем або малим секційним ножом розкривають капсули обох атланта-окципітальних суглобів і роз'єднують їх суглобові поверхні; 7) проводять остаточне роз'єднання зв'язкового апарату по передньому півколу хребетного каналу. Після цієї маніпуляції шийний відділ хребта легко витягують з трупа. Запропонований в 1982 році.

Лакассаня А. ознака. Карміновий набряк легенів — різке переповнення судин легенів артеріальною кров'ю з набряком легеневої тканини і карміно-червоним забарвленням окремих вогнищ легеневої тканини. Спостерігається при компресії грудної клітки і є показником прижиттєвості ушкоджень. Описаний в 1878 році.

Лакассаня А. проба на глікоген печінки. А. Лакассань, ґрунтуючись на класичних дослідах Клода Бернара, запропонував використовувати пробу на глікоген печінки як доказ смерті від переохолодження при його відсутності. Запропонована в 1897 році.

Лангера лінії. Умовні лінії на поверхні шкіри, що вказують напрямком її максимального розтягнення.

Липтєва З.Л. метод звільнення ребер від м'яких тканин. Виділені ребра поміщають в банку з річковою водою, додають 50-100 мл трупної крові на літр води і розміщують у термостат на 3 дні при температурі 28-30 °С, після чого кістки відокремлюють від м'яких тканин ножицями. Як правило, м'які тканини легко відділяються разом з окістям. Звільнені від м'яких тканин ребра ще раз заливають в банках водою і ставлять в термостат ще на 2-3 дні при температурі 39-40 °С. Запропонований в 1970 році.

Лібмана якісна проба на карбоксигемоглобін. До досліджуваної і контрольної крапель крові додають краплю формальдегіду. За наявності карбоксигемоглобіна забарвлення не змінюється, при його наявності з'являється коричнево-чорне забарвлення за рахунок утворення формалінового пігменту.

Лешке розтин м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. Перший розтин від лівого до правого плеча уздовж нижніх країв ключиць; другий розтин від яремної вирізки до лобка обходячи пупок зліва.

Ломброзо Чезаре (Lombroso C.) (1835-1909), італійський психіатр і криміналіст, стверджував, що в сучасному суспільстві існує особливий тип злочинної людини, яка самою природою призначений до скоювання злочинів, що «злочин є природним феноменом — феноменом необхідним, як зачаття, як народження, як смерть, як душевні хвороби». На його думку, злочинна людина володіє особливими «стигматами» (неправильна форма черепа, асиметрія особи, виступаюча нижня щелепа і ін.), що дають підставу застосовувати до таких осіб, що хоч і не скоїли злочини, найрішучіші заходи соціального захисту аж до довічного тюремного ув'язнення і страти. У деяких західних країнах ці ознаки використовувалися як пі-

дстава для репресій. Ідеї Ч. Ломброзо знайшли свій вираз в ідеології фашизму.

Луї ознака настання смерті. Висихання рогівки. Вже під час агонії рогівка втрачає блиск, блякне і представляється як би поси-паною найдрібнішим пилом унаслідок підведення епітелію рогівки. Описаний в кінці XVII століття.

Люголя (Lougol) розчини. Для зовнішнього застосування: йод — 1 г; калія йодид — 2 г; дистильованої води — 97 мл. Йод — 1 г; калія йодид — 2 г; гліцерин — 94 г; води — 3 мл. Для внутрішнього застосування: йод — 1 г; калія йодид — 2 г; дистильованої води до 20 мл.

Лярше плями. Трикутні плями, основою звернені до радужки, такі, що з'являються на поверхні склери у кутів очей трупа внаслідок підсихання склери, якщо очі були розплющені протягом деякого часу після настання смерті.

Ляськовського рідина для збереження трупа. Склад — 1000 мл гліцерину, 200 мл води, 50 г борної кислоти, 50 г карболової кислоти. Борну кислоту розчиняють в гарячій воді і змішують з гліцерином, а потім додають розігріту карболову кислоту.

Магнуса проба на збереження життя. Туго перев'язаний палець у живого червоніє і синіє вище за перев'язку; у трупа — колір не міняється.

Мартіна (Martin) ознака. Крововиливи в адвентицію (серозну оболонку) сонних артерій при смерті від повішення.

Марченко М.І. класифікація ентомофауни трупа. I. Власне ентомофауна трупа — некробіонти — види, для яких труп є житлом і джерелом розвитку, підрозділяються на: 1. Некрофаги — види, що споживають тканини трупа: А. Загін жорсткокрилих, сімейства: Satorpidae мертвоїди, трокси, шкіроїди (рід Dermestes L.),

пістряки, блестянки, стафіліни (рід *Omalium* Grav.); Б. Загін двокрилих, сімейства: *Piophilidae*, *Thyreophoridae*, *Helomyzidae* сині і зелені м'ясні мухи, сірі м'ясні мухи (*Parasarcophaga* Jet. T.), справжні мухи (рід *Fannia* R. D., рід *Musca* L.); В. Загін лускокрилих, сімейство молі, підродина *Teneinae*. Г. Загін кліщів, надкогорта *Mesostigmata*, когорта *Gamasina*, сімейство *Parasitida* (рід *Poecilochirus* G.). 2. Ентомофаги — види, що споживають і паразитують на некрофагах: А. Загін жорсткокрилих, сімейства: стафіліни, пістряки; Б. Загін кліщів, надкогорта *Mesostigmata*, когорта *Gamasina*, сімейство *Maecrochelidae*. II. Випадкова ентомофауна трупа — види, для яких труп не є місцем постійного проживання і розвитку, а відвідується в процесі міграції у пошуках їжі, підрозділяються на: 1. Поліфаги — всеїдні види [А. Загін Тарганів; Б. Загін жорсткокрилих, сімейства: пластинчатовусі, лускуни (рід *Ptinus* L., рід *Niptus* Voield); В. Загін перетинчастокрилих, сімейство мурашки)]; 2. Ентомофаги (А. Загін жорсткокрилих, сімейства: жужелиці стафіліни, лускуни); 3. Некроентомофаги — види, що харчуються сухими комахами [Загін жорсткокрилих, сімейство — шкіроїди (рід *Anthrenus* Schaeff)]. Запропонована у 1980 році.

Матишева А.А. (спіавт. Солохін А.А., Сафронов В.А., Хрістофоров С.Н.) класифікація автомобільної травми: I. Травма від зіткнення рухомого автомобіля з людиною (пішоходом, велосипедистом, мотоциклістом). Від зіткнення: а) з передньою частиною автомобіля; б) з бічною частиною автомобіля; у) із задньою частиною автомобіля. II. Травма від переїзду пішохода колесом автомобіля. Повний переїзд: а) переднім, заднім або обома колесами однієї сторони; б) передніми колесами, задніми колесами, передніми і задніми колесами. Неповний переїзд: а) переднім колесом; би) заднім колесом. III. Травма від випадіння (пасажира, водія) з рухомого

автомобіля. Від випадіння: а) з кабіни автомобіля; б) з кузова автомобіля (вперед, убік, назад); в) від падіння з підніжки автомобіля. IV. Травма від дії внутрішніх частин салону автомобіля (пасажир, водія). Від дії внутрішніх частин: а) на водія; б) на пасажир переднього сидіння; на пасажир заднього сидіння; в) на пасажир салону і кузова. V. Травма від здавлення тіла (пасажир, водія) між частинами автомобіля і перешкодою. Від здавлення між: а) двома автомобілями; б) автомобілем і іншими транспортними засобами; в) автомобілем і нерухомими предметами (стіна, огорожа, парапет); г) автомобілем і ґрунтом; д) частинами автомобіля (дверцями і рамою), частинами автомобіля і вантажем, що перевозиться, і т.п. VI. Комбіновані види травми: а) від зіткнення рухомого автомобіля з людиною і подальшого його переїзду колесом; б) від випадіння людини з рухомого автомобіля і переїзду тіла колесом; в) водія і пасажир від дії внутрішніх частин салону автомобіля і подальшого випадіння з машини з переїздом тіла колесом; г) інші поєднання варіантів окремих видів автомобільної травми. Запропонована у 1968 році.

Матишева А.А. класифікація механічних ушкоджень: 1) ізольовані (монотравма); 2) множинні (політравма) одній частині тіла і поєднані — дві та більше частини тіла; 3) ізольовані і множинні у складі комбінованих.

Матишева А.А. класифікація пошкоджень при прямому вільному падінні з висоти. I. Падіння на випрямлену ногу. 1) Удар підошвою об ґрунт; 2) Вторинні удари при подальшому падінні частіше на бік: випрямленою рукою, бічною поверхнею тіла. II. Падіння на обидві випрямлені ноги. 1) Удар підошвами стоп об ґрунт; 2) Вторинні удари при подальшому падінні частіше на задню поверхню тіла: сідничною ділянкою, ліктьовими суглобами,

спиною, потилицею. III. Падіння на сідниці. 1) Удар сідницями і крижовою ділянкою; 2) Вторинний удар частіше спиною, потилицею. IV. Падіння на голову. 1) Удар головою об ґрунт; 2) Вторинний удар частіше бічною або задньою поверхнею тіла. V. Падіння на бічну поверхню тіла. 1) Удар бічною поверхнею тіла. VI. Падіння на задню поверхню тіла. 1) Удар задньою поверхнею тіла. VII. Падіння на передню поверхню тіла. 1) Удар передньою поверхнею тіла. Запропонована в 1980 році.

Мессерера О. (Messerer O.) трикутник — уламок клиноподібної форми, який формується при переломі трубчастих кісток в наслідок деформації вигину (напр. «бампер-перелом»). Основа уламку знаходиться в місці докладання діючої сили, а вершина указує на її напрямок. Уламок названий ім'ям О. Мессерера, який докладно вивчив у 1880-1884 роках переломи трубчастих кісток в експерименті і в практичних спостереженнях і вперше описав цю ознаку.

Мінакова П.А. плями. Це дрібні, множинні, смугасті, темно-червоні крововиливи під ендокардом лівого шлуночка серця, — так звані субендокардіальні екхімози. Зустрічаються при гострій (що настає швидко) крововтраті, шоці. Мінаков П.А. пояснював їх утворення з розвитком негативного тиску в порожнині лівого шлуночка під час його розширення. Десятов В.П. (1951) пов'язував їх появу з анемічною аноксією головного мозку, що виникає через вплив блукаючого нерва на серце. Описані в 1902 році.

Міщенко Ж.Д. методика судово-медичного дослідження лицевого скелета. До дослідження лицевого відділу приступають після закінчення розтину трупа і проводять його в 2 етапи: етап підготовчий і етап дослідження. Для виключення перерозтягування шкіри в процесі розтину і попередження зміни зовнішнього вигляду особи в найбільш податливих (легко рухомих) ділянках шкіра

повинна бути заздалегідь ущільнена шляхом фіксації дубильними речовинами. В якості цього засобу може бути використаний розчин етанол-формалінової суміші у співвідношенні: 1 частина 96° етанолу, 1 частина 40 % розчину формаліну, 2 частини води. За 2-3 год до дослідження лицевого скелета в клітковину очної ямки, в підшкірну клітковину орбітальних країв і ділянки перенісся за допомогою шприца і довгої ін'єкційної голки вводиться свіжевиготовлена фіксуєча суміш. До ділянки перенісся і внутрішніх кутів очей розчин вводиться через отвори носа шляхом проколювання голкою хрящових частин крил носа. З боку порожнини рота він може бути введений під шкіру нижньорбітальних країв, а через кон'юнктивальний мішок — в орбітальну клітковину. Для забезпечення дублення шкіри зовнішніх і верхніх очноямкових країв слід скористатися уколами в ділянках шкіри із наростанням волосся, зокрема на шкірі скроневих ділянок і надбрівних дуг. Фіксуєча суміш вводиться до додання шкірі у вказаних ділянках напруженого стану (при подальшому розтині надлишки її виливаються і шкіра набуває звичайного вигляду). Після цього на ділянку орбіт і перенісся щільно укладається ватний тампон, змочений фіксуєчим розчином, на той же проміжок часу. Це забезпечує деяке проникнення фіксуєчої суміші у товщу шкіри і викликає додаткове її ущільнення. Дослідження лицевого скелета з косметичних міркувань і для зручності доступу до кісток особи слід виконувати при використанні воротникоподібного розтину Лешке. У подальшому дослідницький етап пропонованої методики розтину відрізняється від вищезгаданих тим, що шкірно-м'язовий клапоть ділянки обличчя разом з очними яблуками, хрящами носа повністю відсепарується від лицевого скелета. Реставрація обличчя трупа починається з накладення відсепарованого шкірно-м'язового шару на

досліджені ділянки. Завдяки попередній фіксації шкіра легко поєднується з кістками лицевого скелета без істотної зміни зовнішнього вигляду особи. Щоб забезпечити збереження форми особи при переміщеннях трупа або його транспортуванні бажано прикріпити шкіру до кісткових виступів. Найбільш зручним для цієї мети є використання біологічного клею «Циакрін», який швидко полімеризується і твердіє при склеюванні вологих біологічних тканин. Достатньо застосувати декілька крапель клею, щоб приклеїти шкіру в ділянці перенісся і зовнішніх орбітальних країв і тим самим повністю виключити її переміщення. Для цього клей слід наносити на поверхню кістки безпосередньо перед склеюванням (він швидко твердіє). Отвір рота також слід склеїти, що виключити зміщення губ. Запропонована у 1981 році.

Михайловського розтин м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. Від щитоподібного хряща до пахової западини зліва, далі вниз по передній паховій лінії до гребеня клубової кістки і потім уздовж лівої пахової складки.

Моліна Ю.А. класифікація знарядь странгуляції при повішенні. А. Предмети, з яких можна сформувати петлю, володіють певною еластичністю, гнучкістю, або що складаються з окремих гнучких ланок. І. За конструкцією: 1) відкриті — вузол відсутній (натягнутий мотузок, матрацна петля), шия також здавлюється частково; 2) що не затягуються (замкнуті, нерухомі) — шия також здавлюється частково, але вузол знаходиться в межах шиї або поза нею; 3) що ковзають (петлі-зашморги), що затягуються, — петля щільно охоплює і здавлює шию. ІІ. По числу ходів (обертів): одиночні, подвійні, множинні. ІІІ. За матеріалом: 1) тверді (ланцюги, троси, дроти); 2) напівм'які (різні вірьовки (мотузки); 3) м'які

(краватки, шарфи, рушники та ін.); 4) комбіновані (з різних матеріалів з м'якою підкладкою). IV. По ширині слідоутворюючої поверхні: 1) тонкі (шириною до 0,3 см); 2) товсті (шириною до 1 см); 3) широкі (що охоплюють значну частину шиї). Б. Предмети, з яких неможливо утворити петлю. I. Предмети домашнього ужитку (щаблина меблів, віконні рами, сходи́нні поручні — здавляють переважно передню частину шиї. II. Предмети відкритої місцевості (розвилки дерев, штахетних огорож) — здавляють переважно бічні частини шиї. Запропонована в 1986 році.

Моро (Moreu) 1-а ознака. Підвищене скупчення прозорої рідини (100 і більше мл) в черевній порожнині при смерті від утоплення у воді за рахунок посмертної трансудації води з порожнини шлунка у порожнину очеревини. Описаний в 1899 році. 2-а ознака. Переповнювання і різке розтягування сечового міхура.

Мохова-Шинкаренка проба. Якісна проба на наявність етилового алкоголю в повітрі, що видихається. Для її проведення використовують індикаторні запаяні трубочки, які заповнені сухим фільтром з дрібнозернистого силікогеля імпрегнованного 3% розчином хромового ангідрида в концентрованій сірчаній кислоті. Для проведення проби обидва кінці трубочки спляють або відламують, потім один з них беруть в рот і продувають через трубочку повітря. За наявності пари алкоголю в повітрі, що видихається, жовте забарвлення фільтру переходить в зелене. Проба не специфічна. Може бути позитивною при карієсі, при дії пари метанолу, ефіру, ацетону, альдегідів.

Муханова А.І. класифікація тупих твердих предметів: 1) предмети з переважно плоскою поверхнею (плита, широка сторона дошки і ін.); 2) предмети з плоскою обмеженою поверхнею (молоток, обух сокири, вузька сторона дошки, рейка і т. д.), зокрема з

прямокутною поверхнею, довгастою, трикутною, круглою, іншою плоскою і рельєфною обмеженою поверхнею; 3) предмети зі сферичною поверхнею; 4) предмети з циліндричною поверхнею; 5) предмети з тригранним кутом; 6) предмети з ребром або двограним кутом (прямолінійним або дугоподібним ребром і ребром іншої форми). Запропонована в 1969 році.

Муханова А.І. класифікація автомобільної травми. 1. Ушкодження зовнішніми частинами автомобіля (поза автомобілем). 2. Ушкодження внутрішніми частинами автомобіля (в середині автомобіля). Запропонована в 1974 р.

Муханова А.І. ознаки наїзду автомобіля із здавленням — характерні ознаки здавлення грудей і (або) живота («екхімотична маска», карміновий набряк легенів), відбитки на шкірі складок або контурів одягу, симетричні переломи ребер, кісток тазу, різноманітні ушкодження внутрішніх органів, присутність слідів ковзання на взутті, одязі і шкірі. Описані в 1974 році.

Муханова А.І. класифікація пошкоджень внутрішніх органів від дії тупих знарядь і предметів. Забій (контузія) — ушкодження у вигляді крововиливів різної локалізації внаслідок порушення цілості паренхіми органу при непошкодженій капсулі. Тріщина — поверхневе, лінійне, звивисте ушкодження капсули паренхіматозного органу і тонкого шару паренхіми. Надрив — більш глибоке, також лінійне ушкодження, яке не досягає середини органу. Розрив — глибоке ушкодження; буває неповним, коли частини органу сполучені капсулою і тонким шаром паренхіми (менше чверті загальної товщини органу), і повним, коли орган розділений цілком або між його частинами залишилися тільки шматочки капсули. Відрив — повне відокремлення внутрішнього органу внаслідок розривів зв'язок, що фіксують його, судин і т.д. Розм'якшення —

руйнування частини внутрішнього органу з перетворенням його тканини в кашкоподібну масу або в безліч дрібних шматочків. Воно пов'язане з різким здавленням, розміщенням. Всі вказані ушкодження діляться на місцеві і віддалені. Запропонована в 1988 році.

Муханова А.І. класифікація ушкоджень кісток рубаючими предметами. Надруб — порушення цілісності зовнішньої кісткової пластинки і прилеглого до неї тонкого шару губчастої речовини. Вруб — більш глибоке ушкодження, яке не розповсюджується на всю товщину кістки. Розруб — ушкодження всієї товщини кістки з утворенням довгастого, щілиноподібного перелому, який відображає форму поперечника клинка рубаючого предмету. Відруб — повне відокремлення частини кістки або тіла. Запропонована в 1988 році.

Мюллера-Ільїна Г.І. (Müller) спосіб визначення маси серця та його відділів. Серце звільняють від жирової тканини і розділяють на чотири частини: відокремлюють обидва передсердя з їх перегородкою по передсердно-шлуночкової борозні, потім стінки шлуночків від їх перетинки. Таким чином, відокремлюють обидва передсердя з їх перетинкою, лівий шлуночок, правий шлуночок і міжшлуночкову перетинку. Після цього визначають масу кожної частини серця. Враховуючи, що міжшлуночкова перетинка містить м'язи правого і лівого шлуночків, її рівномірно розділяють між шлуночками, заздалегідь визначивши масу всієї перегородки. Потім масу всієї перегородки (г) слід розділити на масу обох шлуночків (г), щоб визначити, яка частина маси перегородки доводиться на 1 г загальної м'язової маси обох шлуночків. Отриману частину від ділення множать на число грамів кожного шлуночку. Результати і є масою перетинки кожного шлуночку, яку додають

до маси відповідного шлуночка. Таким чином, в результаті можна отримати масу передсердя, масу лівого і правого шлуночків. Загальна маса передсердя і шлуночків називається *чистою масою серця (ЧМС)*. Шлуночковий індекс визначається відношенням повної маси правого шлуночка до маси лівого шлуночка. У тих випадках, коли гіпертрофії серця не спостерігається, маса правого шлуночку рівна 70 г, лівого — 150 г, шлуночковий індекс при цьому рівний 0,46. Нормальний шлуночковий індекс складає 0,4 - 0,6. *Серцевий індекс*, або відношення чистої маси серця, до маси тіла виражається відношенням чистої маси серця до маси тіла. Нормальний серцевий індекс складає величину від 0,004 до 0,006. Відсоток лівого шлуночка (ЛЖ) обчислюється за формулою: $\% = \frac{\text{маса ЛЖ} \times 100}{\text{ЧМС}}$. Відсоток правого — аналогічно. Нормальним вважається відсоток лівого шлуночка 59, правого — 26. Описаний в 1883 році Мюллером, модифікований Ільїним Г.І. в 1956 р.

Науменка В.Г. – Грехова В.В. методика дослідження головного мозку. Розтин кісток черепа проводять звичайним циркулярним розпилком з подальшим відкиданням склепіння. Визначають стан твердої оболонки: збереження або розриви її (особливо по ходу кісткових тріщин), відсутність або наявність епідуральної гематоми з описом її вигляду, розмірів в трьох вимірюваннях і локалізації по відношенню до доль мозку. Епідуральна гематома нерідко утворює вдавлення на поверхні мозку, при цьому спостерігається зсув великих півкуль в протилежну сторону з вдавленням гіпокампової звивини на стороні гематоми. Локалізацію, розміри і глибину вдавлення обов'язково указують. Відмивають кров з поверхні оболонки, по можливості відшуковують місце розриву судини. Відзначають вираженість, просвічуваність рельєфу мозку, кровонаповнення і

ступінь напруги оболонки (напружена оболонка не захоплюється пінцетом в складку). Описують стан синусів і вен, що впадають в них. Досліджують субдуральні гематоми, які найчастіше мають вид пластинчастих кров'яних згортків і розташовуються на випуклій поверхні півкуль; відзначають їх локалізацію, протяжність, товщину і масу. Найбільш небезпечними є субдуральні гематоми в ділянці основи мозку і варолієвого мосту. Не досягаючи великого об'єму, вони можуть швидко приводити до летального результату, викликаючи гострі розлади лікворо- і кровообігу в базальних цистернах мозку. Після зняття твердої оболонки для виявлення свіжих або старих геморагій оглядають міжпівкульну щілину мозку, особливо його поперечну цистерну і ділянку вени Галена. Якщо постраждалому була зроблена трепанація черепа, детально вказують локалізацію, розміри, форму отвору трепанації, ступінь вибухання (пролабування) мозку в кістковий дефект, стан країв пролабуючої ділянки, відсутність або збереження на ньому м'яких оболонок або наявність злучного процесу. Уважно оглядають шкіряно-кістковий клапот, що закриває дефект трепанації (на ньому можуть бути сліди травми). За відсутності кісткового фрагменту його потрібно запросити у хірурга і досліджувати як речовий доказ, про що зробити відповідний запис. Дослідження кісток склепіння та основи черепа проводять до і після видалення твердої мозкової оболонки; воно відрізняється деякими особливостями, які вимагають спеціального освітлення. Дослідження мозку після витягання його з порожнини черепа включає (поетапно) зважування і зовнішній огляд, дослідження на розтинах, вилучення частин мозкової тканини для гістологічного дослідження (з позначенням місць, з яких узятий матеріал), мікроскопічне дослідження. Зовнішній огляд у ряді випадків дозволяє виявити значну патологію. Оглядають м'я-

кі мозкові оболонки, рельєф поверхні великих півкуль, стовбура і мозочка. Встановлюють колір м'яких оболонок, прозорість, товщину, стан поверхневих вен мозку. Великої уваги заслуговують субарахноїдальні геморагії. При травмі вони часто мають обмежено-локальний характер. Ззовні такі крововиливи покриті павутиною оболонкою. Необхідне докладне протоколювання субарахноїдальних крововиливів з вказівкою їх локалізації, розмірів і поширеності по борознах, в базальні цистерни. При цьому слід прагнути до виявлення джерела таких крововиливів, що іноді буває важко. При підозрі на розрив оболонкової судини або аневризми бажано відмити гематому струменем води, заздалегідь знявши павутинову оболонку. Детально досліджують піякортікальні крововиливи, що мають вид плям, що складаються з дрібнокрапкових геморагій, які не змиваються водою. Вказують локалізацію, поширеність і розміри цих крововиливів. Обидва види крововиливів, виражених різною мірою, постійно спостерігаються при черепно-мозковій травмі. Оцінка їх локалізації і поширеності може з'явитися, додатковим критерієм при визначенні механізму травми. Дуже важливими є огляд і оцінка стану рельєфу поверхні мозку, де можуть бути виявлені морфологічні ознаки інтрацеребральної гіпертензії. Відзначають ступінь згладження рельєфу борозен і звивин великих півкуль, вибухання гіпокампових звивин з наявністю або відсутністю на поверхні странгуляційної борозни від тиску краєм тенторіального отвору; стан мигдалин мозочків — їх вибухання, наявність на поверхні странгуляційної борозни від вдавнення (защемлення) у великому потиличному отворі. При значній гіпертензії можна спостерігати невелику поперечну странгуляційну борозну на вентральній поверхні бульбарного відділу довгастого мозку, а також вибухання прямої звивини лобних доль з вдавненням їх у дірчасту

пластинку решітчастої кістки. При огляді контузійних вогнищ визначають їх локалізацію, розміри і збереження над ними м'яких оболонок (цілість їх в зоні контузійних вогнищ може бути збережена). Потім визначають стан крупних судин основи мозку: віллізієв круг з крупними гілками, що відходять від нього, басейн основної артерії, при цьому необхідно мати на увазі анатомічні варіанти розвитку судин, атеросклерозні зміни і аневризми. Велике значення має методика розтинів мозку. Від неї залежить повнота дослідження і правильність узяття матеріалу для гістологічного дослідження. В даний час набув поширення метод, що складається з серії фронтальних розтинів, які забезпечують огляд всіх відділів мозку. З методів фронтальних розтинів найбільш споживані способи Пітре і Фішера, які зводяться до 6 (Пітре) і 7 (Фішер) розтинів, що проводяться в певних площинах. Подовжня вісь мозку представляє ламану лінію, оскільки ствольний відділ розташований під деяким кутом до великих півкуль. Тому для досягнення строгої поперечності розтинів великих півкуль і ствольного відділу останній відокремлюють перетином на рівні ніжок мозку, тобто середнього мозку. Подальші поперечні розтини півкуль і стовбурового відділу проводять роздільно. Вказаний перший розтин дозволяє досліджувати стан середнього мозку, ділянки сільвієвого водопроводу і ніжок мозку, що при травмі голови має важливе значення, оскільки ствові геморагії, що швидко приводять до летального наслідку, локалізуються головним чином в середньому мозку. Другий розтин проводять перпендикулярно до подовжньої осі великих півкуль мозку на рівні його лійки; мозок кладуть на стіл основою догори. Цей розтин дозволяє оцінити стан великих півкуль, шлуночків, підкіркових вузлів, провідникових систем, гіпоталамічної ділянки. Третій розтин має бути направленим поперечно

вісі стовбурового відділу мозку через середину варолієва моста і мозочок. При цьому розтині можливий огляд варолієвого мосту, його покривки, дна IV шлуночку, його порожнини, півкуль мозочка і їх ядер. Подальші розтини проводять за свідченнями залежно від особливостей випадку, але обов'язково паралельно зробленим раніше. Запропонована в 1964 році.

Нейдінга І.І. ознака. При макроскопічному огляді шкіри странгуляційної борозни, затиснутої між двома предметними скельцями, на просвіт, спостерігаються крововиливи біля нижнього краю борозни і в ділянці її валу (валів). Описаний в 1868 році.

Нижегородцева К.А. ознаки дії холоду. Бурульки навколо отворів носа і рота, у очей, обмерзлі колючки снігу в зовнішніх слухових проходах.

Нікіфорова-Шавіньї ознака. При першому вогнепальному ушкодженні плоских кісток (черепа) виникає зрізуючий ефект і формується дефект кісткової тканини у вигляді конуса, навколо якого в радіальному напрямку розходяться тріщини. Тріщини від другого ушкодження доходять до тріщин першого і їх не перетинають.

Новікова Ю.А. методика приготування макропрепаратів кісток. Вилучені кістки механічно очищають від м'яких тканин, кип'ятять у воді з додаванням пергідролу (з розрахунку 150-200 мл 33 % розчину пергідролу на 8-10 л води). Об'єкти доводять до кипіння, рідину зливають, заливають нову порцію води з пергідролом з подальшим кип'яченням. Кип'ячення продовжують 1-5 годин залежно від кількості і розмірів об'єктів. Після цього кістки легко очищаються від м'яких тканин і промиваються протягом нетривалого часу в проточній воді. Отримані препарати висушують при

кімнатній температурі. Вони не потребують знежирення і вибілювання. Описана в 1980 році.

Новікова П.І. формула для встановлення кількості прийнятого перед смертю алкоголю. $A = PrC_t + A_{ж}$, де A — кількість прийнятого алкоголю (г 100% спирту); P — вага трупа (кг); r — чинник редукції (0,7); C_t — концентрація алкоголю в крові (‰). $A_{ж} = ab/1000$, де a — кількість вмісту шлунка (г); b — концентрація в ньому алкоголю (‰). Запропонована в 1967 році.

Огстона Ф. (Ogston Fr.) ознака. Різкий світло-червоний колір крові і повнокров'я крупних судин (артерій і вен), прилеглих до серця при смерті від переохолодження. Описаний в 1955 році.

Олівье-Данжера ознака. «Екхімотична маска» — одутлість і синюшність шкіри обличчя (від блакитно-багряного до чавунного) з безліччю різних розмірів крововиливів у шкіру, слизові оболонки очей і рота. Спостерігається при странгуляції шиї і компресії грудної клітки. Описаний в 1833 році.

Осьмінкіна В.А. ознаки — комплекс патоморфологічних змін, що характеризує компенсаторно-приспосувальні реакції в дихальній системі при прижиттєвій дії на організм холодого чинника (застосовується в сукупності з традиційними методами). При смерті від переохолодження: спазм трахеї, бронхів (БІ — $3,0 \pm 0,52$), бронхіол, епітеліальний пласт збережений на базальній мембрані, потовщений (0,05 мм), ядра його витягнуті (0,03 мм), «транспортний блок», «фігури колосів», статистично достовірна емфізема ($a:b=1,35$; $b:2b=1,12$), ангіоспазм, розлад кровообігу на мікроциркуляторному рівні, «калориферний ефект» капіляризації бронхіальних судин. Повільний темп вмирання від переохолодження супроводжується максимальним ступенем вираженості вищеприписаного комплексу змін. У відстрочених випадках смерті від переохо-

лодження комплекс ознак зазнає послідовну 3-х етапну трансформацію. Виявлення в дихальній системі комплексу ознак прижиттєвої дії на організм холодого чинника при смерті від механічної травми в умовах низьких температур повітряного середовища свідчить про її прижиттєве спричинення.

Пальтауфа А. (Paltauf A.) ознака. Крововиливи в грудниноключично-соскоподібному м'язі і великих грудних м'язах, розташовані з обох сторін, паралельно подовжнім волокнам м'язів. Ці крововиливи виникають в результаті сильної напруги м'язів людини, що тоне, при спробі врятуватися. Аналогічні крововиливи описані Рейтером і Вахгольцем.

Панум в 1856 році відкрив птомаїни. Птомаїни або тваринні алкалоїди - це алкалоїдоподібні речовини, що утворюються як проміжні продукти гниття в результаті діяльності мікробів. Їх налічується декілька десятків (нейрін, путресцин, нейрідін, сапрін, птоматропін, птоматокурарін і т. д.). Сельмі в 1873 році довів їх наявність в гниючому трупі і тим самим надав їм судово-медичне значення в справах з підозрою на отруєння, коли вони можуть бути прийняті за отрути. Від справжніх рослинних алкалоїдів птомаїни відрізняються тим, що містяться в трупі в мінімальних кількостях, дають змішані нестійкі екстракти, не дають всіх хімічних і фізіологічних реакцій, властивих алкалоїдам.

Пачині рідина для відновлення первинного виду еритроцитів у сухій крові (див. Вірхова Р. реактив). 2 частини сулеми, 2 частини NaCl, 113 частин дистильованої води, 13 частин гліцерину.

Пашиняна Г.А. метод емісійного спектрального аналізу легеневої тканини, для встановлення живо- або мертвонародження. Відомо, що при внутрішньоутробному житті газообмін плоду здійснюється через плаценту, яка входить до складу єдиної біологічної

системи мати — плацента — плід. Після народження дитини в процесі газообміну безпосередню участь беруть мікро- і макроелементи. Коли припиняється плацентарний кровообіг, легені, які до цього знаходилися у нефункціональному стані, розправляються і починається позаутробне легеневе дихання, яке супроводжується падінням тиску в малому колі кровообігу і наповненням кров'ю капілярного русла. Таким чином, зміна кровонаповнення малого круга викликає перебудову серцево-судинної системи новонародженого, і тому вміст ряду неорганічних елементів в легенях живонароджених у порівнянні з мертвнонародженими значно збільшується. Для диференціальної діагностики живо- і мертвнонародження використовують коефіцієнти відношення фосфору до міді, заліза до міді, кальцію до міді, фосфору до кальцію, заліза до кальцію і фосфору до заліза в легеневій тканині. Цей метод може використовуватися і при гнильних змінах трупа. Запропонований в 1963 році.

Пашиняна Г.А.-Маршані З.М. метод електрофорезу білків на папері, для встановлення живо- або мертвнонародження. Процентний склад ряду білкових фракцій сироватки крові у живонароджених і мертвнонароджених немовлят різний. Досліджують, зазвичай α і γ глобулінові фракції. Запропонована в 1969 році.

Пирогов М.І. у 1849 році вперше описав класичну ознаку вхідного вогнепального отвору, яка згодом була названа М.І. Райським «мінус-тканина». М.І. Пирогов писав: «...вхідний отвір характеризується втратою частини шкіри.». Куля, що має достатню (понад 10 кг/м) кінетичну енергію, володіє пробивною дією, спочатку витягує шкіру у вигляді конуса, а потім вибиває частину її і відносить з собою в рановий канал. У 1865 році Пироговим М.І. було запропоноване поняття «обідка осаднення», який утворюється

внаслідок механічного здирання епідермісу бічною поверхнею кулі у момент поранення, хоча першим у 1858 році обідок осаднення визначив хірург М.Ф. Кривошапкін.

Попова В.А. класифікація авіаційної травми: є діаграмою в 17 секторах якої показані основні варіанти обставин авіаційної травми. У кожному секторі приведений приватний варіант обставин авіаційної події і ті ушкоджувальні чинники, які приводять до виникнення ушкоджень. Запропонована в 1982 р.

Попова В.А. класифікація травмуючої поверхні тупих предметів: А. Обмежена 1) плоска — трикутна, квадратна, прямокутна, багатокутна, овальна, кругла, інша плоска форма; 2) кутова — у вигляді двогранного кута (ребриста), у вигляді тригранного кута (вершини), інші види кутів (вершин) многогранників; 3) крива — сферична, циліндрична, інші види кривих поверхонь; 4) комбінована - поєднана: плоска і крива, плоска і нерівна, крива і нерівна. Б. Не обмежена 1) гладка (рівна), 2) негладка (нерівна, шорстка). Запропонована в 1980 році.

Попова Н.В. класифікація тупих твердих предметів: I. Натуральна зброя людини (пальці, кулак, долоня і т. п.). II. Ручні знаряддя праці 1) предмети з плоскою поверхнею (з поширеною, обмеженою і змішаною дією); 2) предмети із закругленою поверхнею (циліндричною або сферичною); 3) предмети з кутовим краєм, призматичним (двогранним), пірамідальним (багатогранним) і конусоїдним кутом; 4) предмети з нерівною поверхнею. III. Крупніші предмети (частини машин і тварини). Запропонована в 1938 році.

Попова Н.В. проба на метгемоглобін. Для визначення присутності в крові метгемоглобіну його треба перевести в сполучення, що має смуги поглинання ближче до центру, де воно краще видно. В той же час, ці сполучення повинні бути специфічні для метгемо-

глобіну і не утворюватися з іншими похідними гемоглобіну. Одним з таких з'єднань є фторметгемоглобін. До розчину крові додають якої-небудь фтористої солі (NaF, NH₄F та ін.) у пороші або у розчині. Метгемоглобін переходить у фторметгемоглобін, що має широку смугу в помаранчевій частині спектру. Ця проба цілком специфічна і чутлива.

Польового М.С. аналітичний метод ідентифікації особи по фотознімках, заснований на аналізі інформації, що характеризує просторову і лінійну структуру особи. Як і при графічному ідентифікаційному алгоритмі, при аналітичному методі використовується система антропометричних крапок особи, які по черзі з'єднуються відрізками прямих; отримувані фігури піддаються порівняльному дослідженню. Запропонований в 1970 році.

Постникова Б.Н. метод. При необхідності точного встановлення площі опіків, уражені ділянки наносять на схему, де опіки різного ступеня позначають різним кольором або різними умовними позначеннями. Відсоток площі опіку до загальної поверхні тіла визначають по таблиці:

Площа опіку в см ²	% загальної поверхні тіла
100	0,62
1000	6,2
5000	31
10000	62
12000	75

Метод запропонований у 1957 році.

Прозоровського В.І. класифікація автомобільної травми. 1. Удар автомобілем. 2. Наїзд на людину, що впала або лежачого. 3. Переїзд через людину, що впала або лежачого, колесом або колесами. 4. Притиснення автомобілем до будь-якого предмету, стов-

па, стіни і т.д. 5. Волочіння. 6. Комбіновані ушкодження — удар, наїзд, переїзд, і т.д. 7. Падіння з легкової автомашини (на віражах). 8. Падіння з кузова вантажного автомобіля. 9. Ушкодження, отримані усередині автомобіля. Запропонована в 1962 році.

Пупарєва ознака. У всіх випадках смерті від дії низької температури, мошонка надзвичайно сильно скорочена і зморшкувата. Яєчка втягнуті у пахвинний канал до такого ступеня, що картина нагадує пахвинну грижу. Особливо часто це буває, коли низ живота прикритий легким одягом. Описаний в 1847 році.

Пучкова Г.Ф. проба на пневмоторакс. Грудну клітку проколюють в V-VI міжребер'ї по передній пахвовій лінії голкою з канюлею заповненою мильною піною, поява бульбашок свідчить про пневмоторакс.

Райського М.І. ознака смерті від переохолодження. Бурульки льоду у отворів рота носа і очей. Описана в 1907 році.

Райського М.І. проба на жирову емболію. Ножицями вирізають як можна тонший шматочок легеневої тканини, розпрямляють його на предметному склі в 1-2 краплях води, притискають покривним або іншим предметним склом і розглядають під мікроскопом при невеликому збільшенні. За наявності жирової емболії в судинах видні різко оконтуровані, блискучі, схожі на ковбаски утворення — жир. Забарвлення цього ж препарату суданом підтверджує розпізнання. Запропонована в 1953 році.

Райського М.І. класифікація тупих твердих предметів: 1) предмети з плоскою більше або менше широкою поверхнею; 2) предмети з тупогранною поверхнею і кутами, утворюючими ребра; 3) предмети зі сферичною поверхнею; 4) предмети циліндричної форми невеликого діаметру. Запропонована в 1958 році.

Раппопорта реакція заснована на тому, що алкоголь у присутності сірчаної кислоти переходить в ацетальдегід, який обезбарвлює розчин перманганату калія. Реакція здійснюється таким чином: у дві пробірки наливають по 2 мл дистильованої води, потім в одну з них вводять скляну (бажано зігнуту) трубку, кінець якої занурюють у воду; інша пробірка є контрольною. Обстежуваний прополіскує рот, а потім дує (дихає) в трубку протягом 15-30 сек. Після цього в обидві пробірки додають по 10 крапель концентрованої сірчаної кислоти і по 1-2 краплі 0,5% розчину пермарганата калія. У контрольній пробірці рідина набуває рожевого кольору, а у досліджуваній за наявності в повітрі алкоголю, що видно, рідина обезбарвлюється протягом 1-2 хвилин.

Рассказова-Лукомського-Пальтауфа плями. Одна з достовірних ознак утоплення. Плями є розпливчатими, з нечіткими контурами, невизначеної форми, дещо підносяться, блідо-червоного кольору, внаслідок розбавлення крові водою, крововиливу під легеневою плеврою розмірами до 1-2 см (іноді більше). При перебуванні трупа у воді більше одного-двох тижнів плями можуть зникати. Ці крововиливи вперше були описані незалежно один від одного І. Рассказовим у 1860 році і українським ученим Ю. Лукомським у 1860 році, а потім А. Пальтауфом в 1880 році.

Ратневського А.Н. метод відновлення первинної форми ран. Рану з оточуючою їй шкірою відсікають, причому ширина шкіри навколо рани повинна бути не менше 1-1,5 см. Видаляють підшкірно-жировий шар. Шкіру висушують, після чого знежирюють ефіром (протягом 6-12 годин), знову висушують і занурюють на 2-3 доби в розчин такого складу (модифікація рідини Дітріха): оцтова кислота крижана — 10 мл; спирт етиловий 96° — 20 мл; дистильована вода — до 100 мл. Після цього препарат злегка підсу-

шують і досліджують. Оцтова кислота викликає набухання колагенових волокон. Краї ран розправляються. Унаслідок рівномірного збільшення об'єму всієї шкіри рана приймає ту форму, яку вона мала у момент утворення, тобто до ретракції шкіри і м'язів, розвитку набряку і т.д. Спирт перешкоджає надмірному набуханню шкіри і сповзанню епідермісу. Після набухання шкіри особливості країв і кінців рани стають виразними. Обробка шкіри у вказаному розчині не перешкоджає проведенню контактної-дифузійної, електрографічної та інших досліджень. Препарат можна зберігати в цьому розчині необмежений час. Для зберігання або пересилки препарат може бути висушений. Після повторної обробки у вказаному вище розчині він знов приймає первинну форму з повним відновленням всіх особливостей. Запропонований в 1967 році.

Ратневського А.Н. метод порівняльного дослідження анфасних фотографій особи і черепа, виконаних у натуральну величину. Заснований на співставленні між собою константних точок черепа і особи шляхом орієнтування тих і інших в загальній прямокутній системі координат. Висновок про тотожність порівнюваних об'єктів складається при коливаннях відстаней між однойменними крапками не більше 2-3 мм. Запропонований в 1976 році.

Ревенсторфа (Revenstorf) метод визначення зажиттевості попадання у воду. Заснований на виявленні планктону у внутрішніх органах. Планктон — сукупність найдрібніших організмів рослинного і тваринного походження, що населяють водоймища. Основну масу складає планктон рослинного походження — фітопланктон, особливо діатомеї. При утопленні частинки планктону розміром до 200 мкм разом з водою через легені проникають в кров'яне русло і током крові разносяться по всьому організму, затримуючись в паренхіматозних органах, кістковому мозку трубча-

стих кісток і т.п. Діатомовий планктон виявляють шляхом руйнування вилучених з трупа органів пергідролем і кислотами, з подальшим центрифугуванням і виготовленням з осаду мікропрепаратів, які вивчають під мікроскопом. Виявлення великої кількості діатомового планктону у внутрішніх органах і кістковому мозку є об'єктивним методом доказу смерті від утоплення, особливо при різкому гнитті трупа. Запропонований у 1904 році.

Рейнсберга (Reinsberg) ознака утоплення у воді. Виявлення планктону у внутрішніх органах. Описаний в 1901 році.

Рейтера Ф. (Reuter F.) ознаки смерті при тепловому і сонячному ударі. Сильна гіперемія оболонок мозку, розширення лівого серця, млявість серцевого м'яза, іноді точкові крововиливи в ньому.

Рейтера Ф. ознака повішення в петлі - ушкодження гортані і під'язикової кістки, у вигляді переломів її ріжків. Описаний в 1901 році.

Рейтера Ф. ознака повішення в петлі - крововиливи у м'язи грудей. Виникають унаслідок перенапруження м'язів під час їх судомних скорочень при асфіксії. Описаний в 1922 році.

Решетнікова Є.А. періоди загоєння ран. I період — мікробного забруднення рани, запальні процеси ще не виражені (до 2-ої доби); II період — некротично-запальних змін в рані (2-5 діб); III період — затихання запальних реакцій і початок регенеративних процесів (5-12 діб); IV період — регенеративних процесів і формування рубця (12-18 діб). Описані в 1984 році.

Ріхтера проба на повітряну емболію. Серце розкривається під водою. Аорта і легенева артерії заздалегідь перев'язуються. Запропонована в 1905 році.

Ріхтера-Хаберди А. (Richter, Haberda A.) ознака. При смерті від переохолодження в лівій половині серця кров значно світліша, і температура її на 1-2° нижча, ніж в правій.

Рошера (Rocher) класифікація пальцевих візерунків. Існують чотири основні типи пальцевого візерунку: а) дуга (позначається через А – arcus); б) променева петля (позначається через R – radius); з) ліктьова петля (позначається через U – ulna); д) круг (позначається через W – wirbel). Особливо важливе значення для визначення типу візерунку має так звана дельта; під цим словом розуміють крапку, в якій діляться окремі папілярні лінії, або ж місце, де розходяться дві, що до цих пір паралельно йдуть, лінії. Дугові візерунки це ті, в яких папілярні лінії йдуть з одного боку пальця по його внутрішній поверхні до іншого боку, при цьому жодна лінія не повертається назад. Дуговий візерунок не має дельти. Петлеві візерунки. *Променевою петлею* називають такий візерунок, в якому папілярні лінії йдуть з боку великого пальця і після утворення петлі, але без зіткнення один з одним повертаються у бік великого пальця. Променеві петлі на лівій руці обернені своїми отворами управо, на правій руці — вліво. Променева петля має одну дельту. *Ліктьовою петлею* називають візерунки, в яких папілярні лінії ідуть з боку мізинця, і після утворення петлі, не стикаючись один з одним, повертаються у бік мізинця. Своїми отворами ліктьові петлі повернуті на лівій руці вліво і на правій руці — вправо. Ліктьова петля має одну дельту. У кожній ліктьовій петлі проводять рахунок папілярних ліній від центру до дельти. Ці дві крапки сполучають прямою лінією і проводять рахунок папілярів за допомогою лупи. Кругові візерунки — візерунки, в яких папілярні лінії роблять хоч один повний оберт. Вони мають дві дельти.

До кругових візерунків Рошер приєднує також складні і випадкові візерунки. Всі візерунки позначаються наступними числами:

A	R	U з числом папілярних ліній				W			Дефектні та відсутні відбитки
		1-9	10-13	14-16	17+X	i	m	o	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Кругові візерунки діляться на три розряди таким чином. Якщо продовжити нижній рукав лівої дельти вправо до зустрічі з правою дельтою, то лівий рукав буде або вище за праву дельту (позначається через i — innerhalb), або зустрічатися з нею (позначається через m — mittel), або ж нижче за неї (позначається через pro — outside). A - дають близько 5,3% всіх візерунків, R — 5%, U — 60%, W — 30%. Згідно з системою Рошара, кожен палець отримав своє числове позначення. Написані поряд числа пальців правої руки пишуться над межею, утворюючи чисельник, лівої руки — знаменник, оскільки пишуться під межею; суми числових позначень пальців правої і лівої руки у вигляді дроби пишуться поряд. Перед отриманою, таким чином, формулою ставиться літера «ж» або «ч», що означає стать. Наприклад: «ч», $\frac{97896}{67676} \frac{39}{32}$.

Руднєва М.М. ознака. Тромбоз артерії — ознака прижиттєвого походження ушкоджень. Описаний в 1878 році.

Русакова А.В.- Шкаравського Ф.І. ознаки. Набряк печінки, ложа і стінки жовчного міхура при смерті від утоплення. Описані в 1950 році.

Сабінського ознака. Недокрів'я селезінки при повнокров'ї інших паренхіматозних органів. Одна з асфіктичних ознак. Це явище вперше спостерігав Сабінський З.Ю. в 1865 році в експериментах на тварин. Ознака є неспецифічною для асфіксії і зустрічається не постійно.

Самойличенко А.Н. морфофункціональна класифікація дівочої півни (ДП). Запропонована у 1990 році:

Група ДП	Анатомічний вид	Висота	Товщина	Ступінь еластичності	Ступінь розтяжності	Конфігурація вільного краю	Величина отвору
Що часто зустрічається	Кільцеподібна Півмісяцева	Висока Середня Низька	Товста Тонка	Слабо-еластична Помірно еластична Еластична	Слабка Помірна Значна	Рівний Крупнохвилястий Дрібнохвилястий Зубчатий Бурштинова З виїмками З виступаючими сосочками»	Велика Середня Мала
	Бурштинова		»	»	»	»	»
Що рідко зустрічається	Пелюсткоподібна	»	»	»	»	»	»
	Підковоподібна	»	»	»	»	»	»
	Трубкаподібна	»	»	»	»	»	»
	Губоподібна	»	»	»	»	»	»
	Кильоподібна	»	»	»	»	»	»
	Спіралеподібна	»	»	»	»	»	»
	Валикоподібна	»	»	»	»	»	»
	Манжетно-кисетна	»	—	—	—	—	»
	Решітчаста	—	—	—	—	—	—
	Вікончаста	—	—	—	—	—	—
Гратчаста	—	—	—	—	—	—	
	Неперфорована	—	—	—	—	—	—

Самсон-Гиммельштірна (Samson-Himmelstirn) ознака. При повільному вмиранні від холоду сечовий міхур переповнений сечею. Це переповнювання пояснюється глибоким гальмуванням ЦНС і порушенням іннервації сечового міхура, внаслідок чого він втрачає здатність до скорочення. Описаний в 1852 р.

Сафіра розтин м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів ший, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. У вигляді букви «Y» від пахвових западин до мечовидного відростка, далі до лобка обходячи пупок зліва.

Сесшнікова В.А. ознака. Наявність рідини — середовища втоплення в пазусі клиноподібної кістки. Видаливши гіпофіз споліскують з шприца дистильованою водою спинку турецького сідла, малим долотом прорубують невелике віконце в пазуху основної кістки, через яке голкою шприца (що промивається, як і долото дистильованою водою) витягують розташовану там рідину. При втопленні кількість її досягає 0,6-5 мл, чого не буває при інших видах смерті. Краплю цієї рідини безпосередньо наносять на предметне скло. Під мікроскопом в ній можна виявити планктон, спори рослин, мікроорганізми і навіть із класу простіших, які зустрічаються в 65-80% випадках смерті від утоплення і є показником його прижиттєвості. Описаний в 1958 році.

Сесшнікова В.А. метод дослідження шийного відділу хребта. Після кругового розпилу черепа, вилучення головного мозку з твердої мозкової оболонки, потилична кістка випилюється так, щоб залишилися непошкодженими I і II шийні хребці і атланти-окципітальне зчленування. Для цього справа і зліва, дещо зовні від лінії потилично-скроневих швів, роблять розпили, що з'єднуються між собою на скатові Блюменбаха. Потім справа і зліва від хребта розпилюють 1 і 2 ребра, на 1-2 см відступивши від їх зчленувань. Після цього хребет із спинним мозком перетинають по хрящу між 2 і 3 грудним хребцем і витягують верхній відділ хребта. Виділену частину хребта бажано, якщо є можливість, заздалегідь рентгенологічно дослідити в двох загальноприйнятих проекціях. Частину потиличної кістки відокремлюють по зчленуванню тільки після перевірки його цілості. Далі проводять розпил дуг і тіл хребців з одного боку з розрахунком, щоб лінія розпила проходила приблизно через центр тіла хребця. Вибір сторони, з якою доцільно провести розпил, робить сам експерт залежно від локалізації

пошкоджень дуг. При такому розпилі легко виявляються ушкодження тіл хребців (подовжні, компресійні, компресійно-уламкові), причому спинний мозок і оболонки залишаються неушкодженими і витягуються цілком. Зв'язковий апарат і міжхребетні диски стають доступними для огляду. Запропонований в 1961 році.

Сеснікова В.А. – Ключова А.В. класифікація авіаційної травми: I. Травма на борту повітряного судна (ПС) в аварійному польоті. 1) при зіткненні ПС з перешкодою (земною поверхнею, водною поверхнею, іншими ПС, наземними спорудами); 2) від дії зовнішніх несприятливих чинників (вибухової декомпресії, тривалих прискорень і незвичайних еволюцій ПС, атмосферної електрики, при пожежі на борту ПС, при зіткненні ПС з птахами, радіозондами і іншими предметами). II. Травма при покиданні ПС у польоті і випадінні з нього (при катапультиванні, стрибках з парашутом, випаданні зі ПС). III. Травма рухомими частинами ВС на землі (працюючими лопастями гвинта, працюючою турбіною, при наїзді колесами, при ударі частинами рухомого ПС). IV. Травма у осіб тих, що знаходилися на землі в зоні авіаційної події. Запропонована в 1983 році.

Сеснікова В.А. – Ісаєва Ю.С. 1-а ознака. Лімфогемія – занесення еритроцитів до грудної лімфатичної протоки. Ларингоспазм приводить до венозного застою в системі порожнистих вен і венозної гіпертензії, внаслідок чого відбувається ретроградне занесення крові в грудну лімфатичну протоку. Спостерігається при асфіксичному (спастичному) типі утоплення. Кількісну оцінку лімфогемії проводять за допомогою рахункової камери при мікроскопії грудної лімфатичної протоки. 2-а ознака. Повітряна емболія лівого шлуночка. При розвитку гіпераерії легенів відмічається потоншення і розрив міжальвеолярних перетинок з подальшим прони-

кненням повітря в легеневі вени і ліву половину серця. Спостерігається при асфіксічному типі утоплення. Ознаки описані в 1986 р.

Свіонтецького ознака. Х-подібна форма рани при пострілі в притул. Описана в 1915 році.

Сидорова проба на карбоксигемоглобін. До 2мл 10% розчину крові на дистильованій воді додають 3-5 мл 20% розчину жовтої кров'яної солі і 3-5 мл 0,01% розчину біхромата калія. Після струшування при присутності карбоксигемоглобіна з'являється кармінно-червоне забарвлення, при його відсутності — коричнево-зелене.

Сімона А. ознака. Крововиливи в міжхребцеві диски при підвищенні. Механізм утворення крововиливів пов'язаний з різким розтягуванням дисків при вільному висінні тіла у поєднанні з багатократними латеральними вигинами хребта при судомах, а також приливом крові до нижньої частини тіла з підвищенням тиску в судинах. Крововиливи мають вид серпоподібних темно-червоних чітких вогнищ, виявляються найчастіше в поперековому і нижньогрудному відділах хребта, дуже рідко в шийному. Описаний в 1974 році.

Скопіна І.В. класифікація ушкоджень кісток рубаючими предметами (знаряддями): 1) щілиноподібне ушкодження (з ознаками або без ознак розтину кістки); 2) уламкові ушкодження (з ознаками або без ознак розтину кістки); 3) насічки. Запропонована в 1960 році.

Слепишкова І.В. класифікація тупих твердих предметів: 1) тупогранні; 2) плоскі; 3) циліндрові; 4) предмети з невизначеною поверхнею. Запропонована в 1937 році.

Смислова-Семеновського ознака. Наявність еритроцитів в регіональних лімфатичних вузлах. Спостерігається при прижиттєвих крововиливах у товщу шкіри і крововиливах у порожнині грудей і живота.

Солохіна А.А.-Кузьміна А.І. класифікація травмуючої поверхні тупих твердих предметів: I. Необмежена (переважаюча, велика): 1) рівна; 2) крива; 3) поєднання рівної і кривої. II. Обмежена (мала): 1) рівна; 2) крива; 3) рівна або крива торцевої частини порожнистих предметів із замкнутим контуром; 4) рівна або крива торцевої частини порожнистих предметів з незамкнутим контуром; 5) рівна або крива з ребрами і гранями. Запропонована в 1983 році.

Станиславського Л.В. ознака. Розриви шкіри від перерастягання при переїзді колесами автомобіля через тіло.

Старковой Н.Т. класифікація гірсутизму (різко виражена волосистість у жінок, що супроводжується появою бороди, вусів, а також зростанням волосся на тулубі і кінцівках при збереженні вторинних жіночих статевих ознак): 1) конституційний; 2) що виникає при введенні чоловічих статевих гормонів (лікування раку молочної залози); 3) при поразках ЦНС (пухлини мозку, розсіяний склероз, енцефаліт); 4) при нейроендокринних захворюваннях; 5) при шкіряних захворюваннях або місцевих діях на шкіру. Запропонована в 1964 році.

Струкова А.І. класифікація сепсису: 1) септицемія; 2) септикопіемія (сепсис з метастазами); 3) хроніосепсис; 4) затяжний септичний ендокардит. Сепсис має значення в генезі смерті при ушкодженнях, кримінальному аборті, опіках і т.і. На розтині спостерігається: при септицемії — швидко наступаючий гемоліз з імбібіцією судин, жовтяниця, явища гострого геморагічного діатезу з

крововиливами в слизових і серозних оболонках, невелике (приблизно у два рази) збільшення селезінки (септична гіперплазія селезінки), значна в'ялість її, гіперплазія ретикулярних клітин лімфатичних вузлів (збільшення їх), осередкова пневмонія, лейкоцитарна інфільтрація в міокарді, печінці, нирках, дистрофічні зміни внутрішніх органів; при септикопемії — ті ж зміни, виражені в значно більшому ступені, але є ще і метастатичні гнійні фокуси, що з'являються в першу чергу в легенях, а потім — в різних тканинах і органах. Запропонована в 1976 році.

Сунцова П.С. проба на повітряну емболію. До розтину порожнини черепа серединний основний розтин починається на рівні рукоятки груднини, далі роблячи розтини ребрових хрящів, не порушують цілості хрящів перших двох ребер і грудино-ключичного зчленування (щоб не пошкодити крупні судини), обережно відокремивши грудину від діафрагми і середостіння, підводять її нижній кінець і перепилують грудину на рівні других міжреберних проміжків. Потім розтинають навколосерцеву сорочку ножицями, підводять краї розтину пінцетами, наливають в порожнину навколосерцевої сорочки воду (до занурення серця) і під водою скальпелем проколюють передню стінку правого шлуночка серця (при підозрі на повітряну емболію лівого серця доцільніше прокол лівого шлуночку робити першим). Якщо виділення бульбашок повітря не відбувається, слід натиснути рукою на місце відходження легеневої артерії. Для контролю також під водою проводиться прокол лівого шлуночка. Ця проба застосовна тільки на «свіжому» трупі. Запропонований в 1863 році.

Такаяма реакція. Мікрокристалічна реакція, що використовується для визначення наявності крові в плямі. На предметне скло поміщають зішкріб з плями, схожої на кров'яну, або ниточку

з плями, додають декілька крапель реактиву Такаяма і покривають покривним склом. За наявності крові під впливом реактиву через 1-2 хв. утворюються червоно-вишневі кристали гемохромогена у вигляді голок, ромбів, зірок, пучків, снопів і інших фігур, що виявляються під мікроскопом. Реактив складається з 10% розчину NaOH, піридину і насиченого водного розчину глюкози. Його готують таким чином: у пробірку наливають 4 мл дистильованої води і розчиняють в ній 7 г глюкози при підігріванні. Потім беруть по 3 мл 10% розчину NaOH, піридину, приготованого розчину глюкози і змішують їх. До цієї суміші додають 7 мл дистильованої води. Реактив стає придатним для роботи через добу. На світлі він розкладається. Після закінчення 3-4 тижнів втрачає свої якості. Реактив запропонований японським ученим Такаяма в 1922 році.

Тардье А. плями. Одна із загальноасфіксічних ознак смерті. Є множинні, рідше поодинокі, дрібні крапкові, величиною з голівку шпильки, темно-червоні плямочки (крововиливи) під легеневою плеврою (частіше на задній діафрагмальній або міжчасткових поверхнях легенів) або в епікарді на задній поверхні серця. Вони утворюються при порушенні проникності стінок судин, підвищенні капілярного тиску і негативного тиску в порожнинах плеври у стадії інспіраторної задишки. Описаний в 1855 році.

Теорія гідравлічної (гідростатичної) дії кулі заснована на роботах німецьких учених кінця XIX ст. Регера, Брунса і ін. (тому її називають ще німецькою теорією). Відповідно до цієї теорії, при формуванні вогнепального ушкодження мають значення швидкість снаряда, що визначає темп підвищення тиску в рідині, а також його калібр, тобто ударна величина, що діє на рідину поверхні тіла. Теорія гідравлічної дії кулі базується на гідростатичному законі Паскаля, по якому тиск, який формується в рідині, що зна-

ходиться в герметично закритій судині, передається на всі сторони з однаковою силою. Ця теорія здатна пояснити тільки механізм вогнепальних ушкоджень порожнистих органів, наповнених рідиною або напіврідким вмістом.

Теорія гідродинамічної дії кулі полягає в тому, що ушкодження тіла формуються за рахунок того, що снаряд (куля або шрот), проникаючи в рідке або напіврідке середовище, передає їй свою велику швидкість. Проте, в цьому середовищі енергія кулі не розповсюджується рівномірно на всі сторони, а направлена, переважно, у бік її польоту. Отже, визначальним чинником у взаємодії кулі з рідким середовищем, є рідина з властивою їй фізичними якостями, зокрема передача енергії снаряда рідкому або напіврідкому середовищу. Недоліком цієї теорії є те, що ушкоджувальна дія зв'язується, головним чином, із станом тканин, а точніше із ступенем їх насиченості рідиною, а не з особливостями дії самої кулі або шроту.

Теорія ударної дії кулі запропонована російськими ученими П.І. Морозовим (1889), Є.В. Павловим (1892), В.А. Тіле (1894) і .П. Ільїним (1894), у зв'язку з чим має ще назву російської теорії. По цій теорії руйнуюча дія кулі на будь-якій відстані, відносно до всіх тканин тіла, визначається величезною кінетичною енергією і ступенем твердості кулі, а також опором тканини тіла, що уражається. Правильність цієї теорії доводять, зокрема, експерименти І.П. Ільїна: виконуючи постріли в голову трупа через два трепанаційні отвори в черепі, він спостерігав у 8 разів менші руйнування, чим при пострілі в цілий череп. Відповідно до цієї теорії, чим швидше зменшується швидкість польоту кулі і чим швидше передається енергія кулі у момент поранення, тим значніше ушкодження тканин, тобто найважливішим чинником травмуючої дії кулі є величина енергії, передана тканинам.

Ульріха К. (Ulrich K.) ознака. Обширний крововилив в порожнину середнього вуха, в кістковий слуховий прохід і в кортикальний кістковий мозок піраміди скроневої кістки. Спостерігається при смерті від утоплення у воді. Описаний Ульріхом в 1932 році в монографії «Вуха і смерть від втоплення».

Устінова А.І. – Портнова М.Э. – Кацваладзе Ю.А. класифікація холодної зброї (знаряддя) з коротким клинком. I. Зброя. 1) Бойова: а) національна (ножі, кинджали); б) табельна (ножі, кинджали, стилети, багнети). 2) Мисливська (ножі, кинджали, стилети, багнети). 3) Спортивна, туристська і дорожня. II. Знаряддя — інструмент для побутових і технічних цілей. 1) Для обробки продуктів. 2) Для медичного призначення. 3) Прилади для їжі. 4) Для технічних робіт. 5) Іншого різного призначення. Запропонована в 1994 році.

Фабрикантова Л.А. ознака. Поліморфні, дрібні (крапкові), яскраво-червоні крововиливи в слизовій оболонці мисок нирок, такі, що спостерігаються при смерті від переохолодження. Вони розташовані переважно в ділянці чашок, число їх 4-12, зазвичай зустрічаються в одній нирці. Ознака неспецифічна, вона спостерігається при отруєнні СО, при гострих циркуляторних розладах, при механічній асфіксії і в інших випадках. Проте, при цих видах смерті (окрім отруєння СО) крововиливи більші і темно-червоні. Описаний в 1955 році.

Фагерланда (Fagerlund) ознака. Наявність в шлунку і верхньому відділі тонкої кишки рідини — середовища водойми з домішкою мула, піску, водоростей. При асфіксичному типі втоплення рідини багато, при аспіраційному типі втоплення – рідини мало.

Фагерланда проба для виявлення функціонального стану клапанів: після вилучення нерозкритого серця у порожнину лівого шлуночка через аорту або в порожнину правого шлуночка через легеневу артерію вводять 100-120 мл води. При заповненні порожнини стулки клапанів спливають і змикаються. Після розтину відповідного передсердя встановлюють повне або неповне зімкнення клапанів і ступінь їх недостатності.

Фаскаса-Коса (Fazekas I.Gy, Kosa F.) схема для визначення довжини і віку плоду за розмірами кісток скелета. Для I ребра: якщо узяти подвоєну довжину хорди в міліметрах (відстань по прямій від суглобової поверхні горбка ребра до ямки грудинного кінця) і додати до неї 3, отримаємо довжину тіла плоду в сантиметрах. Для III ребра: довжина хорди, виражена в міліметрах, рівна величині довжини тіла в сантиметрах. Для X ребра: додавши 3 до величини довжини хорди в міліметрах, отримаємо довжину тіла в сантиметрах. Верхньощелепна кістка (вимірюється від скроневого відростка до processus marginalis) і верхня щелепа (вимірюється від spina nasalis anterior до перетину подовжнього і поперечного піднебінного швів) — їх довжина складає $1/20$, а нижня щелепа (вимірюється від горбка підборіддя до суглобової головки) — $1/10$ довжин тіла плоду. Якщо виразити розміри кісток кінцівок в сантиметрах, а потім помножити і скласти з відповідними коефіцієнтами, то довжина тіла в сантиметрах складе: довжина плечової кістки $\times 7,524 + 2,4717$; ширина дистального кінця діафіза плечової кістки $\times 28,304 + 3,9504$; довжина ліктьової кістки $\times 8,196 + 2,3779$; довжина стегна $\times 6,444 + 4,5082$; ширина дистального кінця стегна $\times 22,629 + 7,5659$; довжина великогомілкової кістки $\times 7,236 + 4,9031$; довжина малогомілкової кістки $\times 7,592 + 4,6841$. Довжина променевої кістки складає 0,1 довжин тіла плоду на всіх

стадіях внутрішньоутробного життя. Цей розрахунок приблизний: для першої половини вагітності він дещо завищений, для другої - дещо занижений. Запропонована в 1966 році.

Федорова В.Г. класифікація холодної зброї: 1) ударно-дроблячі (палиці, булави, молоти, т.п.); 2) колючі (шпага, багнет, спис, кинджал); 3) рубаюче-ріжучі (шабля, шашка, коса). Запропонована в 1905 році.

Федоровцевої Л.С. методика визначення напрямку пострілу, в основі якої лежить графічне зображення місця події з розміщенням на ньому рухомих контурів тіла, що стріляв і потерпілого, виготовлених в певному масштабі (зазвичай 1:10). На контурному зображенні тіла потерпілого позначають напрям ранового каналу. Змінюючи положення фігур, досягають (з урахуванням особливостей рельєфу і обстановки місця події) поєднання траєкторії польоту кулі з напрямком ранового каналу в тілі. Методика може бути використана при наскрізних кульових пораненнях, тобто за наявності вхідного і вихідного отворів, якщо рановий канал в тілі потерпілого є прямолінійним і є третя крапка (точка) (слід від кулі на тому або іншому предметі обстановки місця події). Описана в 1959 році.

Флексіга П.Є. (Flechsig P.E.) спосіб розтину головного мозку. Заздалегідь від великого мозку відокремлюють мозочок. Потім мозок поміщають на препарувальний столик або рівну поверхню і довгим, широким, але тонким ножем, змоченим водою, проводять через обидві півкулі розтин, що розділяє мозок на дві половини, — верхню і нижню. Розтин проводиться, приблизно, на висоті 2-3 см від площини, на якій лежить мозок. Якщо він буде проведений дуже високо, то півкулі будуть зрізані окремо одна від одної; якщо ж дуже низько, то крупні вузли мозку будуть розкриті на не нале-

жній висоті. Зробивши розтин, знімають обережно руками верхню половину мозку і оглядають поверхню розтину. Переваги способу Флексіга полягають в його простоті: виконується тільки один розтин, і мозок ділиться тільки на дві частини, які знову легко можуть бути накладені одна на одну. Не дивлячись на це, внутрішня поверхня бічних шлуночків, сірі вузли, зовнішня і внутрішня сумки, а також біла речовина півкуль на великому протязі стають доступними огляду. Внаслідок невеликого порушення цілості мозку, мікроскопічне дослідження його, у разі потреби, теж цілком можливо. Деяка незручність описаного способу полягає тільки в тому, що без навики не завжди вдається провести на належній і однаковій з обох боків висоті розтин через такий великий орган, як головний мозок, і тому не всі відділи його бувають добре видимі.

Фельгена метод виявлення сперми в плямі. Гістохімічний метод заснований на виборчому забарвленні ДНК сперматозоїдів і мікроутворень, що містяться в плямах сперми. Дає позитивні результати в плямах давністю до 6 місяців.

Фіддеса-Паттена формула визначення давності смерті (ДС) в годинах по охолодженню трупа:

$$ДС = \frac{2}{3}(36,8 - T) \text{ де,}$$

36,8 — звичайна температура тіла; T — температура трупа на момент дослідження в прямій кишці. В перші 4 години температура знижується на 1,05°C в годину, в подальшому - до 36 годин — на 0,56°C в годину. Формула дає задовільні результати в перші 12 годин.

Фішера розтини м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. 1-й — від лівого кута нижньої щелепи до яремної вирізки,

далі до пупка обходячи його зліва, над лобком лінія розтину розділюється і переходить на передні поверхні стегон. 2-й — у вигляді півкільця від бічної поверхні нижньої частини шиї зліва до протилежної уздовж нижніх країв ключиць, далі від яремної вирізки до лобка обходячи пупок зліва.

Франка-Прокопу О. (Frank, Prokor O.) феномен утворення ідіомускулярної пухлини, виникає при різкому ударі по м'язу трупа. Може бути викликана протягом 6 годин після настання смерті, в перші 2 години її інтенсивність не залежить від зовнішніх дій.

Фретвурста-Майнеке (Fretwurst, Meinecke) метод визначення карбоксигемоглобіну в крові. Заснований на визначенні поглинання світла при довжині хвилі, рівної 575 або 578 нм, розчинном гемолізованій крові до і після відновлення O_2Hb гідросульфідом. У разі 100% насичення крові окисом вуглецю величина поглинання світла після добавки гідросульфіту не змінюється. При неповному насиченні або за відсутності CO вона зменшується. По ступеню цього зменшення визначають відсоток $COHb$. Запропонований у 1959 році.

Фуркруа, Туре (Fourcroy) вперше в 1786 році описали жировіск. З цим явищем вони зіткнулися при розкритті могил на кладовищі «Безвинних немовлят» в Парижі. Жировіск — від природної консервації трупа, утворюється за відсутності повітря і надлишку вологи (у воді, у вологому ґрунті). За цих умов гниття трупа припиняється, жир розщеплюється на гліцерин і жирні кислоти. Гліцерин і олеїнова кислота як рідини вимиваються водою; пальмітинова і стеаринова кислоти, з'єднуючись з лужними і лужноземельними металами (кальцієм, магнієм, калієм, натрієм і ін.), а також з аміаком, що виділяється при розпаді білків, утворюють солі цих кислот (мила), тверді і майже не розчинні у воді, — жировіск.

Труп набуває щільної консистенції білуватого (у воді) або сіро-жовтого (у ґрунті) кольору. Жировіск має специфічний запах згір-клого сиру, легко розтинається ножом, легший води, при нагріванні плавиться, на папері залишає жирну пляму, при висиханні кришиться. Труп немовляти може перейти в жировіск за 4-5 міс., дорослого — за 8-10 місяців і більше. Жировіск зберігає структуру шкіри, м'яких тканин і органів, і тому в судово-медичному відношенні представляє великий інтерес. Опісля навіть багатьох років при розтині трупа, що знаходиться в стані жировоску, можна встановити характер ушкоджень, встановити причину смерті, пізнати труп. Жировіск дозволяє приблизно судити про мінімальний термін, минулий з моменту настання смерті.

Фуртмаєра (Furtmayer) координатний-діаграмний метод (КДМ) ідентифікації особи по черепу. Через 35 анатомо-топографічних точок проводять допоміжні лінії і за допомогою циркуля будують діаграму координат. Діаграма може бути зашифрована, а шифри — класифіковані, що, на думку автора, відкриває перспективи використання результатів КДМ в картотеках (для первинного відбору). Автор вважає за доцільне поєднувати КДМ, фотопоеднання і пластичну реконструкцію особи по черепу. Розроблений в 1970 році.

Харке спосіб розтину носа. Лише у окремих випадках буває можливість проведення розтину носа ззовні. Звичайно ж, щоб уникнути спотворення, його проводять з боку черепної порожнини. Спосіб Харке полягає в наступному. Продовжують розтини, зроблені для розтину черепа, донизу вздовж переднього краю трапецеподібного м'яза. Потім відокремлюють передню половину шкіряного покриву черепа до кореня носа і до верхніх країв очних ямок і завертають її, наскільки можливо, донизу на обличчя, а рівним чином, очищають від м'яких тканин потиличну кістку і верхній відділ

шийної частини хребта. Після цього, підвівши голову догори, роблять поздовжній розпил основи мозку навпіл, через потиличну кістку, турецьке сідло, клиновидну, гратчасту і лобову кости. Дійшовши до гратчастої кістки, відхиляються дещо праворуч або ліворуч від середньої лінії, щоб не пошкодити перетинки носа. Потім сильно розсовують обидві розпиляні половини, причому носові кістки ламаються. Після цього стають видно пазухи клиновидної кістки, перегородка носа, носові ходи розкритої сторони і лобні пазухи. Розтин Гайморової порожнини і носових ходів іншої сторони проводиться далі ножем. У інших випадках можна обмежитися видаленням долотом або вузькою загостреною пилою, з боку черепної порожнини середньої частини клиноподібної і гратчастої кісток, після чого також утворюється досить широкий отвір, що веде безпосередньо у порожнину носа.

Хижнякової К.І. модифікація техніки секційного дослідження жіночих статевих органів з приводу абортів. Після вилучення органів черевної порожнини необхідно оглянути органи малого тазу (положення, розміри, стан тазової очеревини і ін.); нижню половину трупа слід дещо підвести (підкласти валик під поперек). Серединний розтин передньої стінки черевної порожнини потрібно продовжити через лобок на 1 см до статевої щілини, потім зробити звичайний розтин тканин основи великих статевих губ, приблизно на відстані 1 см від статевої щілини, і далі навколо заднього проходу. М'які тканини лобка відокремлюють в обидві сторони до пахових ділянок, при цьому оголюються лонні кістки і їх зчленування. Далі необхідно підкласти валик під сідниці на рівні вертлюгових западин і перепиляти лонні кістки на рівні середини замикальних отворів. Випиляну ділянку лонних кісток видаляють шляхом відділення м'яких тканин зі сторони порожнини малого тазу; при

цьому відкривається вільний доступ до сечовипускного каналу, сечового міхура і вагінальної частини шийки матки, які доцільно розкрити і оглянути на місці. Слід оглянути присінок піхви і описати стан його слизової оболонки (колір, ушкодження, накладання, виділення і ін.). Сечовивідний канал розтинають ножицями по передній його стінці, потім розтин продовжують на лівій стороні міхура по дну його, до протилежної бічної стінки. Цей напівкруглий розтин дозволяє відвести передню стінку міхура вправо і оголити його слизову оболонку. Після дослідження міхура (вміст, колір слизової оболонки і ін.) проводять розтин стінки піхви зліва по бічній стінці до лівого бічного склепіння, звідки розтин продовжують через переднє зведення до правого зведення і передню стінку піхви відводять управо. Описують вміст піхви, колір слизової оболонки, накладання, ушкодження і ін. Особливу увагу слід звертати на стан склепінь піхви, де можуть бути малопомітні дрібні ушкодження, які вимагають огляду за допомогою лупи. Відмічають стан піхвової частини шийки матки: її розміри, форму, колір слизової оболонки, ушкодження і ін., розміри і форму зовнішнього зіву, особливості його країв, наявність виділень і їх характер, чи звисає із зовнішнього зіву слизова оболонка, крістеллерівську пробку — в якому стані вона знаходиться (розміри, колір, домішка крові або якої-небудь кольорової рідини і т. п.). Після цього слід витягнути загальним комплексом внутрішні і зовнішні статеві органи, пряму кишку і сечовий міхур і укласти їх на столик. Проводять вимірювання матки, шийки, визначають її форму, консистенцію, стан серозного покриву. Шийку матки беруть справа лівою рукою, дещо підводять над рівнем столика і розтинають гострим ножом (краще бритвою) по бічній стінці. Оглядають вміст порожнини шийки, слизову оболонку її, накладання, ушкодження і ін.

Слід детально описувати слизову оболонку, крістеллерівську пробку: локалізацію, колір її, домішки крові та будь-якої кольорової рідини. Ліву бічну стінку тіла розтинають ножицями з боку розтину шийки і продовжують його до лівої труби, потім розтин ведуть в ділянки дна матки до правої труби. Після такого розтину тіла матки передню стінку її відводять вправо і оголюють внутрішню поверхню. Вміст матки для бактеріологічного дослідження беруть стерильним ватним тампоном або петлею в ділянці гирла правої труби. Для судово-хімічного дослідження вміст матки слід зібрати в окремий посуд і направити в лабораторію окремо від частин матки. Описують кількість, колір, характер вмісту матки, стан слизової оболонки її (колір, ушкодження і ін.). Далі оглядають плодовий міхур, його оболонки (колір, накладення, ушкодження і ін.); особливу увагу слід приділити огляду краєвого синуса плаценти на всьому протязі, де зазвичай відбувається відшарування його. Потрібно уточнити наявність і розташування відшарування плаценти, розміри, форму і характер країв і ділянок тканини, що оточують її; наявність або відсутність крововиливу в ділянці відшарування. Якщо при огляді не вдається знайти місця відшарування плаценти, слід натиснути правою рукою на вільну поверхню плодового міхура з силою приблизно 3-4 кг. При цьому в місцях відшарування виділятиметься рідка кров, кількість якої залежить від ступеня кровонаповнення стінки матки. Якщо цей прийом не допоможе виявити місце відшарування, необхідно розкрити плодовий міхур, зібрати навколоплідні води в чистий посуд для судово-хімічного дослідження, а потім через отвір (завдовжки 4-6 см) ввести 4 складених пальці правої руки у порожнину плодового міхура і послідовно натискати кінцями пальців по краю плаценти. У місцях навіть невеликого відшарування плаценти при натисканні виділя-

тиметься кров. Визначають стан навколоплідних вод, плодових оболонок з плодової поверхні і плоду (довжина, стать, колір покривів і ін.). Описують виявлені в матці частини плодового яйця, а потім плацентарний майданчик: розміри її, колір, стан поверхні тканин, накладення і ін. Роблять паралельно-подовжні розтини стінки матки в ділянці розташування плацентарного майданчика для огляду стану судин, їх вмісту і ін. Далі досліджують м'язову оболонку матки: колір, консистенцію, товщину її стінки, стан її судин на розтині (розширені вони або запалі, їх вміст: рідка, пухка кров, що згорнулася, або гноєподібні маси і т. д.). Для цього слід провести поперечні розтини (на відстані 0,2-0,3 см один від одного) шийки і бічних стінок її до труб: зліва — по місцю поздовжнього розтину стінки матки, справа — з боку серозного покриву. Потім досліджують труби (розтин поперечний або поздовжній); відзначають їх довжину, стан серозного покриву, абдомінального кінця, вміст їх, стан слизової оболонки. Вимірюють яєчники, визначають їх форму, консистенцію і колір тканин. Описують детально жовте тіло: розташування його, розміри, колір і ін. Потім досліджують широкі зв'язки і навколوماتкову клітковину. Спочатку широкі зв'язки і клітковину пальпують для визначення консистенції, потім проводять поперечні розтини (на відстані 0,3-0,5 см один від одного) від бічних поверхонь матки у напрямку до абдомінальних кінців труб. Для гістологічного дослідження слід вилучати шматочки ушкоджених тканин: із стінки піхви, шийки матки в ділянці зовнішнього зіву, бічної стінки матки (на межі з шийкою), dna місця відшарування плаценти, шматочок тканин труби, яєчника з жовтим тілом, плодових оболонок (плаценти або плоду). На хімічне дослідження направляють частину матки (половину), іншу частину з плодовим міхуром або змінами, що мають значення,

ушкодженнями залишають як речовий доказ. Запропонована в 1957 році.

Чарного В.І. класифікація тупих твердих предметів: 1) велика плоска поверхня (дошка, плита); 2) велика сферична поверхня (гиря, великий круглий камінець); 3) циліндрична поверхня — предмети з великою довжиною і малим поперечником (палиця, лом, стрижень круглого перетину); 4) подовжена гранована поверхня з ребром — предмети з великою довжиною і малим поперечником (стрижень, брусок); 5) мала плоска поверхня (грань) з ребрами (молоток, обух сокири, торець стрижня); 6) кут або виступ гранованого предмету (праска, цеглина, брусок і т. п.). Запропонована в 1976 році.

Чистовича Ф.Я.-Уленгута П. (Uhlengut P.) реакція преципітації для встановлення видової належності білка. Ф.Я. Чистович в 1899 році встановив, що сироватка крові кроликів, попередньо імунізованих сироваткою коня або вугра, набуває здатності, утворювати помутніння — преципітацію при змішуванні її з сироваткою вугра або коня. Організм тварини у відповідь на введення чужорідного білка (антигену) виробляє антитіла, в даному випадку преципітини. Осад — преципітат — випадає тільки в тому випадку, коли імунна преципітуюча сироватка взаємодіє з нормальною сироваткою тварин того вигляду, сироваткою якого проводили імунізацію. З нормальними сироватками тварин інших видів преципітат не утворюється. Таким чином, маючи в своєму розпорядженні сироватки, преципітуючий білок різних тварин, можна шляхом апробації цими сироватками невідомої крові визначити її видову належність. У 1901 році вийшла робота Пауля Уленгута, в якій він пропонував застосовувати реакцію преципітації для визначення видової належності крові. У світовій судово-медичній лі-

тературі реакцію преципітації часто називають його ім'ям. За пропозицією Н.В. Попова, в СРСР з 1930 р. реакцію преципітації стали називати реакцією Чистовича-Уленгута. Для проведення реакції преципітації потрібна преципітуюча сироватка, що містить антитіла до певного виду білка, і витяжка з досліджуваної плями крові, що містить білок — антиген, видову належність якого потрібно визначити. Сироватка повинна бути специфічною, активною і прозорою. Реакцію преципітації виконують в маленьких пробірках з відтягнутим дном, в які піпеткою вводять по 0,9 мл витяжки з плями, витяжки з предмету-носія, розчину білка людини і фізіологічного розчину (4 пробірки). Потім в кожен пробірку окремою пастерівською піпеткою вводять на дно по 0,1 мл сироватки, що осаджує білок людини. Якщо в досліджуваній плямі є кров людини, то через 1-2 хв в першій і третій пробірках утворюється кільце преципітації. Відповідним чином ставляться ряди і для виробництва реакції з сироватками, преципітуючими білки тварин.

Шишкіна-Солунської ознака. Продовження кровообігу після травми обумовлює пересування еритроцитів по лімфатичним судинам. Виявлення еритроцитів в синусах регіональних лімфатичних вузлів є показником прижиттєвості відповідного ушкодження. І.П. Шишкін описав це явище в 1895 році, а М.М. Солунська в 1904 році.

Ебера проба для встановлення наявності гнильних газів. Застосовується в харчовій промисловості для перевірки свіжості м'ясних продуктів (відкриття вільного газоподібного аміаку реакцією утворення хлористого амонію). У судово-медичній практиці може використовуватися при вирішенні питання про живонародженість. Негативний її результат при позитивній плавальній пробі дозволяє вважати, що немовля дихало.

Янковського В.Е. (соавт. Зорькін А.И., Клевно В.А., Саркісян Б.С.) класифікація травмуючої частини тупих твердих предметів: I. Невідповідна (необмежена) плоска, що повністю виходить за межі площі зіткнення. II. Відповідна (обмежена) виступаюча (гранована, сферична, циліндрична, конічна, пірамідальна і ін.), що частково виходить за межі площі зіткнення. III. Подовжена (витягнута), що частково виходить за межі площі зіткнення. Запропонована в 1984 році.

Шенбейн дослідник з Швейцарії. У 1845 році відкрив піроксилін, що використовується для приготування бездимного пороху, а саме — клітковину (бавовну), оброблену міцною азотною кислотою і промиту спиртоєфірною сумішшю. Розрізняють піроксилін розчинний у спиртоєфірній суміші з формулою $C_{24}H_{30}(ONO_3)_{10}$, і піроксилін нерозчинний $C_{24}H_{20}(ONO_2)_{11}$. У 1884 році у Франції вдалося подолати технічні труднощі і налагодити перше заводське виготовлення піроксилінового пороху.

Шенбейна (з перекисом водню) попередня проба на кров. Фермент крові — каталаза розкладає перекис водню на воду і кисень, який при нанесенні краплі розчину супроводжується утворенням бульбашок (піни).

Шварц Бертольд чернець. У 1313 році повторно (після Китаю) винайшов порох, який в даний час називають димним або чорним порохом, що складається з суміші селітри, сірки і вугілля. Склад пороху дещо коливався. Так, по Броунсу, димний порох містив: російський — 77% селітри, 15% сірки і 8% вугілля; англійський — 78% селітри, 14% сірки і 8% вугілля; німецький — 74% селітри, 16% сірки і 10% вугілля; французький — 78% селітри, 14% сірки і 8% вугілля. Сила вибуху 1 г димного пороху, по Паскалю, рі-

вна 3190 кг/см³ (піроксилінового — 9700 кг/см³; динаміту — 10084 кг/см³).

Шора Г.В. метод розтину трупа — метод повної евісцерації (видалення внутрішніх органів), який полягає в тому, що органи ший, грудної і черевної порожнин, а також малого тазу виймають разом. Надалі органи не розділяють, а досліджують їх комплексно, у взаємозв'язку. Метод Шора дозволяє прослідкувати хід ранового каналу в органах, техніку виконання операцій на внутрішніх органах і вирішувати інші питання. Описаний в 1926 році.

Шора Г.В. пінцет (лапчатий). Є великим пінцетом з чашоподібними кінцями, по краях яких є зубці. Широко використовується в судово-медичній і патологоанатомічній техніці.

Штера (Stöhr) ознаки смертельної гіпотермії. Характерна поза, що нагадує положення людини під час глибокого сну, рожеве забарвлення трупних плям (особливо шкіри спини і обличчя), замерзання трупа, повнокров'я внутрішніх органів внаслідок звуження периферичних судин і повнокров'я головного мозку, заповнення всіх відділів серця згустками крові, повнокров'я і набряк легень. Описані в 1845-1846 роках.

Ейдліна Л.М. способи для визначення наявності кіптяви і забруднення навколо вхідних вогнепальних ран. 1-й — взяти чисту марлю і міцно витерти нею місце рани, потім обмити кров; на місці, де була кіптява і грязь, залишаються характерні темні сліди; 2-й — вирізати ділянку шкіри з отвором від кулі і помістити у дистильовану воду. Кров розчиниться, і на шкірі по краю отвору виступлять кіптява і грязь.

Ейдліна Л.М. проба на порох (гліцеринова проба). На предметне скло, ближче до одного з кінців, наносять голкою краплю гліцерину, в неї занурюють порохове зерно. Скло нагрівають спир-

тним пальником до закипання гліцерину і розчинення порошу який фарбує гліцерин в жовто-зеленуватий колір. При подальшому нагріванні гліцерину на склі залишається суха жовто-бура пляма, яку досліджують під мікроскопом. При цьому можна бачити своєрідні картини мікроструктури різних видів порошу, які можуть служити доказом наявності порошу або його залишків. Порошинки бездимного порошу утворюють на склі комірчасті структури, які складаються з дрібних зерняток, колір яких залежить від виду порошу. Димний порох розпадається на чорні аморфні шматочки, оточені темно-коричневими зернятками і паличками. Запропонована в 1961 році.

Ейдліна А.М. стадії обпалення волосся, що викликаються безпосередньою дією пострілу: спочатку за відсутності структурної зміни волосся з'являються невеликі бульбашки повітря (перша стадія), потім кількість, розмір їх поступово наростають, верхівки волосся стають колбоподібно роздутими і почорнілими, можуть зустрічатися крупніші бульбашки повітря (друга стадія), пошкоджена ділянка представляється у вигляді безформної чорної маси (третья стадія). Порошинки і їх частинки при пострілі діють на зразок дрібних снарядів і можуть утворити відщеплювання пластинок волосся, тріщини, напівкруглі дефекти їх речовини і повністю перебити волос. Описані в 1963 році.

Ессен-Мюллер Е. (Essen-Möller E.) формула для обчислення вірогідності батьківства. Вона заснована на теорії вірогідності і має наступний вигляд

$$W = \frac{1}{1 + \frac{Y_1}{X_1} + \frac{Y_2}{X_2} + \dots + \frac{Y_n}{X_n}}, \text{ де}$$

W — вірогідність батьківства; Y — відносна частота аналізованої ознаки в даній популяції; X — відносна частота тієї ж ознаки у дітей, батьки яких володіють даною ознакою. Запропонована у 1938 році.

Ельбура Р.Е. метод графічних ідентифікаційних алгоритмів для ідентифікації особи по фотознімках. Алгоритм графічний ідентифікаційний (АГИ) базується на ідеї центрального проектування, відповідно до якої 2 різних фотознімку якого-небудь об'єкту є його центральними проекціями на різні площини з різних центрів проектування. Для проведення експертизи розмічається система константних точок, потім виділені сукупності константних точок за допомогою системи графічних побудов трансформуються в ламані лінії — графічні визначники. Питання про належність досліджуваних фотозображень одному і тому ж об'єкту вирішується шляхом візуальної оцінки зони розсіювання ділянки перетину прямих, що поєднують однойменні точки визначників. Запропонований групою латвійських учених у 1965 році.

ЛІТЕРАТУРА

1. Герасименко О.І. Судово-медичний російсько-український словник-довідник//К.: Право, 1997.— 368 с.
2. Герасименко О.І. та ін. Судова медицина: підручник для ВНЗ / Вид. третє, переробл. і допов. К.: КНТ, 2016. 630 с.
3. Завальнюк А. Х. Судова медицина: (курс лекцій) / А.Х. Завальнюк. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. – 672 с.
4. Особливості судово-медичного дослідження трупа внаслідок окремих видах смерті: навч.-метод. посібник / О.Ф. Кулик, В.Т. Бачинський, І.Г. Савка, О.Я. Ванчуляк – Чернівці : БДМУ, 2005. – 211 с.
5. Основи судової медицини: навчально-методичний посібник за загальною редакцією Л. Голубовича, В. Ольховського, О. Герасименка. – Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. – 536 с.
6. Первинний огляд трупа на місці виявлення / В.Т. Бачинський, О.Ф. Кулик, І.Г. Савка, О.Я. Ванчуляк. – Чернівці, 2012. – 210 с.
7. Судова медицина. Медичне законодавство: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації: у 2 кн. / Б.В. Михайличенко [та ін.] ; за ред. В.Ф. Москаленко, Б.В. Михайличенко. – 4-ге вид., випр. – Київ : Медицина, 2017 – Кн. 1 : Судова медицина. – Київ: Медицина, 2017. – 448 с.
8. Судово-медична експертиза дітей (навчальний посібник, затверд. МОН України). - Київ, 2010. - 256 с. (Мішалов В. Д., Гуріна О.О., Юрченко В.Т. і інш.).
9. Судова медицина. Підручник за загальною редакцією В.Д. Мішалова. – Чернівці «Місто», 2018. – 574 с. (ISBN 978-617-652-216-4) (Мішалов В.Д., Т. В. Хохолєва, В. Т. Бачинський, В. В. Войченко, Є. Я. Костенко, Г. Ф. Кривда).
10. Судова медицина: навч. посіб. для студентів мед. ф-тів спеціальності «Технологія медичної діагностики та лікування» / Л.Л. Голубович, Л.М. Туманська, М.Д. Зубко, О.О. Волошанська, А.В.Фащенко. – Запоріжжя, 2018. – 172 с.
11. Филипчук О. В., Шевчук М. М. Посібник з судово-медичної криміналістики. Львів: «Добра справа», 2011. – 566 с.
12. Филипчук О. В., Гуров О. М. Судово-медична криміналістика. Підручник. Харків: «Діса плюс», 2013. – 640 с.

Навчально-методичне видання

Мішалов Володимир Дем'янович
Войченко Валерій Володимирович
Козлов Сергій Володимирович
Сулоєв Костянтин Миколайович
Дунаєв Олександр Віталійович
Алексін Геннадій Борисович

Е П О Н І М И

Навчально-методичний посібник

Видання друкується в авторській редакції
Відповідальний редактор Біла К. О.

Підп. до друку 28.01.26. Формат 60x84 1/16. Зам. № 1025-04/1.
Друк плоский. Ум. друк. арк. 0,85. Тираж 100 пр.
Видавець та виготовлювач СПД Біла К. О.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 3618 від
06.11.09

Надруковано на поліграфічній базі видавничо-поліграфічного центру «Імпакт»
Україна, 49000, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 111, оф. 2
+38 (099) 7805049; +38 (067) 2100256
<http://www.impakt.dp.ua>
e-mail: impact.dnepr@gmail.com