

Ғ. А. Жетпісбаев
Г. Ж. Османова

СОТ МЕДИЦИНАСЫ




NURpress

Ғ. А. Жетпісбаев
Г. Ж. Османова

СОТ МЕДИЦИНАСЫ



«ТҰРАН» УНИВЕРСИТЕТІНІҢ

ОҚУ ЗАЛЫ 00226626


NURpress

Алматы
2018

УДК 340.6(075)

ББК 58я7

Ж 56

Баспаға Абай атындағы Қазақ Ұлттық педагогикалық университеті және С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университетінің ғылыми кеңестерімен ұсынылған

Сын пікір берушілер:

Семей Мемлекеттік медицина университетінің сот-медицина курсымен патологиялық анатомия кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.д., профессор *Шабдарбаева Д. М.*

Абай атындағы ҚазҰПУ-нің Халықаралық қатынастар және заң факультетінің криминалистика және сот сараптамасы кафедрасының меңгерушісі, з.ғ.д., профессор *Төлеубекова Б. Х.*

Жетпісбаев Ғ. А., Османова Г. Ж.

Ж 56 Сот медицинасы: дәрістер жинағы.— Алматы:

«NURPRESS» баспасы, 2018.— 256 б.

ISBN 9965-830-14-2

Жинақта сот медицинасының дамуының негізгі сатылары, ұйымдастыру жүйесі мен ҚР сот-медициналық сараптамасының процессуалдық аспектілері қарастырылған. Жарақат, улану және басқа да денсаулық бұзылуларының сот-медициналық диагностикасы мен адам өлімінің негізгі себептері және оларға сараптамалық бағалау беру мәселелері талданады. Сот медицина пәні бойынша студенттердің білімін тексеруге арналған тест жинақтары келтірілген.

Заң және медициналық жоғары оқу орының студенттеріне, сәйкес маман-дықтағы оқытушылар мен ізденушілерге, сонымен қатар сот-медицина сарапшыларына, тергеушілер мен қорғаушыларға, прокуратура және сот қызметкерлеріне арналған.

УДК 340.6(075)

ББК 58я7

© Жетпісбаев Ғ. А., 2018

© Османова Г. Ж., 2018

© «NURPRESS» баспасы, 2018

ISBN 9965-830-14-2

1. СОТ МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ПРОЦЕССУАЛДЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Сот-медицинасының түсінігі, міндеттері, әдістері және объектілері*
 - 2. Сот медицинасының дамуының қысқаша тарихи дерегі*
 - 3. ҚР-да сот-медицина сараптамасының құрылуы*
 - 4. Сот-медицина сараптамасының процессуалдық негіздері*
- Қорытынды*

Кіріспе

Медицина ғылымы бола отырып, сот медицинасы заң пәндерімен жиі жанасады. Сот медицинасы бір-бірінен алшақ жатқан екі білім саласымен тығыз байланысты. Өз алдына дербес медицина ғылымы бола отырып, ол қылмыстық және азаматтық істерді тергеу мен сотта қарау кезінде сот әділдігі органдарында туындайтын медициналық-биологиялық мәселелерді шешіп береді.

Сот медицина тәжірибесінде пайдаланылатын зерттеу әдістері мен тәсілдерінің санының барған сайын көбейе түсуі неғұрлым тереңірек негізделген және объективті қорытындылар беруге мүмкіндік туғызып отыр.

1. Сот-медицинасының түсінігі, міндеттері, әдістері және объектілері

Сот медицинасы құқықтық және медицина ғылымдарының, сот әділдігі және заңдылықтың талаптарында қолданылатын, биология және жаратылыстанудың әртүрлі мәселелерін зерттейді және өндейді. Сот медицинасы — бұл өзінің зерттеу әдістері бар және нақты сұрақтар жиынтығына жауап беретін медицинаның жеке бір (дербес) саласы. Сот медицинасында қойылған сұрақтармен байланысты адамды зерттейтін көптеген арнайы зерттеулер қолданылады, олар:

- денсаулыққа зиян келтірудің себептерін анықтау;
- денеге түсірілген жарақаттардың уақытын анықтау;
- оқ жарақаты кезіндегі сараптама жүргізу;
- өлімнің туындаған ұзақтық мерзімін анықтау;
- қанның (түрлік, топтық және жыныстық) түрін, тобын және қай жынысқа жататынын, т.б. анықтау.

Сонымен қатар, сот медицинасы патологиялық анатомия, биология, криминалистика, криминология, физика, химиядағы зерттеу әдістерімен анықталады және олармен тығыз байланысты.

Қазіргі таңда сот медицинасында оның мүмкіндіктерін елеулі түрде кеңейтетін электронды микроскопия, сұйық газды хроматография, эксперименталды-компьютерлі модельдеу және т.б. зерттеудің осы заманғы әдістері кеңінен қолданылуда.

Сот медицинасында тірі тұлғалар, мәйіттер, заттық дәлелдемелер, қылмыстық және азаматтық істердің материалдары зерттеу объектілері болып табылады. Сот-тергеу тәжірибесі бұрын және болашақта заңгерлердің сот медицинасы негіздерін оқып, білу қажеттілігін дәлелдейді. Олар жиі апат болған жерді және мәйітті қарауды жүргізу, шығу тегінің биологиялық-заттық дәлелдемелерін дер кезінде анықтап, алып және сараптамаға жіберу, өлімнің туу уақытын анықтау, сот-медицина сарапшысына сұрақтарды дұрыс қою, сот-медицина қорытындысының сапалығын және толықтығын бағалау үшін қажет.

Сонымен, сот медицинасы — бұл тергеу және басты сот талқылауы кезінде туындайтын медицинаның бөлімдерін қарастыратын, өңдеп және сараптамалық бағалау жүргізетін жеке медициналық ғылым болып табылады.

2. Сот медицинасының дамуының қысқаша тарихи дерегі

Сот медициналық қызметтің тарихын зерттеу ерекшелігі, ол — құқықпен, заңшығарушылық, сот-тергеулік мекемелерімен байланыстылығы. Бұл байланысты сот-медициналық қызмет тарихын зерттеуде ескеру қажет, себебі — заңшығарушылық сот медицинасының сұрақтары бойынша тәртіп сақтауды нығайту және қорғау қызметін атқарады.

Үнділердің (Айюр-Веда, б.д.д. VII ғ.) және еврейлердің (Моисейдің кітаптарында) ежелгі заңдарының өзінде сот медицинасы сипатындағы мәліметтерге сүйенушіліктер кездеседі. Греция, Рим және де басқа ежелгі мемлекеттердің заң шығару тарихында кейбір сот-медициналық сұрақтарды шешуге дәрігерлердің қатысуы жөніндегі хабарламаларды (Гиппократ, б.д.д 460 ж.) кездестіруге болады.

Зерттеушілер сот медицинасының пайда болу уақыты деп 1532 ж. санайды, осы күні Швеция королі Карл V зорлық өлімнің себептерін анықтауға, түсік жасату және дәрігерді өз қызметін дұрыс атқармауына байланысты дәрігерлерді шақыруды заңдастырды. Бұл ғылым атақты француз хирургі Амбураза Парэннің (1579 ж.) жарақат пен зорлаудан туындаған өлімге сот-медициналық сараптаманы бөліп көрсеткені жөніндегі, трактатында өз дамуын алды.

Француздың, немістің, кейінірек италияндық ғалымдардың еңбектерінің арқасында сот медицинасы жүйелі ғылым ретінде XVI ғ. бастап қалыптасты.

Сот медицинасының дамуы үшін көп көлемде монографиялардың, оқулықтардың, сот медицинасының бөлек сұрақтары жөніндегі, сот медицинасының зерттеу түрлері жөніндегі оқу құралдарының басылып шығуы зор үлесін қосты.

Олар: «Первоначальный наружный осмотр трупа при милицейском и розыском дознании» (1929 ж.), «Судебная медицина для медиков и юристов» (1930 ж.), авторы — профессор Н.С. Бакариус. Болашақ заңгерлерге арналған оқулықтар: Н.В.Поповтың «Основы судебной медицины» (1950 ж.), И.И.Авдеева «Курс лекций по судебной медицине» (1950 ж.), М.И.Райскийдің, В.И.Смальяниновтың, т. б. авторлардың оқулықтары.

Бірқатар нұсқаулар мен оқу құралдары жарық көрді, олар: мәйітті табылған жерде қарау, мәйітті сот-медициналық зерттеу, тірі тұлғаларды сараптау, киімдерді және заттай дәлелдемелерді зерттеу; жарақаттардың бір қатар түрлері жөніндегі (шабатын және шаншып-кесетін қарулармен, белгілі оқтық қарумен, автокөліктік және теміржол көлігімен болған жарақаттар) монографиялар, механикалық асфиксия, улану, алкогольді масаюдың сараптамасы және тағы басқа бірқатар монографиялар жарық көрді.

Қазіргі күнге дейін мамандардың арасында кең қолданылатын профессор А.Н. Гремованың (1970 ж.) «Сот медицинасы жөнінде дәрістер жиынтығы»; А.Р. Деньковскийдің (1968 ж.) басқаруы бойынша шығарылған «Дәрігерлерге арналған нұсқау», осы сынды В.В. Томилиннің (1987ж.) басылымы үлкен беделге ие.

Осылай сот-медицинасының тарихи деректерін қарастырудан, болашақ заңгерлерге оны оқып, білудің маңызды екені туралы шешім қабылдауға болады.

3. ҚР-да сот-медицина сараптамасының құрылуы

1927 жылға дейін Қазақстанда сот-медицина сараптамасын кездейсоқ дәрігерлер жасап келді. 1928 жылдан 1933 жылға дейін Алматы қаласында К.В. Фрунзе округтік сот-медицина сарапшысы қызметін атқарды. 1935 жылы профессор С.М. Сидоров Алматы мемлекеттік медицина институтының сот-медицина кафедрасының меңгерушісі және республиканың Бас сот-медицина сарапшысы болып тағайындалды.

Қазақстанда сот-медицина сараптамасының дамуы Алматы медицина институты сот-медицина кафедрасының дамуымен және қалыптасуымен тығыз байланысты. 1935 жылы Қазақ КСР Денсаулық сақтау халық комиссариаты жөніндегі бұйрықпен өлкелік сот-медицина инспекторының қызметі белгіленді. Оған дейін сот-медицина сараптамасы Қазақ КСР Денсаулық сақтау халық комиссариаты кәсіптік емдеу басқармасының қарамағында болып келген еді.

1951 жылы Одақтық және Қазақ КСР Денсаулық сақтау министрліктерінің бұйрықтарымен Қазақ КСР Денсаулық сақтау министрлігі жанынан Республикалық сот-медицина сараптама бюросы, ал, облыстық денсаулық сақтау бөлімдері жанынан облыстық бағыныстағы қалалар мен барлық селолық аудандарға қызмет көрсететін облыстық сот-медицина сараптамасы бюролары құрылды. Сөйтіп, сол кездегі аумақтық бөлініс бойынша Қазақстанда осындай 15 бюро жұмыс істеді.

Кейіннен республикада сот-медицина сараптамасы қызметін одан әрі нығайтуға бағытталып, бірқатар облыстардың денсаулық сақтау бөлімдері жанынан облысаралық сот-медицина зертхана-

ларын ашу, оларды дәрігерлермен және фармацевттермен, қажетті құрал-жабдықтармен қамтамасыз ету және т.б. көзделді. Сөйтіп, 1959 жылы республикада бес сот-медицина зертханасы, үш сот-биология және физика-химия бөлімшесі жұмыс істеді.

Қазіргі таңда сот-медицина сараптамасының мемлекеттік жүйесі бар. ҚР Денсаулық сақтау министрлігі сараптаманы басқаруды Бас сот-медициналық сарапшы арқылы жүзеге асырады. Сот-медициналық сараптама Орталығы ғылыми және әдістемелік жұмыстарды реттеп басқарады.

Республикалық, облыстық, қалалық сот-медициналық сараптама бюроларының филиалдары аймақтық сот-медициналық басқармалары болып табылады. Әр сот-медициналық сараптама бюросының құрамына сарапшы құқығына ие қалалық, аудандық сот-медицина сарапшылары кіреді. Олардың саны бір сарапшыға мың тұрғыннан бөлініп анықталады. Бюрода сот-медициналық сарапшылардан басқа биологтар, химиктер, физиктер және т. б. мамандар бар. Әрбір сот-медицина сараптамасы Бюросында:

— тірі тұлғаларды сот-медициналық куәландыру бөлімі (сот-медициналық амбулатория);

— сот-гистологиялық бөлімшесі бар мәйітті сот-медициналық зерттеу бөлімі (мәйітхана);

— заттық дәлелдемелердің сот-медициналық зерттеу зертханасының келесідей бөлімшелері бар: сот-биологиялық, сот-химиялық, физика-техникалық.

Сот-медициналық сараптама Бюросының құрамы сот-медициналық зерттеу объектілерінің негізгі түрлеріне сәйкес келеді. Күрделі сараптамалар сот-медициналық сарапшылар Бюросы басшысының немесе оның сарапшы жұмысы жөніндегі орынбасарының басқаруымен жүргізілетін сарапшылар комиссиясы арқылы жүзеге асады.

Сот сарапшыларын дайындау және олардың дәрежелерін жоғарылату ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің дәрігерлер білімін жетілдіру институтында жүзеге асады.

Сот-медициналық сараптама ісін жүргізу және сот мекемелеріне арнайы мамандандырылған көмектен басқа денсаулық сақтау мекемелеріне тәжірибелік көмек те көрсетеді, олар науқастарға жүргізілетін емдердің сапасын жақсарту, ауруларды және

өлімді азайту, тұрғындар арасындағы жарақаттанудың алдын алу және медициналық қызметкерлердің кәсіптік қылмыс жасауының алдын алу шараларын жүргізеді.

4. Сот-медициналық сараптаманың процессуалдық негіздері

Сот-медициналық сараптамасы деп — тергеу барысында не қылмыстық немесе азаматтық істерді басты сот талқылауы процесінде пайда болатын тергеу органдарының қаулысымен, не болмаса соттың анықтауы бойынша медициналық және кейбір биологиялық сұрақтарға қорытынды беру үшін дәрігерлермен жүргізілетін ғылыми-тәжірибелік зерттеуді атайды.

Сот-медициналық сараптама олардың мазмұнын, тағайындау және өндіріс тәртібін анықтап беретін күші бар заң шығарушылық және заңға тәуелді актілерге сәйкес құрылады. Бұларға ҚР Қылмыстық, Қылмыстық іс жүргізу, Азаматтық және Азаматтық іс жүргізу Кодекстерінің және де денсаулық сақтау Министрлігінің бұйрығымен бекітілген әдістемелік нұсқаулар мен ережелер, сілтемелер негіз болып табылады.

Сот-медициналық сараптама қылмыстық істер бойынша алдын ала тергеу және басты сот талқылауы кезінде медициналық, биологиялық және басқа сипаттағы арнайы білім қажет болған жағдайда тағайындалады. Мұндай сараптама сот — медициналық сараптама Бюросының дәрігерлері не болмаса анықтаушы, тергеуші, прокурордың қаулысы бойынша, не соттың анықтауымен басқа да қызметтегі лауазымды тұлғалары тарапынан жүргізіледі.

Тергеуші қаулы шығарып, онда: оның тағайындалуының негіздерін, сараптама жүргізетін мекеменің аты немесе сараптаманы жүргізуші сарапшының аты-жөнін; сарапшыға ұсынылатын материалдар, сот-дәрігер сарапшысының шешуге қажетті сұрақтары көрсетілуі тиіс.

Келесідей жағдайларда сот-медициналық сараптамасын міндетті түрде жүргізу қажет: өлімнің себебін, дене жарақаттарының сипатын, айыпталушының, сезіктінің және жәбірленушінің жасын анықтау үшін (бұл іске қатысты болып, ал, жасы туралы құжаттары жоқ болса).

Сот-медицина сарапшысы болып, арнайы дайындығы бар дәрігер ғана тағайындалады.

Сарапшылар қатарына алынады:

— сот-медициналық сараптама мекемесіндегі дәрігерлер мен басқа да мамандар (штаттық сарапшылар).

— сот-медицина кафедрасының профессорлары, доценттері мен оқытушылары.

Келесідей жағдайларда сарапшыға қарсылық білдіреді, егер де ол:

— осы іс бойынша жәбірленуші, азаматтық талапкер, азаматтық жауапкер немесе осы істің куәсі болса;

— осы істе анықтаушы, тергеуші айыптаушы немесе қорғаушы болып табылса;

— жәбірленушінің, талапкер, жауапкер, айыпталушының туысы немесе айыптаушының, қорғаушының, тергеушінің, анықтаушының заңдық өкілі болса;

— айыпталушыға, жәбірленушіге қызметтік немесе басқа да жағдайда бағынышты болса;

— материалдары қылмыстық істі қозғау үшін негіз болған, осы іс бойынша тексеріс жүргізген болса;

— күзiреттiлiгi жоқ болған жағдайда.

Сот-медициналық сараптаманы жүргізуді прокурор, сот, тергеуші өз қарастырулары бойынша қандай да бір анықталған сарапшыға немесе сараптау мекемесіне тапсыруына болады және де сот-медициналық сараптаманың қорытындылары заң алдында тең болып табылады.

Сот-медицина сарапшысы міндетті:

— тергеушінің, прокурордың немесе соттың шақыртуы бойынша келуге;

— оның алдына қойылған сұрақтарға объективті сот-медициналық қорытынды беруге;

— сараптамаға қажетті материалдарды талап етуге;

— қорытынды беру қиын болса немесе мүмкін болмаса, егер де қойылған сұрақтар сарапшының арнайы білімінің шегінен шықса немесе алынған материалдар сот-медициналық қорытынды беруге жеткіліксіз болса, онда тағайындаған мекемеге жазбаша түрде хабарлауға тиісті;

Сот-медицина сарапшысы құқылы:

— сараптаманың мақсаты мен міндетін білуге;
— сараптаманы жүргізу үшін іс бойынша анық, қажетті сұрақтарды алуға;

— қылмыстық іс материалдарымен танысуға;

— қорытынды шығару үшін қосымша материал алу мақсатында өтініш жасауға;

— жауап алу кезінде, басқа да тергеу және соттық іс-әрекеттерге қатысуға;

— сараптамада қажетті мамандардың қатысуы туралы (сот-медициналық қорытындыны бірлесіп шығару үшін) сот-медициналық сарапшы өз зерттеулерінде ҚР ДСМнің бекітілген арнайы ережелерінде және әдістемелік нұсқауларында көрсетілген немесе сот-медицинына туралы оқулықтар мен қолжазбаларда көрсетілген әдістерді ғана қолдана алады.

Заңгерлер сот-медициналық сараптаманың түрлерімен таныс болуы тиіс. Сот-медициналық сараптаманы келесі түрлерге бөліп қарастырады:

— алғашқы — субъектінің мәліметтерінің нәтижесі бойынша алғаш жүргізілген сот-медициналық зерттеуі;

— қосымша — алғашқы сот-медициналық қорытынды жеткілікті түрде айқын болмаған немесе толық емес жағдайда туатын сұрақтарға жауап береді;

— қайталама — алғашқы сараптаманың қорытындысы айқындалмаған жағдайда немесе күмәнді болған кезде жүргізіледі (ол басқа сарапшыға, не сарапшыларға тапсырылады);

— комиссиялық — бірнеше дәрігер-мамандардың қатысуымен өтетін күрделі қылмыстық істер бойынша жүргізіледі (әдетте, кәсіптік қызметін бұзғаны үшін медицина қызметкерлерін қылмыстық жауапкершілікке тарту кезінде);

— кешенді — ғылымның әр түрлі салаларындағы мамандардың қатысуын қарастырады (химиктердің, криминалистердің, психиатрлардың, хирургтардың, гинекологтардың).

Тергеуші сараптама жүргізу кезінде қатысуға құқығы бар. Өз кезегінде сот-медициналық сарапшы тергеушінің рұқсатымен өзіне сот-медициналық қорытынды беруге қажетті, нақты ақпараттарды алу үшін жауап алу, оқиға болған жерді қарау, тер-

геу экспериментін жүргізуге қатысуға құқылы. Алдын ала тергеу кезінде сот-медицина сарапшылары (не басқа сала дәрігерлері) іс жүргізу әрекеттерінде мамандар ретінде қатыстырылуы мүмкін. Мысалы:

- оқиға болған жерді қарау кезінде;
- өлік табылған жерінде сыртқы қарауды жүргізу кезінде;
- қылмыс жасады деп сезікті ретінде ұсталған тұлғаны куәландыру кезінде;
- салыстырмалы зерттеу үшін қажетті үлгілерді алу мақсатында тінтуге қатысу (биологиялық немесе басқа).

Сондай-ақ, сот-медициналық сараптама басты сот талқылауы кезінде тағайындалуы мүмкін (яғни, қылмыстық және азаматтық істерді қарау кезінде). Осындай жағдайларда сот, әдетте алдын ала тергеуде қорытынды берген сот-медицина сарапшысын шақыртады, ал, ол келе алмай қалған жағдайда басқа сарапшы шақыртылады.

Сот отырысы кезінде сот-медицина сарапшысы сараптамаға қатысты іс жағдайын зерттеуге қатысады. Ол соттың рұқсатымен сотталушыға, жәбірленушіге, куәге сұрақ қоюға, заттай дәлелдемелер мен оқиға болған жерді қарауға қатысуға, тергеу экспериментіне және де басқа сот-тергеу әрекеттеріне қатысуға, жәбірленуші не айыпталушыға қатысты қайталама сараптама жүргізуге, өлікті және заттай дәлелдемелерді қайта қарауға құқығы бар.

Сот-медицина сарапшысы өз қорытындысын жазбаша түрде ұсынып, сот отырысында хабарлайды. Сондай-ақ, оған өзі ұсынған сот-медициналық қорытындыдан, оны анықтау және толықтыру үшін сұрақтар қойылады.

Сот-медициналық сараптаманың негізгі құжаты — сот-медицина сарапшысының қорытындысы екенін ерекше атап өту қажет. Ол кіріспе, зерттеулік (сипаттамалы) бөлімдер мен қорытындыдан тұрады.

Кіріспе бөлімінде: қандай негізде сот-медициналық сараптама жүргізілді, қашан, қай жерде және кіммен (тегі, аты, әкесінің аты, білімі, мамандығы, оқу дәрежесі және ғылыми атағы, атқарып отырған лауазымы) жүргізілгені, сараптама жүргізу кезінде кімдердің қатысқаны, қандай материалдар қолданылғанын,

қандай зерттеулер жүргізілгенін, сарапшыға қандай сұрақтар қойылғаны көрсетіледі.

Зерттеу (сипаттау) бөлімінде — сот-медициналық сараптама объектілерін зерттеу кезінде сарапшының анықтаулары толық көрсетіледі (мәйіттің, киімнің заттай дәлелдемелері), осы кезде қандай әдістердің қолданылғаны көрсетіледі. Келесілерді бөліп көрсету қажет:

— зерттеу кезінде сарапшы мәйіттің туған-туыстарына «Өлім туралы дәрігерлік куәлік» береді;

— өлік стационардан түскен болса, сарапшы сырқатнамаға сот-медициналық диагнозды және өлімнің себебі туралы эпикриз жазады.

Қорытынды бөлімінде сарапшының қорытындылары, қойылған сұрақтарға жауабы жазылады.

Өлікті зерттеудің ерекшеліктері болып:

— қорытынды бөліміндегі сарапшының қорытындысы патологиялық-анатомиялық диагнозға негізделуі қажет;

— зерттеу бөліміндегі келтірілген қорытындылар объективті мәліметтермен дәлелденуі қажет;

— қорытындыда сарапшының ойынша іске қатысты мағынасы бар, бірақ, олар туралы сұрақтар қойылмаған жағдайлар көрсетіледі.

Қорытындыға сарапшы өз қолын қояды. Оған сот-медициналық сараптама кезіндегі жасалған фотосуреттер, рентгенограммалар, кестелер, суреттер және басқа да материалдар қоса тіркеледі.

Сот-тергеулік және сот-медициналық тәжірибе, сот-медицина сарапшысының қорытындысы мен нәтижесін баяндауға негізгі талаптарын шығарып, құрады. Олар қарапайым, анық, қисынды және дәйекті, ғылыми анықталған, әр қорытындыға дәлелдеме материалдары сәйкес болуы керек (олар қорытындының зерттеу бөлімінде жазылады).

Сарапшының қорытындысы медициналық ғылымға, сот-медицинадан теориясы мен тәжірибе мәліметтеріне және де сарапшының арнайы танымына негізделуі қажет.

Сот-медициналық сараптама құқыққа қайшылық немесе кінә туралы сұрақтарды шеше алмайды. Бұл сұрақтарды тек қана сот шешеді. Сондықтан, сот-медициналық сарапшы қанша білімді,

тәжірибелі болса да, келесідей сұрақтарды шешпеуі қажет және бұл оның міндетіне кірмейді. Кісі өлтіру, өз-өзіне қол жұмсау немесе бақытсыз оқиға орын алды ма? Бопсалаудан кейін жарақаттар қалды ма? Және т. б.

Бұл үшін осындай әрекеттердің ниетін анықтап алу қажет, ал, ол сұрақтар сот-тергеу қызметкерлерінің құзырына кіреді.

Сарапшының қорытындысы нақты не жобалау нысанында баяндалады. Нақты қорытынды оң не теріске шығарылуы мүмкін. Сот-медицина сарапшысы қойылған сұрақтарды шеше алмағанда үшінші нұсқа да болуы мүмкін (мысалы, біраз уақыт өткен шіріген өлік табылған кезде, өлімнің себебін анықтау жөнінде).

Нақты қорытынды, сарапшы олардың жеткіліктілігіне нық сенімді болған кезде және бұл сенімділік объективті ақпараттарға негізделген жағдайда болуы мүмкін. Мұндай қорытындылардың (тергеу және сот оларды бағалағаннан кейін) дәлелдемелік маңызы жоғары.

Өкінішке қарай, сот-медициналық сараптаманы жүргізу кезінде (әсіресе, өлікті тексеру барысында) сарапшыда өзінің алдына қойылған сұрақтарға нақты нысанда жауап беру мүмкіндігі үнемі бола бермейді. Сондықтан да ол материал бойынша қорытынды беру үшін, өзіне берілген қылмыстық іс материалдарымен танысу, басқа да қажетті материалдарды ұсыну туралы өтініш білдіру құқығын пайдалану қажет.

Қылмыстық іс қозғалмай тұрған жағдайда, яғни өлікті сот-медициналық зерттеу үшін сот-медициналық сараптама өндірісі туралы қаулы шығару мүмкін емес немесе жеке адамды куәландыру прокурордың, тергеушінің, анықтаушының не соттың жазбаша нысанда негізделген тапсырмасы бойынша жүргізілуі мүмкін. Осындай жүргізілген зерттеулер сарапшының сот-медициналық қорытындысында емес, сот-медициналық куәландыру актісінде баяндалады.

Сот-медициналық сараптаманың және оның ерекшеліктерінің процессуалдық негізі осылай жүзеге асырылады.

Қорытынды

Дәрісте сот медицинасының өзекті, құқықтық және әлеуметтік мағынасы қарастырылды және оның қылмыстық істер бойынша

алдын ала тергеу жүргізу жағдайында және қылмыстық іс бойынша басты сот талқылауындағы қажеттілігі көрсетілген. Сот медицинасының дербес ғылым ретінде және сот-медициналық зерттеудің сараптама түрінде дамуы мен құрылуының негізгі сатылары қарастырылды.

Қазақстан Республикасындағы сот-медицина сараптамасының процессуалдық негіздері, оның тергеу және сот үшін қажетті ерекшеліктері нақтылап баяндалған.

Қазақстан Республикасындағы сот-медициналық сараптаманың жүйелі құрылуы, оның негізгі түрлері мен нысаны қарастырылды.

Сондай-ақ, дәрісте тергеу мен жедел-іздістіру қызметкерлерінің, прокурорлардың, судьялар және қорғаушылардың, сонымен қатар, сот психологтары және тағы басқа мамандардың сот медицинасының теориялық негіздерін білу қажеттілігі анық көрсетілген. Осындай білімі бар заңгерлер ғана қазіргі заманның талаптарына жауап бере алады.

2. МЕХАНИКАЛЫҚ ӘСЕРЛЕРДЕН БОЛАТЫН ЖАРАҚАТТАР ЖӘНЕ ӨЛІМ (сот-медициналық жарақаттану)

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Жарақаттану туралы жалпы түсінік*
 - 2. Механикалық жарақаттардың сипаты*
 - 3. Оқ тигендегі жарақаттар*
 - 4. Жарақат негізіндегі өлім себептері*
 - 5. Сот-медициналық сараптамада қарастырылатын негізгі сұрақтар*
- Қорытынды*

Кіріспе

Сот-медициналық тәжірибеде тірі адамдардың және мәйіттердің жарақаттарына байланысты зерттеулер мен сараптамалар жиі кездеседі. Заңгерлерді жарақаттардың түрі ғана емес, жарақаттың механизмі, оның себебі, осыдан туындаған тергеулік болжауларды бекіту үшін немесе қарама-қарсы жою үшін және де жарақаттың пайда болғанына қанша уақыт өткенін, заттың түрін немесе қандай да бір факторлар әсерінен болған жарақаттың және ақиқатты анықтау.

Тергеу органының, прокуратураның, соттың және адвокатураның қызметкерлері жарақаттардың жіктелуін, олардың механизмін және зақымның сипатын, сарапшының жүргізілген жұмысы бойынша жарақаттардан туған өлім себепін біліп, анықтап, медициналық сараптамалық баға беруі тиіс.

1. Жарақаттану туралы жалпы түсінік

Сот медицинасында сараптама бойынша бағалауға әр түрлі жарақаттарды алған адамдар және жекелеген адамдардың денесіндегі жарақаттар, сыртқы тік немесе қиғаш әсерлерден болған жағдайларда жиі қарастырылады. Сот медицина-

сында бұл жарақаттарды дене жарақаты деп атайды. Мұнда анатомиялық бүтіндігі немесе физиологиялық ағзалардың қызметі, не әр түрлі сыртқы фактор әсерінен (механикалық, температуралық, химиялық, физикалық және т.б.) денсаулықтың бұзылуы немесе өлім болған жағдайлар жатады. Осы жайттарды механикалық жарақаттарда нақтырақ қарастырамыз. Жарақаттар әр түрлі заттардың адаммен әсерлесу нәтижесінде пайда болады. Жарақат адам денесі немесе зақымдалған объектінің қозғалысы мен статистикасына теңеледі. Сот-медициналық сараптамада зақымдалудың морфологиялық ерекшелігін, қай затпен тигізу механизмінің пайда болуы, денсаулық жайы және жапа шегушінің өмірін анықтайды.

Заңгерлер механикалық жарақаттың жіктелуін клиникалық көріністері динамикасының жойылуын, осыдан жарақатты бақылау және жүйелеуін, жарақаттың пайда болу уақытын және қай затпен жарақатты тигізгендігін қарастырады. Жара, сызат, қанталау, ішкі ағзалардың зақымдануы және жарақат ұғымдарының мағынасын қарастырайық.

Сызат — адам денесінде тері үстінен доғалданған затпен қысым түсірсе немесе осы заттың үстінен адам сырғанаса пайда болады. Сызат заттың пішінінің ұзындығына және оның қорғанысының бағытына байланысты әр түрлі болады.

Сызат пайда болғанда терінің беткей қабаты жыртылады. 1-ші тәулікте сызат беті ылғалданып, кеуіп зақымданбаған теріден төмен орналасады, 2—3-ші тәулікте қабыршақ пайда болып, мұнда енді, тері бетімен бірдей деңгейде орналасады. 4-ші күні қабыршақ ажырайды. 7—12 тәулікте зақымдалған теріден қабыршақ түседі. Сызат қызылала түсті болып, содан 9—15 тәулікке жеткенде оның түсі жойылады. Көбіне бұл үрдіс сызаттың өлшеміне және ошақтануына тәуелді болады.

Сот-медицина диагностикасында сызатты тексеру аса жоғары маңызға ие, себебі — бұрынғы түсірген жарақаттың орнын және күшін анықтауға көмектеседі.

Қанталау деп — ол қан жүретін тамырлардың жарылуының негізінде пайда болатын тері және тері асты қабыршақтарда қанның жиналуын айтамыз. Қанталаудың өлшемі тиген соққының күшіне, зақымдаушы факторлардың сипатына, қантамырлардың

жінішкелігіне, құйылған қанның мөлшері мен ұлпалар қасиетіне, сонымен қатар, қанның құйылуына байланысты болады.

Әдетте қанталаудың пішіні сопақша тәрізді, кейде соққы берген заттың үстіңгі қабатының көрінісіне байланысты өзгеруі мүмкін.

Қанталау түсінің өзгеруі уақытына қарай бастапқыда (1—4 тәулік) көкшіл қоңыр түске, кейіннен (3—8 тәулік) қоңыр жасыл түске, 6—9 тәулікте сары түске боялады, ал, 12—16 тәулікте қанталау тіпті көрінбейді.

Жарақат — бұл терінің барлық қабатының және тері асты ұлпаларының зақымдануы. Жара жолдарымен сыртқа шығатын тесігі жарақатты тесіп өтетін жара деп атайды. Ал, саға болмаса, тұйық жара деп аталады.

Заттың маңыздылығы және түсірілген зақымның механизміне қарап төмендегідей бөлеміз:

— доғалданған, қатты заттармен жаралану — созылған, жыртылған, соғылып жыртылған;

— өткір затпен жаралану — сұғылған-кесілген, араланған, тігілген;

— оқ жарақаты — оқты, жарылыстан кейінгі жарақат, бытыра жарақаты.

Сүйектердің сынуы — бұл сүйектің бүтіндігінің толық және жартылай бұзылысы болып табылады. Әдетте сүйек сынғанда жақын жатқан тіндердің және ішкі ағзалардың бұзылуы байқалады (қабырғаның сынуы — өкпе, жүрек, бауырды, ал, жамбас сүйек — қуық, несеп ағатын жолдарды және т.б., бас сүйек және омыртқа сынғанда — бас пен жұлынды зақымдайды).

Сынықтар ашық (тері қабаты бұзылғанда) және жабық (тікелей соққы кезінде тері қабаты сақталса) және тіке емес (жанама) жарақат күшінен әрі орналасады.

Сүйек сынуының морфологиялық ерекшеліктерін сот-медициналық диагностикалау жарақаттың механизмі мен түрін, зақым келтірген заттың қасиетін, оның әсер ету бағытын анықтауға мүмкіндік береді.

Ішкі мүшелердің зақымдалуы. Соққы болған жерде тері бүтіндігі сақталынып, ішкі ағзалардың жабық жарақатының ішінде қанталау, ағзалардың жыртылып, жырылып, жекелеген бөліктердің мыжылуымен жүретін зақымдар пайда болады.

Бұл зақымдарды бөліп, оларға нақтырақ тоқталып өтейік:

— қан құйылу — іш қуысы жабық зақымданғанда қантамырлардан және зақымданған жерден қан ағып, ішкі қан ұйыуы және ағзаның капсуласының жыртылуымен жүретін жедел қан ағу. Мұндай жағдай көбінесе өлімге алып келуі мүмкін.

— ішкі ағзалардың жарылуы — соққы кезінде анықталады немесе сүйек бөліктеріне әсерін тигізген жағдайда (бауыр, көкбауыр, бүйрек, өкпе, асказан, қуық ауруы) болуы мүмкін. Патологиялық өзгерістер кезінде ішкі, жүрек және үлкен қантамырлардың жарылуы пайда болады.

— қысылу деп — көлік дөңгелегінің және құлаған заттардың астында қалу немесе мүшелердің құрылысының бөлшекті, яки толық бұзылысымен жүретін, немесе мүшелердің мыжылып, сұйықтық шығып, тығызды заттардан пайда болу танылады.

— дене бөлшектерінің бөлінуі және езілуі — қозғалып келе жатқан көлік және құлап келе жатқан заттардың үлкен күшпен түсуі, езілу кезінде тіндер мен мүшелердің қысылып-жаншылуы және сүйектердің майдаланып сынуы.

— дене бөлшектерінің бөлінуі — бұған адам аяқ-қолдарының ауыр затпен қысылып-жаншылуы, яғни, темір жол көлігімен қысылу, осыдан терінің және тіннің жаншылуы, сондай-ақ, бұлшық ет және сіңір жыртылуы пайда болады. Мұнда аяқ, саусақ, қолдың ампутациясы болуы мүмкін.

Сонымен, бұл бөлімде жарақаттардың морфологиялық көріністерінің жалпы маңызы және сот медицинасымен шешілетін мәселелері қарастырылды. Алайда, заңгерлердің тәжірибелік жұмысында құқық бұзушылық әрекетті анықтау мақсатында жарақат көріністері, яғни жарақаттың пайда болуы арқылы, сот-медициналық сараптама қорытындысымен ақиқатқа жетудің зор маңызы бар.

2. Механикалық жарақаттардың сипаты

Қылмыс жасалған кезде жарақаттың әр түрлі зақымдануына сипаттама бере келе, заңдық тәжірибеде сот-медициналық сараптама тағайындау барысында жиі кездесетін адамның денесін өткір затпен жарақаттау, қарусыз адаммен келтірілген, биіктіктен құлау

кезінде алынған, көлік, оқ тигендегі және басқа да жарақаттарға ерекше тоқталып өту керек. Осы жарақат түрлеріне назар аудару қажет.

Доғал затпен келтірілген зақымдалу

Бұл механикалық жарақаттың кең таралған түрі. Олардың сипаты өлшеміне, пішініне, салмағына, жарақаттың үстіңгі бетіне байланысты болады (жалпақ, домалақ, цилиндрлі және т.б. тәрізді):

Доғал заттардың денеге әсер етуі

— жалпақ бетті — қанталау немесе жара да болуы мүмкін;

— домалақ бетті — тіке сызықты, доғал, ирек, жұлдызша тәрізді жаралар туындайды, ал, жаралардың шеті түзу емес, қан шашыраған болып келеді.

— бұрышты — жара көгерген немесе шеттері қатпарланған болуы мүмкін,— жұмсақ ұлпалардың қанталауы мен қысылған сынықтар, бас сүйегінің шытынауы жиі кездеседі.

Тері мен сүйектің зақымдалуының морфологиялық ерекшеліктері — зақым келтірген заттың қасиеті үшін пішінін, көлемін, шекарасын, бұрышын анықтаудың негізі болып табылады.

Өткір заттармен салынған жарақаттар

Бұл заттарға өткір шеті бар заттар жатады — ұштары ұшталған зат және қару.

Өткір заттарды сипатына, өлшеміне қарап кесетін, аралап-кесіп сылып түсіретін, жаншитын, жаншып-кесетін заттар жатады. Сондықтан, жаншитын, кесетін, сылып түсіретін жараларды бір-бірінен ажырата білу қажет.

Кесетін заттармен алынған жаралар (пышақ, әйнек сынықтары, ұстаралар) — дененің үстінде қозғалған кездегі қысыммен түсірілгенде пайда болады. Әдетте кесілген жаралар сызылған пішін түсіреді. Осыларға қатысты:

Түбі үшкір, жара түбі терең емес, бірақ ұзын болып, көп мөлшерде қан ағады. Кесілетін затпен түсірілген жараларға сараптама жүргізгенде, мұнда негізгі түсірілген заттың түрін және оның ерекшелігін анықтау керек, күдік тудырған затқа жиі сараптама жүргізілуі қажет (қанға, теріге, бұлшық етке, киімге, талшықтарға).

Жаншылатын заттармен түсірілген жаралар, яғни үшкірленген ұштары бар, биіктігі ұзын заттар (ине, айыр тістері бар, қайшы және т.б.). Бұл заттар негізінен денеге кіріп, тіндерді айырып түсіреді. Мұнда жарақат көлемі кішкентай, бірақ терең ұзын жаралы саңылау, кірген жеріне қарағанда шыға берісінде үлкен саңылау болады.

Екі кішкентай бірақ биіктігі ұзын заттардан (ине, тоқу бізі) түскен жарақаттан кейін нүктелік із қалып, ол жерді дұрыстап қарамаса, көрінбеуі мүмкін.

Жаншып-кесетін заттардан алынған жарақаттар (яғни, жаншып-кесетін қасиеттері бар заттар) — сот медициналық сараптамада жиі кездеседі. Бұл жарақаттарға: пышақ, ұштары үшкірленген найза, сүйірленген зат және т.б. арқылы салынған жарақаттар жатады.

Жаншып-кесетін жарақаттар сипаты бойынша мынандай болады:

Тесікті немесе саңылаулы — бір сызық тәрізді немесе сопақша, сырты тегіс формалар жара еніне қарағанда биіктігі ұзын болып келеді, қанталаулар пайда болып, жара аймағы мен тереңдігі, сүйекте ұштары сынған сынықтар қалу мүмкін.

Жаншып-кесілген жаралар аймағына, жеріне қарап, қандай мақсатпен түсірілгенін көруге болады, яғни, жарақат — мойын, кеуде, іште, арқасында болса, бұл өлтіру, ал, өзін-өзі өлтіруде көбіне жүрек болады. Осы жағдайларда адам қан кетуден өледі.

Сылып түсіретін заттардан алынған жарақаттар — негізінде бұл өткір жүзді ауыр затпен салынады (мысалы, балта, қылыш). Мұндай заттың қызметі адам денесіне ауыр соққы берген кезде іске асады. Сылып түсіретін жарақаттарға: тегіс шетті, өткір ұшты, сүйек жарақатына дейін болатын терең және ауыр жарақаттар жатады.

Балтамен түскен соққы негізінде теріде кесілген жердің орны бір қалыпты болмайды.

Балта немесе қылыш әсерінен пайда болған жарақат:

— жалпақ сүйектерде — тегіс, осыған трассологиялық зерттеу жүргізу барысында сылып түсіретін заттардың жеке белгілерін анықтауға болады.

— бас сүйегінде — сызықты сағалы шабулар (бас сүйек қуысына кіретін), балта шүйдесінен түскен соққыдан, тесік тәрізді

сынық, соққылар негізінде жара ұшы немесе шетінен қосымша шытынаулар туындатады.

Бас сүйегі арқылы сот-медицина сарапшылары осындай соққылардың жалғаспалылығын анықтайды, себебі — бастапқы шытынау келесі түскен соққыға қиылыспайды, өйткені, ол сол туындаған жарақатпен аяқталады.

Сылынып түсетін жаралар баста және мойынның артқы бетінде жиі орналасады. Өзін-өзі өлтіру кезінде бұл жаралар сирек кездеседі, егер болған жағдайда көбінесе терең емес, параллельді орналасқан бастың маңдай, төбе жағында болады.

Аралап-кесетін заттан алынған жаралар — сирек, бірақ тұрмыста көп кездеседі. Аралап-кесетін заттардан алынған жарақаттар ерекшелігі мыналар:

— бұл — бірнеше ирелендеген зат әсерінен болатын кескін;

— жара түбінде — жырылу;

— жара, көбінесе, ара тісінің ара қашықтығы, тотбасқандығы, калындығы, ұзындығына байланысты болады.

Қарусыз адамнан алынған жарақаттар

Мұнда қарусыз адамның әсерінен алған жарақат сипатына, пішініне, орналасуына және ауырлық дәрежесіне байланысты болады. Бұлардың ішінде өлімге алып келетін жарақаттар да орын алуы мүмкін. Жарақаттар көбінесе аяқ немесе қолмен түсіріледі.

Саусақ ұштарынан алынған жарақаттар — саусақ ұшымен түскен күштің орнында дөңгелек, сопақ тәрізді қанталаулар мойында, иықта, белде және білезік сүйегінде болады. Иықта көбінесе — бір жағынан бас бармақтан түскен үлкендеу дөңгелек, ал, екінші жағында қалған саусақтардан түскен қанталаулар пайда болады.

Шымшыған кезде — жартылай дөңгелек, сопақша тәрізді саусақтан қалған екі жақты қанталау туындайды.

Саусақ ұшындағы тырнақпен басқан кезде жартылай ай тәрізді сызат пайда болады.

Саусақтармен қатты басқан кезде, ұсақ сүйектердің шығуы немесе сынуы, ал, кішкентай нәрестелердің бас сүйегінің мыжылуы пайда болады. Саусақтарды табиғи саңылауларға (ауыз, мұрын, қынап, тоқ ішекке) кіргізіп басқанда жұмсақ ұлпалардың жырылуы мүмкін.

Алақаннан алынған жарақат — бұл көбінесе бет немесе дененің басқа жерлеріне шапалақ салу арқылы болады. Әдетте мұндай соғылулар кезінде белгілер қалдырмайды, тек артынан қызару болуы мүмкін. Кейде құлақты шапалақпен ұрған кезде дабыл жарғағы жарылып, ал мойыннан — ұйқы артериясының **аневризмасының** жыртылуы мүмкін.

Жұдырықтан алынған жарақат — теріде сызат, қанталау түсіреді. Беттен ұрған кезде бет сүйегінің сынуына әкеп соғады. Кеудеге түскен қатты соққыдан — төс және қабырға сынуы, ал, іштен ұрған кезде — көкбауыр, бауыр және асқазан жарылуына әкеп соғады.

Аяқпен жарақаттау — жұдырыққа карағанда сирек кездеседі. Егер тұрған немесе отырған адамды соқса, жарақат көбінесе аяқ аумағында, жыныс мүшелері маңайына, іштің төменгі жағына жасалып, үшбұрышты, немесе сопақша тәрізді қанталаулар пайда болады.

3. Оқ тигендегі жарақаттар

Мұнда оқты қарудан немесе жарылатын заттан алынған механикалық жарақаттар қарастырылады. Оқ тиген кездегі жарақаттар механикалық, химиялық, термиялық әсерден пайда болады.

Оқ тигендегі жарақаттардың пайда болуы: оқ энергиясына, зақымданған дененің анатомиялық ерекшеліктері (жұмсақ ұлпалар, сүйек, шеміршек) мен жәбірленушінің киімінің қалыңдығына байланысты.

Бұл жарақаттардың механизмі мынандай: оқ үлкен жылдамдықпен денеге тигенде ауыр соққы береді және өзінің жанындағы мүше мен тіндерге зақым келтіреді. Оқ сүйекке түскенде сынықтар пайда болып, жақын жатқан тіндерді зақымдайды.

Оқ тигендегі жарақаттар: тұйық, жанап өтетін, тесіп өтетін болады. Олардың негізгі элементтері — кіру тесігі, жарақат жолы, шығу тесігі.

Кіру тесігі — оқтың денеге кіру жері. Оқ денеге кірген кездегі пайда болатын зақымдалулар сипаты:

а) тері және ұлпадағы ақаулардың пайда болуы.

Оқ перпендикулярлы түрде және үлкен энергиямен кірген болса, теріні тесіп өтеді, мұнда жара шеті тегіс, ішке кіргізілген, сол уақытта тері бөлшектері жарақат жолының ішіне тартылған, тері тесігі дөңгелек тәрізді және жарақат жолына қарағанда 1-2 мм-ге кіші болады.

Оқ кинетикалық энергия бойынша теріні теспей, жыртады, сонда тері созылып жыртылады.

б) шөгінді белдеу. Оқ перпендикулярлы түрде кіргенде 1-3 мм алқызыл-сары түсті сақина тәрізді болады. Шөгінді белдеу сыртқы тесікте пайда болуы мүмкін, себебі оқтың денеден шығу аумағы терінің беткі қабатының аршылуына әкеліп соғады.

в) дақты белдеу. Ол қарудың металынан, ыс бөлігінен туындайды. Оның ұзындығы 0,5-2,5 мм және де денеде шөгінді белгіге ұқсас болып келеді. Дақты белдеуде металдың бөліктерінің жиналуын спектральді талдау арқылы білуге болады. Бұл қарудың және қосымша заттардың идентификациясы үшін қажет.

2. **Шығу тесігі** — денеден оқтың шығу орны. Оның пішіні әр түрлі: жұлдызша, саға, доға тәрізді, дөңгелектен сопақшаға дейін болуы мүмкін. Көбіне кірген тесікке қарағанда үлкен болады. Шығу тесігі тегіс емес жара, терінің кішкене жыртылуымен жүретін, көбіне сыртқа қайтарылған жарадан сүйек сынығы, бұлшық ет және ұлпалардың жырылуы байқалып, бірақ, кіру тесігіне қарағанда, шығу тесігінде ластану белдеуі болмайды.

3. **Жаралы оқты жол** — оқтың денеге жүру жолынан пайда болады. Негізінде оны мәйітті ашып тексерген кезде, оқтың ұлпа және мүшеден өткен жолын көреміз. Жара жолы сипаты оның пішініне, оқ өлшеміне, оқтың ұшу жылдамдығына және зақымданған ұлпа қасиетіне байланысты. Жара жолы ішіндегілердің (қан және жыртылған ұсақ ұлпалар) сыртқа шығу қарқындылығы пайда болып, сыртқы тесігі үлкейеді. Ішкі мүшелерде үлкен жұлдызша тәрізді жаралар пайда болады.

Сарапшылар тұйық жараларда оқ, жарақат жолы соңында өзінің салмағының ауырлығына немесе қан жүруіне соғыллысып, бұл оқтың өңешке, асқазанға, ішекке, іш қуысы немесе плевральді қуысқа түскен кезде қалатындығын көрсетеді. Оқтың табиғи тесіктерге түскен кезде есту жолы, ауыз, мұрын т.б. оқ

жарақатының көрінісі көлемді жарақат кесірінен көрінбейді, сондықтан оны тек мәйітті ашу кезінде көреді.

Сот медицинасында адам денесіне әр түрлі оқ тигендегі жарақаттарды алыстан немесе жақын қашықтықтан атқанын ажырата алады.

Алыс қашықтықтан атылған оқ тигендегі жарақаттар негізінен жоғарыда көрсетілді. Жақын қашықтықтан атылған оқтан жаралану сот-медициналық сараптамасында үлкен қызығушылық тудырады. Мұнда зақымданған объектіге оқтың өзі ғана емес, қарудан шығарылатын заттар да әсер етеді және айқын із қалу дәрежесі қашықтығына, санына, сапалылығына, қару құрылысына байланысты болып табылады.

Жақыннан атудың ерекшелігін денеге оқтың тигенінен жақсы түсінуге болады. Мұнда адам денесіне немесе киіміне қарудың ататын жағы тиіп тұрады.

Зақымдану механизмі:

— оқ-дәрілік газдар оқтың жасаған жолының артынан кіріп, теріні ішінен жырттып, содан жұлдыз тәрізді және т.б. кіре беріс пайда болады.

— оқтың итеруінен пайда болған ауа, оқ-дәрілік газдар, киімде және теріде және т.б. зақымданулар тигізеді.

Тигізіп атудағы зақымданудың маңызы:

— егер тері астында сүйек болса, онда кіру тесігі үлкен жаралы ұзын жырттылумен 2-5 см көлемінде жүреді;

— егер іш аумағына немесе кеуде жасушасына оқ бағытталған болса, көбінесе үлкен өлшемді, дөңгелек ұлпалардың ақаулары болады.

Сарапшылар денеге ату кезіндегі кіре беріс аумағындағы ерекшеліктерін былай жіктейді:

— металл бөлшектері, оқ-дәрі, қару майының іздерінің жиналуы;

— оқ-дәрілік газдар тудыратын тері және киім жырттылулары;

— қарудың тиген жерінің орны;

— оқпен жаралану аумағында айқын қызыл ала түсті қан немесе бұлшық ет болуы.

Жақын қашықтықтан ату кезінде қалған дақтың пішіні мен аумағы: қашықтығына, қарудың орналасуына, зақымдалған

объектінің беткі қабатына байланысты болатындығын білуіміз керек. Қарудың оқпанынан шыққан бытырамен бірге, толық жанып бітпеген бөлшектер мен оқ-дәрі түйіршіктерінің шашырауы, 50 см қашықтықтан атқанның өзінде киімнен тесіп өтіп, теріге кіріп кетуі мүмкін.

Аң аулайтын қарудан алынған жаралану ерекшеліктері

Сот-медициналық сараптамасы тәжірибесінде жараланудың бұл түрі бойынша, әсіресе, қаруды ұқыпсыз ұстау кезінде кездейсоқ жағдайлар жиі болады, сондай-ақ, ол адам өлтіру кезінде және өзін-өзі өлтіруде кездеседі. Оқтың кіру және шығу тесіктерін анықтау мәселесі қиындық тудырмайды. Жақыннан атқан іздердің айқындылығы бытыра сапасына байланысты, яғни түтіндеген кезде — еру және күйдіру 50-100 см ара қашықтыққа дейін болуы мүмкін, ал, түтінсіз болса, тек 5 см-ге дейін.

Түтінді оқ-дәрі кезінде оқ тиген жарақаттың кірген аумағында ыс қалуы 150 см-ге дейін, ал, түтінсіз оқ-дәріде ол — 75 см-ге дейін болады, сондай-ақ, түтінді оқ-дәрінің кіруі және түйіршіктерінің денеде қалып қоюы 200 см және одан да ұзақ қашықтықтан, ал, түтінсіз оқ-дәріде — 100-150 см-ге дейінгі қашықтықтан атқан кезде болады.

Кіру тесігінің аймағына тақап тұрып атқан кезде оқ-дәрілік газдан қалған тері жыртылулары сирек кездеседі, алайда, 1-1,5 см қашықтықта оқпанның ізі жақсы көрінеді.

Жақыннан атқан іздің және таралу дәрежесінің іздері калибрге, оқпанның сипатына, бытыра санына, оқ-дәрінің сортына және сапасына байланысты екенін ескеру керек.

Келесі ерекшеліктер сипаты бойынша келсек бытырамен жаралануда жарақаттар көбіне соқыр болады. Сондықтан, мәйітті ашып қарау кезінде жарылғыш қаруларды идентификациялау үшін қолданылуы мүмкін, денеде қалған тығындарды, бытыраны, оқ-дәрінің қалдықтарын табуды және алуды талап етеді.

Бытыралық жараларды диагностикалау кезінде жәбірленушінің денесін рентгендік зерттеу маңызды мәнге ие.

Жарылыстан алынған жарақаттар ерекшелігі

Химиялық, физикалық және ядролық заттардың өзгерістері әсерінен аяқ астынан пайда болатын қуат бөлінуінен жарылыс болады. Жарылыстан алынған жарақат әсерінен туындаған өлім пайда болады.

Зангерлерге жарылыс туғызатын факторды білу қажет. Олар жарылғыш газдар, соққы толқыны, қапталған зарядтың қалдықтары, жарылыс кезінде пайда болатын қайталама снарядтар.

Жарылғыш заттардың адамға әсері жарылғыш заттардың санына, жәбірленуші мен жарылыс болған жердің арақашықтығына, тосқауылына, дененің қалыпты жағдайына, снарядтың құрылысына байланысты болады.

Сот-медициналық тәжірибеде көбіне жәбірленушінің жарақатын жарылыс болған жердің жақындығымен байланыстырады, себебі — ол бір уақытта әсер етеді;

— химиялық, термиялық, физикалық, механикалық әсер ететін жарылғыш заттың толқыны жарақаттанулардың үлкендігімен, дене және оның бөліктерінің бұзылысымен оның жан-жаққа лақтырылумен сипатталады;

— соққы толқыны адам денесіне қатты тығыз зат сияқты, бірақ аумақты соққымен жүреді;

— жарылғыш зат қабатының сынығы жан-жаққа лақтырылып, үлкен зақымданулар тигізеді.

Жарылыстан алынған жарақат өзгешелігі:

— кіру тесігінің пішіні дұрыс емес және сынық өлшеміне қарағанда үлкен болуы;

— зақым тигізетін жарылғыш қондырғылардың қаптамасында қалған қалдықтар бар қайталама снарядтардың санының көп болуымен сипатталады.

Жәбірленушінің өлімінің себебін және оның жарақат алумен байланысын анықтап алу, құқық бұзушының (айыпталушының) тергеу мен соттағы әрекетін саралау үшін маңызды.

Жарақаттан кейін келетін өлімнің себебі:

— дене мүшелерінің механикалық күш арқылы зақымдануынан;

— негізгі жарақаттан кейін пайда болған асқынулардан болуы мүмкін.

Жиі асқынулардың пайда болуы:

— үлкен қантамырдың зақымдану әсерінен бірнеше минутта 500-1000 мл қан кетуден;

— жарақаттан естен тану барысында айқындалады.

4. Жарақат негізіндегі өлім себептері

— ішкі ағзалардың, аяқ және жамбас сүйектерінің қатты ауыруымен, кең түрде зақымдалуымен байланысты;

— жарақаттың уыты адамның тұтас денесінде немесе бұлшық еттің жаншылуында бүліну, шайқалу, екінші фактор ретінде бас сүйек миының жаншылуы, жүректің қаптамасында жүрек тампонадасы, артық мөлшерде қанның жиналуы, ағзалардың қызметінің тоқталуына себеп болады;

— инфекциялық асқыну ағзаның зақымдануынан, микробтардың түсуінен туындайды (мысалы, сүйектің сынуынан сүйек қабықтарының дигнозы анықталынады, жұмсақ тіндердің және ағзаның іш қуысының жарақаты — ірің, өкпенің зақымдалуы негізінде өкпе қабынуы, бас жарақаты, ми қабынуы, ең басты қауыпты, газды шірік, микробтардың қанға тарап кетуі, сіреспе, сепсис келтіреді);

— эмболия (ауа, май тромбозы) ішкі мүшелердің қан тамырларының бітелуі.

— көңіл-күйдің психикалық күйзелістері, ішке, жүрекке тиген ауыр соққы жүректің рефлекторлы тоқтауына әкеп соғады.

Сот-медицина сарапшылары мәйіттің жарақат іздеріндегі нұсқамасында әрдайым оның өмірлік шығу барысын анықтауға тырысады.

Өмірлік жарақаттың дәлелдері:

- жарақат аумағындағы қабыну реакциясы;
- қан кету, сыртқы және ішкі қан құйылу;
- қабыну аумағындағы ұлпалардың ісінуі;
- қанның өкпедегі терең аспирациясы;
- эмболия белгілері.

Сот-тергеу тәжірибесінде қылмысты өліктің дарға асылуы, темір жолға тасталуы, өліктің түрін тануды қиындату мақсатымен ұсқынсыздау арқылы имитациялық түрде өзін-өзі өлтіру немесе оқыс оқиға деп жабуы мүмкін. Мұндай өлімге алып келетін жарақаттар, жануарлардан келген залалдың осал (салақ) тасымалынан болуы мүмкін.

Өлімге алып келетін жарақаттардың дәлелі болып, «пергаментті дақтар» деп аталатын, өлікте тері деңгейінен төмен

орналасқан, қоңырқай-сары мәйіт дақтары. Өлімге алып келетін өмірлік зақымдарды анықтау үшін сот-медициналық сараптамасы тағайындалады. Жарақат аумағындағы ағзалар мен ұлпалардың бөлшектерін микроскоптық зерттеу арқылы, ағзаның жарақатқа қатысты реакциясының алғашқы белгілерін және тамырдың өмірлік патологиялық өзгерістерін нақтылауға болады.

5. Сот-медициналық сараптамада қарастырылатын негізгі сұрақтар

1. Тірі кезіндегі алынған жарақаттар және оның уақыты.
2. Жарақаттайтын заттардың қасиеті:
 - 2.1. жарақаттаушы заттардың түрі;
 - 2.2. жарақаттаушы заттың беті (өлшемі, пішіні, бедері);
 - 2.3. салмағы;
 - 2.4. материал;
 - 2.5. осы доғал заттан зақымдар алынуы мүмкін.
3. Жарақаттардың пайда болу механизмі
 - 3.1. күш түскен жер;
 - 3.2. жарақат әсерінің бағыты;
 - 3.3. жарақаттану әсерінің түрі (соққы, қысу);
 - 3.4. жарақат әсерінің саны;
 - 3.5. әсер күші;
 - 3.6. нақты жағдай кезінде жарақат тигізу мүмкіншілігі;
 - 3.7. жарақаттаушы затпен дененің зақымданған аумағының орналасуы;
 - 3.8. нақты шартты үрдістегі жарақат тигізу болу мүмкін.

Оқ тиген жарақаттар кезінде сот-медициналық сараптама-сымен шешілетін сұрақтар:

1. Тірі кезіндегі алынған жарақаттар және оның уақыты.
2. Ату кезіндегі зақымдаушы факторлардың сипаты:
 - 2.1. қару түрі: картеч, атипті снаряд, снаряд сынығы және т.б.;
 - 2.2. оқтың снарядтық қасиеті:
 - 1.1.1 көлденең диаметрі,
 - 1.1.2 өлшемі,
 - 1.1.3 бас бөлімінің пішіні,

- 1.1.4 кабаттың болуы немесе жоқтығы,
- 1.1.5 материал;
- 2.3. патрон, ерекшелігі:
 - 2.3.1. оқ-дәрі түрі,
 - 2.3.2. салу, тығын және т.б.,
 - 2.3.3. бытыра, картечь,
 - 2.3.4. арнайы қоспаның болуы;
- 2.4. атудың қосымша факторлары:
 - 2.4.1. оқ — дәрі газы,
 - 2.4.2. ыс
 - 2.4.3. металл бөлшектері,
 - 2.4.4. ұнтақтар, қоспалар;
- 2.5. қолданған оқ жарақатының қасиеті:
 - 2.5.1. калибр,
 - 2.5.2. оқпанның конструктивті ерекшеліктері,
 - 2.5.3. оқпан тесігінің саны,
 - 2.5.4. иір ойықтың саны және бұрыштар ылдығы;
 - 2.5.5. оқпан, дүмбі, затвор және т.б. бөліктерінің құрылысының ерекшелігі,
 - 2.5.6. автоматты, автоматты емес,
 - 2.5.7. оқ қаруының қуаты, күштілігі.
- 3. Жарақаттың пайда болу механизмі:
 - 3.1. атудың саны,
 - 3.2. кіретін, шығатын саңылаудың орналасуы,
 - 3.3. жара саңылауының бағыты,
 - 3.4. атудың қашықтығы,
 - 3.5. материал және тосқауылдың болу ерекшелігі,
 - 3.6. атудың бағыты,
 - 3.7. киім және дене зақымының байланысты болуы,
 - 3.8. жәбірленушінің өзінің қолынан жарақат алу мүмкіндігі,
 - 3.9. сөз байласушы қолынан жарақат алу мүмкіндігі,
 - 3.10. нақты жағдайда зақым тигізу мүмкіншілігі.

Қорытынды

Сот медицинасында, сот-тергеу тәжірибесінде сарапшы жарақат туралы сұрақтарды шешкенде, олар құқық қорғау ор-

гандарына үлкен көмек көрсетеді, себебі — ақиқатқа жету, ашу, болған істі анықтайды.

Болашақ заңгерлер, сот-медициналық жарақат туралы оқығанда, сараптама мүмкіндіктерін тергеу, сот, қорғаушы тәжірибесінде қолдану керектігіне назар аудару керек.

3. БИІКТІКТЕН ҚҰЛАУ, КӨЛІК ЖАРАҚАТЫ

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Биіктіктен құлау. Биіктіктен құлаудың түрлері. Зақымдаушы фактор*
 - 2. Биіктіктен құлаудың сипаттамасы және механизмі*
 - 3. Биіктіктен құлаудың сот-медицина сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтары*
 - 4. Көлік жарақаты. Көлік жарақатының түрлері*
 - 5. Автомобиль жарақаты, оның түрлері*
 - 6. Мотоцикл жарақаты. Трактор жарақаты*
 - 7. Темір жол, авиация жарақаты*
- Қорытынды*

Кіріспе

Сот медицина тәжірибесінде көбінесе биіктіктен құлау жарақатының салдарынан және әр түрлі көлік құралдары түрлерінің адамға кенеттен өліп кету немесе өмірге қауіпті емес ықпалын зерттеу жиі кездеседі. Мұндай жарақаттардың түріне доғал заттармен салынған жарақаттар жатады, бірақ ерекше сипаттамалы болғандықтан, доғал жарақаттардың басқа түрінен бөлек қарастырылады.

1. Биіктіктен құлау. Биіктіктен құлаудың түрлері. Зақымдаушы фактор

Құлау нәтижесінде алынған зақымдар — бұл құлаған кезде дененің қозғалмайтын заттан немесе жерден алынған соққыдан пайда болады. Бұл жарақаттардың сипаты қандай биіктіктен құлағанын, адам құлаған жердің ерекшеліктерін және адам денесінің құлап түскен кезде сол жерге қалай соғылғанымен анықталады.

Сот медицинасы құлаудың 2 түрін бөледі: жазық жерде құлау және биіктіктен құлау.

Биіктіктен құлаудың түрлері:

— тікелей (еш бір кедергісіз)

— тікелей емес (сатылап)

— бос

— бос емес

— жылдамдықпен

— жылдамдықсыз

— координациялық

— координациялық емес

— жазық жерден құлау.

Зақымдаушы фактор. Зақымдаушы фактор болып дененің құлап түскен жері танылады. Құлау биіктігі кең шеңберлі: адамның бойының биіктігімен, көптеген ондаған биіктіктерден (терезеден, үйлердің төбелерінен, құрылыстардан, жартастардан т.б.) және жүздеген метрлерден құлаумен ұштастырылады (соңғы оқиғада әңгіме көбінесе ұшу аппаратынан құлау, соның ішінде, парашют ашылмай қалғанда құлау туралы айтылып тұр).

Тікелей (еш бір кедергісіз) құлаудың әсерінің негізінен адамның денесіндегі зақымдану тікелей бір нәрсенің үстіне түсу нәтижесінде пайда болады. Зақымдану сипаты — құлау үстінің бетімен және көлемімен анықталады. Көлемі бойынша көптеген жағдайда шексіз. Ең сирек кездесетін жағдайлар аумағы шектелген жазықтық беттерден құлау, құлаған кездедене сол жазықтық қырына не бұрышына сыдырылады. Зақымдау бедерінің үсті тегіс (асфальт беті, бетон плиталары) немесе тегіс емес (бөлек тастар, қиыршық тас) болуы мүмкін. Зақымдау бедерінің үсті — қатты болуы мүмкін (күм т.б.).

Тіке емес (сатылап) құлаған жағдайда дене құлап бара жатып түрлі зақым келтіретін әр түрлі нәрселерге соғылуы түсіндіріледі. (қылтима, бастырма т.б.). Зақымдау бедерінің көлемі, пішіні әр түрлі болып келеді. Сатылап құлауды негізінен тар кеңістіктен құлау (шахта, баспалдақ) және тегіс емес жерлерден (эскалатор баспалдағы) құлау деп бөледі.

Қандай да бір ғимараттың әсерінен дене құлап бара жатып түрлі биіктіктегі әр түрлі заттармен соқтығысып, бірге құлайды (бос емес құлау). Осы заттар денеге қозғалыс кезеңінде немесе дене бір нәрсенің үстіне құлағанда жарақаттар, зақымдар әкеледі.

2. Биіктіктен құлаудың сипаттамасы және механизмі

Биіктіктен құлауға дененің әртүрлі бөлігіндегі көптеген зақымдардың пайда болуы тән.

Тікелей бос құлаудың төмендегідей белгілері бар:

- аса маңызды емес немесе сыртқы жарақаттардың болмауы;
- біржақты жергілікті жарақат;
- күш қолданған жерден жарақаттың алыс болуы (төмен түтікше тәрізді сүйектің метафизді бөлігінің сынығы, омыртқа денесінің компрессиялық сынығы, шеңбер тәріздес бас сүйегінің сынығы және т.б.);
- сыртқы мүшелерден қарағанда ішкі мүшелердің ауқымды жарақаттануы;

— дене сілкінісінің жалпы белгілері (параартольдық клетчаткаға, өкпенің төменгі бұрыштарына, бауыр маңы мүшелеріне, бүйрек қақпасына және көкбауырға, аш ішектің шажырқайына және т.б. қан құйылуы).

Қатты соққының әсерінен — қуысты және паренхиматозды ағзаларда жарақаттар пайда болады. Құлау биіктігі неғұрлым биіктеген сайын дененің жалпы жағдайының белгілері анық көрінеді. Тікелей бос құлаудың әсерінен қаңқада келесідей дененің әр түрлі бөлімдерінде және дененің сыртқы жағдайында зақымдар түзіледі: баста — бассүйектің көп бөлшекті сынуы, жамбастың көп бөлігінде — қасаға сүйегінің сынуы, аяқта — табан сүйектерінің бұзылуы, дененің бүйір бөлігінде — қабырға аймағындағы құлаған бетіндегі тік сынықтар, ал, қарама-қарсы бетінде қиғаш, арқада — көп бөлшекті жауырын сынықтары, омыртқаның өсінділері және жауырын-омыртқа маңы сызығы бойымен көптеген тік сынулар, дененің алдыңғы бөлігінің тік қиғаштық және көп бөлшекті кеуденің сынулары, төс маңы және бұғананың ортаңғы сызығы бойымен қабырғалардың көп сынықтары, бет сүйегінің зақымдануы, тізе буынының сынуы, кәрі жіліктің метафизінің еніп сынуы.

Сондай-ақ қатты соққы кезінде биіктіктен тікелей бос құлауда, күш түскен жерде сынықтар пайда болады: омыртқа денесінің компрессиялық сынықтары және кеуде жасушасының әсерінен құйымшаққа әсер ететін күш, аяқ басы және жазылған

аяқ қалпындағы, башпай беті, үлкен мықын сүйегі және жамбас сүйегінің метафизді бөлігінің жанаспалы сынығы — табанмен құлаған кезде жазылған аяқ қалпында башпаймен және құйымшақ бөлімімен құлағанда - бас сүйегінің шеңберлі сынығы тәрізді.

Дененің жерге келіп түскен соққысының күші — құлаудың траекториясымен және құлаудың биіктігіне және де дененің күйі, денеге қандай да бір жылдамдықтың қосылғандығымен байланысты болады (өзіндік итерілуі немесе әлдебір бөтен күш болуы). Адамның жағдайына байланысты (мысалы, маскүнемдік жағдайда, ес-түссіз жағдайда болуы) құлау координацияқ емес сипатта болуы мүмкін. Координациялық пен ретсіз құлаудағы зақымдар жиынтығы әр түрлі.

Сатылы және бос емес құлаудағы пайда болатын зақымдар арасында ерекшеліктер бар. Биіктіктен құлаудағы зақымдар (көптік, бөлек сынықтар, ішкі зақымданудың көлемді болуы және дененің жалпы жарақат белгілері) әртүрлі ошақтануымен сипатталады.

Егер тіке бос құлаудағы зақымдар көптігіне қарамастан, доғал заттардан пайда болған соққының әсерінен болса, онда сатылы және бос емес құлаудағы доғал заттардан алынған зақымдардың түрі жыртылған, кесілген, созылған, үйкелмелі, бөлінген болып келеді.

Сатылы бос құлаудың өзіндік бір ерекшеліктері бар. Егер тіке бос құлауда зақымның көптігіне қарамастан, зақымдар доғал заттан түзілсе, ал сатылы бос емес құлауда доғал зат зақымдарымен қоса соққыдан жыртылған, тесілген, кесілген-жаралар, созылу, үйкелу, бөліну деген сияқты зақымдар пайда болады.

Сатылы бос құлауда қосымша зақымдар болады: эксцентрілік әсерден, үйкелу әсерінен жыртылған жаралар пайда болады. Құлау траекториясының кедергі заттарының бар екендігін нақты құлаған жерді қарауда, заттардың немесе өлген адамдардың киімінен көруге болады.

Бос емес құлауда адамның денесінде қосымша үйкелу әсерінен үстіртін жарақаттар болады. Ұшып келген адам денесінен ауыр заттар бірінші жерге құлайды да, қосымша тегіс емес жер бедерін құрайды. Ал массасы бойынша жеңіл заттар адам денесінен кейін құлап түседі. Үлкен массалы заттардың құлау әсерінен, адам денесіне құлап қосымша мыжу жарақаттарын түзеді.

Жазық жерде құлауға — адамның қол-аяғының сынуы, мидың шайқалуы мен соғылуы жатады. Адам денесінде алдынала қосымша жылдамдық мысалы, итеріп жіберу, бетінен ұру және қайта құлау кезінде желкенің дөңес шекарасына және бас сүйегінің бір бөлігіне күш түсу, ал бетте көгерулер, қанталаулар, төменгі жақта жарақаттар түрінде соғу іздері табылады. Бірақ бұл белгілер тұрақсыз болып келеді.

Құлау салдарынан пайда болған жарақаттарды сот-медицинасы бағалайтын негізгі қорытындыларын келтіреміз.

Бірінші соққы алған жер туралы, өзінің шығу механизмі бойынша аса ауыр жарақаттар байланысты ішкі ағзалардың және қаңқа сүйектерінің ауыр зақымының бір жақты жарақаттар және тіке сынықтар ошақтары туралы айтамыз. Соққы кезінде сынған сүйекке және сол жерде орналасқан ішкі мүшелердің зақымдануымен байланысты алғашқы жарақаттың бағыты анықталады.

Құлау кезінде қайталама жарақат алу фактісі туралы, сыртқы зақымдаулар мен алғашқы жарақаттың бетінде орналасқан тіке сынықтар бойынша қарастырады.

Құлау биіктігі есептеу жолымен, яғни жарақаттардың көлемімен және алғашқы соққы жерінің қаттылығымен белгіленеді.

Соққы тиген жердің сипаттамасы (бедер, нысаны, көлемі, материалы) доғал заттармен келтірілген жарақаттарды бағалау үшін сұрақтарды шешу барысында пайдаланатын жалпы алгоритм бойынша анықталады.

Сыртқы зақымдардың қайта жарақаттануы кезінде және сол түрдегі тікелей сынықтар, беткей орналасады, алғашқы жарақат беткейімен байланысты.

Бастапқы жағдайда және денеден алдын ала жылдамдық бойынша құлау механизмінің сипаттамасы, оқиға болған жердің құрылымы және дененің құлағаннан кейінгі жағдайы, бастапқы статистикалық және динамикалық манекеннің құлауы эксперименттік зерттеу нәтижесін көрсетеді.

Адамның өз бойының биіктігінен құлауы — жазық жерге құлауы болып табылады. Бұл жағдайда бас зақымдалады. Күш түскен жерде көгерулер, қанталаулар, жаралар, бас сүйектері мен бет сүйектері зақымдалады. Сынықтардың линиялары құлау бағытына байланысты болады.

Маңдаймен және шүйдемен құлаған жағдайда, маңдай және шүйде жарақаттанғанда, ми қабығында жарақат ошағы пайда болады. Ошақтың беткейінде қызыл қанталаулар көптеген дақтармен коршалып, майда ошақта қанталаулар қабығының аймағын және сол қабық маңына жақын жерлерді толық алып жатады. Шүйдемен жарақат алған кезде жарақат ошағы, қабық маңайына, бүйірге қарама-қарсы шүйде бөлігінде жайылады.

Бастың артқы жағы бөлігінің үстіне құлауы (шүйденің сол және оң бөліктері), қабықтың негізгі және маңдайлық бөлігі мен шүйделік бөлікке қарама-қарсы мидың үлкен көлемді жарты шарын, жиі **ушиб** ошаққа алып келеді.

Баспалдақтан құлау туралы А.И.Авдеев жігі зерттеген. Ол келесідей анықтаулар енгізген.

Бұл жарақаттың сипатының белгісі болып, киімнің лас болуы, баспалдақтың салдарынан сызықты көгерулердің қалуы. Олардың орналасу деңгейі бойынша құлаудың алдында жәбірленушінің баспалдақтың қай жерінде тұрғанын көруге болады. Баспалдақтың төменгі учаскесінен құлағанда — астыңғы жақтарда, ортасынан — денеде және астыңғы жақтарда, баста және дене бөліктерінде — баспалдақтың үстіңгі жағынан құлағандағы жарақаттар пайда болады.

«Координациялық емес» құлау — бұған киімнің лас болуы, көгерулердің болуы, қанталаулардың болуы, қаңқа сүйектерінің зақымдары, бастың артқы бөлімдерінің жұмсақ ұлпалардың қанталауы көрініс алады.

Қарқынды түрде алға қарай бетпен құлау мезетінде мынадай белгілер анықталады:

— зақымдалған жауырынның, бас сүйегінің бөлігі, желке аймағы, жамбас пен тізенің артқы беткей бөліктерін аз мөлшерде қалпына келтіру;

— бас сүйегінің бір бөлігі, жауырын, шынтақ, жамбас және тізенің көгеруі;

— бас сүйегінің бір бөлігінің бөлімінде жаралардың болуы;

— бас сүйегінің бір бөлігі, шүйде, жауғырын, бел бөлімдеріне қан құйылу;

— жауырын сызығының бойындағы жергілікті сынуы;

— жауырын сынығында, бас сүйегінің бір бөлігінің — шүйде аймағында жарықтардың болуы;

— бас сүйегінің жинақталған жарақатының белгісі.

Жазықтықтан құлауда — шүйде бөлігінде шынтақ иық алды, ал артқы беткейінде, бас сүйегінің терең жарақатында және шүйде бөлігінде шаңның іздері, бас сүйегі және шүйде бөлігінде, жауырын, омыртқаның мойын бөлігінің қанталауы, жауырын, шүйде сүйектерінің сынуы көрініс алады.

Бетпен алға қарай құлауда:

— кеуде және іште, маңдайда, жақта, мұрында, иықтың алдыңғы жағына шаң бөлшектерінің қонуы;

— маңдай, мұрын, жақта, іштің алдыңғы жағында, иықтың алдыңғы жағында көгерулердің болуы, жақ бөлімдерінің жұмсақ тіндерінің қанталаулары;

— қабырғаның орталық сызығының сынуы, төстің сынуы жиі кездеседі.

Жазықтықтан алға қарай бетпен құлауда:

— төсте, жақта, маңдайда, иықтың үстіңгі жағында шаң бөлшектерінің қонуы; маңдайдың, мұрынның, жақтың, кеуденің үсті, иықтың, табанның, жамбастың, тізенің алдыңғы жағының көгерулері;

— маңдайдың терең жаралары;

— жақтың және маңдайдың, мұрынның, кеуденің, жұмсақ ұлпалардың қанталаулары;

— бастың бет бөлігінің сүйегінің қайталамалы жарақатының белгілері;

Жанына қарай жылдамдықпен құлау сипаттамасы:

— самай, жақ, бас сүйек, шынтақ бөлімдеріне шаң бөлшектерінің қонуы;

— бас сүйек және самайдың, іштің жауырын бөлімдерінің көгерулері;

— бас сүйегінің бір бөліміндегі жаралар, самай, жақ, шүйде бөліктеріндегі жарақаттар;

— бас сүйек самай бөліктерінде жарықтардың болуы, бас сүйек сынулары.

Жазықтықтан жанына құлау сипаттамалары:

— самай, шүйде, жауырын, бөлімдерінде шаңның іздері;

— бас сүйек бөлімдерінде және іш құрылысының артқы жағында, иықтың жанындағы көгерулер;

— самай, шүйде, жақтың, жауырын және иықтың сыртқы жағының қанталаулары;

— бас сүйегінің — шүйде аймағындағы сынуы негізінде жарықтардың пайда болуы немесе бас сүйегі бөлшектерінің сынуы.

Жанына қарай құлау сипаттамасы:

— бас сүйегі және жақ бөлімдеріне шаң бөлшектерінің қонуы;

— самай, іштің бүйір жағы, жауырын, белдің, иықтың көгерулері;

— бас сүйек бөлімдерінің жарақаттары; бас сүйек, маңдай, жақтың жұмсақ тіндерінің қанталаулары;

— жауырын, бас сүйегінің бір бөлігі — маңдай аймағынан жарықтың бастың негізгі бөлігіне өтуі, бастың үш шұңқыр бөлігінде де жарықтың орналасуы.

3. Биіктіктен құлаудағы сот-медицина сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар:

1. Тірі кезіндегі алынған жарақаттар және оның уақыты.

2. Зақымдаушы заттардың қасиеттері:

2.1. зақымдаушы заттардың түрлері;

2.1.1. құлау жерінің үсті,

2.1.2. құлау үстіндегі заттар,

2.1.3. құлау траекториясындағы заттар,

2.1.4. құлаған дененің үстіне құлаған заттар;

2.2. Беткей зақымдаушы:

2.2.1. мөлшері,

2.2.2. пішіні (рельеф),

2.2.3. бедері

2.2.4. орналасуы;

2.3. Осылардың әсерінен жарақаттың пайда болуы мүмкіндігі.

3. Зақымдалудың пайда болу механизмі:

3.1. зақымдалудың әсер ету түрі (доғал, өткір),

3.2. күштің түсу орны,

- 3.3. зақымдалудың әсер ету бағыты,
- 3.4. доғал зақымдаушы заттың әсер ету нұсқасы (соққы, созылу, үйкелу),
- 3.5. жарақаттың әсер ету күші,
- 3.6. жарақаттың бір уақытта болу мүмкіндігі,
- 3.7. зақымдардың пайда болу салдары;
- 3.8. Берілген жағдайда жарақаттардың болу мүмкіндігі:
 - 3.8.1. құлау түрі (бос, бос емес, тікелей, сатылы, жылдамдықпен),
 - 3.8.2. құлау кезіндегі дененің беткей бөліктері
 - 3.8.3. сатылы құлауда — құлау траекториясының кесінділерінде белгілі зақымдардың пайда болу мүмкіндігі,
 - 3.8.4. дененің бастапқы жағдайы (бастың көлденең, тігінен, бүгілген астына немесе үстіне),
 - 3.8.5. сол кездегі алдын алу жылдамдылығының болуы немесе болмауы,
 - 3.8.6. координациялық немесе координациялық емес құлауы.

4. Көлік жарақаты. Көлік жарақатының түрлері

Көлік жарақаты — күнделікті өмірде көп кездесетін жәйт. Көлік құралы жүріп келе жатқан кезінде оның сыртқы және ішкі бөліктері келтіретін, сондай-ақ жүріп келе жатқан көліктен құлаған кезде алынатын механикалық жарақаттар көлік жарақаты болып табылады.

Көлік жарақаттары — рельстік емес (автомобиль, мотоцикл, трактор және т.б.) су, рельсті (темір жол және травмай) және әуе көлік жарақаты.

5. Автомобиль жарақаты, оның түрлері

Зақымдаушы фактор. Негізгі зақымдаушы фактор болып автокөлік құралдары табылады. Зақымдар автомобиль ішіндегі қозғалмайтын заттарға, автомобиль құрылысының бөлшектеріне соқтығысу әсерінен болады немесе көлік құралы жүріп келе жатқан кезде оның сыртқы және ішкі бөлшектері салатын, сондай-ақ жүріп келе жатқан көліктен құлаған кезде алынатын

механикалық жарақаттар көлік жарақаттары болып есептелінеді. Барлығы дерлік, көбінесе доғал затпен соғылған жарақаттар әсерін береді. Бұл элементтер бірінші әсер етеді де, содан соң денені жолға немесе қозғалмайтын затқа мыжу әсерінен қосымша соғылу, мыжу, жарақатын түзеді. Сынған терезенің әйнектері — кесілген, тесілген жарақаттар алады.

Сирек жағдайларда автомобиль апаттарында көлік жанып кетіп, жәбірленушінің денесіне термикалық әсерін тигізеді. Автомобильдің салон ішіне газдар кіруі мүмкін. Бұл жағдайда жүргізуші мен жолаушыларға химиялық әсер алуы, осы жағдайда өлім болып, автокөлік апатына ұшырудың себебі болуы мүмкін.

Автомобиль жарақаты — бұл жүргізуші, жолаушы, жаяу жүргіншілердің автокөлік оқиғасынан алған зақымдар жиынтығы табылады.

Автомобиль жарақатының түрі және зақымдардың пайда болу механизмі (Матышев А.А., Солохин А.А., Христофоров С.И., Сафронов В.А. бойынша 1968 ж. түзетулерді қоса).

Автомобиль жарақатын негізгі бес түрге бөледі.

— адамның қозғалып келе жатқан автомобильмен соқтығысуынан жарақат алуы;

— автомобиль дөңгелегінің басып өтуінен жарақат алу;

— қозғалып келе жатқан автомобильден құлап жарақат алу;

— автомобильдің ішінде жарақат алу;

— адам денесінің автомобиль мен басқа заттар арасында жаншылуынан жарақат алуы;

Автомобиль жарақатының құрастырылған түрі де кездеседі: ол адамның қозғалып келе жатқан автомобильмен соқтығысып, сол автомобильдің дөңгелегінің денені басып кетуі, қозғалып келе жатқан автомобильден құлап, сол автомобильдің басып кетуі.

Жүріп келе жатқан автомобильдің адаммен соқтығысуынан жарақат алу.

Автомобиль жарақатының осы түрімен зақымдану, жарақат алу механизмінің әртүрлі болуымен ерекшеленетін, бірнеше са- тылар туындайды:

— автомобильмен алғашқы байланыс — соққы

— дененің автомобильге қарай лақтырылуы — соққы

— дененің жолға құлауы — соққы.

— жол бетімен сырғанауы — үйкелу.

Автомобильдің құрылысы мен жылдамдық ерекшеліктеріне байланысты соқтығысудың екінші сатысы болмауы мүмкін. Зақымдану доғал заттардың әсерінен туындайды. Олар дененің әр түрлі бөліктерінде орналасып, әдеттегідей олардың беткі қабатында туындайды.

Автомобильмен алғашқы соқтығысу әсерінен: көгеру, қанталау, жаракат, сынықтар, ішкі ағзалардың жұлынуы сынды неше түрлі зақымдар пайда болады. Негізінде жаракаттардың көлемі автомобильдің келе жатқан жылдамдығы мен массасына, ал олардың ошақтануы — автомобильдің соққы берген бөлігінің орналасуының биіктігіне байланысты болады. Зақымдар автокөліктің пішіні мен көлемін көрсетеді, олар машинаның жарық беретін жерінен дөңгелек және доға тәрізді қанталаулар түседі, сызықты, қақпағының алдыңғы жағынан қабырға тұсында бір-біріне параллельді көгерулер және т.б. болуы мүмкін. Алдыңғы жағынан соққанда, (бампер — сынықтар) жамбас немесе тізе сүйектерінің тіке майдаланып сынуы жиі ұшырасады. Алғашқы соққы жалпақ және кең енді автокөліктердің үстіңгі жағымен тигенде (мысалы, автобус) дененің бірнеше бөліктеріне зақым келтіреді. Осындай зақымдалудың ошағы мен сипаты көптеген жағдайда, соққы болған сәтте автокөлікке бағытталып тұрған дененің орналасуына және оның үстіңгі бедеріне байланысты. Алғашқы қатты соққыдан дененің жалпы соққысына алып келуі мүмкін. Бұл соққыдан шайқалу салдары болып: өкпенің түпкі бөлігіне дейін және парааорталдық клечаткаға қан құйылу, жүрек негізінде эпикард, бауырмен байланысты байламдар, көкбауыр және бүйрек қақпасы, ішек шажырқайы табылады. Ішкі ағзалардың үзіліп кетуі, кейбірде соққының қатты салдарынан жүрек пен өттің үзіліп кетулері көрінеді.

Алғашқықаттысоққыдандененіңартқыбеткейізақымданғанда, омыртқаның мойын бөлігі және жанама зақымдар пайда болады. Олар: қанталаулармен байланысты және сол байланыстардың үзілуі, сына тәрізді сүйектің майдаланып сынуы және омыртқа денесінің шығуы.

Жол бетіне құлау сипаттамасы біріншіден, екі жаракаттық әсер механизімі бар — соққы және үйкелу, екіншіден, жол бетінің

тегіс емес және кең болуы. Бұл жарақаттар көбінесе баста және аяқ-қолдарда болады. Бетте болған соққы көкшіл түрде немесе ашылған түрдегі жаралар көрінетін бөлігінде пайда болады. Көгерген аймақ кеңінен болып, ол жерден бір-біріне параллельді немесе үстірт кесілген жарақаттар көрінеді. Мұндай жарақаттарды тізеде, шынтақта, алақан бетінен де байқауға болады. Бас сүйегінің сынуы, негізіне қайта келетін жарықтардың пайда болуымен шектеледі. Дененің ұштарының сынықтары мына белгілері бойынша ерекшеленеді: асықты сүйектің, жамбас және иық мойын сүйектерінің сынуы, осы сүйектердің басының шығуы.

Автомобиль дөңгелегінің басып өтуінен жарақат алу.

Автомобиль жарақатының бұл түрінің екі негізгі ерекшеліктері бар: дененің шектеулі бөлігінде және күрделі механизімінде болатын жаншылу, созылу, үйкелу, соққы. Осы зақымдардың пайда болуын бес сатыға бөлеміз:

- дөңгелекпен алғашқы жанасу — соққы;
- автомобиль жүрісінің бағытымен дененің орнынан сырғанауы — үйкелу;
- денені доңғалақтың басыуы — үйкелу және созылу;
- дөңгелектің дене арқылы өтуі — жаншылу және созылу;
- денені сүйреу — үйкелу;

Жаншылу әсерінен жарықтар, бұзылулар пайда болады. Бұл жайттар бас, кеуде, жамбасты басып кетуде жақсы көрінеді. Бұл жағдайда көптеген бас сүйегінің сынықтарымен екі ұсақталған сынық ошақтары, бірнеше меридианальді жарық; қабырғаның екі жақты екі және үш, түзу және қисық сынықтар, екі көлденең сынық пайда болған жамбас және сегізкөзде пайда болады. Ішкі ағзалар бөлшекті және жалпы жаншылып, мыжылып, үйкеліп, кейбір жағдайда мыжылу салдарынан бауырдың омыртқаға жабысып мыжылуы көрінеді. Жүректің үзіліп кетуі, ішек шажырқайының, көкбауыр және бүйректің жыртылуы байқалады. Жаншудың салдарынан дененің доңғалақтан тыс аймақта қалуы, доңғалақтың басы басып кетуі — бастың қатты қабығының жыртылуы және ми заттарының өсінділерден шығуы, ішті басқанда — сүйек беткейіндегі терінің жыртылуы, жамбас және ішті басуда — жарқат салдарынан ішкі мүшелер сыртқа немесе қуысқа түседі.

Созылу жағдайындағы жұмсақ ұлпалардың үзіліп кетуіне және бөлініп кетуіне әкеліп соғады, олар: құлақ ұшының үзілуі, тері асты май ұлпаларынан тері қабыршақтарының жабық түрде шығуы, жалбыраған жарақаттардың болуы. Теріде сызат және қанталау түрінде протектордың суретерінің қалуы.

Жүріп келе жатқан автомобильден құлап жарақат алу. Мұндай зақымдалулар типтік жағдайда үш сатыдан тұрады:

— дененің автомобиль бөліктерімен құлауында алғашқы жана-
насу — соққы;

— жолға құлау — соққы;

— жолда сырғанау — үйкелу.

Дененің автомобиль бөліктерімен құлауында алғашқы жана-
суда зақымданулар көп жағдайларда оның пішіні мен көлеміне,
сонымен қатар, соққының бағытымен байланысты.

Кей жағдайларда дене құлаған кезде автомобиль бөлшектеріне
тимесе, онда алғашқы саты жолға құлау болады.

Баспен жерге құлау ауыр ми жарақаттарының, бас сүйегінің
көп бөлікті сынықтарының болуы, миында ошақты жарақаттар
және субарахноидальді қанталаулар жергілікті күш түскен жерде
пайда болады.

Бастың жарақаты омыртқаның мойын тұсынан қисаю әсерінен
болатын жарақат немесе бастың күрт қисаюмен ұштасады.

Жамбаспен құлағанда — жамбас және бел омыртқалар жаныш-
талып сынады. Кейде осындай жарақаттанғанда бас сүйек түбінің
дөңгелектеніп жарылуы да мүмкін. Жер бетіне соғылған денеді,
жалпы дененің шайқалуынан жарақаттар пайда болады.

Автомобиль ішінде жарақат алу. Бұл автомобиль жара-
қатының түрінде зақымдарды алу әр түрлілігімен ажыратылады:
автокөліктің жүріп келе жатқанда аударылуы және оның биік-
тіктен құлауы, жол жағасындағы қозғалмайтын заттарға соғы-
луы, автомобильдің бір-бірімен немесе басқа көлік құралдары-
мен соқтығысуы. Зақымның көлемі — соқтығысу жылдамдығына
байланысты болады. Автомобиль ішіндегі адамның денесіндегі
зақымдар, жүріп келе жатқан көліктің қозғалмайтын заттармен
соқтығысу немесе лақтырылу салдарынан болады. Алдыңғы
орында отырған жолаушы жүргізушілерге қарағанда 7 есе, кейінгі
орындарда отырған жолаушыларға қарағанда 5 есе жиі қаза таба-
ды деп саналады.

Зақымдардың сипаты — кабинаның ішіндегі құрылғымен және автомобиль кузовы мен ішіндегі бөтен заттардың болуы, жәбірленушінің отырған орындарына байланысты болады.

Бұл автомобиль жарақаттары қарапайым күйде 2 фазамен сипатталады:

— автомобиль интерьері бөлшектерінің денемен алғашқы қарым-қатынасы (соққы);

— кузов немесе кабина бөлшектерінің ішінде қарай мыжылу әсерінен дененің жаншылуы.

Егер алғашқы соқтығу нәтижесінде автомобиль төңкерілсе, кабина ішіндегі адамдар қосымша соққы әсеріне ұшырайды. Алғашқы соққыда бетте, кеуде жасушасында, тізде, зақымдар пайда болады. Жүргізушіде рульден дөңгелек тәрізді көгерулер және қанталаулар көрініс алады. Кейбірде төстің және табан сүйектерінің; жолаушыларда — көгерулер, қанталаулар және беттің жарақаттары, тізенің жабық сынуы, жамбас сүйегінің артқы басының шығып кетуі байқалады. Алғашқы соққыдан жүргізушіде және жолаушыларда ішкі ағзалардың үзіліп кетулері және дененің тұтас шайқалуынан зақымдар пайда болады.

Дененің жаншылуы — кабинаның бұзылуының әсерінен және дененің қозғалмайтын бөлшектерге қысылып қалуынан пайда болады. Жүргізушінің кеуде жасушасының жаншылуы — қабырғаның алдыңғы бөліктерінде жабық екі жақты тіке сынықтарға алып келеді. Сынған қабырғаның соңғы ұшымен жүрек пен өкпе зақымдануы мүмкін.

Кабина ішіне автокөлік бөлшектерінің шығыңқы заттары — қосымша бекітілген мөр түрінде жаралар, терең тесілген, кесілген жарақаттарға әкеліп соғады. Кейде автомобиль кабинасындағы жарақаттар жарылыс және өртпен ұштасуы мүмкін. Осы орайда жиынтықты жарақаттар: термикалық және механикалық зақымдар пайда болады.

Егер жүргізуші немесе жолаушы қауіпсіздік белдігін таққан болса, әдетте денеде оң жақ кеуденің жоғарғы бөлімінде қанталауды көреміз. Кейде онда иықтың және 2-3 қарбырғаның тік сынуы байқалады.

Адам денесінің автомобиль және басқа заттар арасында жаншылуынан жарақат алуы.

Бұл автомобиль жарақатының түрі негізінен адамды автомобиль кузовымен қозғалмайтын затқа жаншу салдарынан болады. Зақымдардың көлемі әдетте, жаншу дәрежесі, ауданы және жәбірленушінің жағдайымен анықталады. Қатты жаншылуда көптеген 2 жақты кеуде жасушасы және жамбастың жабық сынуы, жыртылулар, мылжалану, езілу, кейбірде ішкі ағзалардың үзіліп, жұлынулары кездеседі.

Автомобиль жарақаты зақымдарын сот-медициналық бағалау. Сот-медициналық тұрғыда дұрыс бағалау болып:

— автокөлік оқиғасының жағдайы туралы алдын ала мәліметтер;

— автомобильді қарау деректері;

— жәбірленуші мен оның киімдерін сот-медициналық зерттеу нәтижесі;

— көлік құралдары зақымдарының пайда болу механизіміне сәйкес автотехникалық және криминалистикалық сараптаманың деректері;

— зақымданған адам және автомобиль жарақаттарын салыстыру нәтижесі;

— оқиғаның жайын қайтадан жүргізу бойынша тергеу экспериментінің нәтижесі.

Автомобиль жарақаты кезіндегі зақымдануларды сот-медициналық бағалау әдістемесі — келесі міндетті сатыларды қосады:

— жәбірленушінің денесіндегі зақымдардың барлығын табу;

— жарақат алған заттан пайда болған жарақаттарды айқындау;

— табылған зақымдардың әрқайсысының пайда болу механизімін анықтау;

— жарақаттың зардабын анықтау;

— зақымдарды табу;

— көрсетілген зақымдардың зардабын және автомобильдің басу деңгейі бойынша тұжырымдау;

— автомобильдік жарақаттың мүмкін түрлерін тұжырымдау;

— нақты бір автомобильмен алған жарақат тұжырымы;

— сот-медициналық сараптаманың көмегінсіз анықталған жарақаттарды тұжырымдау.

Соңғы сұрақ оқиға болған жерде және нақты бір автомобильді қараумен жүргізілетін тергеу эксперименті барысында шешіледі.

Келтірілген зақымдарды бағалау методикасын сот-медицина сараптамасы және көлік жарақаттарының басқа түрлерінде қолданады.

Сот-медицина сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар

1. Тірі кезіндегі алынған жарақаттар және оның уақыты.
2. Жарақаттаушы заттардың қасиеттері:
 - 2.1. жарақаттаушы заттардың түрі;
 - 2.2. жарақаттаушы беті:
 - 2.2.1. көлемі,
 - 2.2.2. пішіні,
 - 2.2.3. бедері,
 - 2.2.4. салу, (наложения)
 - 2.2.5. жол бетіне қатысты биіктігі;
 - 2.3. автомобиль және оның бөлшектерінің келтіретін зақымдарының мүмкіндігі;
 - 2.4. көлік құралының белгіленген типі және маркасының келтіретін зақымдарының мүмкіндігі;
 - 2.5. нақты автомобильмен келтірілуі мүмкін зақымдар;
3. Зақымдардың пайда болу механизмі:
 - 3.1. күштің түскен жері,
 - 3.2. жарақаттың әсер ету бағыты,
 - 3.3. жарақаттың әсер ету түрі (соққы, жаншу, созылу, үйкелу),
 - 3.4. жарақаттың әсер ету күші,
 - 3.5. зақымдалудың бір уақытта пайда болу мүмкіндігі,
 - 3.6. зақымдалудың пайда болуының кезектілігі,
 - 3.7. автомобиль жарақатының белгіленген шарттарындағы барлық зақымдардың пайда болу мүмкіндігі.

6. Мотоцикл жарақаты. Трактор жарақаты

Мұны көбінесе — жаяу жүргіншілер, жүргізушілер және жолаушылар алады. Бұл жарақаттар 2-ге бөлінеді:

Спецификалық (мотоцикл бөлшектерінің әрекетінен) және спецификалық емес (құлау, соққы, шайқалу пайда болады).

Мотоцикл мен жаяу жүргіншінің соқтығысу әсерінен — негізінен іш, жамбас, аяқ-қол, ал, құлауда — бас жарақаты пайда болады. Бұл көбінесе өлімге алып келеді.

Мотоцикл жүргізушісі және оның жолаушысының жаяу жүргіншімен соқтығысу әсерінен — дененің өне бойының жарақаттары, баста және аяқтарда табанның ішкі беткей жағы және жамбастың кей жерлерінде жолақ тәрізді көгерулер болады, жолға құлау және соққы әсерінен — бас сүйектің қысылуы және майда сынықтар, бас миының және кеуде жасушасының зақымдары болады.

Зақымданудың ауырлығы және көптігі құлау кезіндегі мотоциклдің жылдамдығына, мотоцикл жүргізушісінің салмағына және жер бетінің ерекшелігіне байланысты.

Трактор жарақаты. Бұл жарақаттар түрі сирек кездеседі, бірақ өзінің ерекшеліктері бар. Трактор жарақатының шынжыр табанды түрі: трактор бөлімі адаммен соқтығысқан жағдайда терең жарақатты зақымдарға келтіреді. Шынжыр табанды трактор денені басу салдарынан, көптеген ауыр зақымдар келтіреді. Зақымдар түріне жолақ тәрізді көгерулер, қанталаулар және олар эпидермистің қозғалған параллельді және перпендикуляр жерінде орналасады. Мұндай соққылардан көптеген жарақаттар, сынықтар және ішкі ағзалардың жыртылулары, киімде темірдің және техникалық іздер қалады.

Денені трактормен қозғалмайтын затқа мыжу салдарынан — көптеген қабырға сынықтары, жыртылулар, езілу және ішкі ағзалардың жылжуы мүмкін.

Жылдамдығы аз келе жатқан трактордан құлау мезетінде жарақаттар түрі жылдамдығына сай болады.

Трактордың денені лақтыруы немесе мыжуы салдарынан — кеуде мен ішті жаншудан механикалық тұншығу салдарынан өлімге алып келеді.

Дөнгелекті трактордың денеге келтірген зақымдар түрі автомобиль жарақатына ұқсас болып келеді.

7. Темір жол, авиация жарақаты

Олардың мынадай қалыптасу механизімі мен қасиеттері тән:
Жүріп келе жатқан темір жол көлігінің соғуы. Мұнда:

— дененің ауыр жарақаттары, кеуде және ішкі ағзалардың жарақаттары, бас сүйектерінің көптеген сынықтары, қабырға, жауырын, омыртқа жарақаттары;

— денеге соққы тигеннен кейінгі жер бетіне лақтырылуы да көптеген қосымша жарақаттар алып келеді;

— теріде және киімде жол балластының қабаты және техникалық майлардың пайда болуы.

Темір жол көлігінің дөңгелегімен басып кету.

Темір жол көлігі әдетте дененің бір бөлігін басып өтеді. Негізінен алғанда, адам денесіне дөңгелектердің қайшы сияқты қиып кетуімен ұласатын қатты жаншу мен ұлпаларды мылжалау арқылы жарақат салынады, соның салдарынан дененің кейбір бөліктері бөлшектеліп қалады. Жарақат салынғаннан кейінгі алғашқы сағаттарда қысым мен шөгү тілкемі жұмсақ, сұрғылтым болып, әрең байқалады, бірақ құрғау нәтижесінде бір тәуліктің аяғына қарай қатайып, қою қоңыр түр алады. Осы маңайдағы жұмсақ ұлпалар, сүйектер мен ішкі мүшелер жаншылып, бүлінеді. Тілінген жердің бас жағынан «Т» әріпі сияқты жарақатты байқауға болады, ал оның аяқ жағы кейде жіңішкеріп, тік бұрышқа айналады. Бұл ерекшеліктер басып кеткен көліктің бағытын анықтауға мүмкіндік береді.

Бірден бірнеше дөңгелектің басып өтуі адам денесінің бөлшектеліп қалуына апарып соғады, ал оның толық немесе жарым-жартылай бөлшектеліп қалуы мүмкін.

Темір жол көлігі басып кеткен жағдайда адам денесінің жол бойымен сүйретілуі жиі кездеседі. Осы сүйретілу кезінде шпалдарға соғылып, жер бетіне сырылу салдарынан дененің көп жері сыдырылып, жырылады және көптеген жарақаттар түседі. Оларға да, теріге де көп мөлшерде жол бойының жағармайлары мен шаңтозандары сіңіп қалады. Сонымен бірге дене көп сүйретілген жағдайда үстіндегі киімнің ішінара немесе мүлде жыртылып қалуы мүмкін.

Жүріп келе жатқан темір жол көлігінен құлау — вагондардың төбесінде жүріп келе жатқанда, вагондардың аралығынан өткенде, көлік жүріп келе жатқанда секіргенде жиі кездеседі. Бұл жағдайларда адам биіктіктен құлаған кездегі сияқты жаракат алады. Мұндай жаракаттардың ерекшеліктері мен қаншалықты ауыр болуы пойыздың шапшаңдығы мен жерге адамның қалай құлауына байланысты.

Вагондардың қысып қалуы — темір жол жаракатының сирек кездесетін түрі. Бұл орайда адамның денесі вагон мен платформа арасында, вагон буферлері арасында т.б. заттарға қысып-жаншылуы мүмкін. Мұндай жағдайларда ағзаның қатты қысылып-жаншылғандығы сияқты жаракат алынады. Кейде мұндай жағдайға ұшыраған адамның денесінде, әсіресе, кеудесі мен арқасының терісінде қысқан нәрсенің таңбасы қалады.

Темір жол апаттары болған кезде вагондардың ішінде отырып жаракат алу — мұндай жаракаттар көбінесе жолаушылардың доғал заттарға, орындықтардың арқалығына соғылудан, жоғарғы орындардан құлаудан, сондай-ақ, вагондардың бұзылған бөліктерінің денені жаныштауынан және т.б. алынады. Кейде терезе әйнектерінің сынықтары адам денесін кесіп кетуі де мүмкін.

Темір жол жаракаттарының барлығы екі топқа бөлінеді:

— типтік — темір жол доңғалағының денені басып кетуінен кейін пайда болатын (бастың бөлінуі, дененің бөлінуі);

— типтік емес — доңғалақпен байланысты емес (денені сүйреу, дененің вагондар арасында жаншылуы).

Авиация жаракаты

Авиацияда алынатын жаракаттарды мән-жайларына және соларға байланысты зақымдаушы факторларға қарай негізінен мынандай үш топқа бөлуге болады:

1. Ұшып бара жатқан ұшақ ішінде жаракат алу;
2. Ұшақ құлап, жерге соғылған кезде оның ішінде жаракат алу;
3. Жер бетінде ұшақ бөлшектерінен жаракат алу.

Ұшып бара жатқан ұшақ ішінде жаракат алу — ұшып бара жатқан кезде адам жаракатты ұшақ ішінде жарылыс, өрт, кабина мен салоннан ауа шығып кететін авария болуы, ұшақтың басқа ұшақпен, басқа да ұшатын нәрселермен соқтығысуы сал-

дарынан алуы мүмкін. Әдетте, мұндай оқиғалар ұшақтың жерге құлап түсуімен тынады. Ұшып бара жатқан кезде адам ұшақтан секіріп түсетін заттармен авария кезінде секіріп кеткен жағдайда да жарақат алуы ықтимал.

Ұшақ құлап, жерге соғылған кезде оның ішінде жарқат алу — доғал заттарға соғылуы. Қатты соққы алу әсерінен денесінің сүйектерінің шағылуы, күрделі жарақаттарға алып келеді және жұмсақ ұлпалардың езілуі және ішкі мүшелердің сыртқа шығуы және сынған ұшақтың бөліктері жараланған дененің кейбір бөліктеріне кірген жарақаттар жатады.

Сондықтан, сот-медицина сарапшысы ұшқыш отыратын орынның және жолаушылар отыратын орынның құрылысын білуі қажет. Ол ұшқыштың, жолаушылардың қандай дәрежеде жарақат алтынын білуі керек.

Ұшақтың жарылуы. Жарылған толқын серпіні жолаушылар мен экипаж мүшелерін, ұшақты қиратады. Кейбір жағдайда 500 м. радиус шеңберінде шашылған күйінде табуға болады. Улы азықтардың жануы адамдардың өлу себебіне алып келуі мүмкін. Карбоксигемоглобин әсерінен қан және ұлпалардың өлуі тірі кезінде уланғанын көрсетеді, дененің ашық бөлімінің және тыныс жолдарының жоғарғы сілемейлі қабығының күйі, жұтқыншақ, өңеш, кеңірдектің зақымдануы пайда болады.

Әуежайдағы жарақат — ұшақтың жерге құлауы әсерінен сыртының бұзылуы, сонымен бірге ұшақ бөліктерінен және тік ұшақтан болады.

Авиация оқиғаларының ерекшеліктері болып, іс авиация техника сының және авиация медицинасының мамандарымен және сот-медицина сарапшылары, комиссиясы тарапынан тергеледі.

Қорытынды

Көлік оқиғасын дұрыс тергеу үшін уақытысында және жоғарғы деңгейде оқиға болған жерді қарап, сот-медицина сарапшыларымен, сарапшы-криминалистермен, инженер-мамандардың қатысуымен жүргізілуі қажет.

4. ЖЕДЕЛ ОТТЕГІ ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНЕН БОЛАТЫН ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ БҰЗЫЛУЫ ЖӘНЕ ӨЛІМ. МЕХАНИКАЛЫҚ АСФИКСИЯ

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Механикалық асфиксия кезіндегі патологиялық өзгерістер*
- 2. Асылу. Тұзақпен буындру*
- 3. Суға батып кету. Компрессиялық асфиксия*
- 4. Сот-медицина сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар*
Қорытынды

Кіріспе

Адам ағзасында әрқашан тотығу-тотықсыздану үрдістері жүріп отыратыны белгілі. Сонымен қатар жасушалар мен ұлпалар адам өміріне қажетті заттар мен оттегісі бар артериалды қанмен жуылып отырады. Егер қажетті заттар (ақуыз, майлар, көмірсулар т.б) асқазандағы қалдық заттар мен көмір қышқылдарының шығарылуы көк тамырдағы қан арқылы, заттар мен газ алмасу үрдісі нәтижесінде жүзеге асады.

Адам ағзасында тотығу-тотықсыздану үрдістерінің бұзылуы әртүрлі себептерге байланысты, яғни оның ішінде зорлау арқылы адам денсаулығының нашарлауына және өлімге дейін алып келеді.

Мұндай бұзылыстардың негізгі себептерінің ішінде мыналарды атап өту керек:

— өкпеге ауаның енуі үшін механикалық кедергінің болуы (механикалық асфиксия);

— қан жоғалтуға және қан аздыққа әкеліп соғатын жарақат пен аурулардың нәтижесінде қан айнарудың нашарлауы.

1. Механикалық асфиксия кезіндегі ағзадағы патологиялық өзгерістер

Механикалық асфиксия — орталық жүйке жүйесі қызметі мен қан айналымының жедел бұзылуымен көрінетін тыныс алуға

кедергі келтіретін физикалық әсерлердің нәтижесінде дамитын оттегінің жедел жетіспеушілігі.

Оның клиникалық белгісі жедел есінен тану, тырыспа, өздігінен несепті жіберіп қою, жүрек қызметінің тоқтауы және т.б. түрінде дамиды.

Ми қыртысында болып жатқан өзгерістер және басқа да қабынуларда (өкпе қабынуы), асфиксия жағдайында 5-7 минут жатқан адамды жансақтау арқылы тірілтіп алу әрекеті, әдетте, нәтижесіз болады.

Механикалық асфиксия диагнозы сот-медициналық зерттеу кезінде өлікті сырттай қарау, өлікті ашып қарау нәтижесі және қосымша зерттеулер негізінде қойылады.

Сырттай қарауға өлікте қан айналымының жедел бұзылуы және өлімнің тез болуының байқалуы тән. Сонымен қатар көгерген және ісінген бет, көздің ақ қабығында, дәнекерде, ерінде, бет терісінде, кеуденің жоғарғы бөлігінде нүктелік қан құйылулар көрінеді. Өлгеннен кейін дененің температурасы қысқа уақытқа 1-2 градусқа көтерілуі байқалады, сосын бұлшық еттер ақырындап ісіне бастайды.

Мәйітті ашып қарағанда ішкі мүшелер тоқтап қалған қанға толы, өкпе қабықшасының астында нүктелік қан құйылған, қара және сұйық қан көрінеді.

Қосымша зерттеулер сот-медициналық зертханада жүреді. Онда арнайы гистологиялық, гистохимиялық және басқа әдістердің көмегімен механикалық асфиксияның диагнозы мен себеп-салдары нақтыланады, сонымен қатар, ішкі мүшелер мен ұлпаларда зорлық немесе табиғи өлім жағдайында орын алатын өзгерістер нақтыланады.

Сот-медицина дәрігерлері қылқындырудың тәсіліне байланысты механикалық асфиксияның келесідей түрлерін бөліп көрсетеді.

Странгуляциялық асфиксия — көбінесе асылу, тұзақпен бұндыру, қолмен қылқындыру кезінде мойын тұсын тұзақпен бұрағанда жиі кездеседі.

Обтурациялық асфиксия — әр түрлі тығыз заттармен, тағамдар мен тыныс алу жолдарының (мұрын және ауыз) жабылуы кезінде пайда болады.

Аспирациялық асфиксия — тыныс алу жолдарының сұйықтықтармен (су, бензин т.б), ұнтақ заттармен (цемент, құм т.б) жабылуы кезінде орын алады.

Компрессиялық асфиксия — кеуде торының және іштің ауқымды шашалатын заттармен немесе салмақты заттармен басылуы кезінде пайда болады.

Бұндай жіктелулерді жан-жақты қарастыру керек.

2. Асылу. Тұзақпен буындыру

Асылу — өзін-өзі өлтірудің ең жиі кездесетін бірден-бір түрі болып табылады (3/1 жан күйзелісіне ұшырағандар және 2/1 мас күйінде болғандар). Қазіргі уақытта асылу (сот-тергеу тәжірибесінде) өлтірудің тәсілі ретінде (қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде, ерегісте, құмар ойындарда) кездеседі. Бақытсыз жағдайлар өте сирек (балалар «соғыс» ойынын ойнағанда), бірақ, есікке ілінгенде, көйлекпен ағашқа ілінгенде және т.б. кездеседі.

Асылу кезінде тұзақ арқылы қылқыну зардап шегушінің салмағымен күш түсуі арқылы жүзеге асады. Өлім мойын аумағына 4 кг және одан да көп салмақ түскенде миға оттегінің бармауынан орын алады.

Тұзақтың тартылуы дененің толық асылуынан, тізерлеп отыруынан, жату кезінде орын алуы мүмкін. Мойын аумағында жүйке тамырларының басылып қалуы тез естен тануға алып келеді. Сондықтан, өзін-өзі өлтіруде жіптен өз бетімен босатылу мүмкін емес.

Тұзақтар материалына байланысты — жұмсақ (шарф, орамал т.б), жартылай қатты (жіп, белдік т.б), қатты (сым, шынжыр т.б) болып бөлінеді.

Тұзақтың мойынға айналдырған санына байланысты бірлік, екілік және көптік болып бөлінеді.

Тұзақта: бос бөлігін, түйінін және сақинасын ажыратады.

Тұзақтар қозғаусыз және қозғаулы; жабық және ашық болуы мүмкін.

Сот-медицина тәжірибесінде түйінді зерттеуге көп көңіл бөлінеді, осыдан оны байлаған адамның кәсібін анықтау жиі кездеседі.

- Түйін орналасуына байланысты келесідей орын алуы мүмкін:
 - типтік (шүйде тұсында) — жиі кездеседі;
 - бүйіріне (қырына) — сирек;
 - атиптік (иектің астында).

Сот медицинасында асылудың диагностикасы мойындағы тұзақтың қысымы түскен ізді, странгуляциялық сайды зерттеу негізінде анықталады. Сондықтан, оқиға болған жерде жіпті мұқият қарайды. Странгуляциялық сайдың көрініс табуы жіп матасының тығыздығы мен қалыңдығына, қайтыс болған жабірленушінің салмағына, тартылу күшіне, жіптің тері арқылы сырғанау мүмкіндігіне байланысты. Сай түйінге қарама-қарсы жерде анық көрінеді.

Странгуляциялық сайдың түсі кепкеннен кейін жұқа және қалың мата кезінде — қоңыр, сонымен қатар оның тығызыдығы пергаментті.

Странгуляциялық сайдың бағыты мен ошағы асылған дене мен оның салмағы жағдайына байланысты. Асылып тұрған кезде странгуляциялық сай мойынның үстіңгі жағында орналасады және түйінге қарай бағытталған қиғаштық байқалады. Жатқан жағдайда странгуляциялық сай мойынның төмен жағында орналасады.

Заңгерлер сот-медициналық зерттеулер жүргізу үшін тұзақты өлікпен бірге мәйітханаға міндетті түрде жеткізу керектігін ұмытпағаны жөн. Сот-медицина дәрігері оқиға болған жерде өлікті қарау кезінде-ақ өлік дақтарының ошақтарын талдауы қажет. Егер, дене өлік болғанға дейін басқаша жатса, ал, сосын асылып тұрса, онда дене табылған уақытта өлік дақтарының орналасу сәйкессіздігін ажыратуға болады.

Странгуляциялық сайды сипаттау кезінде, өліктің мойнында мыналарды ескеру керек.

Визуалды бақылау кезінде — орналасуы (горизонталды, жоғарылау, төмендеу) және түйіннің орналасуы (типтік, бүйірлік); түсі, сайдың көлемі және тереңдігі; бедер тереңдігінің ерекшелігі; жіптің ізіне қарай қан құйылулар және басқа да зақымданулар болады; қоршап тұрған ұлпалардың жай-күйі;

микроскоппен қарағанда — жіп матасының бөліндісі табылады;

ішін ашып қарағанда — мойын бұлшықеттерінің қатайған жерінде қан құйылулардың болуын анықтауға болады.

Сот дәрігеріне дәл диагноз қою үшін болған оқиғаны жан-жақты білу керек. Өйткені, асылу кезінде тұзақтың бірден тартылуы (орындықтан немесе столдан сырғанап кету) ұйқы артериясының қиылуына ішкі қабықтың және тіл асты сүйек денесінің және қалқанша шеміршегінің сынуы, ал, жанталасу кезінде өлікте қатты заттарға соқтығысуынан әр түрлі жарақаттар туындауы мүмкін.

Өлікті сыртқы қалпында қарау — мұнда беттің ісінуі, көгеруі; тіл ұшының тіс арасында жабысуы; көздің ақ қабығына аздаған қан құйылулар болады;

Өлікті ашу және зерттеу — бұл оқиға болғанға дейінгі немесе қоршаған заттармен соқтығысу кезінде тырысу уақытысындағы болған зақымдарды анықтау (мұнда асылуға дейінгі де және өлімге алып келген зақымдардың болуын ескеру керек).

Қосымша зерттеу — ол:

— странгуляциялық сайды суретке түсіру және түйіндеп, бөлшектеп суретке түсірудің кейінгі талдауы;

— гистологиялық әдіс, ол кезде микроскопқа странгуляциялық сайдан басқа, оған жабысқан лимфа түйінді және тірі адамның тері асты майлы жасушасын жеңілдеткенде ғана көрінетін, майлы эмболияны анықтау үшін өкпе жасушасын да қойып қарайды.

— сот-химиялық әдіс құрамындағы есірткі, дәрі, алкогольді анықтау үшін ішкі ағзаларды, қанды, зәрді зертханалық әдіспен зерттеуге жіберу;

— бактериологиялық әдіс тек тірі адамда болуы мүмкін, жыныс мүшелерінен мерезге, гонорейға және де басқа да ауруларға сығынды алынады.

— цитологиялық әдіс, бұл шәуетті анықтау үшін тік ішектен және жатыр қуысынан сығынды алынады.

Тұзақпен буындыру — басқа адамның көмегімен жіпті қатты тартқанда, айналдырғанда, байлағанда болады.

Тұзақпен буындырған кездегі странгуляциялық сайдың асылудан айырмашылығы — оның мойынның төменгі не орта жағына қарай орналасуында, көлденең немесе қиғаш, жіп пен мойын терісінің арасында киімнің бөлігі қалған жағдайдан басқа кезде барлық жағы бірдей тереңдікте болады.

Өзін-өзі өлтірді деп жасанды түрде жасаған кезде (тұзақпен буындырып өлтіріп, өлікті соңынан асып кету) бір-біріне бұрыштары сәйкес келмейтін екі странгуляциялық сай немесе төменгі бөлігі — мойынның орта не астыңғы жағында зорлап буындырған және жоғарғы бөлігі — өлім кезінде асқан іздер пайда болады.

Тұзақпен буындырғандағы өлімнің себептері:

— мидағы қан айналымының бұзылуына әкеліп соғатын, мойынның алдыңғы бүйір бөлігіндегі жүйке тамырының қысылуынан;

— жіпті бірден қатты тартқанда естен тану пайда болады.

Өлікті сот-медициналық тексеру кезінде ашып қарағанда, асылу кезіндегідей тексерулер жүргізеді. Бірақ, кейде ес-түссіз жатқан кезде буындырғанда жоқ болатын, аздаған жарақаттар болуы мүмкін.

Буындырудың ең көп тараған түрі — қолмен буындыру. Бұл кезде мойынның ұйқы қан тамыры, шұңқырлық көк тамыры және кезбе жүйкесі механикалық жолмен қысылады. Қолмен буындырудың ерекшелігі — құрбан үшін ауыр жарақатты әсер етумен қатар, мойынның алдыңғы бүйір терісінде көптеген жарақаттар, саусақпен қысылған жерлерде қан құюлулар және тіл асты сүйегі мен қалқанша сынығымен көрініс табады. Бір қолмен қысқанда (көбінесе оң қолмен) мойынның бір жағында көптеген сызаттар қалады және көптеген қанталау көрінеді (әдетте, сол қолмен).

Сол сияқты жұмсақ заттармен (киімдер, қолғаптар т.б.) қылқындырғанда мойын терісінде зақымданулар аз немесе жоқ болуы мүмкін екенін заңгерлер ұмытпау қажет. Бұл жағдайда есін тез жоғалтуға және жоғарғы бөлік бұлшық етінің босаңсуына байланысты өзін-өзі өлтіру мүмкін емес, өлім жүректің рефлекторлы тоқтауынан болуы мүмкін екенін естен шығармау керек.

Қолмен қылқындыру кезінде күрес іздері немесе өзін-өзі қорғау іздері (артынан кездейсоқтан келіп шабуыл жасау және көмексіз, ес-түссіз жатқан жағдайлардан басқа) қалуы мүмкін. Бірақ, сонымен бірге басқа да тұншықтыру түрлері болуы мүмкін (тыныс алу тесіктері жабу, кеуде жасушасын қысу және ішін тіземен басу).

Ауызды және мұрынды жабу. Тұншықтырудың бұл түрінде өлім миға оттегі жетіспеуінен 5-7 минутта туындайды.

Мұрын мен ауызды жапқанда және қарсылық көрсеткен жағдайда тұншықтырып өлтіргенде сот дәрігері мынадай белгілерге тән ерекшеліктері қатарын білуі қажет:

— бетте сызаттар, қанталау, әсіресе, мұрын, ерін, шырышты ерін және қызыл иектің аясында болады;

— мұрын мен ауызды жұмсақ затпен жапқанда (жастық, киім) және көмексіз жағдайда жатқанда зақымдану болмауы мүмкін;

— тыныс алу жолдарын зерттегенде (жұмсақ затпен тұншықтырғанда) тамақта, өңеште және үлкен бронхтарда терінің, матаның түктерін табуға болады.

Оқыс жағдайда (емізүлі балалар, алкоголь заттарын көп ішу, т.б.) ауыз бен мұрын ықтиярсыз жастықпен, денемен, емшекпен, салмақпен жабылудан да тұншығуы мүмкін.

Тыныс алу жолдарының бөгде затпен бітелуі. Бұл түрде мұрын мен ауыз бос болуы мүмкін, бірақ өңеш пен ірі бронхтардың саңылаулары жылау, күлу, жөтел, тағам қабылдауда майда заттармен және ауа жұтқанда ойыншықтар мен протездердің майда бөлшектерімен, түймелермен, тиындармен бітелуі мүмкін.

Бұл жағдайда өлім ауа жетіспеуінен немесе дауыс саңылауларының рефлекторлы түйілуінен (тыныс алу жолдарында бөгде заттың болуы мүмкін жағдайларда) туындайды және күтпеген, әрі жылдам орын алады.

Асфиксия — мас адамда және операция жағдайында наркозда жатқан адамда жиі кездеседі.

3. Суға батып кету. Компрессиялық асфиксия

Бұл жағдайдағы өлім дененің судың кіруімен толып кетуі салдарынан және тыныс алу жолдарының жабылуынан пайда болады. Ол су қоймаларында немесе басқа да сұйықтықтар жиналған жерлерде болады (бензин, сүт, сыра, т.б.). Суға бату күтпеген жағдайда, өлтіру және өзін-өзі өлтіру мақсатында болуы мүмкін.

Судан шығарылған мәйітке сот-медициналық сараптама жасағанда, әрдайым сот-медицина сарапшысының алдында — өлім себебін анықтау деген негізгі сұрақ тұрады.

Суға батып кетуден қайтыс болғанда сыртқы қарау төмендегілерді пайымдауға мүмкіндік береді:

— ауыз, мұрын саңылауында, тыныс алу кеңістігінде майда көпіршіктенген ақ түсті көбіктің болуы;

— терінің бозаруы, «күс еттілік» және сұр-көк және қызғылт түс беретін өлім іздерінің болуы, бұл өліктің суда болғанын білдіреді;

— судан алынған өліктің тез шіру белгілері (сондықтан, оған жедел түрде сот-медициналық зерттеу қажет).

Мұндай өлікті ашып зерттегенде төмендегілерді анықтайды:

— өкпенің эмфиземасы, яғни оның жедел үрленуі;

— ашық қызғылт түстес сіріқауыз астына қан құйылуы (Расказов — Лукомский — Пальтауф дақтары);

— тыныс алу жолдарының тереңгі бөлігінде құмның және басқа да заттардың болуы;

— асқазан мен ішекте, т.б. жерлерде судың болуы;

— ішкі ағзаларда (сумен бірге түсетін ұсақ заттар) планктондардың болуы.

Суға батқан мәйітті зертханалық әдіспен тексеру, адамның суға батқандығын үнемі нақты, жеткілікті анықтау мүмкін еместігін заңгерлер білуі керек. Суға батып өлгенде тыныс алу жолдарының бітелуінің басқа да себептерінің бірі судың адам денесіне кенеттен түсуі болуы мүмкін. Ол кезде өлім тыныс пен жүректің рефлекторлы тоқтауынан болуы мүмкін.

Өлікті сот-медициналық зерттеу үшін ашқанда тексереді:

— омыртқаның мойын бөлігінің жаракаты (омыртқаның сынуы және жұлын сұйықтығының зақымдалуы) олар көбінесе суға секіргенде болады;

— өлімнің себебі (мұнда сарапшы-дәрігер өлік су көліктерімен бе, әлде ағыспен тасқа соғылды ма, суда тіршілік ететін жәндіктердеп, ағаштан, немесе судан шығарған кезде жаракаттанған ба соны анықтайды);

— өлтіру (өлікке ауыр жүк байлап өзі өлгендей түрге келтіреді);

— өзін-өзі өлтіру (ауыр жүк өліктің қолы жететін жерде тұрады, қарсылық көрсетпеуі, сондай-ақ, су шұңқырына құлаған кезде тұындауы мүмкін — сыну, шайқалу, жаралану сынды зақымдардың болмауы).

Сот-медицина сарапшысы үшін суда ұзақ уақыт жатқан өлікті тексеру қиындық келтіреді. Бұндай жағдайға тән өзгерістер:

— терінің мацерациясы (терінің ісініп, жұмсаруы), ол судың температурасына және де өліктің суда жатқан уақытына байланысты;

— өліктің шіруі (суда ол ауадағыдан екі есе жай жүреді);

— өліктің суда салмағының өсуі.

Кеуде мен ішті басып қалу

Бұл кезде компрессиялық асфиксия болады, ол кеуде торының тыныс алу қозғалысын азайтып, оттегі жетіспеушілікке және тұншығудан өлуге әкеледі. Кеудені қысып қалу көптеген жағдайларда, жол апаттарында, сондай-ақ, кеудені 50 кг зат басып қалса бірнеше сағаттан соң тыныс алудың тоқтауына әкелуі мүмкін, ал, салмағы ауыр заттан тыныс алу қозғалысының жылдам шектелуінен бірнеше минут ішінде өліп кетуі мүмкін.

Бұндай өлікті сырттай қараған кезде:

— бетінің ісінгенін, көгергенін;

— көзде, бетте, мойында нүктелік дақтарды анықтайды.

Өліктің ішін тексергенде: ісіну салдарынан өкпенің ақшыл-қызыл түсін (тұншығудың басқа түрімен салыстырғанда); ауыр жағдайларда — қабырғаның сынуы, өкпе ұлпалары мен ішкі ағзалардың зақымдануын анықтайды.

4. Сот-медицина сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар

Алғашқы кезде міндетті түрде: механикалық асфиксияның түрі, жарақаттың тірі және өлім кезіндегі туындауы сынды екі сұрақ шешіледі. Қалған сұрақтар механикалық асфиксияның түріне байланысты шешіледі.

Тұзақпен асылу және буындыру

1. Тұзақтың қасиеті:

1.1. зақымдаушы заттың түрі;

1.2. айналдырып бұрау саны;

1.3. тұзақтың құрылуы (сырғанайтын, жылжымайтын);

1.4. жабық, ашық түйіншектің бар-жоғы;

1.5. тұзақтың материалы (жұмсақ, жартылай жұмсақ, қатты);

1.6. қалыңдығы;

1.7. бедері;

1.8. нақты тұзақтың әсерінен болатын странгуляциялық сайдың түзілуі.

2. Зақымданудың пайда болу механизмі:

2.1. жарақаттаушы күштің салынған жері;

2.2. тұзаққа байланысты жылжуы және оның қысылуы;

2.3. күші, қысымның біркелкі және біркелкі еместігі;

2.4. жағдайға байланысты асылу мүмкіншілігі

2.5. жағдайға байланысты қылқыну мүмкіншілігі

Мойынды қолмен жаншылау

1. Мойынды зақымдаушы дене бөлігі (саусақтар, алақан, иық-иықалды, жамбас-тізе).

2. Зақымданудың пайда болу механизмі:

2.1. күштің әсер ету жері;

2.2. мойынға байланысты дене бөлігінің орналасуы;

2.3 осы айтыландарға байланысты дене бөлігінің тұншығуы.

Кеуде жасушасы мен іштің жаншылуы

Жарақаттаушы заттың қасиеті:

1.1. зақымдаушы заттың түрі;

1.2. беткей зақымдаудың сипаттамасы:

1.2.1. өлшемі,

1.2.2. көлемі,

1.2.3. бедері,

1.2.4. жабысуы,

1.3. салмағы;

1.4. матасы;

1.5. осыған байланысты заттармен зақым келтіру түрі;

1.6. нақты данасы.

2. Зақымданудың пайда болу механизмі:

2.1. күштің әсер ету жері;

2.2. жарақаттаушы әсердің бағытталуы;

2.3. зақымдану түрі (жаншылу);

2.4. жаншу күші;

2.5. нақты жағдайға байланысты жарақаттың пайда болу мүмкіндігі.

Тыныс алу жолдары мен тыныс алу тесіктерінің жабылуы

1. Зақымдану қасиеті:

1.1. бөгде заттың қасиеті мен құрамы;

1.2. тығыздығы;

1.3. саны (қатты затқа);

1.4. көлемі (жартылай қою және қою сұйықтық).

2. Әсер ету механизмі:

2.1. тыныс алу тесіктерінің жабылуы;

2.2. тыныс алу жолдарының жабылуы;

2.3. жазылғандарға байланысты өлім себебі.

Суға бату

1. Суға батып өлгенге дәлелдеме.

2. Суға бату болжамы.

3. Нақты су қоймасында бату мүмкіндігі

Жабық жердегі өлім

1. Нақты жабық кеңістік жердегі өлім мүмкіншілігі.

Қорытынды

Асылудағы, қылқынудағы, ауыз және мұрын қуыстарының әр түрлі заттармен механикалық жабылуындағы, тұншыққандағы көкірек және іште пайда болатын патологиялық бұзылыстар жан-жақты каралды. Бұл бұзылыстар көбінесе ішкі ағзаларға әсер етіп, өлімге алып келеді. Бұның себептерін жақсы білу заңгерге орын алған қылмыстық істердін шынайылығын анықтауға және бұл іске қатысты әр бір қатысушының айыпталу дәрежесін белгілеуге мүмкіндік береді.

5. ӨЛІМ ЖӘНЕ ӨЛІК ҚҰБЫЛЫСТАРЫ ЖӨНІНДЕГІ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ ІЛІМ (сот-медициналық танатология)

Дәріс жоспары

Кіріспе

1. Өлім және терминалды жағдайлар туралы ілім
 2. Өлімнен кейін туындаған өліктегі өзгерістер және олардың сот-медициналық маңызы
 3. Өлімнің уақытын анықтаудың негізгі әдістері
- Қорытынды*

Кіріспе

Сот-тергеу тәжірибесінде сот-медицина сарапшыларымен өлімнің клиникалық белгілерін бағалауда және өлікті зерттеу кезінде алынған ақпараттар, өлімнің себебін және оның қашан болғанын анықтауға болатын көптеген мысалдар келтірілген. Өлім — жүйелер мен мүшелердің қызметінің тоқтауына алып келетін, қайтымсыз және заңды өмірдің аяқталуы. Бұл кезде жеке-леген ағзалар, ұлпалар, жасушалардың өмір сүруі белгілі уақытқа дейін сақталып, олардың тоқтауы бірдей болмайды.

1. Өлім және терминалды жағдайлар туралы ілім

Танатология (грекше, *thanatos* — өлім) — өлім туралы ғылым. Қазіргі кездегі танатология терминалды жағдайды, өлімнің қозғалысының үрдісін, өлімнің туындауына әкеліп соғатын ағзадағы патологиялық қызметті және анатомиялық ығысуларды оқытады.

Танатология жалпы және жеке болып екіге бөлінеді. Жалпы танатология — өлімнің себебін анықтау үшін өлім басталуының диагностикасын және даму динамикасын, өліктегі өзгерістер және өлікті зерттеу ерекшеліктерін оқытады. Жеке танатология — осы мәселелерді әр түрлі аурулар кезінде, механикалық зақымдану және басқа жағдайларда қарастырады.

Сот-медициналық танатология — зорлықтан және кенеттен болған өлім себебін зерттейді. Сот-медицина танатологиясының негізгі міндеті бірнеше арнайы сұрақтарды шешу үшін сот-тергеу органдарына көмектесу (өлімнің себебі, ұзақтығы және т. б.). Сондықтан, сот-медициналық сараптамасы процесі кезінде патологоанатомиялық ашуға қарағанда, жалпы және жеке танатологияға көп мән беріледі. Өлікті сот-медициналық зерттеудің патологоанатомиялық зерттеуден айырмашылығы зерттеудің мақсаты мен объектісіне байланысты. Мысалы:

1) Сот-медициналық зерттеу өзінің процессуалдық жағымен ерекшеленеді. Ол тек анықтаушы, тергеуші, прокурордың немесе соттың анықтауы бойынша жазбаша қаулысы негізінде жүзеге асырылады.

2) Өлікті кесіп ашып қарау бірыңғай, дәрігерлер үшін міндетті, жолдамаға, қабылдауға, тіркеуге, зерттеуге, өлікті сақтау мен беру бойынша жүргізу тәртібі көрсетілген «Өлікті зерттеудің сот-медициналық ережесі» бойынша жүзеге асырылады.

3) Өлікті сот-медициналық зерттеу кезінде тергеу органдарының өкілдері қатысуы мүмкін.

4) Сот-медициналық зерттеу барысында «жаңа өлген өліктер», бүтін өліктер ғана емес, олардың бір бөліктері, шірудің әр түрлі сатысындағы өліктер де зерттелінеді.

5) Сот-медициналық сараптамаға дейін өлім себебі белгісіз, ал, зерттеуден кейін өлім себебін, жарақат механизмін, өлімнің ұзақтығын, оның қалай жатқанын шешу керек.

6) Сот-медициналық сарапшы өлікті сырттай қарауға көп мән береді. Бұл жарақаттың ошағын, үлкендігі ерекшелігін және жекелеген белгілерін анықтауға мүмкіндік береді.

7) Сот-медицина сарапшысы киімді, қаруды қарауды міндетті түрде жүргізіп, соттық-химиялық және физико-техникалық зерттеу әдістерінің нәтижесін ескеру қажет.

Өліктің сот-медициналық сараптамасы танатология негізіне сүйене отырып, көптеген арнайы сұрақтарды шешуі керек. Сондықтан, сот медицинасында өлім және өліктік көріністерге көп мән беріледі.

Өлім — өмірлік процестің соңғы және міндетті сатысы болып саналғандықтан, танатология өмір сүру туралы зерт-

тейтін ғылымдармен, яғни физиология, биохимия, биология, патологиялық анатомия, гистологиямен араласып жатыр. Қазіргі танатология терминалды жағдайды, яғни өмірдің соңғы сатысын, өмір мен өлім шекарасындағы жағдайды зерттейді.

Өмірден өлімге өту процесінің ұзақтығы — өлу — ұзаққа созылуы мүмкін. Өлімнің алғашқы сатысы — жанталасу алдындағы жағдайы, бұл кезде аз қозғалыс пен тыныс алудың айқын бұзылысына, бұл өз кезегінде ұлпаларға ауа жетіспеушілігі мен ацидозға әкеледі. Бұл жағдайдан кейін терминальді үзіліс болады. Оның ұзақтығы 3-4 — 5-10 минутқа дейін созылады. Содан кейін агония басталады. Бұл бірнеше минуттан жарты сағатқа дейін және одан ұзаққа созылатын, ағзаның өмір үшін соңғы күресі.

Жүрек соғысы, дем алу тоқтағаннан кейін — клиникалық өлім пайда болады. Бұл сатыда ағзаның өлуі — бір бүтін ретінде өмір сүрмейді, бірақ кейбір ұлпалар мен мүшелердің өмір сүруі сақталады, оларда қайтымсыз процестер әлі басталмайды. Адамда орташа алғанда клиникалық өлім 5-7 минуттан аспайды. Егер өлім жас, физикалық дені сау адамдарда төмен температурада, тез өлген кезде туындаса, бұл уақыт ұзарады.

Ұзақ өлім болғанда адамда компенсациялық механизмдер іске қосылады. Бұл кезде шеткі қан тамырлардың түйілуі нәтижесінде, қанның көп бөлігі жүрек пен миға барады, бұл оның ұзақ өмір сүруіне көмектеседі.

Тез өлім кезінде ағза өзінің компенсаторлық мүмкіндіктерін тауыспайды, бұл ағзаның клиникалық өлімнен кейін қайта тірілуіне көмектеседі.

Өлімнің соңғы сатысы — биологиялық өлім, бұл қайтымсыз процестермен көрінеді. Егер тыныс алу мен жүрек қызметі 5-7 минуттан көп уақытта болмаса, алдымен ми қыртысындағы, мидың басқа бөлімдеріндегі, мүшелердегі жасушалардың өлуі басталады.

Сот-медициналық ашып зерттеудің негізгі мақсаты — өлімнің себебін анықтау. Соңғысы — әр түрлі зақымданумен, аурумен және олардың асқынуымен байланысты. Зақымданудың көп болуынан немесе ауру процестерінің себебінен өлім себебіне бәсеке туындайды. Бұл жарақаттардың, әсіресе әр түрлі адамдармен келтірілген әр бірінің ауырлығын анықтауда маңызды орынды алады.

Өлімнің себептерінің бәсекесінің 3 түрін ажыратады:

1) екі немесе одан көп табиғи өлім себебі (мысалы, миокард инфаркты өкпе қабынуымен бірге);

2) екі немесе одан көп зорлану өлім себебінің жиынтығы (мысалы, ауыр жарақаттан естен тану туындайтын, бауыр жыртылуы және жамбас сүйектерінің сынуы);

3) Қосарланған зорлықсыз және зорлықпен пайда болған өлім. (мысалы, қан қысымы және жарақат әсерінен миға қан құйылу).

Өлімнің сот-медициналық жіктелінуі. Сот медицинасында өлімді екі санатқа бөлу қалыптасқан — зорлықтан болған өлім және зорлықсыз болған өлім. Зорлықтан болған өлімге — сыртқы орта әсерінен болған өлім жатады. Зорлықпен өлген адамдардың өліктері міндетті түрде сот-медициналық сараптамаға жіберіледі.

Өз кезегінде зорлықтан болған өлімді, біреудің әсерінен болған өлім (кісі өлтіру), өзін-өзі өлтіру немесе оқыс жағдайдан болған өлім деп бөледі. Одан басқа сот медицинасында өлімнің басқа да түрін ажырату қалыптасқан (мысалы, механикалық зақымданудан, жоғары немесе төменгі температура әсерінен).

Зорлықсыз өлім — ауру әсерінен болған өлім (патологиялық өлім), кәріліктен болған өлім немесе физикалық не физиологиялық жетіспеушіліктен болған өлім (физиологиялық өлім). Зорлықсыз өлім — адамды өлімге әкелген себеп арқылы анықталады. Бұл жағдайлардың көбісі, зорлықтан өлді деп күмән тудырғаннан басқалары, патологоанатомиялық тексеруге жатады (жедел өлім, жаңа туылған бала өлімі).

Осылайша, біздің тарапымыздан өлімнің негізгі санаттары мен түрлері және терминалдык жағдайы қарастырылды. Сот-тергеу тәжірибесінде өліктегі өзгерістерді және адамды зорлықпен өлтірген жағдайда өлімнің уақытын анықтау қажет.

2. Өлімнен кейін туындаған өліктегі өзгерістер және олардың сот-медициналық маңызы

Сот-медицина тәжірибесінде өлгеннен кейінгі белгілі бір уақытта пайда болатын өзгерістер нақтыланған. Өліктегі өзгерістерді қарастыру, өлімнің туындаған жағдайын анықтап

беретін бірнеше маңызды, атап айтқанда: өлімнің қай уақытта болғанын, дененің алғашқы қалпы өзгермеген бе және т.б. сұрақтар тізбесін шешіп береді. Өйткені, өлгеннен кейінгі өліктегі процесстердің дамуы арқылы адамның неден өлгені жөнінде мағлұмат алуға болады.

Өлікте, өзіндік биологиялық жағынан екі үлкен топқа бөлінетін, өлгеннен кейінгі үдеріс қатары дамиды.

1. Алғашқы өліктегі өзгерістер — мүшелер мен ұлпалардың өмір сүруін қамтамасыз ететін процесстер тоқтағанда пайда болады. Бұл өліктік өзгерістер, дақтар, тырысу, салқындау, кебу.

2. Кейінгі өліктегі өзгерістер — ол әдетте адам өлгеннен кейін 12-24 сағаттан соң дамиды. Бұл шіру, қақталу, қаңқалану, балауыз, шымтезекпен илену.

Бұл өліктік өзгерістердің дамуына көптеген факторлар әсер етеді. Олардың өліктегі өзгерістердің қозғалысына әсер етуін білу қажет, өйткені, оны білмей сот-медициналық және сәйкесінше тергеу сұрақтарына жауап беру мүмкін емес.

Өлгеннен кейінгі дамитын процесстерге әсер ететін негізгі ішкі факторлар болып: тығыздану дәрежесі, жасы, айқын созылмалы немесе жедел ауруларының болуы, ағзаның алкогольдік дәрежесі және басқалары табылады. Бұл үдеріске өлім себебі және оның қан жоғалтуы, жанталасу ағымының ұзақтығы мен айқындығы әсер етеді. Зардап шегушінің киімінің әсері де үлкен. Сыртқы жағдайлар да өлгеннен кейінгі өзгерістерге сөзсіз әсер етуші ретінде: айналадағы ауа температурасы, ылғалдылығы, қоршаған ортадағы флора немесе фауна дамуын айтуға болады. Көрсетілген сыртқы жағдайлардың сипаты мен әсер ету дәрежесі, өлгеннен кейінгі үдеріс туралы ақпараттар беруде нақты сипатталып көрсетіле отырып жазылады.

Алғашқы өліктегі өзгерістер

Өлім дақтары — бұл терідегі өзгерістер қанның ұлпаларда жиналуынан пайда болады. Олардың сыртқы көрінісі үлкен қанталауға ұқсас. Дақтың түсі күлгін-көк болады. Олар өліктегі дақтардың даму сатысына байланысты, алғашында бозғылт, соңғы сатысында айқын болады.

Өлгеннен кейінгі өліктің тері түсі — бозғылт, кейде айқын емес көкшіл түсті болады. Өлгеннен кейін денедегі ұлпалар қандағы

ауамен тыныстайды, сондықтан қантамыр жүйесіндегі барлық қандар көк тамырдағы қанға ұқсайды. Өлім дақтары қан айналым тоқтағаннан кейін, тартылу күшіне байланысты төменгі дене бөлімдеріне түсе отырып, негізінде қантамырлар ағысының көк тамыр бөлігін толтырады. Осы қан тері сыртынан көріне отырып, оларға тән түс береді.

Өлік факторына байланысты өлімнің қашан болғанын, өліктің қозғалғанын немесе басқа белгілерін анықтау үшін өлім дақтарының даму процесін білу керек. Оның даму сатысына тән белгілер: гипостаз, диффузия немесе имбибиция.

Гипостаз — бұл сатыда қан тамыры ағымын толтыра отырып, қан дененің төменгі бөлімдеріне түседі. Бұл саты жүрек тоқтағаннан кейін бірден пайда болады, ал, терідегі алғашқы өзгеріс белгілерін 30 минуттан кейін байқауға болады (егер өлім қан ағусыз болса, онда өліктегі қан сұйық болады). Көп жағдайда өлім дақтары өлім туындағаннан соң 2-4 сағаттан кейін пайда болады. Мәйіт дақтарының пайда болу сатысын анықтаудың негізгі әдісі, оның өзгерісі мен түсінің өзгеруін анықтау мақсатында қолмен басып қарау, егер дақтар жойылып кетсе немесе түсі ағарса, оның қанша уақыттан кейін қалпына келетінін анықтау қажет. Бұл сатыда өліктің жатқан қалпы өзгерсе, өлік дақтары жоғалып, олар толығымен жаңа орынға, яғни дененің төмен жатқан бөлімдеріне ауысады. Гипостаз сатысы орта есеппен алғанда 6-12 сағатқа созылады.

Диффузия — мәйіт дақтарының пайда болуының келесі сатысы, оны стаз сатысы деп атайды. Ол әдетте өлгеннен кейін 12 сағаттан соң пайда болады. Бұл сатыда созылған қан тамырлардың өткізгіштігі жоғарылайды, олар арқылы тірі ағзаға тән емес сұйықтықпен алмасу пайда болады. Лимфа мен жасушааралық сұйықтық қантамыр қабырғасы арқылы ішке өтеді де қанмен араласады, олар эритроциттің гемоллизін жоғарылатады. Қанның сұйық бөлігі қан тамыр қабырғасы арқылы өтіп, айналасындағы ұлпаларға сіңеді. Осының салдарынан қан қоюланады. Диффузия сатысы кезінде дақты қолмен басқанда олар толық жойылмайды, тек бозарады, бірнеше уақыттан кейін қайта қалпына келеді. Бұл 12-24 сағатқа созылады. Осы кезде дене қалпы өзгерсе, мәйіт дақтарының бір бөлігі ауысқан жағындағы төменгі бөлімдеріне

ауысады, қоршаған қантамырлардың ұлпаға сінуіне байланысты, ескі орнында да жекелеген дақтар қалады.

Имбибиция — мэйіт дақтарының дамуының үшінші сатысы. Бұл кезеңде лимфа, жасушааралық сұйықтық және қан терінің төмен жатқан тері асты қабатына және басқа дене ұлпаларына сінеді. Қанның ұлпаларға сінуі өлгеннен кейінгі алғашқы тәуліктің аяғында басталып, өлгеннен кейін 24 сағаттан соң аяқталады. Имбибиция сатысындағы мэйіт дақтарын басқанда бозармайды. Осылайша, егер адам өлгеннен кейін бір тәулік өтсе, онда дененің қалпын өзгерткенімен, мэйіт дақтары өз орнынан өзгермейді.

Мэйіт дақтарының өзгеру процесін сатысына байланысты бөлу салыстырмалы, себебі жоғарыда көрсетілген фазалардың нақты шекарасы жоқ. Көбіне шекаралық уақыттар кезінде, яғни бұл кезде алдыңғы немесе кейінгі фазада тиісті процестер өтіп жататын, өлгеннен кейінгі 12-24 сағат.

Жоғарыда айтылғандай, мэйіт дақтарына қарап әр түрлі мәлімет алуға болады. Атап айтқанда, мэйіт дақтарының түсінің бөлек болуы өлім себебі туралы куәландырылуы мүмкін. Егер өлім қан кетуден болса, өлік дақтары әлсіз және көкшіл көк түсті болады. Егер газбен улану болса, ашық, күлгін-қызыл (карбоксигемоглобиннің көп болуынан), циониттер әсерінен — қызыл шиіе түстес, метгемоглобин түзуші улармен уланғанда (нитраттар, азот қышқылы) — сұр-қоңыр түсті болады. Өлік суда жатса, эпидермис ісінеді, сол арқылы оттегі өтеді және гемоглобинмен қосылады да күлгін-қызыл түс береді. Терідегі өзгерістер тәрізді ішкі мүшелерде де өзгерістер болады. Бұл өзгерістерді өлікті ашып қарағанда зерттейді.

Кейде өлік дақтарымен қоса өлгеннен кейінгі қан құйылулар болады, оны дәрігерлер экхимоздар деп атайды. Олардың сырт көрінісі домалақ пішінді, теріден аздап шығып тұрады, өлшемі 5x5 мм, көбіне өлгеннен кейін 5-6 сағаттан соң пайда болады. Олар көбінесе суға батып өлген, асылып қалған, ішімдіктен уланған жас адамдарға тән болады. Оларды асфикция және тірі кезіндегі қан құйылулармен шатастырмау керек.

Тірі кезіндегі қан құйылу — тұйық з іт әсерінен пайда болады, оны өлік дақтарымен салыстырамыз. Егер қан құйылу өлік дағынан тыс болса, онда қиын емес. Олардың орналасуы өлік

дақтарымен және қан ұйыған жерді мұқият қарағанда, сәйкес келген кезде, қан құйылуды шірімеген мәйіттен ажыратуға болады. Қан құйылу барлық уақытта теріден жоғары болады және басқанда өз түсін өзгертпейді.

Өлік дақтарының орналасуын қарастыруда оның даму сатысын ғана анықтап қоймай, оның тері бетіндегі орналасуына да мән беруі керек.

Жоғарыда айтылып кеткендей, мәйіт дақтарын көзбен көріп қоймай, оны басу керек. Басуды төмен орналасқан бөлімнен, көбінесе орта сызық бойымен 2-3 см шетке қарай жауырын аралығын немесе бел омыртқа аймағын басу керек. Басу арнайы динамометрмен басылады, ал, егер ол жоқ болғанда сұқ саусақтың тырнақ фалангасының алақан бетімен басу керек.

Өлік дақтарын зерттеу және баға беру мәйітті анықтаған орында және мәйітханада жүргізіледі:

— өлік дақтары өлімнің нақты белгісі. Олардың болуы адамның летаргиялық ұйқыда және комада емес, оның өлгенін көрсетеді;

— өлік дақтары мәйіттің орналасқанын және оның өзгерісін көрсетеді;

— өлік дақтарының даму динамикасы — оның өлген уақытын анықтауға мүмкіндік береді;

— өлік дақтарының айқындылығы — өлім уақытының жылдамдығын көрсетеді;

— өлік дақтарының түсі — өлім себебі туралы ойлауға мүмкіндік береді және өлгеннен кейінгі сыртқы орта жағдайын көрсетеді.

Өліктің сіресуі — бұл кезде бұлшық ет тығызданады, қысқарады және белгілі бір қалпында қатып қалады. Бұл жағдай барлық бұлшық етті бір уақытта тырыстыруға ұқсас (бұлшық ет көрінісі тәрізді), бірақ, бұл кезде айқын бұлшық ет бедері көрінбейді.

Адам өлгеннен кейін барлық бұлшық ет босаңсиды, өзіне тән қасиетін жоғалтады, бет тыныштық қалыпқа түседі.

Басты өмірлік үдерістер тоқтағаннан кейін барлық дене бұлшық еттерінде күрделі биохимиялық процесстер басталады, ол аденазин үш фосфор қышқылының жоғары молекулалы актин және миозин құрамына айналады.

Сіресу — барлық қанқа және бірыңғай салалы бұлшық етте бірдей дамиды. Бірақ, алдымен көбінесе ұсақ бұлшық еттерде — бетте, мойында, қол, аяқ бұлшық етінде дамиды. Кейін үлкен бұлшық еттерде де көріне бастайды. Ол өлгеннен кейін 2-4 сағаттан соң айқын көріне бастайды. Мәйіттің сіресу жоғарылығы өлгеннен кейін 10-12 сағаттан соң басталады. Тағы 12 сағат шама-сында катаю бір деңгейде тұрады, кейін жойылып кетеді.

Өліктің сіресуі сот-медицина сарапшыларымен өлікті анықтаған орында және мәйітханада сыртқы зерттеу кезінде бағаланады. Бағалау келесідей: Қысып көргенде бұлшық ет тығыздығы бағаланады, буында қимылды бағалау — оның қату дәрежесін анықталады. Үш балдық бағалау бойынша бір топ бұлшық етті және келесі бір топ бұлшық етті бағалайды (әлсіз, салыстырмалы, жақсы). Өліктің сіресуінің туындауы мен шешілуі қағидасы, өлімнің даму ұзақтығын анықтаудың негізіне кіреді.

Өліктің сіресуі жасанды түрде — физикалық күш әсерінен бұлшық етті созу арқылы бұзылуы мүмкін. Мысалы: шынтак буынында қолды қозғалту кезінде бицепсті созамыз, бұл бұлшық етте сіресу бұзылады. Егер осындай әдіспен өлгеннен кейін 8-10 сағат аралығында әсер ететін болсақ, ол біртіндеп орнына келеді. Осы уақыттан кейін әсер ететін болсақ ол қайта қалпына келмейді.

Өліктің сіресуі тек қана қанқа бұлшық етінде ғана емес ішкі мүшелердің бұлшық етінде де дамиды. Осының әсерінен ішкі мүшелерде өлгеннен кейінгі процестер дамиды, зерттеу кезінде оған мән беру керек. Адам өлгеннен кейін жүрек босаңсиды, кейін бұлшық еттің сіресуі әсерінен жүрек бұлшық еті жиырылады және жиырылу әсерінен қан жүрек қуысынан шығады.

Өліктің сіресуі ішкі және сыртқы факторларға байланысты. Қоршаған ауаның жоғары температурасында сіресу тез дамиды (+20°C), сәйкесінше, төмен температурада бұл үдеріс баяу дамиды. Сіресу құрғақ ауада тез, ылғалды ауада жай дамиды. Бұлшық еті қатты адамдарда сіресу тез пайда болады және сырттай көрініп тұрады. Өліктің сіресуі жарақат, күйік, үлкен қан жоғалтуда, тырысқақ, қояншық аурулары кезінде тез дамиды. Өліктің сіресуін зерттеу кезінде осы факторларды есептеу керек. Өліктің сіресуі шешілуі кезінде жоғарыда айтылған факторлар керісінше әсер етеді. Мысалы: төмен температурада сіресу баяу

дамиды, бірақ ұзаққа созылады, жоғары температурада тез дамиды, бірақ тез шешіледі.

Әдеби кітаптарда каталептикалық бұлшық еттің сіресуі жағдайлары туралы айтылған. Бұл жағдай өлім алдында бұлшық ет тырысуы болса (мысалы, тырысқақ, үлкен қояншық ұстамадан, тырысу шақыратын улармен уланғанда, сопақша мидың оқпен жарақаттануы кезінде пайда болады). Бұл жағдайларда тірі кезіндегі бұлшық ет өлгеннен кейінгі сіресуге ауысады.

Осындай бұлшық ет сіресуі өлікке жоғары температура әсер еткенде болады (+50... +60°C жоғары). Бұлшық еттің жылу әсерінен талшықтары қысқарып, жиырылуына әкеледі. Жазу бұлшық етіне қарағанда бұғу бұлшық еті күшті, соған байланысты «боксер» сипатында тұрады.

Өліктің бұлшық етінің сіресуін зерттеу оны анықтаған жерде сырттай қарағанда және мәйітханада жүргізіледі.

Сондықтан:

- өліктің сіресуі — өлген екендігін көрсететін нақты белгі;
- өліктің сіресуінің даму қозғалысы және шешілуі өлімнің пайда болуының уақытын көрсетеді;
- өлген кездегі мәйіттің тұрысымен, сақталған өліктің сіресуіне қарап адамның неден өлгенін болжап айтуға болады.

Өліктің салқындануы. Тірі адамда дене температурасы +36-дан +37°C шегінде болады. Ішкі мүшелерде және ұлпаларда дене температурасы 0,3-0,5°C жоғары болып келеді. Адамның тұрақты температурасы термореттеуші үрдістермен реттеледі. Орталық жүйке жүйесінің басқарылуы тоқтағаннан кейін бұл үрдістер тоқтайды, дене температурасы төмендей бастайды және сыртқы орта температурасымен теңеседі. Сот-медициналық зерттеу барысында адам өлген кезде оның температурасы қалыпты жағдайда 1,2-3°C жоғарылауы, жұқпалы аурудан, уланудан, ағзаның қызуынан және тағы басқа процестерден болуы мүмкін екендігі айтылады. Кейбір зерттеушілердің айтуы бойынша, адам өлгенде температура бірден 1-3°C жоғарылайды. Тұтастай алғанда, өлгеннен кейін алғашқы сағатта жоғарғы температура шамамен 15% мәйітте байқалады.

Сөзсіз, өліктің салқындауына сыртқы, ішкі факторлар, әдетте бірінші кезекте қоршаған ортадағы ауа температурасы әсер етеді.

Ол төмен болған сайын өліктің салқындауы қарқынды түрде болады. Ал, ауа температурасы дене температурасынан жоғары болса өлік мүлдем салқындамайды. Ауаның ылғалдылығы да өліктің сууына әсер етеді, ылғалды ауада ол тез болады. Өліктің салқындауына киімі, температура, жылу өткізгіш заттар, желдетілген бөлме, тікелей күн сәулесінің түсуі де әсер етеді. Ішкі факторлардан толықтылық (тері-май қабатының дамуы) үлкендігі және өлшемі, жасы (бала немесе кәрі адамдардың мәйігі тез салқындайды). Арық адамдар, аурудан әлсіреген, көп қан жоғалтқан адамдар тез салқындайды.

Минус температурада адамның кейбір бөлімдері тез салқындайды, ұстағанда «мұз» тәрізді, бірақ ішкі мүшелерінің қызуы жоғары болады, сондықтан, кей жағдайда адам өмірін сақтап қалуға мүмкіндік туады.

Сот-медицинасы сұрақтарын шешу мақсатында өліктің салқындауын анықтау үшін дене температурасын анықтау әдістерін қолдану керек. Алдымен дене температурасын дененің ашық жерін, киім астында, кеуде аймағын, іш, қолтық және шат аймағын сипап анықтап алу керек. Салқындауды сезу саусақтарда өлгеннен кейін 2 сағаттан соң, киім ішінде 6-8 сағат сақталады, көбінесе жылу қолтық астында, шат аймағында сақталады. Бөлме температурасында өліктің толық сууы 24 сағат ішінде болады. Содан соң температураны термометрмен өлшейді. Өліктің дене температурасын өлшеуге арналған термометрдің бірнеше түрлері бар: спиртті термометр және электрлік. Спирттік термометрмен 0-ден +45°C-ге дейін дененің шат (немесе қолтықтан) және тік ішекте (рентальды температура) зерттеледі. Оны бір сағат аралықта екі рет өлшейді (көбіне үш рет). Бұл температураның төмендеу үдерісінің қозғалысын нақты анықтауға және сәйкесінше, осы мәліметтерді дұрыс пайдалануға септігін тигізеді.

Осылайша:

— тік ішекте температураның +20°C төмендеуі — өлгеннің нақты белгісі.

— температураның өзгеруі арқылы өлім уақытын анықтауға болады.

— өлімнен кейінгі алғашқы сағатта өліктегі жоғарғы температура арқылы, өлімнің уақытын болжауға болады.

Өліктің кебуі — бұл үрдіс те өлгеннен кейін пайда болады. Дененің қорғанбаған бетінде сұйықтықтың булануына байланысты ол жерлер кебеді және тығызданады, ұлпалардың айналасы қараяды. Дененің бұл жерлері болып, терінің беткі қабаты зақымданғанда, ашық шырышты қабат, шырышты қабаттың теріге айналған жері және эпидермис аясы табылады. Денеді тірі кезіндегі және өлгеннен кейінгі пайда болған жарақаттар, көз қарашығы, ерлердің жыныс мүшесінің ұмасы және басы, әйелдің жыныс мүшелерінің еріндері, тілдің ауыз қуысынан төңірегi, тіл ұшы кепсе, ал, саусақ ұштары кеш кебеді.

Кебу бірінші кезекте температура мен ауа ылғалдылығына байланысты. Бөлме температурасында кебу 2-3 сағатта, көз ашық болса, көз қабаттарында байқалады. Қарашықтың кебуі лай түстес болады. 6-12 сағаттан кейін көздің ашық бөліктері сарғыш-сұр түстес болады.

Егер желді, құрғақ ауа райында немесе бөлмеден тыс болса қарашықтың лайлануының көрінісі өлгеннен кейін бір сағаттан соң пайда болады.

Зақымдалған эпидермис орындары, еріннің қызыл иегі, кебуден кейін эпидермистің патологиялық өзгеруі қызыл-қоңыр түске боялады, бұл өлгенге дейінгі зақымдануға ұқсас. Бірақ, терінің осындай жерлерін анықтап қарасақ, айыру оңай.

Өліктің кебу белгілерін айқындау сот-медицина сарапшыларымен өлім уақытын, сонымен қатар, егер ондай жағдай болса, өліктің жатқан орнын, оның өзгергенін анықтау үшін керек.

Өліктік аутолиз. Бұл процестің негізі адам өлгеннен кейінгі ұлпалардағы шыры бұзылған ферменттер айналасындағы құрылымға әсер етеді, оларды бұзады. Ферменттер әсерінің белгісі тек өлікті ашып тексеру кезінде анықталады. Осыған да қарап өлім уақытын анықтайды.

Кейінгі өліктік өзгерістер

Тұтастай алғанда, кейінгі өліктік құбылыстар өліктің жатқан жеріне, олардың уақыт ерекшелігіне тән сот-медициналық сұрақтарды шешу кезінде кейінгі өліктік құбылыстарды анықтауды елеулі түрде қиындатады. Барлық кейінгі өліктік өзгерістер екі топқа бөлінеді. Бірінші — бұзылушы, екіншісі — сақтаушы. Олар өліктің әр шегінде жеке немесе бірге өтуі мүмкін.

Шіру — бұл өлік ұлпаларына микроағзалардың әсер ету нәтижесінде пайда болады. Шірітуші бактериялар адам ішектерінің қалыпты микрофлорасы, олар ол жерде басқа микроағзалармен бірге симбиозда өмір сүреді, ағзада өз қызметін атқарады, әдеттегі жағдайда таралу орны шекарасынан шықпайды. Адам өлгеннен кейін бәрі өзгереді, өліктің шіруіне әкелетін шірітуші бактериялардың көптеген түрі көбейе бастайды және денеге таралады.

Алдымен шіру көбіне тоқ ішекте жылдам басталады. Бұл іште көп газ жиналуымен өтеді. Ішектердің кебуі өлгеннен кейін 6-12 сағатта байқалады. Кейін шірудің белгілері көріне бастайды, олар лайлы-жасыл түсті болады, бірінші — оң мықын аймағында, кейін — сол жақта пайда болады. Сыртқы-ішкі әсерлерсіз бөлме температурасында мәйіттің шіруі, оның болуы екінші тәулікте мықын аймағында, алдыңғы қабырғада пайда болады. Кейін шіру қан тамырлар арқылы дененің басқа аймақтарына таралады. Бұл үрдіс шірікті венозды тор құрумен көрінеді — бұл жақсы көрінетін лайлы-жасыл көк тамыр суреті. Оның белгілері өлгеннен кейін 3-4 тәулікте пайда болады. Тері асты май қабатына шіру газдарының жиналуынан және басқа ұлпаларда шірікті эмфизема деп аталатын өліктің ісінуі пайда болады. Дененің бір бөлігінің көлемі: іш, кеуде, қол-аяқ, мойын, мұрын, ерін, ерлерде-жыныс мүшесі, әйелдерде-сүт безі кенеттен ұлғайып кетеді. Табиғи тесіктерден қанды бөлінділер бөлінеді, оны жарاقاتпен салыстыру керек. 4-5 тәуліктен кейін тері бетінде көпіршіктер пайда болады, оның іші қызыл қоңыр шірікті сұйықтыққа толы болады. Кейде эпидермис механикалық әсерден ығысуы мүмкін, бұл кезде төмен жатқан қызыл теріні көруге болады. Шірудің бұлай көрінуі терінің күйігіне ұқсас болып келеді. 6-10 күнде эпидермис толығымен алынады, ол тырнақпен және шашпен бірге алынуы мүмкін. Кейін зақымданған тері арқылы шіру газдары өліктен сыртқа шығады да өлік көлемі кішірейеді. Шіру процесі өліктің ұлпаларының жұмсаруына әкеледі — өліктің шірікті іруі болады. Осының әсерінен, көбіне ұлпалармен жабылған сүйектер ашылады. Өліктегі жұмсақ ұлпалардың толық шіріп аяқталуы 3-4 аптада өтуі мүмкін. Осы уақыттан кейін тек сүйек, сіңір, шеміршек және дәнекер ұлпамен құралған құрылымдар ғана қалады.

Өліктің елеулі шіру өзгерістер кезеңі жағымсыз көрініс. Шіріктік бұзылыстар, ұлпалардың жасыл-майлы түсте болуы, жағымсыз иіс нәтижелі сот-медициналық зерттеуге жағымсыз әсер етеді. Бұл өліктің өлу уақытын, даму механизмін және басқа сұрақтарға жауап беру мүмкін емес сияқты. Бірақ, ол әрқалай. Шіріген өліктік өзгерістерде оның зақымдануының іздерін, кейбір патологиялық түзілістерді (мысалы, кордиосклероз, астеросклероз және т.б.). анықтауға болады. Сондықтан, шіріген өлікті сот-медициналық зерттеуден бас тартуға болмайды.

Шіру процестерінің дамуына ішкі және көбіне сыртқы факторлар әсер етеді. Шіру жұқпалы ауруы бар ағзадағы өлікте ертерек пайда болады. (мысалы, сепсис, перитонит, гангрена) және, керісінше, өлім алдында көп мөлшерде антибиотик және басқа бактерияға қарсы дәрілер салынса, олар шіруді баяулатады. Ересектерге қарағанда балалардың өлігі тез бұзылады Қоршаған ауада жоғары температура (+30 дан +40°C дейін), ылғалдылық, желдетудің болмауы шіру процесі үшін қолайлы жағдай жасайды. Шірудің белгілерінің пайда болуы өлгеннен кейін 10-12 сағатта байқала бастайды, егер оған ішкі жағдайлар әсер етсе, одан да ертерек көрінуі мүмкін. Шіру процесі температураның төмендеуінен, ауаның құрғақ және желдетулі жерлерінде, табиғи жағдайларда баяу жүреді және кейде толықтай тоқтап қалуы мүмкін.

Қаңқалану — бұл да өлгеннен кейінгі өзгерістердің бір сатысы, олар қақталу, балауыз, шымтезекпен илену, тұзды сұйықтықтардың әсері, қату және т. б. сынды табиғи және жасанды жолмен жасау процестері жок. Бұл кезде шіру процесі қаңқалануға ауысады. Бұл құбылыстың маңызы — шіріктің және өліктің ұлпаларын жәндіктердің жеп қоюы әсерінен жұмсақ ұлпалар толығымен жойылады. Тек сүйек және сіңірлер қалады, ал, сіңірдің байланысының жойылуы әсерінен сүйектер жеке болып бөлініп қалады. Қаңқаланудың белгілері өліктің сәйкес жағдайларда болуына байланысты 1 айдан кейін байқалады. Толық қаңқалану (сүйек, сіңір, шеміршектің болуы) 3-6 айда болуы мүмкін. Бір жылдан кейін қаңқаның байланыстырушы сіңірлері бұзылып, жеке сүйектерге ажыратылады.

Шіруді жылдамдататын процестер қаңқалану үрдісін де жылдамдатады. Бірақ, сүйектің толық тазалануына жәндіктер, жануарлар әсер етеді. Жәндіктердің ішінде шыбындар, қоңыздардың кейбір түрлері белсенді түрде әсер етеді. Кеміргіштер өліктің жұмсақ ұлпаларының шіру сатысында және одан ерте кезеңінде кеміреді. Көбінесе өлікті қасқырлар, қарсақтар, мысықтар және иттер жейді. Өліктің бетін құстардың зақымдаулары да кездеседі. Жануарлардың қарқынды әсері, қаңқалануға тез әкеледі.

Қақталу (мумификация) — өліктің өзгеру процесінің бірі, бұл кезде мәйіттен ылғал толық кеуіп кетеді. Бұл кезде ұлпа қатаяды және көлемі азаяды. Толық мумификацияланған өліктің салмағы алғашқының оннан бір бөлігін ғана құрайды. Мумификацияның дамуы үшін жақсы желдетілу, жоғары температура, ауаның ылғалдылығының төмен болуы керек. Барлық қолайлы жағдайда мумификация орта денелі адамда 4-6 айдан кейін пайда болады. Жеке бөліктік мумификация мәйітте 1-2 айда дамиды.

Балаларда және тері асты май қабаты аз адамдарда мумификация тез болады. Олар қолайлы жағдайда ұзақ сақталады, өзгеріссіз болады. Мумификация процесі аяқталған өліктің өлген уақытын анықтау қиын. Мумифицирленген өлікті сот-медициналық зерттеу өлімнің пайда болуы жөнінде көптеген сұрақтарға жауап береді. Өліктегі зақымдалу белгілері, ағзалар мен ұлпалардың өзгерістері сақталады. Сондықтан, осындай өліктер зерттелуі тиіс.

Балауыз — бұл сақтаушы типті, кейінгі өліктік өзгеріс (екінші аты — сабындану). Бұл процестің пайда болуына өлік жатқан ортаның жоғары ылғалдылығы мен ауаның жетіспеушілігі әсер етеді. Сабындану суда, тығыз және ылғалды жерде (топырақта) және сол тәрізді жағдайларда дамиды.

Процестің негізгі көрінісі өліктегі майдың біртіндеп жиналуы. Қалған суда ерімейтін май қышқылы тұздармен және металды тұздармен қосылып балауыз құрайды. Бұл май қышқылының қандай металл тұздарымен қосылысуына байланысты лайлы-сұр түсті жылтыр зат немесе тығыз зат — сұр-ақ түсті жылтыр құрайды. Кейбір авторлар өлгеннен кейін өлік ұлпаларында сабынданудың алғашқы белгілерін 25 күн мен 3 ай аралығында байқаған. Өліктің толық сабындануы үлкен мәйіттерде 6-12 айдан соң дамиды.

Өліктің бұлай өзгеруі кезінде көп ұлпалардың құрылысы жақсы сақталады. Сот-медициналық зерттеуде өлгеннен кейінгі кейбір ұлпалардың жаракаттануын көруге болады. Балауыз — сот-медицина тәжірибесінде өте сирек кездеседі.

Шымтезекпен илену — бұл негізі ұлпаның қышқыл орта әсерінен тығызданатын, кейінгі өліктік құбылыстарды кеш сақтаушы типі. Сот-медицина тәжірибесінде өліктердің осындай өзгерістерге ұшырауы, балауыз жағдайындағы өліктерге қарағанда өте сирек кездеседі. Осындай өзгерістер шымды батпақтардағы өлген адамдардың денесінің ұлпаларының қарашірік қышқылының ұзақ әсер етуі кезінде ұшырасады. Осылардың әсерінен өліктің терісі, ішкі мүшелері тығызданады және қара түске боялады. Шымтезекпен илену кезінде өлік өте ұзақ сақталады. Осы өліктердегі зақымдардың сот-медициналық сұрақтарға жауап беру үшін маңызы өте зор.

Өліктің жағдайы өлгеннен бастап, оны оқиға орнында және мәйітханада зерттегенге дейін тұрақты болмайды. Сондықтан, қосарланған кеш өлгеннен кейінгі белгілері және сақтаушы түзілістері байқалады. Тәжірибеде өлік ашық жерде, жылы климат жағдайында болса шіру және қақталу процестері бірге жүреді. Өліктің жерге қарап жатқан беті шіриді және жәндіктермен бұзылады, ал жоғары қараған беті желденудің және кебудің әсерінен қақталады және ұзақ сақталуы мүмкін. Егер өліктің шіру процесі басталған беті кебуге түссе, шіру тоқтап, қақталуға айналады. Шіру төменгі, кері температурада тоқтайды. Керісінше, қандай да бір жағдайда сақталған өлік жағдайдың өзгеруіне байланысты шіруі немесе жәндіктердің әсерінен бұзылуы мүмкін. Мысалы, қақталған өлік, оған қонған көбелектердің әсерінен бұзылуы мүмкін және ылғалдың әсерінен шіриді және бұзылады.

Сонымен, өліктегі өзгерістердің кезектілігіне байланысты, оның қозғалысына қарап сот-медицина сарапшылары, сот-тергеу органдары үшін маңызы бар өлімнің қашан болғанын және басқа да жағдайларды көрсете алады.

3. Өлімнің уақытын анықтаудың негізгі әдістері

Сот-медицинасында өлім уақытын анықтау әр мүшенің және дене ұлпаларының өмір сүруінің ұзақтығына негізделген. Өлім

уақытын анықтау үшін осы ұлпаларға тітіргендіргіштермен әсер ету әдісін пайдаланады. Ол электрлік немесе механикалық тітіркендіргіштерге, ал, кейбір ұлпалар химиялық заттарға жауап береді. Ұлпалардың осындай реакциясын — суправитальді деп атайды.

Бұлшық еттің электрлік әсерге жауап беруі. Ине тәрізді электродты кез келген бұлшық еттің соңына қадап (мыс: бицепс) ток беретін болсақ, ол белгілі дәрежеде тырысады. Тырысу күші үш баллды көрсеткіште бағаланады. Қатты жиырылу өлгеннен кейін 2-2,5 сағатқа дейін пайда болады, орташа — 2-4 сағат, әлсіз — 4-6 сағат арасында байқалады. Әдіс белгілі ток күшін қажет етеді. Әдістің артықшылығы сол, оның нәтижесіне сыртқы фактор өте аз әсер етеді.

Бұлшық еттің механикалық әсерге жауап беруі. Ол беті шектелген қатты затпен бұлшық етті ұру (мысалы, бицепстің ортасын темірмен). Ол жерде ісіну пайда болады. Бұлшық еттің бұл реакциясын өлгеннен кейін 6 сағатқа дейін қарап анықтауға болады. 6-11 сағат аралығында осындай реакцияны ұрған жерді тек қолмен қысып қарау арқылы анықтауға болады. Кеш мерзімде ұрған жерде езілу пайда болады. Бұл реакцияға өлімнің сыртқы ортасы мен себебі елеулі әсер етпейді. Жаңа өлген өлікте бұлшық ет сіңірдің механикалық әсеріне де жауап береді. Сіңірді ұрған кезде тиісті бұлшық еттің жиырылуы болады (бұл невропатолог дәрігермен, аурулардың сіңірлік рефлекстерін тексеру тәрізді тізе, ахилл сіңірлерін ұра отырып қарауы). Сіңірдің барлық бойына ұрғанда жағымды реакция өлгеннен кейін 1,5-2 сағат уақыттын өткенін көрсетеді. Егер кейбір бұлшық еттерге ғана жағымды әсер етсе 6-8 сағат өткенін білдіреді.

Қарашықтың атропин және пилокарпинге әсері. Адам өлгеннен кейін ішкі биомеханизмдердің әсерінен қарашық кеңейеді, кейін 2 сағат өткеннен соң тарылады, сосын тағы кеңейеді. Атропин және пилокарпинді тамызғанда қарашық кеңейеді немесе тарылады, реакция күші өлім дамуының ұзақтығына пропорционалды және өлім уақытын анықтауға қолданады. 11 сағатқа дейін атропин енгізгеннен қарашық кеңейеді, пилокарпиннен кейін тарылады. Өлгеннен кейін 24 сағаттан соң қарашық атропин және пилокарпинге әсер етпейді.

Тері бездерінің реакциясы. Тері бездері адам терісінің барлық бөлігінде орналасады. Өлгеннен кейін бірнеше уақытта оған тер бөліп шығаратын химиялық затты енгізу арқылы өлім уақытын анықтайды. Әдістің маңызы келесідей. Тері бетіне химиялық зат жағылады, ол терімен араласқанда түсі өзгереді. Осы жердің астына адреналин енгізеді, ол тер бездерінің жиырылуын шақырады және тер бөлінуін азайтады. Тер бездерінің реакциясы өлгеннен кейін алғашқыда 1-1,5 сағаттан кейін айқын көрінеді де, әсері 30 сағатқа дейін сақталады. Бұл әдіс адам денесінің жекелеген бөліктерін тапқанда қолданады.

Арнайы сот-медициналық әдебиеттерде ерте өлім құбылыстары анықтаған әдістер сипатталған. Бірақ, ол әзірше сарапшы жұмысында кеңінен қолданылмайды.

Сонымен, сот-медицина сарапшыларымен қолданылатын өлім дамуының уақытын анықтау әдісі, оларды кешенді түрде алынған мәліметтерді талдауды қолданғаннан кейін және қылмыстық іс материалдарымен міндетті салыстырғаннан соң өлім уақытын анықтауға мүмкіндік береді.

Қорытынды

Өлім себебін сот-медицина сарапшыларының көмегінсіз анықтау толық және нақты болмайды. Заңгерлер өзінің тәжірибесінде сот-медицина сарапшыларын тек жарақаттың сипатын және кейбір сарапшы міндетін шешуге ғана емес, сонымен бірге өлім және өлгеннен кейінгі белгілерін, өлікті зерттеу кезінде алынған объективті мәліметтерге қарап өлім уақытын анықтау үшін шақыртады.

Бұл көптеген жағдайда нақты сот-тергеу версиясын және өлім себебін анықтауға көмектеседі. Дәлелдемелік ақпарат алу және оны өзінің жұмысында қолдану сот-тергеу қызметкерлерінің беделін жоғарылатып, шындыққа жетуге қажетті міндеттерді сауатты түрде шешуге, қылмыскерді іздестіруге көмектеседі.

6. ТІРІ АДАМДАРДЫҢ СОТ-МЕДИЦИНА САРАПТАМАСЫ (жәбірленуші, сезікті, айыпталушы)

Кіріспе

1. Дене жарақатының тексеру әдістері және жалпы ережелері

2. Денсаулыққа келтірілген зиянның ауырлық дәрежесін анықтау

3. Азаптау мен соққыларды келтіру

Қорытынды

Кіріспе

Тірі адамдардың (жәбірленуші, сезікті және т.б.) денсаулығына келтірілген зиянның ауыртпалық дәрежесін анықтау негізіндегі сот-медицина сараптамасы жөніндегі дәрістердің қажеттілігі агрессиялық қылмыстың өсу санымен байланысты болып отыр. Аталмыш сараптама өте танымал және сот-медицина сараптамасы соның жартысынан көбін жүргізеді. Бұл заң қызметкерлерінің білімінің ерекшелігі мен қажеттілігін негіздейді және олардың жалпы жүргізілу әдістері, ең бастысы, сот әділдігінің мүддесі мен шындыққажетудегі сот-медициналық сараптама қызметкерлерінің қорытынды беруі өте маңызды.

Бұл дәрісте қазіргі заманғы ғылымның және сараптама тәжірибесінің жетістіктерін есепке ала отырып, әр жағдайды бағалауға кең мүмкіндік ашатын жалпы ережелер мазмұны бар. Кері жағдайда тірі адаммен салынған ұқсас, яки әр түрлі сипаттағы жарақаттар денсаулыққа келтірген зиянның ауырлық дәрежесі бойынша біртекті болмауымен бағалануы мүмкін. Бұл шектен тыс сарапшы қателігіне соқтыруы мүмкін.

Бұл дәріс денсаулыққа қасақана және абайсызда зиян келтірудің мәселелері бойынша ғылыми-тәжірибелік зерттеулерге сүйене (жан күйзелісі жағдайында, абайсызда, қажетті қорғаныс шегінен шығу және басқа да жағдайларда), сонымен қатар әр түрлі дене жарақаттарының ауырлық дәрежесін бағалау, сондай-ақ, ҚР ҚК, ҚР ҚІЖК-нің және оларға берілген түсініктемелердің сәйкесінші

баптарының жекелеген аспектілерін талдау негізінде жазылған. Сонымен қатар дәрісте заңгер білуі қажет, зақымдануға байланысты тірі адамдарға сараптама жүргізу туралы жалпы ережелер қарастырылған.

1. Дене жарақаты кезіндегі жалпы ережелер мен зерттеу әдістері

Дене жарақаты, негізінен денсаулыққа зиян келтіру, сот-медициналық сараптама өндірісіне жіберуге себептердің бірі болып келетін, дене жарақатының сипатын анықтау үшін сот-медициналық сараптама жүргізу міндетті болып табылады. Жарақаты бойынша жәбірленушілерді, сезікті және басқа да тұлғаларды қарап-тексеру, әдетте, сот-медициналық сараптама Бюросының амбулаториясында жүргізіледі. Егер жәбірленуші стационарлық емдеуде болса, онда ол ауруханада қаралады.

Жарақат туралы сараптамалық қорытынды медициналық құжаттардың түпнұсқасын тексеру мен қарау кезінде алынған объективті деректерге (ауру тарихы, медициналық карта) негізделеді. Емдеу кезінде әртүрлі клиникалық тұрғында қолданылған құрал-жабдықтар мен зертханалық зерттеулер, жарақаттың жазылу барысы, жедел араласулар нәтижесі, рентгенге түсіру, зертханалық талдаулар және басқа да зерттеулер нәтижесі назарға алынады.

Тек медициналық құжаттары бойынша, яғни ауруды тексерусіз (ауру тарихы, аурудың медициналық картасы және т.б.) тірі адамдарға сырттай сараптама жүргізуге ерекше жағдайларда жол беріледі. Мысалы, тергеу немесе анықтау органдарына тез арада сараптама қорытындысы қажет болған жағдайда, алайда, сезіктіні не жәбірленушіні қарау қиынға соққан немесе медициналық көрсетулер уақытша мүмкін емес болған жағдайда (науқастың ауыр жағдайы, жақында жүргізілген операция және т.б. байланысты) жүргізілуі мүмкін.

Сырттай сараптама бойынша қорытынды беру негізі болып зақымдану туралы нақты ақпарат беретін және клиникалық ағымы жөніндегі медициналық құжаттардың түпнұсқасындағы деректер, сонымен қатар, қорытынды үшін маңызы бар басқа да

жағдайлар табылады. Зақымдану түріне байланысты (жарақат алған адамның жарақат алу уақытында не медициналық көмекке жүгінген кезінде ішімдік ішкендігі туралы) қорытынды жасалады. Бұл құжаттар медициналық мекеменің басшысының қолымен бекітілуі тиіс.

Денсаулыққа зиян келтіру кезінде алынған жарақаттардың сот-медициналық сараптамасы сарапшымен жеке немесе қажетті жағдайда басқа да дәрігерлердің қатысуымен комиссиялық түрде (хирург, терапевт, гинеколог) жүргізілуі мүмкін. Кей жағдайда дәрігер-мамандардың берген кеңесінен алынған деректерді пайдалана отырып жеке сараптама жүргізілуі мүмкін. Мұндай жағдайда сарапшы қорытындысында кеңес берушімен жазылған сарапшының берген сауалнамасына жауабы, сәйкес құжаттарда (рәсімдеудің күні мен номерін көрсете отырып) сілтеме ретінде көрсетілуі тиіс.

ҚР ҚІЖК-нің баптарына сәйкес (242-бап, 8-тармақ) сараптама тағайындаған тергеуші сезіктіні, айыпталушыны, жәбірленушіні, егер аталған адамдардың сараптама жүргізу кезінде қатысуы міндетті деп танылса, оларды сарапшыға жеткізуді қамтамасыз етеді. Тергеуші сараптама өндірісіне, соның ішінде сот-медициналық сараптамасына да қатысуға (жеке адамның денесін қарау жалаңаштаумен байланысты болса, басқа жынысты болған жағдайдан басқа кездерде) құқығы бар.

Егер амбулаторлық тексеру кезінде диагнозын нақтылау мақсатында және зақымдану сипатына байланысты клиникалық жағдайда қарауды жалғастыру қажеттігі туындаса, онда осы туралы дәрігердің қорытындысы негізінде, тергеуші тексерілушіні ауруханаға стационарлық қаралуға жолдай алады. Бұндай жағдайларда жарақат туралы сараптама қорытындысы жиналған барлық мағлұматтар негізінде шығарылады.

Сот-медициналық сараптамада міндетті түрде тексерілушінің жеке басын, қалай зақымданған себептерін анықтау, медициналық қорытынды беру үшін маңызы бар шағымдарын және басқа да ақпараттарды бекіту, қылмыстық іс материалдарымен және медициналық құжаттардың түпнұскаларымен танысу ұшырасады. Қажет болған жағдайда сарапшы сараптама тағайындаған орган өкілдігіне қосымша материалдарды беру туралы өтініш мәлімдей алады... (ҚР ҚІЖК, 83-бап, 3-тармақ).

Сот-медицина сарапшысының зақымданумен байланысты жарақаттың жалғасуы немесе қызметінің бұзылуын бағалауы зерттеу жүргізу процесі кезінде анықталған объективті мағұлматтардан алынуы тиіс. Егер медициналық құжатта көрсетілген аурудың ұзақтығы келтірілген дене жарақатының сипатына сәйкес келмесе және жәбір көрушінің объективтік жағдайымен дәлелденбесе, онда сарапшы осы фактіні өзінің қорытындысында көрсетеді және нақты деректер бойынша жарақаттың ауырлық дәрежесін айқындайды.

Сот-медицина сарапшысы денсаулыққа келтірілген зияннан кейінгі туындайтын аурудың, сонымен қатар, олардың кездейсоқ жағдайлар күшімен туындайтын салдарын, ағзаның жекелеген ерекшеліктерін, медициналық көмек көрсету кезінде жеткіліксіз болған ерекшеліктерді есепке алуы керек. Осылардың барлығы денсаулыққа келтірілген зиянның ауырлығының саралануының өзгеруіне өздігінен негіз болмауы қажет. Мұндай жағдайда сарапшы өзінің қорытындысында денсаулығының нашарлау сипатын немесе тексерілуші адамның асқыну жағдайын және оның нақты дене жарақатымен себепті байланысын міндетті түрде көрсетуі тиіс.

Сот-медицина сарапшысы жәбірленушінің жарақаты және оның салдары өлімге алып келген жағдайда, өзінің қорытындысында басқа да сұрақтарды шешумен қатар болған жағдайды, өлімнің себепін көрсете отырып, зақымдану мен өлімнің арасындағы себепті байланыстың бар немесе жоқтығын ашып көрсетеді.

Заңгерлер денсаулыққа зиян келтірумен байланысты болған жәбірленушіні, сезіктіні және басқа да адамдардың сот-медициналық сараптамасы кезінде сарапшылардың қызметінің алгоритімін білуі керек. Бұлар төмендегі негізгі бөліктерден тұрады:

— сот-медициналық сараптаманы тағайындау туралы тергеушінің (прокурордың) қаулысымен және сарапшының алдына қойылатын сұрақтар тізбесімен танысу;

— қылмыстық іс материалдары және жәбірленушінің берген жауабы бойынша келтірілген жарақатты зерттеу;

— киімін, аяқ киімін және зақымданудан қалған ақауларды қарау;

— қосымша зерттеулерді жүргізу (қажет болған жағдайда);

— сот-медициналық сараптама қорытындысын және оның қосымшаларын құрастыру (сурет, сызбалар, зерттеу қорытындысы және т.б.).

Сарапшының алғашқы әрекеттеріне тоқталып қана қоймай, келесі жағдайларды жекелеп қарастырып өтейік.

Алынған жарақаттың барысымен танысу

Танысу, сарапшымен сәйкес жағдайларда қылмыстық іс материалдары бойынша, сондай-ақ, тексерілушіден айғақтар алыну кезінде де жүргізілуі мүмкін. Ол кейде ауру тарихымен немесе басқа да ұсынылған медициналық құжаттар бойынша жүргізіледі. Қылмыстық болған жері, уақыты, күні, жарақаттың кіммен келтірілгені немесе қандай жағдайда алынғандығы (көліктен немесе өндірістегі қайғылы уақиға және т.б. нәтижесінен) анықталады. Зақым келтірілген заттың ерекшелігі зерттеледі. Тексерілушінің айтуымен тікелей жарақаттан кейінгі оның денсаулығының тексерілуге дейінгі және тексерілу кезіндегі жағдайы, шағымдары (құсу, есінен тану т.б.) зерттеу кезінде қарастырылады. Медициналық көмектің түрі (дәрігерге дейінгі, жараны стационарда не амбулаторияда дәрігердің қарауы, біріншілік сынықтың түрі, жағдайы) анықталады. Сұрау алу кезінде тексерілушінің жарақат алғанға дейінгі денсаулық жағдайы, бұрынғы ауырған ауруларының және емдерінің түрі анықталады.

Киімді (аяқ киімді) қарау және зақымданудан алынған ақауларды анықтау

Зақымдану кезінде зақым алған адамның киімінде әдетте кесу түріндегі қару не құралдың іздері, жыртылулар мен матадағы қалған ақаулар, сонымен қатар, кірленуге тән, яғни қаннан қалған дақтар, тот басу, көлік дөңгелегінің протекторынан қалған құм, топырақ іздері қалады. Осындай іздерді табу және зерттеу зақым келу механизмін анықтауға және басқа да бірқатар сараптама сұрақтарын шешуге көмектеседі.

Тексерілушінің киімін қарау, әсіресе, келесі жағдайларда ерекше маңызды болып табылады:

— хирургиялық араласуда, дене жарақаттарын хирургиялық тазалау кезінде талқылау үшін қажетті, жарақат келтірген құралдың ерекшелігі ретінде айту қиынға соқса, ауру тарихында

жарақаттың алғашқы түрі туралы дәрігерлік сипаттама толық көрсетілмесе;

— оқ тиген кездегі жара, яғни жақыннан ату кезінде киімде ату іздері (жанған, газ, бытыра және т.б.) қалады, соның өзінде оқтың кіру тесігі дене терісінде жоқ болуы мүмкін, бұндай жағдайларда атудың қашықтығы жөнінде тек жараланған адамның киімін зерттегеннен соң барып айтуы мүмкін жағдайларда;

— көлік оқиғалары кезінде, киімде көлік құралдарының әртүрлі бөліктері (темірлер, металдар, құмдар) болуы мүмкін кезде;

— жазылу кезінде, денедегі жаралар жазылу сатысында немесе толықтай жазылған болса, онда жарақат келтірген қарудың түрін және бірқатар басқа да сұрақтарды шешу үшін киімде және денеде қалған зақымдарды кешенді түрде қарастыру керек.

Заңгерлер денедегі жарақаттарды сипаттау кезінде, сондай-ақ, киімді қарауда оның орналасуын, ошағын, түрін, пішінін, мөлшерін және де кесілудің, жыртылудың, ақаулардың, сонымен бірге, басқа да кірлену іздеріне тән белгілерді нақтырақ қарау керек. Зақымданудың, не дақтардың орналасу орнын анықтауда, киімнің белгілі нүктеден ара қашықтығын өлшейді. Әр түрлі киімдерді қарауда біртектес нүктелерді пайдаланған жөн. Осылардың барлығы киімнің сәйкесінше түріне байланысты кестеде бекітіледі.

Денедегі зақымдарды табу және қарау

Әдетте жәбірленуші денесіндегі жарақатына сарапшының назарын өзі аударады, бірақ та бұл сарапшының оларды белсенді түрде табуымен ғана шектелмеуі тиіс. Мұндай жағдайлар, әсіресе, сезіктіні, не айыпталушыны зерттеуге қатысты, яғни олар алынған жарақаттарын жасырып қалуға мүдделі болуы мүмкін. Өрбір зақымданудың белгілерін сипаттайтын және ерекшелігін көрсететін қасиеттері бар. Олардың қатарына:

— орналасу — жарақат орналасқан дене аймағын (кеуде жасушасының сол жақ бөлігінің алдыңғы жағында) көрсету, мұнда зақымданудың жақын орналасқан белгілі анатомиялық нүктелерге дейінгі қашықтығының тік бұрыш жүйесі бойынша көрсетілуі. Кейбір жағдайларда, жекелеп айтқанда, оқ тиген кезде, кесіп-шабу жарақаттарында, көліктен зақымдану және басқа да, яғни жарақат келтіру механизмі туралы сұрақтар туындауы

мүмкін жағдайларда, зақымданудың өкше тұсынан биіктігін анықтау жатады. Зақымдану ошағын және оның пішінін адам денесі бейнесінде кесте түрінде көрсеткен тиімді;

— түрі — медициналық түсіндірмеге сәйкес, зақымдануға анықтама беру (жара, көгеру, қанталау, сынық және т.б.) қажет;

— пішіні — геометриялық пішінде немесе жалпыға белгілі заттармен денедегі жарақаттарды (қанталау, домалақ пішінді, тік сызықты жырықтар және т.б.) көрсету болады;

— түсі — зақымданудың негізгі түсі мен түрін (мысалы, қанталау — қызыл-күлгін, ортасы — сарғыш-жасыл түсті т.б.) көрсетеді;

— өлшем — зақымданудың ұзындығы және ені сантиметрмен немесе миллиметрмен өлшенеді. Өлшемді көзбен шама-лап байқауға және қандай да бір заттың көлемімен анықтауға жол берілмейді (алма, жұмыртқа және т.б.). Жаншып-кесілген және кесілген жараларда ұлпаның зақымдануынан ақау пайда болатындықтан, медициналық құжаттарда тек оның ұзындығы ғана көрсетіледі. Бұл ені деп қабылданатын екінші өлшеммен байланысты шындыққа жанаспайды, тек дененің осы аумағында пайда болған жараның дәрежесін сипаттайды;

— жараның шеттерінің жағдайы — жараның жанында қан құйылу іздері немесе томпайып ісінген, шеті негізінен тегіс немесе тегіс емес, ірі немесе ұсақ бошік түрінде кішкентай, үлкен және т.б. болып келеді, олардың түрі, сипаты мен орналасуы міндетті түрде көрсетіледі;

— жара соңының жағдайы (жарақат келтірген зат сипатталады) — тік бұрышты, домалақ, II-пішінді жырықтар, айналасында қан құйылулар және т.б. бойынша анықталады;

— арнайы тегістеу және ластану — жабысқан немесе алына-тын іріңнің қабықтары, қан іздері, ұлпааралық сұйықтық, теріге қатысты олардың орналасуы анықталады, жекелеген түрде бөлек құмдар, жерлер, боялған заттар, жұғатын майлар, сыртқы ластанулар, жанбай қалған бытыра қалдығы және т.б., сонымен бірге, олардың сипаттамасы мен орналасуы бекітіледі.

Қосымша зерттеулер

Қосымша зерттеулер зақымданудың маңыздылығына толық көрсетулер береді. Мұнда тексерілушінің денесінде және киімінде

байқалған типтік емес түзілістерді анықтауға болады. Сонда бірқатар арнайы және зертханалық әдістерді қолдану қажеттігі пайда болады. Нақты жағдайдың ерекшеліктеріне байланысты келесі әдістер қолданылуы мүмкін:

— микроскопия — (негізінен киімді, кей жағдайларда дене терісін зерттеу үшін жүргізіледі) зақымдану бөлшектерін табуға, сонымен қатар, өзгеше түзілістерді, ластануды табуға мүмкіндік береді;

— фотосурет — зақымданудың орналасуы туралы анық мәлімет береді, ал, зерттеу фотосурет, сонымен қатар зақымдану ерекшелігін, көзбен көрінбейтін, білінбейтін зақымдану ерекшелігін (қара киімдерде инфрақызыл сәулемен суретке түсіру оқтың кіру тесігі аясын көрсетеді) табуға көмектеседі;

— рентгендік зерттеу — диагностика өткізуді, денедегі бөгде заттарды анықтайды. Сонымен қатар берілген әдіс көмегімен кейде зақымданудың шеті мен айналасындағы оқтың пішінін, ағаш сынығының кіргенін, металл жұғындыларының ерекшеліктерін байқауға болады, ал, басқа жекелеген жағдайда жараланған өзектің бағытын және доғал заттармен ұрылған күштің бағытын (зақымданған сүйек сынықтарының орналасуы бойынша) анықтайды;

— химиялық зерттеу — жәбірленушінің терісі мен киімдерінде атудың кіру тесігі аясында қалған оқ-дәрі қалдықтарын, сонымен қатар, жарадағы ағындының химиялық құрамын, олардың ішіндегі жасанды заттарға күдік туған (жанар-жағар май, май) және басқа да жағдайларда флегмонаның құрамын анықтайды.

Арнайы әдістерді пайдаланумен байланысты қосымша зерттеулер, сәйкес жағдайларда тек осы әдісті меңгерген мамандармен (рентгенге түсіруші, сот-медициналық зертханасының физико-техникалық, не химиялық сарапшылары) жүргізіледі.

Олардың көмегіне қажет жағдайда жәбірленуші, күдікті және басқа да тұлғаларға тексеру жүргізуші дәрігер-сарапшы тартылады. Жазба түрінде рәсімделген зерттеу нәтижесі қорытындыны жазуда (алынған құжаттың күні мен номеріне сілтеме жасалына отырып) есепке алынады.

Осылайша, біздің тарапымыздан мәселе тірі адамдардың сот-медициналық сараптамасына бағытталып, денсаулыққа зиян

тигізу мәселесі қарастырылады. Бұл — заң қызметкерлеріне сот-тергеу версиясын объективті түрде дәлелдеуге, жасалған құқық бұзушылық мәселесіне тағы бір дәлелдеме алуға және шындыққа жетуге қажетті мүмкіндік. Бұл жағдайда қазіргі заманғы талапқа сай жазылған «Сот-медициналық сараптаманың қорытындысы» үлкен маңызға ие. Дәрісіміздің келесі сұрағы осы мәселені толық ашуға бағытталады.

2. Денсаулыққа келтірілген зиянның ауырлық дәрежесін анықтау Қазақстан Республикасы Қылмыстық Кодексінің баптары

Денсаулыққа қасақана ауыр зиян келтіру (ҚР ҚК, 103-бап).

Адамның өміріне қауіпті немесе көруден, тілден, естуден қандай да болсын мүшеден айрылуға немесе мүше қызметін жоғалтуға немесе бет-әлпетінің қалпына келтіргісіз бұзылуына әкеп соққан денсаулыққа қасақана ауыр зиян келтіру, сондай-ақ, өмірге қауіпті немесе еңбек қабілетінің кемінде үштен бірін тұрақты түрде жоғалтуға ұштасқан немесе кінәліге мәлім кәсіби еңбек қабілетін немесе түсік тастауға, психикасын бұзуға, есірткімен немесе уытты умен ауыруға душар еткен денсаулықтың бұзылуын тудырған, денсаулыққа өзге зиян келтірген қасақана ауыр зиян келтіру — үш жылдан жеті жылға дейінгі мерзімге бас бостандығынан айыруға жазаланады.

ҚР ҚК мәтінінен көріп отырғанымыздай, денсаулыққа ауыр зиян келтіру өмірге қауіп келтіру белгісі бойынша, зақымдану түрлерінің:

- көру, есту немесе қандай да болсын мүшеден айырылу, не мүшенің қызметін жоғалту;
- психикалық бұзылыстар;
- денсаулық бұзылыстары, еңбекке жарамдылықтың үштен бір бөлігінің бүлінуі;
- кәсіби еңбек қабілетінің толық жойылуы;
- жүктіліктің үзілуі;
- беттің қалпына келмейтін зақымының туындауымен байланысты саралануы мүмкін.

Өмірге қауіпті зақымдар

Өмірге қауіпті зақымдар болып, зақым келтіру барысында жәбірленушінің өміріне қауіп төндіретін немесе қалыпты ағымда өліммен аяқталу танылады. Медициналық көмек көрсету барысында өлімнің алдын алу зақымдалудың өмірге қауіптілігін анықтау барысында назарға алынбауы тиіс.

Өмірге қауіпті зақымдар анатомиялық немесе функционалдық белгілері бойынша ажыратылады. Бірінші жағдайда фактіні анықтау жеткілікті болып табылады (миға, көкірекке, ішке енген жарақаттар, иық сүйегінің ашық түрдегі сынуы және т.б.), яғни оның ағымының клиникалық көрінісі шешуші орын алмайды. Екінші жағдайда зақым өмірге қауіпті болып, тек ауыр зақымдар көрінісі анықталады (мысалы, ауыр дәрежедегі бас сүйегінің зақымдануы, көп қан жоғалту және т.б.).

Өмірге қауіпті болып:

— бас сүйегінің жарақаты, соның ішінде, мидың зақымданбауы;

— бас сүйегінің ашық және жабық түрдегі сынығы, бет сүйек сынығымен о және бет сүйегінің жұмсақ тұсының жарақатынан басқа;

— бас миының ауыр дәрежедегі контузиясы, мыжылуы, сонымен қатар, мидың мыжылмауы, бағаналы тұсында соққы белгілері бар орта дәрежедегі бас миының зақымдануы;

— өмірге қауіп төндіру дәрежесі бар эпидуральді, субдуральді немесе субарахноидальді бас сүйек ішіне қан құйылу;

— омыртқаның жарақаты, соның ішінде, жұлынның зақымдалуынсыз;

— сынықтар — шығу, дене сүйектерінің сынуы немесе мойын омыртқаларының сынуы, сонымен бірге жұлынның қызметінің бұзылуынсыз 1-2 мойын омыртқаларының біржақты сынуы;

— мойын омыртқасының шығуы;

— жұлынның мойын бөлігі тұсында жабық зақымдануы;

— сынықтар немесе шығу жұлынның қызметінің бұзылуымен не естен танудың ауыр дәрежесі клиникалық тұрғыда анықталған бір немесе бірнеше кеуде, бел омыртқаларының шығуы-сынуы;

— ауыр естен тану және жамбас қуысы қызметінің бұзылуымен ұштасатын кеуде, бел және сегізкөз омыртқалары тұсындағы жұлынның жабық зақымы;

- кеңірдек, көмей, өнештің сығылған жарақаты;
- кеңірдек сақиналарының жабық сынығы және көмейдің кілегей қабатының жыртылуы, ауыр естен танумен қатар, тыныс алудың бұзылуы басқа да өмірге қауіп келтіретін белгілер;
- кеуде қуысының жарақаты, сіріқауыз қуысына енетін, перикард қуысы немесе кеуде аралық жасуша, соның ішінде, ішкі ағзаларға зақым келмесе;
- іштің жарақаты, іш астарға енетін, сонымен қатар, ішкі мүшелердің зақымсыз іш астардан тыс кеңістік мүшелерінің ашық жарақаты, қуықтың жарақаты, тік ішектің ортаңғы бөлігі;
- кеуде немесе құрсақ қуысы мүшелерінің жабық жарақаты, жамбас қуысының, сонымен қатар, іш астардан тыс мүшелерінің өмірге қауіпті зақымы;
- ұзын жіңішке сүйектердің ашық сынығы — иық, сан немесе үлкен тоқпан жілік;
- жамбас қуысы сүйектерінің сынығы, ауыр дәрежелі естен танумен қатарласатын немесе массивті қан жоғалту немесе несеп жарғағының жыртылуы;
- үлкен қан тамырының зақымдануы: қолқа, ұйқы артериясы, қолтыкасты, иық, тізе, сан, тізе асты артериялар немесе қатарлас қан тамырлар. Шеткері тамырлардың зақымдануы, өмірге қауіптілік дәрежесімен бағаланады;
- ауыр естен тануға әкелетін немесе коллапс туындататын массивті қан жоғалту, клиникалық майлы немесе газды эмболияны шақыратын, жарақаттық токсикоз, бүйрек жетіспеушілігі көрініс беретін зақымдану;
- термиялық III-IV дәрежелі ауқымды күйіктер, дененің 15%-дан артығын алады, III дәрежелі күйік дененің 20% -дан астамын, 2-ші дәрежелі күйік дененің 30%-дан артығын алады. Сонымен қатар, кіші ауқымды күйіктер, ауыр естен танумен жұптасатын тыныс алу жолдарының күйігі, дауыс саңылауларының ісінуі және тарылуымен қабаттасады.
- химиялық қосындылардың (аралас қышқылдар, әр түрлі күйдіруші заттар) жергілікті жалпы улану әсерімен қатар өмірге қауіп төндіретін күйіктер;
- егер олар объективті белгілермен белгіленсе, мойын және басқа да мүшелердің мыжылуы және механикалық асфиксия түрінде өмірге қауіпті зақымдармен қосақтасады.

Ағымы мен салдары ауыр зақымдануға жататындар:

Мұндай зақымданулар, мысалы, көру қызметін жоғалту, есту немесе басқа да мүшелердің қызметінің бұзылуы, ҚР ҚК баптарына сәйкес, ағымы мен салдары ауыр жағдайларға жатқызады.

Көру қызметін жоғалту кезінде толық загіптылықты 2 көздің де соқырлығы немесе 2 м және одан да төмен қашықтықта саусақ санау қабілетінен айрылған дәрежесін айтады. Бір көздің соқырлығы, еңбекке жарамдылықтың жоғалуы, яғни 3-бөлігінің белгісі бойынша ауыр зақымдануға жатады. Ескере кететін жайт, егер көздің зақымы болып, оны алып тастау керек болса, ол денсаулық бұзылысының ұзақтығына қарай бағаланады.

Есту қызметін жоғалту деп толық керендік немесе қайтымсыз жағдай, яғни жәбірленуші 3-5 см қашықтықтан сөзді естімейтін жағдай (бір құлақтың есту қызметін жоғалтудың өзі еңбек қабілетінің кемінде үштен бірін тұрақты түрде жоғалтуға әкеліп соғады және сондықтан осы белгі бойынша денсаулыққа орташа ауырлықтағы зиян келтіру зақымына жатады) түсініледі.

Қандай да бір мүшені жоғалту немесе мүшенің қызметінің бұзылуы деп төмендегіні түсінеміз:

— тілдің, яғни сөйлеудің жоғалуы, дыбыстармен өз ойын қоршаған ортаға түсінікті етіп жеткізе алмау;

— қол, аяқты жоғалту, яғни оларды денеден ажырату немесе қызметін жоғалту. Анатомиялық қол немесе аяқты жоғалту оларды денеден толық бөлу, яғни иыққа ампутация жасау.

— көбею қызметінің жойылуы, ұрықтандыру, туудың болмауы ретінде қарастырылады.

Психикалық бұзылыстар

Оның ағымының ұзақтығынан және жазылу дәрежесімен байланыссыз, егер ол психикалық аурудың дамуына әкелсе, зақым денсаулыққа ауыр зиян келтіру деп сараланады.

Денсаулыққа ауыр зиян келтіру дәрежесін бағалау үшін арнайы психиатрдың қатысуымен комиссиялық сот-медициналық сараптамасы процесімен жүзеге асырылады. Комиссиямен:

— жарақат және оның түрінің болуы;

— психикалық бұзылыстың болуы;

— жарақат пен психикалық бұзылыстың арасында тікелей себепті байланыстың болуы анықталады.

Еңбек қабілетінің кемінде үштен бірін айтарлықтай тұрақты жоғалтуға әкеп соққан денсаулықтың бұзылуы

Еңбек қабілетінің тұрақты жоғалту критерилерін қолдануда, жалпы еңбекке жарамсыздығы ескеріледі, яғни дәрежеленбейтін және өзін-өзі қамтамасыз етуге қабілетсіз болуы.

Дәрежеленбейтін еңбек — арнайы оқуды қажет етпейтін, қоршаған ортаға пайдалы еңбек (заттардың орнын ауыстыру, жермен байланысты еңбек, арнайы механизмдерді қолданбай ғимаратты, не ашық алаңды жинау). Өзін-өзі қамтамасыз ету — адамның тұрмыстық қажеттілігін қанағаттандыру (киіну, жуыну, тамақ әзірлеу).

Еңбекке жарамдылықты жоғалту барлық жағдайда денсаулыққа зиян келтіру дәрежесінің критеріі ретінде нақты, яғни тұрақты немесе өте ұзақ сипатта болуы тиіс. Мысалы, егер жарақат алғаннан соң 3-4 ай өтсе, (дәрігерлік-сараптама комиссиясымен мүгедектікке ауыстыру жөнінде сұрақты шешу үшін жәбірленушіні куәландыру кезінде) жақын уақытта жазылу қарқындылығы байқалмаса, еңбекке жарамдылықты тұрақты жоғалту басталады деп санауға болады. Осындай жағдайларда егер, мысалы, 1-2 жылда еңбекке қабілеттілік қайта қалпына келсе, мүгедектік алынып тасталуы мүмкін.

Зақымдану кезінде жалпы еңбекке жарамдылықтың тұрақты жоғалту дәрежесі, объективті мәліметтерді анықтағаннан кейін бекітіледі.

Балаларда тұрақты еңбекке жарамдылық қабілетін жоғалту, жалпы ережеге сәйкес, ересектермен бірге анықталады. Мүгедектерде тұрақты еңбекке жарамдылық қабілетін жоғалту денсаулыққа зиян алумен байланысты, оның мүгедектігі мен мүгедектік тобынан тәуелсіз, сау адамдармен қатар анықталу бойынша жүргізіледі.

Жүктіліктің үзілуі

Жүктілікті үзумен қабатталған, денсаулыққа зиян келтіру, денсаулыққа ауыр зиян келтіру дәрежесінде бағаланады. Бұл жағдайда сот-медициналық сараптамасы маман акушер-гинекологтың қатысуымен комиссиялы түрде жүргізіледі. Комиссия:

— денсаулыққа келтірілген зиянның сипатын;

— жүктіліктің үзілу фактісін;

— денсаулыққа зиян келтіру және жүктіліктің үзілуі арасындағы себепті байланыс (ағзаның ауру жағдайы мен қандай да бір дәрі-дәрмек қабылдау, жекелеген ерекшеліктер және т.б. нәтижесінде түсік тастау мүмкіндігінен басқа).

Беттің қалпына келмейтін жағдайы

Денсаулыққа зиян келтірудің осы белгісі бойынша зиян келтірудің ауыр түрі ретінде саралау үшін үш жағдайды анықтап алу қажет:

— зақым бетте немесе мойынның алдыңғы жағының жоғарғы бөлігінде орналасуы қажет;

— қалпына келтіргісіз жазылмайтын жағдайда;

— бет-әлпетінің бұзылуына әкелген жағдайлар.

Заңгерлер алдыңғы екі сұрақтың сот-медицина сарапшыларымен, ал, үшіншісі сот-тергеу органдарымен шешілетінін білуі керек.

Қалпына келтіргісіз жазылмайтын зақым деп қалпына келтіру тек операциялық жолмен (бұзылулар, беттің бұлшық етінің (мимика) бұзылуы және т.б.) жүзеге асыруды қажет ететін (косметикалық операция) патологиялық өзгерістерді түсіну қажет.

Бетте орналасқан зақымның ауырлығы бойынша сараптама өндірісінде сарапшы тек зақымның жалпы критерилерін бағалап қана қоймай (денсаулықтың бұзылуы, еңбек қабілетін жоғалту), сонымен бірге оның қалпына келетіндігін не келмейтіндігін де көрсетуі қажет. Қорытындыда зақымның фототүсірілімдері қоса берілгені қажет.

Егер беттегі жара қайта қалпына келтірілмейтін жағдайда болса және тергеуші, не сотпен ол бет-әлпетінің қалпына келтіргісіз бұзылуы деп танылса, денсаулыққа зиян келтіру, сарапшымен бет-әлпетінің қалпына келтіргісіз жағдайға тән белгісі бойынша залал кеттірудің ауыр түрі деп бағаланады.

Денсаулыққа қасақана орташа ауырлықтағы зиян келтіру (ҚР ҚК, 104-бап).

Адамның өміріне қауіпті емес және ҚР ҚК-нің 103-бабында көрсетілген зардаптарға әкеп соқпаған, бірақ, денсаулықты ұзақ уақытқа бұзылуға немесе жалпы еңбек қабілетінің кемінде үштен бірін айтарлықтай тұрақты жоғалтуға әкеп соққан денсаулыққа

қасақана орташа ауырлықтағы зиян келтіру — үш жылға дейінгі мерзімге бас бостандығын шектеуге, не алты айға дейін қамауға, не үш жылға дейінгі мерзімге бас бостандығынан айыруға жазаланады.

2. Нақ сол әрекет:

в) аса қатыгездікпен, сол сияқты кінәліге дәрменсіз күйде екені белгілі адамға қатысты... — бес жылға дейінгі мерзімге бас бостандығын шектеуге, не нақ сол мерзімге бас бостандығынан айыруға жазаланады. Денсаулыққа қасақана орташа ауырлықтағы зиян келтірудің критеріі болып:

— өмір үшін қауіптің болмауы;

— ҚР ҚК-де көрсетілген салдардың болмауы;

— денсаулықтың ұзақ уақытқа бұзылуы;

— жалпы еңбек қабілетінің кемінде үштен бірін айтарлықтай тұрақты жоғалтуға әкеп соққан салдар танылады.

Денсаулықтың ұзақ уақытқа бұзылуы

Денсаулықтың бұзылуы деп — ұзақтығы зақымның толық жазылу мерзімімен, яғни анатомиялық тұтастықтың және жекелеген мүшелер қызметінің бұзылуларының қалпына келуімен анықталатын ағзаның ауруға ұшыраған жағдайын айтамыз. Осы анықтамадан денсаулықтың ұзақ уақытқа бұзылуын емдеудің ұзақтығы (медициналық құжаттағы мәліметтер бойынша) және еңбекке жарамсыздықпен салыстыруға болмайды. Олардың уақыты бойынша сәйкес келмеуі жиі ұшырасады. Мысалы, жәбірленушінің кәсібіне байланысты ол еңбекке жарамсыз деп танылады және жұмысқа кірісе береді, алайда, оның денсаулығының бұзылуы әлі қалпына келмеген, бірақ, ол денсаулыққа зиян келтіру дәрежесін саралау кезінде жәбірленушіні қарау процесі мен медициналық құжаттардан алынған объективті мәліметтермен расталуы қажет. Денсаулықтың ұзақ уақытқа бұзылуы деп — ұзақтығы үш аптадан асып кеткен жағдай (21 күннен астам) саналады.

Еңбек қабілетінің кемінде үштен бірін айтарлықтай тұрақты жоғалту

Еңбек қабілетінің кемінде үштен бірін айтарлықтай тұрақты жоғалту деп — жалпы еңбек қабілетінің 10%-дан 33%-ға дейін жоғалту танылады.

Денсаулыққа қасақана жеңіл зиян келтіру (ҚР ҚК, 105-бап). Денсаулықтың қысқа уақыттық бұзылуына немесе жалпы еңбек қабілетін айтарлықтай емес тұрақты жоғалтуға әкеп соққан денсаулыққа қасақана жеңіл зиян келтіру — елу айлық есептік көрсеткіштен жүз елу айлық есептік көрсеткішке дейінгі мөлшерде немесе сотталған адамның үш айға дейінгі кезеңдегі жалақысы немесе өзге табысы мөлшерінде айыппұл салуға, не жүз сексен сағаттан екі жүз қырық сағатқа дейін қоғамдық жұмыстарға тартуға, не бір жылға дейінгі мерзімге түзеу жұмыстарына, не үш айға дейінгі мерзімге қамауға жазаланады.

Денсаулыққа жеңіл зиян келтіру критерилері:

— денсаулықтың қысқа уақытқа бұзылуына әкеліп соғатын, денсаулыққа жеңіл зиян келтіру;

— денсаулыққа жеңіл дәрежеде зиян келтіру, еңбекке жарамдылықтың аз мөлшерін жоғалту;

— денсаулыққа жеңіл дәрежеде зиян келтіру қысқа уақытқа денсаулықты бұзады және тұрақты еңбекке жарамдылықтың аз мөлшерін жоғалту.

Денсаулықтың қысқа уақытқа бұзылуы.

Қысқа уақытта денсаулықтың бұзылуы деп — зақымдануымен тікелей байланысты, ұзақтығы 6 күннен, бірақ 3 апта мерзімнен (21 күн) аспайтын уақытқа созылуы түсініледі.

Аз мөлшерде жұмысқа қабілетілігін жоғалту.

Аз мөлшерде еңбекке жарамдылықты жоғалту — бұл жалпы тұрақты еңбекке жарамдылықты 10%-ға дейін жоғалтуы.

Денсаулықтың қысқа уақыттық бұзылуына немесе жалпы еңбек қабілетін айтарлықтай емес, тұрақты жоғалтуға әкеп соқпайтын денсаулыққа жеңіл дәрежеде зиян келтіруге, алты күннен аспайтын уақытқа созылған, салдары тез жазылатын, елеусіз аз мөлшерде денсаулыққа зиян келтіру жатады.

3. Азаптау мен соққыларды келтіру

Соққылар

Соққылар денсаулыққа зиян келтірудің ерекше түрін құрамайды. Олар көптеген ұру әрекеттерімен сипатталады. Егер соққылардан кейін жәбірленушінің денесінде зақымданулар бол-

са, олардың денсаулыққа зиян келтіру дәрежесін жалпы белгілер бойынша бағалайды. Егер соққылар өзінен кейін ешқандай объективті іздер қалдырмаса, онда сот-медициналық сараптама өз қорытындысында жәбірленушінің шағымдарын және денсаулыққа зиян келтірудің объективті белгілері табылмағанын және денсаулыққа зиян келтірудің ауырлық дәрежесін анықтамайтынын нұсқайды. Мұндай жағдайларда соққылар фактісін бекіту тергеу және сот орындарының қарауына беріледі.

Азаптау (ҚР ҚК, 107-бап).

Ұдайы ұрып-соғу немесе өзге күш қолдану әрекеттері жолымен тән зардабын немесе психикалық зардап шегу, егер бұл осы Кодекстің 103-ші және 104-баптарында көзделген зардаптарға әкеп соқпаса — елу айлық есептік көрсеткіштен жүз айлық есептік көрсеткішке дейінгі мөлшерде немесе сотталған адамның алты айға дейінгі кезеңдегі жалақысының немесе өзге табысының мөлшерінде айыппұл салуға, не үш айдан алты айға дейінгі мерзімге қамауға, не екі жылға дейінгі мерзімге түзеу жұмыстарына, не дәл сол мерзімге бас бостандығынан айыруға жазаланады.

Азаптау

Азаптау денсаулыққа қасақана зиян келтіру себебін анықтайды. Бұл дегеніміз — бірнеше, ұзақ немесе ерекше ауыру сезімін келтірумен байланысты қасақана әрекет, яғни үшкір не доғал қарулармен зақымдау, денені күйдіру немесе ыстық сұйық зат құю, мыжғылау, өткір затты тырнақ астына кіргізу, тесу, т. б. түсініледі.

Сот-медициналық сарапшы азаптау нәтижесінде денсаулыққа келген зиянның туындауы туралы сұрақты шешпейді, яғни қасақаналықты анықтау сот-тергеу қызметкерлерінің құзіреттілігіне кіреді.

Алайда сарапшы:

- денсаулыққа келтірілген зияндылықтың сипатын;
- дене бөліктеріне келтірілген жекелеген жарақаттардың уақыт айырмашылығын;
- денсаулыққа зиян келтірген қару-жарақтарды анықтайды.

Бұндай жағдайда нақты зақымдаудың бірнеше, ұзақ немесе ерекше ауыру сезімін келтіруі — азаптаудың белгісінің бірі болып табылады.

Осылайша, дәрісіміздің осы сұрағында біздің тарапымыздан ҚР ҚК баптарына сәйкес денсаулыққа қасақана ауыр зиян келтіру дәрежесін анықтаудың негізгі критерилері қарастырылды.

Қорытынды

Жәбірленуші, сезікті және басқа да тірі адамдардың денсаулығына зиян келтіруге байланысты жалпы денесіндегі жарақаттардың себебі бойынша жарақат кезінде сараптаманың осы түрін тағайындау үшін тергеу, айыптау, сот қызметкерлері міндетті түрде білуі тиіс, сот-медициналық сараптама жүргізу барысының жалпы ережелері дәрісімізде қарастырылды. Сонымен қатар, мысал ретінде денедегі жарақаттардың сот-медицина сараптамасы, олардың қағидалары және әдістері, зерттеу түрлері, тексеру кезіндегі сарапшының алгоритм қызметі талданды. Дәрігермен жазылған құжатта жүргізілген сараптама шаралары және медициналық мәліметтер, заңгерлермен бірлесіп шығарылған дәлелдеменің бір түрі ретінде медицина қорытындысын пайдалану тек тергеу тәжірибесінде ғана емес, сонымен қатар, сот процесі мен қорғау ұйымы үшін үлкен мәнге ие.

7. ЖЫНЫСТЫҚ ҚЫЛМЫС КЕЗІНДЕГІ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМА

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Жыныстық зорланудың психофизиологиялық негізі*
- 2. Жыныстық қатынас патологиясы және оның сот-медицинасымен шешілуі*

Қорытынды

Кіріспе

Адам өміріне, бостандығына және жеке ар-намысына қарсы қылмыстардың ішінде әлеуметтік қауіптісі жыныстық қылмыс болып табылады. Бұл түсінікке адамның жыныстық қатынас және адамгершілік туралы қалыптасқан ұстанымының, жыныстық амандығы мен бостандығына қол сұғу жатады.

Адам өмірінің жыныстық жағына қатысты жыныстық қылмыстарды тергеуге арналған шешімі сот-медициналық сараптаманы жүргізуді талап ететін көптеген сұрақтар туындайды. Заңгерлерге бұл өзекті мәселені түсіну үшін адамның жыныстық өмірінің қалыпты жағдайы мен патологиясын және ер мен әйелге қатысты жыныстық зорлық әрекетке себеп болған жағдайды жалпы түрде білу қажет. Бұл толығымен зорлаушыға да, жәбірленушіге де қатысты.

1. Жыныстық зорланудың психофизиологиялық негізі

Жыныстық зорлауды қарастыру кезінде жыныстық өмірдің физиологиясы мен патологиясын білу керек. Заңгерлерге осы жағдайды жасөспірімдер, жігіттер мен қыздардың өсу қарқындылығына байланысты, қоғамдық өмірдің өзекті мәселелерінің бірі ретінде арнайы оқыту керек.

Адамның жыныстық өмірі биологиялық, әлеуметтік, психологиялық ерекшелігі бар күрделі кешеннен тұрады. Ол көптеген жағдайда адамның өзіндік жеке қалыптасуының белгісін

көрсетеді. Жыныстық кезеңмен байланысты психологиялық уайымдар, қоршаған орта үшін жан-жақты күрделі болып келеді.

Адамның эволюциялық дамуы кезінде жыныстық белсенділік гормоналды қалыптың ролінің азаюы және орталық жүйке жүйесінің жоғарғы бөлігінің манызының, түйсіктің, жеке даму процесі кезінде пайда болатын тұқымқуалаушылық реакциясының мінез-құлық нысанына ауысуы. Адамның нәсіпқұмарлық белсенділігіне жыныстық түйсік, қанның құрамындағы жыныстық гормондар, жеке тұлғаның моральдық-этикалық көзқарас жүйесі, қоғамдық әдет-ғұрып, салт-дәстүр, діни көзқарастарының әсер етуі анықталған.

Қалыптан тыс жыныстық әрекетті зертеу үшін құрылымдық талдау әдісін қолданады. Ол психикалық жағдайды, гормонмен қамтамасыз етілуін, жүйке қозғалысының қалыпты жағдайын және олардың өзара әрекеттерінің жиынтығын біріктіргендегі көлемді клиникалық диагнозға есептелген. Жыныстық жүйеде (мысал ретінде ерлерді алайық) әрқайсысы өзіндік анатомия-физиологиялық құрылымдардан тұратын және белгілі қызметтің атқарылуына байланысты төрт функционалды кешенге бөлінеді.

Нейрогуморальдықты құрушы — мидың және барлық эндокриндік бездердің жүйесінің қызметімен байланысты. Ол жыныстық қызығушылықты және жыныстық қызметті реттеп отыратын жүйке жүйесінің барлық бөліктерін тиісінше қоздыруды қамтамасыз етеді.

Психикалық құрылуы ең бастысы, бас ми қыртысының қызметімен және адамға тән жыныстық белсенділіктің туындауымен, сонымен бірге нақты жағдайда мінез-құлық реакциясы мен қоғамның моральдық-этикалық талаптарына сәйкестігін қамтамасыз етеді.

Эрекция құрушы — оның анатомия-физиологиялық субстраты болып, жұлынның жедел бөлімімен бірге эрекцияның арнайы ортасы мен тәуелді қан айналымы, сонымен қатар, ең бастысы, жыныс байланысының механикалық жағын қамтамасыз ететін, жыныс мүшесі болып табылады.

Эякуляторлық құрушы — қуық безінен бастап, бас ми қабатының қыртысының орталық маңына дейінгі күрделі

құрылымдық элементі табылады. Ол жыныс белсенділігінің барлық негізгі және соңғы биологиялық қызметін — еркектің ұрықтану процесінің басталуын бөлуді қамтамасыз етеді.

Қалыптан тыс жыныстық әрекеттің құрылымдық талдауы сәйкес құрушылардың функционалдық қызметінің сақталу дәрежесі туралы жекелеген нәсіпқұмарлық симптомдарын бағалау негізінде пікірге келуге, ал, ол болмаса, синдромның клиникалық белгілерін идентификациялайды, яғни адамның нәсіпқұмарлығының негізгі бағыттары болып: либидо, эрекция, эякуляция, оргазм табылады.

Сонымен қатар жыныстық мүшенің құрылу типіне, жыныстық белсенділіктің көрсеткіш индексіне, тұлғаның ерекшелігіне, жеріне, әлеуметтік өмір сүру жағдайына да үлкен мән берілу қажет. Адамдардың жыныстық өмірі әр түрлі нысанда болып келеді. Өкінішке қарай, бүгінгі таңда адамдардың гетеросексуалдық коитусының қалыпты моделі нәсіпқұмарлық жақындасудың жалғыз түрі болып отырған жоқ.

Осы мәселені қарастыру барысында, ең алдымен, жасөспірімдердің психосексуалдық дамуына тоқталу қажет, өйткені, патологиялық бейімделудің нысаны ретінде сексуалды перверсиялар осы жаста, яғни жыныстық қозу мен жетілу кезінде қалыптасады.

Жасөспірімдердің нәсіпқұмарлығының дамуы көптеген жағдайда ерте жыныстық қатынастың қозуына, ағзаның психикалық және физикалық құрылуының дәрежесіне, тәрбие әдісіне, ата-аналарымен өзара қарым-қатынасына, өмір сүру және тамақтану жағдайына, баспа, радио, теледидар, кино, театр арқылы алынатын ақпараттар ағынына, мектептегі тәрбиешілерге, жанұядағы туыстарға байланысты болып келеді.

Көптеген жағдайларда жасөспірімдердің жыныстық жетілуі, олардың психикалық, этикалық және адамгершілік жақтарынан озып түсетіндігі анықталған. Бұл, әсіресе, сексуалдық сұрақтарға келгенде психологиялық тұрғыда тез шешім қабылдауға әкеледі.

Жасөспірімдерде нәсіпқұмарлық белсенділіктің, не қалыптан тыс жыныстық әрекеттің ерте дамуы жүйке-психикалық бұзылулар дұрыс тәрбиеленбеу әсерінен туындайды. Жас өскен сайын нәсіпқұмарлық қызығушылық жоғарылайды және әртүрлі

әрі тұрақты түрде байқалады. Жасөспірімдерде нәсіпқұмарлық, жынысы бір не қарсы жынысты адамға құмарлық (күшақтау, сую, төсекте бірге жату, жыныстық мүшелерді көруге қызығушылықтың өршуі, дәретханада тығылып қарау, жынысы туралы ойлар, сексуалдық мағынадағы суреттер мен жазулар) түрінде жүзеге асады.

Осылардан басқа, олар:

— мастурбация;

— псевдолизм (мастурбациялық әрекеттер мен сексуалды әрекетті қиялдау);

— вуайеризм (жыныстық қатынасты қарау немесе жалаңаш түрдегі жыныстық мүшелерге қызығушылық);

— эксгибиционизм (қарсы жынысты адамның алдында денесін, жынысын көрсетуге ұмтылу);

— петтинг (гениталидің жақындасуы болмайтын, балаларда эякуляциямен және қыздарда оргазммен аяқталатын, екі жақты байланыстың әсерінен эрогенді зоналарды қоздыру);

— гетеросексуалды әрекет;

— гомосексуалды жыныстық қатынас болып бөлінеді.

Жасөспірімдердің жынысты әрекетінің негізгі дәлелі жоғарғы эмоционалдық сезіммен ұштаспайтын, сексуалдық қызығушылықты қанағаттандырудағы биологиялық қажеттілік болып келеді.

Адамның жыныстық өмірінің патологиялық формасының бірі болып сексуалды перверсиялар табылады. Сексуалды перверсиялар деп — жыныстық жақындасудың қалыпты, физиологиялық әдістерінен айырмашылығы бар, түрлі тәсілдермен алмастырылатын, қалыптан тыс жыныстық әрекетке қызығушылық және оны іске асыруды айтады. Оларды сексуалды девиациядан — «махаббат ойыны кезіндегі перверсионды әрекеттерден» ажырата білу қажет, яғни ол жыныстық сезімді іске асырудың жалғыз формасы емес, үлкен жынысты қозу және ұрпақ қалдыруға бағыттау.

Қазіргі жыныстық перверсиялар екі негізгі топқа бөлінеді:

— жыныстық әуестіліктің бұзылуы, бұл кезде жыныстық қанағаттану объектісі өзгереді — гомосексуализм және парадоксальді формалары (педофилия, геронтофилия, зоофилия, инцестофилия, некрофилия, пигма-лионофилия) және т.б.

— либидо қанағаттану әрекетінің бұзылуы — эксгибиционизм, аутоэротизм (нарциссизм, мастурбация), петтинг, мазохизм, пикацизм, плюрализм, вуайеризм, садизм, фетишизм, трансвеститизм, фроттеризм және т.б.

Жыныстық перверсияларды патологиялық жағдай ретінде қарасақ, оның үш формасын бөлуге болады:

— шынайы (биологиялық немесе туа пайда болған) — жыныстық әуестік жоғары құндылықта және әпабысқақ ретінде өтеді, алайда жеке адамның моральді, ерікті жағдайымен тоқтауы мүмкін, бірақ сексуалды әрекеттің жалпы бағыты сақталады. Жыныстық қанағаттану сол адамға тән формада сақталады;

— психогенді-функционалды — сыртқы әрекет әсерінен туындайды, бірақ, гетеросексуалды жыныстық қатынас болады, алайда, жағдайдың туындауы мен өзгеруі кезінде жылдам қозғалыста болады (шынайы перверсияға қарағанда);

— қалыпты емес (жалған) — сексуалдық әрекет жыныстық өзгеріс бар болса да қалыпты жыныстық әрекет болатындығымен сипатталады; олар созылмалы емес, ол кезде әртүрлі перверсиялық әрекеттер болады. Ол жерде негізгі рольде экзогендік әуестік іске асады және олар әдетте психопатиялық және истерикалық адамдарда байқалады.

Адамдардың жыныстық қызметінің патологиясы әр түрлі болып келеді. Әдетте ол психологиялық тұрғыдан ауыр, ал, емдеу көмегі шаралары үнемі жеткілікті түрде тиімді бола бермейді.

Осылардың ішінен мастурбация және гомосексуализмге тоқталайық.

Мастурбация. Мастурбация немесе онанизм деп — өзінің жынысын өзі қоздыруды айтады. Мастурбация ерлер және әйелдер арасында жиі кездеседі. Көптеген ер адамдар (73%) мастурбациямен 14-18 жастан бастап айналысады және 25 жасында толығымен тоқтайды. Көп әйелдер (62%) мастурбацияны жас кезінде бастағандар 55-60 жасқа дейін жалғастырады. Өзімен-өзі жыныстық ләззат алуға әйелдерге қарағанда, ер адамдар көп барады. Мастурбациямен айналысу мүмкіндігі туралы ақпараттар көзі жыныстық ләззат алудың жағымды әсері ретінде айналасындағылардан естуі болып табылады. Кейбір кезде мастурбация жабысқақ әсер болып қалады. Мастурбацияны көп

жасаудан кейін жыныстық қозудың, эрекцияның, жыныстық қатынастың төмендеуі пайда болып, астенизация дамиды, невроз және психологиялық шығын пайда болады.

Мастурбация бір жынысты адамдар тұрақтаған жерлерде көп дамыған. Олар алдымен қанағат алмайтын, биологиялық қажеттіліктен туындайтын сексуалдық қозуды жеңілдететін, алдамшы әсер ретінде дамиды.

Мастурбацияның қарқындылығы: салыстырмалы (аптасына 2-3 рет), шартты-эксцессивті (күніне 1 рет), сөзсіз-эксцессивті (күніне бірнеше рет).

Мастурбацияны: жеке, өзара, топтық (соңғысын моральді-этикалық талаптардың бұзылуы ретінде қудалау керек), еліктеушілік, зорлықты (оны да жеке адамға зорлық және бұзақылық ретінде қудалау керек) деп бөледі.

Гомосексуализм. Оның келесі түрлерін ажыратады: еркек пен еркектің, яғни жыныстық қатынас жыныс мүшесін белсенді түрде анушка енгізу — еркектік гомосексуализм түрі. Әйел мен әйелдің (сафизм, трибадия) — гомосексуализмнің әйелдік түрі, бұл кезде әйелдің эрогенді аймақтарын қоздыру жатады.

Гомосексуализмнің даму себептері:

- жас қыз не ер балалардың жыныстық тұрақсыздығы;
- ерте жыныстық қозу;
- бір реттің өзінде шартты-рефлекторлы тұрақты қатынастың пайда болуына бейім келу;
- қарама-қарсы жыныстық адамдардың болмауы. (бұл гетеросексуалдық бағыт тұрақты қалыптасқандарда көрсетілгендердің біреуі инверсияға әкелмейді, сондықтан, барлық жағдайда бұлар гомосексуалды болмайды).

Балалық және жасөспірім кездегі жыныстық бағыттың тұрақсыздығы және салыстырудың жетіспеушілігі кезінде нәпсіқұмарлық қызығушылықтың қалыптасуы барысында қарама-қарсы жыныстың болмауы жыныстық құмарлықтың бұзылуына әсер етуі мүмкін.

Жыныстық әуестіктің пайда болуына адамның қалыптасуы мен тәрбие процесінде туындайтын көзқарасы мен бағыты әсер етуі мүмкін. Олар күшті болған сайын мидың диэнцефальды аймағындағы ер немесе әйелдік жыныстық орталығының әлсіреуі болады.

Сот-медицинасы гомосексуализмнің негізгі екі түрін ажыратады:

— шынайы (биологиялық қалыптасу);

— психогенді-функционалды (ситуациялық-факультативтік), олар жабық ұжымда туындап, өздігінен еліктеу немесе мәжбүрлеу, не азғыру, сонымен қатар сыйақы үшін ерікті түрде айналысу нәтижесінде (яғни жезөкше) пайда болады.

Гомосексуализмнің бұл екі түрінен басқа, гомосексуализмнің негізгі екі түрін ажыратады:

— белсенді гомосексуалдар, «ер адам» ролін ойнаушы;

— енжар гомосексуалдар, «әйел адам» ролін ойнаушылар.

Олар тек қызығушылықтың бағытына ғана байланысты емес, одан басқа психологиялық ерекшеліктерімен: жүріс тұрысы, қимыл-қозғалысы, дағдысы, киінуі, жынысына тән сәйкестігімен бөлектенеді.

Гомосексуалды қатынастардың дамуын бірнеше сатыға бөледі:

— алдын ала — нәпсіқұмарлықпен қосылу үшін объектіні іздестіру; бұл жұпты ауыстырғанда пайда болады, бұған көбінесе белсенді гомосексуалдар жүгінеді;

— претактильды — гомосексуалды байланыс жүзеге аспайды, тек қана түсінде, қиялында және арманында болады;

— тактильді — гомосексуалды байланыс толық жүзеге аспай қалады, тек ол шешінген денеге қарау, шомылу кезінде тигенде, бір төсекте ұйықтаған кезде пайда болады.

— генитальді — гомосексуалды байланыс бар және ол жыныстық жақындасу сипатына ие.

Жыныстық гомосексуалды бейімділік емнің дұрыс жүргізілгеніне, әлеуметтік және психопрофилактикалық шаралардың жетістігіне байланысты, жоғарыда көрсетілген сатылардың бірінде тоқтап қалуы мүмкін.

Активті әйелдің және пассивті ер адамның арасында гомосексуалдықтың туындауының факторларын ғалымдар және тәжірибе мамандары екінші орынға қояды.

Ер адамдарда гомосексуализмнің активті формасы және әйелдерде пассивті гомосексуализмнің негізінде, жұбымен шартты-рефлекторлы байланыстың қалыптасуына әсер ететін

жағдайлар үлкен мәнге ие. Мысалы, әйелдерде бұл байланыс мықты, бұл активті жұптың ролін ойнағандарда, ол тек қана сексуалды жұбы ғана емес, сонымен қатар дос, жолдас болып келеді. Пассивті гомосексуалисткалар (лесбианкалар) бұл жолға психологиялық және сексуалдық жалғыздықтан қашып барады. Бұл жынысқа байланысты вариациялар байқалады.

Перверсиялар көбінесе (85%) психопатиялық мінезі бар адамдарда, психопаттарда, истериктерде, жеке тұлға тұрақсыздығында, орталық жүйке жүйесінің әр түрлі органикалық зақымдалуы болғандарда, психологиялық шығындарда, бас-сүйек жаракаты, жан ауруларымен ауыратындарда (қояншық, олигофрения, циклотимия және т.б.), эндокриндік бұзылыстарда, невроздарда, хромосомды ауруларда, жыныс жүйесінің туа пайда болған ақауларында кездеседі.

Бірақ та гомосексуалдардың арасында (15%) психикалық аномалиясы айқын көрінусіз, кейде қоғамдық өмірдің ғылыми, өнер, шығармашылық сынды түрлі аясында жоғары зиялы, талантты және қабілетті адамдар кездеседі.

Біз гомосексуализмнің ішінде зорлықпен байланысты, қылмыстық тұрғыда жазаланатын формаларын қараймыз. Осындай гомосексуалдардың халықтың арасында саны туралы нақты деректер жоқ және оларды білу қиын, алайда, осы мәселені зерттеуші тәжірибе мамандары гомосексуализмнің үлкендер арасында 10% және жастардың арасында 15% кездесетіні туралы айтады.

Ерлер арасында гомосексуалды жағдайлар, әдетте, кездейсоқ пайда болады және тұрақты бекітілген қатынас болмайды. Олардың арасында өзара мейірімділік, бір-біріне қарау, назар аудару жоқ, керісінше, пассивті жұбына жек көрушілік сезім болады. Жұбының интелекті неғұрлым төмен болған сайын, активті жұп өзін күштімін деп есептейді, өзіне әлсіздерді, интеллектуалды тұрғыдан дамымаған, сенгіш, психикасы немесе физикалық дамуында ақаулары барларды таңдайды. Активті гомосексуалдар өзінің құрбандығын өзімен бірге тұруға итермелей отырып, оларға сыйлықтар береді немесе балағаттау, ұрып-соғудан қорғайды, бопсалайды не күш қолданамын деп қорқытады, кейде зорлауға дейін барады.

Жыныстық қатынастан кейін активті гомосексуалдар өзінің жұбына деген құрметін жоғалтады, оны жек көреді. Пассивті гомосексуалдар басқа ер адамдардың қатынасын жек көреді.

Әйел гомосексуалдар (лесбианка) арасында жұптар бір-біріне тұрақты қарайды. Олардың ара қатынасы күйеу мен әйелге тән тәрізді махаббат және құрметтен тұрады. Гомосексуалды байланыс кезінде активті партнердің ролін орындаған әйелдерге қызғаншақтық, кек алу және басқа гетеросексуалды махаббатта көрініс табатындардың сезімі тән. Олар барлық кезде көшбасшы болуға тырысады, ер адамға тән сөйлеуге талпынады, киінуін, шашын, ер адам сияқты өзгертіп, қатты, әр түрлі сөздер айтады, темекі шегеді. Мысал ретінде, қылмыстық-атқару жүйесі бойынша әйелдер мекемесінің бірінде, өзінің гомосексуалды байланысында активті жұпты иеленген сотталушы, өзінің сүт бездерін алдырып тастаған, теріден қапшық тігіп, аралыққа киіп, зәр қабылдағыш ретінде қолданған. Кейін ондағы зәрді қысып шығарып, ер адам сияқты «зәр шығаратынына» назар аудартады.

Активті лесбияндық жасау арқылы әйелдерге зорлық көрсету сот-медицина тәжірибесінде сирек кездеседі. Көп гомосексуалды қатынастар жабық әйелдер ұжымдарында кездеседі, жатақханада, изоляторларда, өзінің қылмысын өтеу орындарында, психиатриялық ауруханаларда және басқа мекемелерде болады. Бір жыныстылардың бірге тұруы еркектердегі сынды, әйелдерде де сөзсіз бір-бірінің жүйке-психикалық қанағаттанбауына патологиялық тұрғыдан әсер етеді. Бұлардың көбі ұйқысыздық, айналасындағылармен себепсіз ұрыс-керіске баруы, әйелдерде сондай-ақ, көбіне жылауға бейім болып кездесетін, жүйке-психикалық бұзылыстармен ауырады. Кейде адамның психопатиясының өзіндік шығу түрін де анықтауға болады. Көптеген жағдайда бұл өзара жыныстық қатынастың қалыптан тыс нысанында айналысатын активті жұптарға қатысты болып келеді. Бұл активті және пассивті жұптарда, ерлер мен әйелдерде әр түрлі нұсқада көрініс табады.

Гомосексуалды байланысқа түскендердің көп бөлігі жан аурулармен ауыратындығын ұмытпау керек. Бұл көбінесе негізінен ер және әйелдердегі активті жұптарға қатысты. Сирек психикалық жетіспеушілік бір жынысты пассивті партнер әйелдердің арасында болады.

Гомосексуалды байланыс кезінде зорлық әрекетіне спирттік сусындар мен есірткі заттарды қабылдау, арнайы ұйықтайтын орындардың жетіспеушілігі, қарсы жынысты адамдармен қандай да бір байланысқа рұқсат етпейтін ата-аналардың шектен тыс қаталдығы, салауатты өмір салтының шынайы мысалдарының және үгіт-насихат жұмыстарының жоқтығы әсерінен болады.

Қалыптан тыс нәпсіқұмарлық әрекет өзінің негізінде тек биологиялық аспекті ғана емес, сонымен қатар, әлеуметтік, психологиялық және заңдық аспектілер бар екендігін білу қажет.

2. Жыныстық қатынас патологиясы және оның сот-медицинасымен шешілуі

Бұл сұрақты қарау барысында сот-медицина тәжірибесінде жиі кездесетін тұлғаның жыныстық бостандығы және тиіспеушілігінің бұзылуына тоқталамыз.

Қыздық перденің бұзылуы жайында

Қыздықтың негізгі критеріі әйелдің жыныстық қатынасқа әлі түспегендігі, ал, қыздық перденің бұзылуы қыздық перденің анатомиялық бүтіндігінің бұзылуы табылады.

Қыздық перде қынаптың кілегей қабатының дубликатура-сын сипаттайды және оның кіре берісін шектеп тұрады. Перденің негізін құрамында созылмалы талшықтар және бұлшық ет шоғыры бар, дәнекер ұлпа құрайды. Пердені қоршап тұрған кілегей қабық ішінен және сыртынан біртекті емес, көп қабатты жалпақ эпителиден тұрады.

Әдетте, қыздық перденің тесігінің орналасуына байланысты сақина, не циркулярлы және тесіктің эксцентрлік орналасуында жарты ай тәрізді (көбінесе жоғары және зәр шығару каналына жақын) екі негізгі формасын ажыратады. Перде жабық болуы да мүмкін, бұл кезде тесік мүлдем болмайды. Қоршалған, бұл кезде тесік көлденең немесе қиғаш қалқанмен екі бөлімге бөлінеді. Қыздық пердесі бір, екі немесе бірнеше тесігінің болуымен де сипатталады. Қыздық перденің биіктігі де әр түрлі болып келеді. Ол жиі 1-1,5 см, бірақ одан үлкен болуы мүмкін (2-2,5 см дейін) немесе, керісінше, аз болады. Кейде қыздық перде өте төмен болуы, қынаптың кілегей қабатында азғана қыртыс тәрізді, кейбір

жағдайда перденің туа пайда болғаннан бастап жоқ болуы кездеседі.

Бірінші жыныстық қатынас кезінде қыздық перденің жыртылуы-дефлорация деп аталады. Жыртылу біреу, кейде екеу болуы, сирек жағдайда одан да көп болуы мүмкін. Олар көбіне артқы төменгі сегментте болады, бірақ, басқа аймақта да болуы мүмкін. Жыртылу перденің негізіне дейін барады, беткей жыртылу сирек болады.

Сот-медицина сараптамасы кезінде қыздық перденің жыртылуы барлық уақытта жыныстық қатынастың әсерінен болмайтындығын ескеру керек. Олар қолымен немесе басқа бір затпен қынапқа енгізу әсерінен болуы мүмкін. Сирек жағдайда перденің жыртылуы жыныс жүйесінің жарақаты негізінде болады.

Кей жағдайларда перденің кейбір формаларында олар созылуға бейім, жыныс мүшесі қынапқа енген кезде жыртылу болмауы мүмкін, сондықтан қыздық перденің жыртылуы болмайды. Бұл сарапшының қорытындысында көрініс табуы керек. Бұл жағдайларда перденің жыртылуы босану кезінде ғана болады. Перденің жаңадан жыртылуы және ыдырауы кезінде қанайды, кейін грануляциялық ұлпа қалыптасады, шеттері тыртықтанады. Тыртық өте жұмсақ ақ бозғылт түсті, сырт көрінісі пердеден өзгеріссіз болады.

Қыздық перденің жыртылуының жазылу қарқындылығы 7-12 күн аралығында өтеді. Бұл қарқындылық жыртылудың уақытын анықтауға негіз болады.

Жыртылудың шеттері толық бітсе, ол «ескі» екенін білдіреді. Оның мерзімі жөнінде сараптамалық критерилер жоқ. Перденің жыртылуы, негізіне жетпегендерді табиғи өзгерістермен салыстыру керек. Оны кейде дәрігер көзбен көру арқылы ажырата алады, ол кезде түбінің шеңберленген ойықтарын анық көруге болады. Қыздық перденің кез-келген бөлігінде орналасқан ойықтың симметриялы болуы назарға алынады.

Дифференциалды диагностика мақсатымен кейбір арнайы әдістер қолданылады. Көп авторлар пердені көру негізінде ультракүлгін сәуле қолданады. Коллаген талшықтары әсерінен, пердені қоршаған ұлпаларға қарағанда, тыртықтар қатты жарықтанады. 3-6 күндік жыртылу кезінде әлсіз көгілдір

жарықтану көрінеді. Олар табиғи ойықтарда кездеспейді. Нақты нәтиже жасыл монохромды жарықтану кезінде кольпоскопия процесі негізінде алынатынын көрсетеді.

Бұрын жыныстық қатынасқа түскендігі жөнінде

Жыныстық қатынас болғандықтың нақты белгісі әйел қынабының кілегей қабатында сперматозоидтердің болуы. Олар коитустан кейін 3-5 тәулікке дейін сақталады (егер оларды жою үшін арнайы шаралар қолданбаса әрине). Қарау кезінде сперманын қынапта бар екенін анықтау үшін стерильді дәкемен алып әйнектің бетіне салып, ауада кептіреді.

Ер адам спермасының АВО изосерологиялық антигені болады, қандағы тәрізді нақты қай еркекпен болғанын анықтау үшін қынаптағы шәуеттің тобын анықтау керек. Сол үшін қынаптағы затты дәке тампонында зерттейді. Жұғынды алуға әйнек затын қолданады. Жыныстық әрекеттің бұзылған формаларында және еркек пен еркектің жыныстық қатынасында сперматозоидтар тік ішекте немесе ауыз қуысынан анықталуы мүмкін.

Шәуеттің қай топқа жататынына байланысты топты анықтау үшін «бөлуші» ретінде, яғни шәует, сілекей және қанда кездесетін адамнан бөлінетін басқа топтық антигендер нәтижесімен бағаланады. Көптеген адамдар қатары енетін «бөлушілерде» — бұл құрам айқындау, елеулі, ал, «бөлмейтіндерде» — өте аз немесе антиген анықталмайды.

«Бөлушіні» анықтау үшін сілекейді зерттейді. Ол кезде қанды алған тәрізді сілекейді сезікті мен жәбірленушіден алады.

Жыныстық қылмыспен байланысты зорлықтан өлім болған жағдайда, «бөлуші» санатын анықтау қажеттігі туады. Бұл үшін мәйіттен өт және зәрін алып зерттеу ұсынылады.

Жыныстық әрекеттің жанама әсері ретінде жәбірленушінің қынабында киімнің және шаштың бөлшектерінің болуы танылады. Шаш пен киім жіптері әйел қынабына кез-келген механикалық әсерден кіруі мүмкін, бірақ көбінесе олар жыныстық қатынас кезінде енеді. Сондықтан, қынаптың шырышты бөлігінен алынған шаш пен жіптерді сәйкес үлгілермен салыстырмалы микроскопиялық әдіспен зерттеу керек.

Бұрын жыныстық қатынас болғандықтың нақты белгісі — жүктілік болып табылады, ал, жанама — оның жұқпалы аурулар жұқтыруы.

Бұрын жыныстық қатынасқа түскендіктің белгісі болып, қыздық перденің жыртылуы мен жыныс мүшесінің айналасындағы механикалық зақымдалу табылады. Бұл екі белгі де тек бағытталушы мағына береді. Жоғарыда айтылғандай, дефлорация шектен тыс әрекет ретінде қаралған, ер адам қолымен немесе басқа затпен жасау нәтижесінен болуы мүмкін. Механикалық зақымдалуға келер болсақ, кейде зорлау кезінде зорланушының қарсылық көрсетуінде, физикалық әлсіздік дамығанда немесе басқа себептерден жыныстық қатынастың болмауы.

Тік ішек арқылы жыныстық әрекет жасағанда, оған тән өзгерістер, атап айтқанда: түтікше тәрізді шығып тұру, тік ішектің қыртысының жазылуы, оның ампуляры бөлігінің кеңеюі, сфинктердің босансуы болады. Осы өзгерістерді сараптамалық бағалау кезінде бұл өзгерістердің басқа факторлар әсерінен болуы мүмкін екенін, олар сол аймақтағы ауру процестері, статикалық атрофия және анатомиялық ерекшеліктердің болуын ескеру қажет.

Күш қолдану арқылы зорлану және қалыптан тыс әрекеттің белгілері

Күш қолдану арқылы зорлану белгілері механикалық зақымдану — терінің көгеруі, сырылу, қанталау, сирек жағдайда жара түрінде болады. Жыныстық қылмыс кезінде олардың ошақтануы сыртқы жыныс мүшесі аймағында, жамбас пен тізе үстінде, бөкседе, мойында, иығында, ауыз айналасында, сүт бездері аймағында болады. Бірақ, зақымдалу дененің басқа бөліктерінде де болуы мүмкін.

Әрбір зақымдалу себебі туралы сот-медицина сарапшысы баға беру кезінде оның сипатын (түрін), қолданған қаруы, денсаулығына қаншалықты зиян келгенін бағалау (ҚР ҚК баптарына сәйкес) және уақытын анықтау қажет.

Механикалық зақымдану қалыптан тыс әрекеттің нәтижесінен болуы мүмкін. Одан басқа, мысалы, қыздың жыныс мүшесі аясында қолмен немесе ер адамның жыныс мүшесімен айлашарғылар жасау, өзімен бірге қабыну, ісіну, гиперемия, іріңдеуге әкеледі. Жүйелі түрдегі қалыптан тыс әрекет кезінде оның кілегей қабатының созылмалы қабынуы болуы мүмкін.

Жыныстық жетілу жөнінде

Жыныстық жетілу туралы сұрақ әйел мен ер жынысты жәбірленушілерде 14-18 жас аралығында пайда болады, яғни 14

жаста жаөспірім саналса, 18 жаста некеге тұру жасы (ерекше жағдайлардан басқа) басталады.

Жыныстық жетілу жағдайына жету туралы сұрақты шешу барысында сарапшы әйел немесе ер адам ағзасының жалпы дамуын көрсететін, жыныстық мүшелердің жетілуін, яғни әйелдер үшін — етеккір қызметі және эндокринді статусты анықтау, ерлер үшін — тұрақты жыныстық қатынас пен денсаулыққа зиян келтірмей ұрықтандыру қабілетін анықтайтын белгілер кешенін назарға алу қажет.

Кейбір әдебиеттерде және сот-медицина сарапшыларына арналған анықтама материалдарында қыздардың жыныстық жетілуі жөнінде антропометриялық мағлұматтар бар: мысалы: тұрған кезде бойы 150 см-ден кем емес, отырғанда — 80 см. Қалыпты жағдайда кеуде қуысы 78-80 см, дем шығарғанда 73-76 см. Көрсетілген сандар көрсеткіші тек қана бағдар береді. Оның үстіне осы уақытқа тән бұл көрсеткіштерге акселерация көптеген түзетулер енгізеді.

Тек маман-дәрігерлердің (гинеколог, эндокринолог, психиатр) қатысуымен жүргізілуіне кеңес берілген, жан-жақты қараулар кезінде ғана, нақты қорытынды беру үшін жеткілікті мәліметтер алынуы мүмкін. Осыдан есте сақтайтын жайт, жоғарыда көрсетілген жыныстық көрсеткіштердің біреуі болсын теріске шығарылса, онда зерттелушінің жыныстық дамымағандығын көрсетеді. Соңғы жағдайдың жүктілік мерзімінің басталуы мен жедел босану кезінде де кездесуі мүмкін екендігін айта кеткен жөн. Бұл критерилердің барлығы болып, біреуі болмаса, ол оның толық жыныстық дамымағандығын көрсетеді.

Дәл сол сияқты жас балаларда жыныстық дамуы ерте (кейде 10-12 жаста) келетінін ескеріп, жыныстық жетілгендік (толығу) деп танылуы мүмкін, сондықтан, бұл көрсеткіш болашақта бөлектеу арқылы, оның жыныстық жетілгендігі жөнінде куәландырушы ретінде бағалануы мүмкін емес. Әйел мен ерлердің өмірінде жыныстық толығуға жетуден бұрын, бірнеше жылға (3-6 жыл, ал, кейде одан да көп) созылатын жыныстық жетілу кезеңі болып, осы кезеңде көрсеткіштердің бір қалыпты түзілуі, көрсетілген сұрақ жөнінде шығаратын сарапшы қорытындысы үшін негіз болып табылады.

Жүктілік туралы

Бұл жағдайда сұрақ жүктіліктің белгілі көрсеткіштері — ерте және кеш кезеңдерін ескеріп, маман-дәрігерлердің (акушерлер) кеңесімен шешіледі.

Соз ауруларды жұқтыру туралы

Бұл жағдайда сұрақ дәрігер-венерологтың қатысуымен шешіледі. Клиникалық зерттеулермен қатар, арнайы зертханалық талдаулар жүргізуді талап етеді.

Сезіктілерді тексеру туралы

Зорлау кезінде, кейде басқа да жыныстық қылмыстар кезінде сот-медициналық сараптамасына сезікті тұлғалар да (белсенді серіктестер) тартылады. Нақты жағдайлардың ерекшеліктеріне байланысты сараптама кезінде:

- жалпы жыныстық қатынасқа түсе алу қабілеті туралы;
- жақын арадағы жыныстық қатынасы және нақты бір әйелмен (еркекпен) жыныстық қатынасқа түсу мүмкіндігі туралы;
- денесіндегі зақымдары туралы сұрақтар шешілуі мүмкін.

Көрсетілген сұрақтарды шешу барысындағы сот-медициналық сараптамасының мүмкіндіктері жайлы қарастырайық.

Жыныстық қатынасқа түсе алу қабілеті туралы. Көбінесе сезікті адамдар жасына немесе аурушандығымен байланысты жыныстық қатынасқа түсе алмайтынын сілтей отырып, қылмыстық іске қатысы бар екендігін теріске шығарады. 50-55 жастан бастап ерлерде потенцияның әлсіреуі, ал 60-70 жаста оның толық жоғалуына алып келсе, ал, кей жағдайларда 80 жастағы ерлер жыныстық қатынасқа түсуі және ұрықтандыра алуы да кездеседі. Сондықтан, физиологиялық потенцияның нақты көрсетілген шекарасының жоқ екендігін, сараптама кезінде егде жастағы адамдардың да жыныстық қатынасқа түсе алатын қабілетін ескеру керек.

Жыныстық қатынастың әлсіреуі кез-келген жаста белгілі бір себептерге, яғни соматикалық, жүйке, психикалық әсерге байланысты дамуы мүмкін екендігін де ұмытпау керек. Шығу тегі осындай импотенция диагностикасы өте күрделі, мұнда зерттеулер сәйкес бағыттағы маман-дәрігерлердің (сексопатолог, уролог, венеролог, невропатолог, психиатрлар) қатысуымен жүргізіледі.

Назарға бұрынғы медициналық зерттеулердің нәтижелері (көрсетілген құжаттар арқылы) алынады.

Кейде жыныстық қатынасқа түсе алмаушылықтың себебі болып, сыртқы жыныс мүшелеріндегі механикалық кедергілер (ұма терісінің қалындап өсуі, үлкен шап ұма жарығы, т.б.), туа пайда болған даму ақаулары, сондай-ақ, тыртық және бұрын ауырған аурулары салдарынан өзгерістер мен жарақаттар табылуы мүмкін. Бұндай жағдайлар сезіктіні тексеру кезінде анықталады.

Жақын арадағы жыныстық қатынасы және нақты бір әйелмен жыныстық қатынасқа түсу мүмкіндігі туралы. Жыныстық қылмыстар кезінде сезіктілердің қалыпты немесе қалыптан тыс жыныстық қатынас диагностикасы, қынаптағы бөлінділердің, қанда, нәжісте, сілекейде маңдайлық шаштарды және тоқыма талшықтарды жыныс мүшелерінде, тырнақ астында және киімде табу арқылы анықтау сәйкес белгілер кешеніне негізделуі тиіс.

Қынаптық клеткалар жыныстық қатынас кезінде жыныс мүшесінің шеткі бөліктеріне түскенде 2-3 күннің ішінде лизиске ұшырайды, бірақ, олар жыныс мүшесінің денесінде өз қасиеттерін сақтап, 5 күнге дейін (егер жыныс мүшесінің дұрыс туалеті болмаған болса) анықталуы мүмкін. Киімдердегі қынаптық дақтар, басқа да жануар жасушалары сияқты, көп уақыт өткеннен кейін, бірнеше айлардан кейін де анықталуы мүмкін.

Зерттеу жүргізген кезде жасушалардың қынаптық екендігі және олардың қайдан шыққаны жөнінде топтық тиесімділігі, оған қоса эстрогенді стимуляцияның дәрежесін және әйел ағзасының етеккір фазасына жататыны анықталуы керек.

Сезіктінің жыныс мүшесін және тырнақ асты құрамын зерттеуден басқа, жоғарыда көрсетілген заттай дәлелдемелердің де маңыздылығы аз емес. Мысалы, қанға зерттеу жүргізгенде оның түрлік, топтық және қай жынысқа жататындығы, ал, шашқа зерттеу жүргізгенде, олардың түрлік және аймақтық шығу тегі, топтық түрі, цитологиялық жынысы (тамырлық түбінің қынаптық қабығы сақталған болса), нақты үлгілермен сәйкес келуі, сондай-ақ, тоқыма талшықтарын зерттегенде шағымданушының киімдерінің талшықтарының зерттеудегі материалдармен сәйкес келуі анықталуы мүмкін.

Зерттеу кезінде жәбірленуші әйелдің морфологиялық, цитохимиялық және топтық арнайы қасиеттерінің ұқсастығы бойынша шаш, тырнақ, қынаптың құрам бөліктерінің, қан және тоқыма талшықтарының сезіктінің жыныс мүшесінде, тырнағының астында және киімінде табылуы мен олардың сәйкес келуі сезіктінің зерттелуші әйелмен жыныстық жақындықта болғандығын көрсетеді.

Егер де жәбірленуші жүкті әйел болса, онда әйелдің жүкті болғандығы жайлы фактілерді табу маңызды болады, себебі — бұл фактілер жыныстық қатынаста болғандардың шеңберін азайтады. Бұл жүктіліктің арнайы гормоны — хорионгонадотропинді сезіктінің жыныс мүшесінде және киім дақтарынан анықтау мақсатында зерттеу жүргізу ұсынылады. Марлідегі хорионгонадотропиннің кепкен дақтарын 1-3 ай аралықтарында табуға мүмкіншілік бар.

Қалыптан тыс және еркек пен еркектің жыныстық қатынаста болғанын дәлелдеу мақсатында сезіктінің жыныс мүшесінен нәжісті, ішек құрттарының жұмыртқасын, тік ішектің шырышты қабатының жақушасын, ішектік флораны (жыныстық қатынас артқы тесік арқылы болғанда) немесе ауыз қуысының микрофлорасын (ауыз қуысы арқылы жыныстық қатынас болғанда) табу маңызды.

Жыныстық қылмыстар кезіндегі сезіктілерден табылған заттай іздердің дәлелдемелік құндылығының маңыздылығын атай келе, сонымен қатар, олардың табылуы жыныстық қатынастың табиғи немесе бұрмаланған (қалыптан тыс) жыныстық қатынасты жоққа шығармайды, өйткені, іздер уақыты келгенде жойылуы немесе жоқ болып кетуі (сараптаманы кеш жүргізген кезде) мүмкін.

Денедегі зақымдар туралы

Зорлау қылмысын жасаған адамдардың денесіндегі механикалық зақымдар күрестің белгілері және әйелдердің өзін-өзі қорғау әрекеттерінің шамамен 40%-ға жуық жағдайында, ал, зорлауға әрекеттенгендердің денесінде — 65% дейін кездеседі. Негізінен оларға қолдың тырнақтарынан болатын тыртықтары мен тістердің іздері жатады. Олар дененің әр түрлі бөлігінде орналасуы мүмкін, әсіресе қолда және бетте, кейде ерін мен тілде

жиі кездеседі. Сондай-ақ, жыныс мүшелерінің тістелулері болуы мүмкін.

Қылмыскердің денесіндегі әрбір зақымдалуды зерттегенде, жәбірленушіні зерттегендей, яғни зақымдану келтірген қаруы (құрал), ауырлық дәрежесі және мезгілі (нақты бір шараға қолданғанын) туралы сұрақтар шешілуі тиіс.

Жәбірленуші мен сезіктіні тексеру барысында сарапшылардың аталған әрекеттермен қатар, осы зерттеу процесінен алынған және тергеушімен қосымша жіберілген көптеген объектілерді зертханада зерттеу, оқиға орнына маман-дәрігердің баруы дұрыс болады.

Қарап тексеру кезінде маман-дәрігер тергеушіге әртүрлі заттай дәлелдерді анықтауға және алуға көмектесуі мүмкін. Оқиға орнында қылмыскерді табуға және қылмысты ашуға септігін тигізетін заттар: қан дақтары, шәует, қынап бөлінділері, шаш, күресу барысында түскен тері бөлшектері және қылмыскердің киімі, темекі қалдығы, бет орамал, тарақтар және т.б. табу өте маңызды болып келеді.

Қорытынды

Дәрісте жыныстық қылмыстарды тергеу барысында заңгердің алдында туындайтын мәселелер қарастырылып, көптеген жағдайда оның жүргізілу мерзіміне байланысты болатын сот-медициналық сараптамасының мүмкіндіктері көрсетілген. Сараптаманы неғұрлым тез жүргізсе, әсіресе, зорлау, еркек пен еркек, әйел мен әйелдің жыныстық қылмыстары кезінде, солғұрлым құнды ақпараттарды (дәлелдеме ретінде) алуға болатындығы көрсетілді.

8. ХИМИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІНЕН ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ БҰЗЫЛУЫ ЖӘНЕ ӨЛІМ (сот-медициналық токсикология)

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Улардың жіктелуі және олардың адам ағзасына түсуі*
 - 2. Уланудың патофизиологиялық ерекшеліктері*
 - 3. Уланудың диагностикасы және оны сарапшының бағалауы*
 - 4. Сот-медицина сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар*
- Қорытынды*

Кіріспе

Сот-медициналық токсикология проблемасының әлеуметтік маңызы зор. Қазіргі уақытта өлімге алып келетін қасақана улайтын жағдайлар саны өсіп жатыр. Бұған адамды өлтіру және өзі-өзіне қол жұмсау яғни, өзін-өзі өлтіру жатады. Мұнда жедел және созылмалы уланудың тұрмыстық оқыс жағдайын ұмытпау керек. Бұның барлығы сот-медициналық токсикологияның және сот-химиялық улану сараптамасының маңыздылығын көрсетеді.

1. Улардың жіктелуі және олардың адам ағзасына түсуі

Сот медицинасында барлығына бірдей (дәрігерлер, биологтар, токсикологтар, химиктер, заңгерлер) созылмалы және жедел улануда у ретінде шығуы жиі болатын химиялық заттардың жүйелілігін білу маңызды. Сондықтан, заңгерлер улы заттар туралы жалпы түсінік, олардың әсер ету механизмін және құрылымы бойынша жіктелуін, уланудың ерекшеліктерін және олардың пайда болуын білулері қажет.

Сот-медицина тәжірибесінде улану деп — адам ағзасына (улы заттардың) сырттан түскен улы немесе күшті әсер етуші заттардың әсерінен денсаулықтың бұзылуы және өлім туындауын айтады.

Сонымен қатар, у деп — адам ағзасына түскен улы заттың аздаған мөлшерінің өзі ауру немесе өлім тудыратын патологиялық

өзгеріске алып келеді. Әр түрлі уларға «аз мөлшерде» деген түсінік әр түрлі қарастырылады. Мәселен, этил спиртінің өлім шақыратын мөлшері 100 граммдармен өлшенсе, сулемада — оннан бір бөлігі, ал, стрихнинге — граммның жүзден бір бөлігі мөлшерімен өлшенеді. Аз мөлшерде қолданылатын улы топқа жатпайтын көптеген заттарды бір мезгілде көп мөлшерде адам ағзасына енгізгенде денсаулықтың бұзылуына әкеледі (йод, тұз т.б.).

Адамға улы заттардың әсері туралы токсикология ғылымы зерттейтіні мәлім. Бұл ғылым соңғы жылдары улы және күшті әсер ететін заттардың адам және жануар ағзасына патофизиологиялық әсерін зерттейтін, және жедел уланудың алдын алу жолы мен емі туралы мәселелермен айналысатын, диагностикалық әдістерді шығаратын өз алдына медициналық ғылым ретінде бөлініп шықты.

Сараптама тәжірибесінде (95%-ға дейін) тұрмыстық жағдайдағы қасақана және қасақана емес жедел улану жиі, ал, ауыл шаруашылығында және өндірісте кәсіби улану сирек (5%) ұшырасады.

Улану көбінесе химиялық препараттардың мына топтарымен:

— есірткілік улар (апиын, транквилизаторлар, барбитураттар);

— этил спирті және оның суррогаттарымен;

— қанды у;

— күйдіретін сұйықтың (сірке су эссенциясы, мүсәтір спирті, каусты сода);

— хлорланған көміртегі (дихлорэтан, трихлорэтан, төртхлорлы көміртегі);

— фосфорорганикалық инсектицидтер;

— ауыр металдардың және мышьяк тұзы

— удың биологиялық шығу тегі және т.б. шақырылады.

Сот-медицина тәжірибесінде улы заттардың жалпы негізінде алғашқы енгізгенде тез зақымдалу — бірінші топ немесе токсикологиялық әсерден сіңірілгенде болуы (резорбтивті) — екінші топ деп қасиеттеріне қарай жіктелуі қабылданған.

1. Ойып түсетін қышқылдар және олардың туындыларына жергілікті әсер ететін, яғни қоздыратын, күйдіретін немесе

некроздандыратын заттар жатады. Мұнда жергілікті әсермен бірге ағзада жалпы функционалды және интоксикациялық бұзылыстармен жүреді.

2. Резорбтивті улар (клиникалық және морфологиялық туындауына байланысты):

— деструктивті — ішкі ағзалардың жылдам морфологиялық өзгерістерін шақыратын заттар (сынап және мышьяк қосындысы);

— қандағы гемоглобинге әсер ететін, қанды (көміртегі тотығы және т.б.);

— функционалды — жергілікті әсер ететін және ішкі ағзалардың елеулі бұзылуынсыз жүретін, көбіне орталық жүйке жүйесін зақымдайтын және ағзаның қызметінің бұзылысына әкелетін заттар (атропин, стрихнин, морфий) деп бөлінеді.

Улану клиникасында ең бастысы болып функционалды бұзылыстар табылады. Улану механизмін қарастыра отырып, химиялық заттар ағзамен жергілікті және резорбтивті әсерлескенде жалпы токсикалық әсерлігі болып, улардың көрінісі жүйке — рефлекторлы реакцияны айту керек.

Химиялық активтілігі бар уларды жергілікті қолданғанда қабынатын, күйдіретін немесе өлтіретін, қоздыратын әсер береді. Бұл жағдайда көп немесе аз мөлшерде ағзаға удың түсу салдарынан жалпы уытты реакция және оның қанда айналымы байқалады.

Осы уақытта кейбір улы заттар ағза ішіне түсу жолында жергілікті әсерін тигізбейді (мәселен, алкоголь, ұйықтатқыш заттар, цианид, көміртегі тотығы және т.б.).

Адам ағзасына у түскенде қайтымды және қайтымсыз үрдістер болуы мүмкін.

Қайтымды көріністерде — патологиялық бұзылулардан кейін ағзаның физиологиялық қызметі қайта қалпына келеді немесе қайта интоксикация пайда болып, жеткілікті дәрежеде орнын толтырады.

Қайтымсыз көріністерінде — қандай да бір дәрежеде ұлпаның физиологиялық қызметінің (ағзаның) жоғалуы сияқты патологиялық өзгерістер пайда болады (мәселен, күйдіретін сұйықтықтар).

Сот медицинасында химиялық заттардың таңдамалы уытты әсері де маңызды орын алады. Мұнымен, улы заттың әсерінің жанама немесе тікелей екіншілік ретінде туындайтын, ағзаның қызметінің бұзылуы емес, улы заттың сол, не басқа бір ағзаға тікелей әсері түсініледі.

Сот-медицинасы тәжірибесінде улы заттың әсер ету уақыты деген термин бар. Барлық улардың жасырын кезенді көріністері, клиникалық көріністер кезеңі және ақыры (өлім, жазылу) болады.

Сараптама жүргізілгенде улы заттардың түсу жері маңызды орын алады. Бұл оральді, ректальді, ингаляциялық, тамыр ішілік, бұлшық еттік, тері астылық және одан басқа жараланған және күйдірілген жердің беті, қынап, жұлын каналы, қуық, көз қабынуы болуы мүмкін.

Жедел химиялық заттармен улануда көбіне улы заттар тағаммен, сұйықтықпен бірге немесе өздігінен асқазан ішек жолдарына түсуі мүмкін. Оральді түрдегі уланудың ерекшелігі удың әсер ету қарқындылығы ауыздағы, өңеш, асқазан, ішектегі сіңірілу жылдамдығына, бауырдың жағдайына, соның ішінде улы заттардың ыдырауына байланысты болып келеді.

Газ тәрізді улы заттардың негізгі жолы тыныс алу жолдары. Өкпеге жеңіл ыдырайтын, газ, бу және аэрозоль тәрізді заттар жеңіл сіңіріледі. Ингаляциялық улану ерекшелігі — у газ тәрізді күйде бірден қанға түседі. Мұнда интоксикация, у ішек жолдарына түскенге қарағанда, салыстырмайтын жылдамдықта болады.

Кейбір улар ағзаға тері қабаты арқылы өту қабілетіне. (жылан, ара уы) ие болады. Теріде механикалық, термиялық, химиялық зақымданулардың болуы, оның тез сіңірілуін және интоксикациясын күшейтеді.

Шамадан тыс тері асты, бұлшық етке, тамыр ішілік препараттарды енгізген кезде жедел улану болады. Тері астына және бұлшық етке енгізгенде 10-15 минут, ал, тамыр ішіне енгізгенде, енгізген бойда немесе кейін әсер етеді. Инъекциялық жолмен енгізілген улардың ерекшелігі, олар пероральді жолмен берілуге қарағанда, күшті және жылдамырақ болады.

Химиялық заттардың қынапқа, тік ішекке, мұрын, көз конъюнктивасына түсуі медициналық тәжірибеде сирек және жаракат

алған кезде оқыс жағдайда, жансыздандыру кезінде, жүктілікті тоқтатқан кезде кездеседі.

Осылайша, бізбен улардың жіктелуі және олардың адам уланған кездегі токсикалық әсерінің жалпы механизмі қарастырылды.

2. Уланудың патофизиологиялық ерекшеліктері

Сот-медицина тәжірибесінде тағамнан улану туралы сұрақ жиі туындайды. Сараптамалық міндеттерді шешу үшін тамақтың қорытылу кезінде улардың сіңірілуінің патологиялық ерекшелігін анықтау маңызды болып келеді. Бұл үрдісті жекелеп қарастырамыз.

У адам ағзасына түскен бойда оның дене мүшелері мен ұлпаларға сіңірілуі және бөлінуі басталады. Осы уақытта жіңішке қышқылды-қалпына келу және зат алмасу үрдісі жүреді.

Қанға химиялық заттар олардың ақуызымен қайтымды байланысқа түседі және осы конгломерат өзінше удың динамикалық қоры ретінде қызмет етіп, осыдан қанға түсіп және улардың шоғырлануы төмендеген бойда әсер ете бастайды.

Жасушаішілік және жасушааралық сұйықтықта улардың және өнімнің ыдырауының жылжымалы тепе-теңдігі анықталады.

Химиялық заттардың ағзадан бөлінуі және олардың метаболиттерінің бөлінуінің ерекшелігі неде? Химиялық заттардың сыртқы секреторлы қызметін атқаратын мүшелер арқылы зәр, өт, нәжіс, ауа, тері, сілекей және сүт арқылы (бала туған аналар) шығарылатыны дәлелденген. Мұнда негізінен бауырға улы зат асқорыту жүйесінен сіңіріліп, ыдыраған зат ретінде немесе қанға қайтып келу арқылы жүзеге асырылатын, дезинтоксикациялық қызмет маңызды.

Тыныс алу жүйесі арқылы ұшқыш заттар және алкоголь мен оның туындыларының ыдыраған заттары, ал, асқазанның кілегейі арқылы – никотин, амидопирин және метил спирті, тоқ ішектен — мышьяк, сынап, қорғасын бөлінеді. Ағзаның осы ерекшеліктерін диагностикалық мақсат ретінде қолданады.

Сот-медициналық сараптамасын уланудың шығу салдары қызықтырады. Мұнда сауығу, жақын және алыс асқынулар, өлім болуы мүмкін. Сондықтан сот-медициналық тәжірибеде:

— өмірге қауіпті емес улануда — денсаулық жағдайының бұзылысының байланысын және улы заттың әсерін анықтау;

— ал, өлімге алып келетін (өмірге қауіпті) улануда — өлім себебін анықтау үшін толық сот-медициналық зерттеуді (ашып қарау, зертханалық және химиялық зерттеулер) жүргізу керек.

Сот-медициналық сараптамада уланудың дәлелі оқиғаның мән-жайы, тірі жәбірленушіні куәландыру, мәйітті ашып қарау хаттамасы, құсықтың массасын, қалдық суды және тағамды сот-химиялық зерттеу болып табылады. Одан басқа спектральді талдау, микробиологиялық, биохимиялық, ботаникалық зерттеу, сонымен қатар, қажет болған жағдайда мәйітті эксгумациялау сынды қосымша зертханалық зерттеудің қорытындысы назарға алынады.

Сарапшылар үшін химиялық заттардың уытты әсерін анықтайтын факторлар да маңызды. Мысалы:

— мөлшері (саны), уыттылығы және шоғырлануы;

— ағзаға ену және сіңірілу жылдамдығы;

— физикалық күйі (сұйық, қатты, газ тәрізді)

— удың сақталыну ортасы;

— ену ортасы және әдісі;

— адам ағзасының қабылдамау немесе, керісінше, жоғарғы сезімталдық (генетикалық, ұлттық, физиологиялық, ферментативті, жасы және жынысы) ерекшелігі;

— сыртқы ортаның факторлары (ыстық, суық, радиация) және метеорологиялық өзгерістері;

— удың қайталанған әсері.

Сонымен, біз уланған адамның патофизиологиялық ағымын, олардың сот-медицина сараптамасы кезіндегі дәлелдемелік маңызын және улы заттың токсикалық әсерін анықтайтын шарттарды қарастырдық.

3. Уланудың диагностикасы және оны сарапшының бағалауы

Сот-медициналық сараптамада жоғары маңызды токсикалық әсер ететін улы заттарға: уксусты эссенция, минералды қышқылдар, ойып түсетін сілтілер жатады. Осы заттармен тұрмыстық жағдайда жиі кездесетін өз-өзіне қол жұмсағанда, си-

рек окыс жағдайларда және кейбір жағдайларда мақсатты өлтіру кезінде де қолданылады.

Уланудың ауырлығы — улы заттың мөлшеріне, ас қорыту жүйесінен жүру жылдамдығына, асқазанның толу дәрежесіне, жәбірленушінің жасына, ауыз қуысындағы, өңеш, асқазандағы патологиялық өзгерістерге және зақымдалу аумағына байланысты.

Нақты химиялық заттарды қарастырайық.

Органикалық қышқылдармен улану. Қышқылдардың бұл тобына уксусты, карболды және т.б. жатады. Карбол қышқылы (лизол және т.б.) медицинада күшті жүйке-протоплазмалық у ретінде сирек кездеседі. Ал құрамы 80% уксусты қышқылдан тұратын уксусты эссенциямен улану жиі ұшырасады және күйдіруші сұйықтықтардан уланудың негізгі массасын құрайды. Бұның жергілікті әсері шырышты қабыққа жақын жерді күйдіріп, кейін химиялық күйдіруге әкеледі, ал, оның ағзаға жалпы әсері — эритроциттердің гемолизінен, олардың жабысуынан және ацидоздың дамуынан, ірі мөлшердегі тромбтардың түзілуі пайда болады.

Эссенциямен уланған кезде асқынулар: ауру сезімдік және уытты естен танудан бастап, асқазан және өңештің химиялық күйі, перфорациясы, содан көп мөлшерде қан кету, ауыр интоксикациямен бірге орталық жүйке жүйесінің зақымы, токсикалық гемоглобинуринді нефроз, бүйрек жетіспеушілік, уремиялық кома, шапшаң өлім түрінде туындайды.

Минералды қышқылдармен улану. Бұл органикалық емес қышқылдар түрінің өкіліне күкірт, азот, тұз қышқылдарының тобы жатады.

Адам ағзасының ұлпаларына бұл заттардың бірдей әсер етуіне қарамастан, алайда, жылдам, күрделі бұзушы болып күкірт, содан соң азот, кейін тұз қышқылы табылатындығын заңгерлер білуге тиіс. Бұлардың барлығы ақуызға әсер етіп, ұйытып, оларды коагуляциялануға ұшыратады және қан элементтеріне ерітіп, паренхиматозды органдардың қайта пайда болуы ықтимал және қандағы ацидозды шақырады.

Минералды қышқылмен уланудың клиникалық симптомдары болып құсу, несеп шығарудың тоқталуы, ауру сезімі және

токсикалық естен тану, ішкі қан кету табылады. Улану жәбірлі, ауыр түрде өтіп, тәуліктерге созылады. Толық емес жазылу (егер ол мүмкін болса) ас қорыту жүйесінің бұзылысынан, өңеште және асқазанда тыртық және энтералгия салдарынан туындайды. Шоғырланған органикалық емес қышқылдың өлімге алып келетін мөлшері 5,0 г.

Мәйітті ашқанда еріннің, бетінің, ауыз қуысының, жұтқыншақтың, өңештің, асқазанның көптеген химиялық заттармен күйгендігі байқалады. Мәйітті сот-химиялық зерттеу удың сандық және сапалық көрсеткішін (қандағы ақуыз және гемоглобин) анықтайды.

Осы қышқылдардың адам денесіне «құйылуы» беті, денесі, қолы және түрінің бұзылуына әкелуі маүмкін.

Ойып түсетін сілтілер (аммиак, мүсәтір спирті, каустикалық сода, натрий, сілтісі, калий сілтісі) — кездейсоқ жағдайларда кездеседі. Концентрацияланған ерітіндінің өлімге алып келетін мөлшері — 20 мл.

Жеткілікті мөлшердегі сілті шырышты (жолмен жіберілгенде) терең бұзады және теріде (сыртқы байланысы) асқазан жарасы струпының түзілуіне және қандағы өзгерістерге ұшыратады.

Уланудың осы түрінің клиникалық көрсеткіштері құсу, ішектегі қатты ауыру сезімі, қантамырлы коллапс және ауыру сезімдік және токсикалық естен тану әсерінен жүрек тоқтауы (жансыздану) да болуы мүмкін. Өлім (1-тәулікте) жылдам болады. Жазылуы ұзақ уақытқа созылады. Жиі улану шамадан тыс қабылдаған кезде байқалады.

Аммиакпен уланғандағы клиникалық көріністерді қарастырайық.

Аммиак (мүсәтір спирті) — кейде алкогольді интоксикацияны жою үшін пероральді қолданылады (2-4 тамшыдан). Уланудың ауырлығы қабылдау мөлшеріне, жылдамдығына және басқа да себептерге байланысты. Осы уланудағы жалпы әсер — қан құсу, қан аралас іш өту, ауыз және ас қорыту жолдарының қатты ауыру сезімі, қатты шөлдеу, ауру сезімі және токсикалық естен тану, бүйрек, бауыр, ішек жолдарының зақымдалуы, асқазан-ішек жолдарынан қайталап қан кету, өңеш, асқазан, ішек перфорациясы болуы мүмкін. Өлім күйікті естен танудан алғашқы сағаттарда және

тәулігінде болады. Ал, кейін асқынудың басталуынан қанталау, өкпе қабынуы және т.б. себептер болуы мүмкін.

Сот-химиялық зерттеулерде ішкі мүшелердегі сілтінің саны анықталады.

Деструктивті улармен улану (мышьяк, сынап, және т.б.). Көбінесе бұл сынап қосындылары (сулема, жағылатын сынапты май, биохиноль), адам ағзасына негізінен тыныс алу жолдары арқылы, ауыз, тері, жараның бетінен және зәр шығару жүйесінен ағзаға түседі.

Дезинфекциялық мақсат ретінде қолданылатын сулемамен улану деструктивті улы заттардың ішінде типтік түрі болып табылады. Токсикалық әсерінің механизміне келсек, ұлпалардың биологиялық белсенділігінің төмендеуіне, жасушаішілік зат алмасу процесінің бұзылуына, ферменттердің белсенділігінің төмендеуіне әкеледі. Клиникалық тұрғыда ол көп мөлшерде сілекей ағу, жиі қанмен аралас ауру сезімін тудыратын нәжіске бару, сезімнің бұзылысы, бүйрек зақымдалуы, жүрек қызметінің төмендеуімен жүреді. Өлім негізінен бүйрек жеткіліксіздігінен болады. Сулеманың өлімге алып келетін мөлшері — 0,1-0,3 г.

Қанды улармен улану. Бұл таңдамалы түрде қанға және қан тамырлар жүйесіне әсер ететін, эритроциттердің гемолизі және гемоглобиннің қасиетін өзгертуі сынды асқинулар тудыратын у тобы. Бұл топқа қорғасын, көміртегі қышқылы, бензол, ксилол жатады. Олардың жалпы токсикалық әсері және клиникалық дамуы бауыр және бүйректің жеткіліксіздігімен жүреді, осыдан интоксикация ақырын жүреді және адам өлімін анықтайды.

Көміртек тотығының ерекшелігі. Бұлар өндірісте, тұрмыстық жағдайда газ құбыры зақымдалғанда және өрт негізінде жиі кездеседі. Бұл уланулар жедел өтеді және адам өлімі, өз-өзіне қол жұмсау және оқыс жағдайларды диагностикалайды.

Улану механизмі: көміртегі қышқылы тыныс алу жолдары арқылы өтіп өкпеге және қанға түседі, гемоглабинмен байланысып карбоксигемоглобин түзіп, бұл оттегімен байланысу қасиетін жоғалтып, осыдан ауа жетіспеушілігіне әкеледі.

Өлікті ашып қарағанда қанда карбоксигемоглобин, ал, бұлшық етте көп мөлшерде карбоксигемоглобин табылады. Осында тері түсі, бұлшық ет және мәйіттегі дақтар қызыл-ала түсті, бас миында — қантолу және ісік болады.

Сот-медициналық диагностика көміртегі қышқылымен улану клиникасына тән маңызды оқиғалы жағдайға, өлікті сот-химиялық зерттеудің мағлұматтарына негізделеді.

Функционалды улармен улану (цианды қосындылар, ұйықтататын заттар, этилды және метилді спирттер, суррогатты алкоголь). Бұл улармен улану сот-медицина сараптамасында жиі кездесетіндіктен, нақтырақ қарастырайық.

Цианды қосындылар. Олар негізінен, ең бастысы, синильді қышқылда болатын цианды калий және оның туындылары. Синильді қышқыл (миндаль) өрік, алша, шабдалы дәнектерінде кездеседі.

Улану механизмі мынадай: цианидтер ауыз арқылы қанға түсіп, өңеште және асқазанда сіңіріледі. Тез арада олар қанда тыныс алу ферменті — цитохромоксидазаны дұрыстайды, бұл енді үш валентті темірге қосылып, қаннан ауа қабылдайтын ұлпа жасушаларының қасиетін бұзады, соның салдары ең алдымен бас ми жасушаларының ұлпа гипоксиясына, ал, бұл тыныс алу және қантамырлы қозғалтқыш орталығының жансыздануына алып келеді. Адамның өлімін тудыратын мөлшері: таза синильді қышқыл — 0,005-0,1 г; цианды калий — 0,15-0,25 г.

Жалпы цианидтердің әсері қабылданған улы заттың мөлшеріне тәуелді. Осыдан:

— көп мөлшерде — жедел естен тану, тырысу, еңтігу, көз қарашығының кеңеюі, тыныс алу және қантамыр қозғалтқыш орталығының жансыздануынан болған өлім;

— аз мөлшерде — үдемелі бас ауру, лоқсу, құсу, жалпы әлсіздену, мазасыздандыратын тырысулар, естің жоғалуы, тыныс алудың тоқтауы және өлім туындайды.

Ұйықтататын заттармен улану (барбамил, этаминал-натрий және т.б.). Барбитураттардың әсер ету механизмі — ауыз арқылы түсіп, өңеш және асқазанда тез сіңіріледі. 1-2 сағаттан кейін орталық жүйке жүйесіне қысым жасап, коматозды жағдай дамып, гипоксия басталып, өлімге әкеледі.

Өлікті сот-медициналық зерттеу кезінде өлімнің жылдам басталу белгілері және бас миындағы тән емес өзгерістер анықталады.

Этил спирті (асқазан және ішектерде жақсы сіңіріледі және өте улы). Сот медицинасымен зерттелінетін өлім шақыратын улардың ішінде этил спирті (65%) бірінші орынды алады. Соңғы уақытта оның санының өсу қарқындылығы байқалып отыр. Ол бір жағынан азаның этил алкогольіне реакциясының өсуі байқалса, екіншіден — уланудың біртіндеп гипердиагностикасымен түсіндіріледі.

Мәйіттің этилді спиртпен улануын анықтаудың негізгі күрделілігі екі жағдайды бір-бірінен ажырату керек:

— алкоголь улы зат ретінде жедел өлімге алып келетін улану шақырады;

— алкоголь қауіп-қатер төндіруші елеулі фактор ретінде әр түрлі аурулардан тез өлім тудыруға әсерін тигізеді, мәселен, ең алдымен жүрек-қантамыр патологиясы.

Бұл уланулар жақсы зерттелген және олардың динамикасы ретімен жүретіні анықталған келесі фазалардан тұрады:

— резорбция (сіңірілу), мұнда қанда 1 сағаттан 3 сағатқа дейінгі аралықта этил спирті жоғары болып, содан мүшелерге бөлініп, біртекті күйге түседі. Сондықтан, мастықтың дәрежесін оны қабылдағаннан кейін 1 сағаттан соң, алкогольдің құрамын 1 литр қанның промилледегі 1кг салмаққа өлшеп салыстыра отырып айтуға болады. Бұл фаза қалыпты алкогольді қабылдауда тез, ал, жүйке-психикалық қозғыштықта, эмоционалды күйзелісте, асқазанның жұмыс істеу қызметі төмендегенде ұзағырақ болады. Сонымен қатар, аш қарынға алкогольді ішкен кезде, оның қандағы максималды қосылысын 40-80 минуттан кейін анықтауға болатыны белгілі;

— элиминация (шығу), мұнда алкоголь асқазан және ішектерде толық-тай сіңірілігеннен соң, қандағы құрам төмендеп, сонымен бірге зәрде жоғарлайды. Элиминация сатысының ұзақтығы да бірқатар факторларға, яғни алкогольдің қанша мөлшерде қабылданғанына байланысты. Негізінен ол 24 сағаттан аспайды, бірақ, кейбір жағдайларға байланысты ұзаруы мүмкін.

Ауыр механикалық жарақатта, жарақаттан естен тануға тән жалпы зат алмасудың төмендеуімен байланысты, алкогольдің тотығу-қышқылдану жылдамдығын тежелетіндігін заңгерлер естен шығармауы тиіс. Бұндай жағдайларда қандағы алкогольді 1,5-2 тәулік ішінде анықтауға болады.

Көбінесе алкогольді мас күйінде агрессивті қылмыстар жасалады. Сондықтан, заңгерлерге қандағы алкогольдің концентрациясын және оның мастықтың дәрежесін анықтау ұсынылады. Қабылдағаннан кейін 1 сағаттан соң осы көрсеткіштерге сай:

- 0,3‰ — алкогольдің болмауы;
- 0,3-0,5‰ — аз мөлшерде айқын емес алкогольдің болуы;
- 0,5-1,5‰ дейін — мастықтың жеңіл дәрежесі;
- 1,5-2,5‰ промилеге дейін — мастықтың орташа дәрежесі;
- 2,5-3,0 ‰ дейін — мастықтың қатты дәрежесі;
- 3,0-5,0‰ дейін — ауыр улану;
- 5,0-6,0‰ дейін — өлім шақыратын улану.

Заңгерлер, көрсетілген сандардың тек тірі адамға ғана қатысты екендігін ұмытпаулары тиіс, ал, өлік материалдарында оны тек бағдар беруші ретінде пайдалануға болатынын естен шығармау керек. Сот-медициналық тәжірибиеде қандағы алкогольдің құрамы 4‰ аз болған жағдайда да өлім болған кездер кездескен, сондай-ақ, алкогольдің құрамы 5‰ асса да үнемі өлімге әкелуге негіз бола бермеген.

Сот-медицина сараптамасының тәжірибелік қызметі этилді алкогольмен уланудың алкогольдің адамның тірі кезіндегі ағымының ауырлығы мен оның қандағы шоғырлануының нақты параллельдігі анықталмағандығын көрсетіп отыр.

Алкогольдің адам ағзасына әсері әр түрлі болып келеді. Алкогольмен жедел уланудың ауырлық дәрежесі оны қабылдаған мөлшеріне, асқазанның майлар мен ақуыздарға толы деңгейіне, дағдысына, жеке ерекшеліктеріне, денсаулық жағдайы және жасына байланысты.

Алкогольді ірі мөлшерде қабылдау тоқтау, қозу процесінің бұзылуына, ес, тыныс алу орталығы, жүрек-қантамырлар қызметі процесінің төмендеуіне әкеліп соғады.

Сот-медицина тәжірибесінде этил спиртімен улануда мастықтың дәрежесіне (жеңіл, орта, ауыр), оның клиникалық ағымы мен динамикасына көңіл бөледі. Мұнда мас адамда қозғыштық, қозғалыс координациясының бұзылуы, сөйлеудің бұзылуы, ұрыс-керіске құмарлық, агрессивтілік, құсу, ауру сезімталдығының төмендеуі басым болады. Бірақ, мұнда естің жоғалуы, коллапс, кома, ессіз-күйсіз және өлім болуы да мүмкін.

Әдетте, әйелдер еркектерге қарағанда қандағы алкогольдің құрамы төмен деңгейінде де өліп кетуі мүмкін. Осындай сәйкес аз мөлшерде алкогольді үнемі қабылдаушылардың (маскүнемдер) өлімі сирек кездеседі.

Алкогольді интоксикация кезінде өлім оның резорбция, диффузды тепе-теңдік, элиминация кезеңдерінің кез-келген сатысында тууы мүмкін. Бірақ көбінесе — элиминация кезеңінде, кейде қандағы алкогольдің құрамы аз мөлшерде болса, онда оның соңына қарай туындайды. Мұнда алкогольдің зәрдегі деңгейі жоғары болады, бірақ, ол бойынша қандағы жоғарғы қосылыстар туралы бағдарлап қана айтуға болады, өйткені талдауға диурезді санамағанда зәр «қосарласқан» мөлшерде алынады.

Сот-медицина сарапшысы алкогольді интоксикациядан болған өлімге күмәнданса, заңгерлерден өлген адамның жеке басы, денсаулық жағдайы және олардың аурулары мен өлім туындауы туралы мәліметтерді алуы қажет. Оған тағы да алкогольді тексерген зерттеу (қанда, несепте, жұлында, сұйықтықта, ішкі мүшелердегі) қорытындылары қажет. Уланудың осы түрінде ішкі мүшелерде арнайы өзгерістердің болмайтындығын ерекше атап өту қажет.

Арнайы формула көмегімен сот-медицина сарапшысы алкогольдің қандағы, несептегі, жұлын сұйықтығындағы санын біле отырып:

- алкогольді қабылдағаннан бастап өлімге дейінгі уақытты;
- қабылданған алкогольдің мөлшері және оқиға болған кезде оның шоғырлануын;

- өлген адамның мастық дәрежесін анықтайды.

Сонымен қатар, өлікті сот-медициналық ашып қарау:

- уланудың және өлімнің біріншілігін немесе екіншілігін (өлген адамның уланудан не аурудан болғанын);

- өлімнің туындау уақытын; мұнда, қыс кезінде алкоголь өлікте 4 айға дейін, ал жазғы уақытта 2 айға дейін сақталынады, сондай-ақ, алкоголь бүйрек, жамбас бұлшық еттерінде және бауыр мен шаш пиязшығында ұзақ сақталынатынын айту керек.

Алкогольдің уытты әсері негізінен алкогольден мас болу ағымы мен адамның интоксикациясының ары қарайғы ауыруымен байланысты болатын, құрамында алкогольдегидрагеназа және ацетальгидрагеназаның бар болуымен анықталады.

Алкогольмен уланған жағдайда сот-медициналық зертханалық зерттеу үшін қан (жамбас тамырларынан құтыға шприцпен алынады, бірақ, мұндай кезде жүректен алуға болмайды), несеп, жұлын сұйықтығын, асқазандағы тамақтар құрамын, көздің ішкі жағынан сұйықтық алады. Ал, өліктің шіру сатысында — 500 грамм бұлшық ет міндетті түрде алыну керек. Формула бойынша есептеу жүргізу үшін өліктің салмағын өлшеп алу қажет.

Метилді спирт (метанол, ағаш спирті, карбинол). Ол негізінде ерітінді ретінде қолданылады. Түсі, иісі және дәмі этил спиртімен ұқсас болғандықтан, тұрмыстық жағдайда улану жиі кездеседі. Жаппай уланулар да болады. Метилді спиртпен улану ерекшелігін метанолды мысалға ала отырып қарастырайық.

Метанол (жүйке-қантaмырларына қысым жасайтын күшті у) ішке 30-дан 100 мл. дейін қабылдағанның өзінде аса ауыр улану шақырады. Ол асқазанда және ішекте тез сіңіріліп, формальдегид және құмырсқа қышқылына ыдырап, қанда айналуын жалғастыра жүріп, 60% ауаны шығарумен және несеппен 10% бөлінеді. Метанолмен улану кезінде өзіне тән (қозусыз және көңіл-күйдің бұзылуынсыз) бас ауру, әлсіздік, қозғалыс координациясының бұзылуы, ауыр ұйқы байқалады. 1,5 тәуліктен соң жақсарған сияқты болып, содан қайта жалпы әлсіздік, бас айналу, бұлшық еттік әлсіздік, іш және бел аумағындағы ауру сезім, көз көру жүйесінің тез арада немесе күрт төмендеуі, содан — кома және одан кейін өлім туындайды (әдетте 3 тәулікте тыныстық тарылудан болады).

Өлікті сырттай қарағанда — айқын өліктік дақтар, беттің, еріннің, құлақтың цианозы, қарашықтың ұлғайғандығы байқалады.

Ішкі зерттеуде — ішкі мүшелердің қанға толғанын, көптеген ұсақ қанталаулар, қара сұйық қан, ішкі мүшелерден алкоголь иісі болатынын көреміз.

Сот-химиялық зерттеу үшін: 100-200 мл қан, 5 мл жұлын сұйықтығын (онда метанолды өлгеннен кейінгі 4-5 тәулікте де таба береді), бір бүйрек, қуықтағы барлық несепті, 200 г бауыр, 200 г бас миын, асқазан ішіндегі тамақ құрамдарын, көз алмасын, сонымен қатар құсық массасы мен жуылған сулар да алынады.

Суррогатты алкогольдің — (спирт шикізаты, самогон, одеколон, лосьон) сирек өлімге алып келетін ауыр токсикалық әсері бар. Онымен улану ерекшелігі, құрамында күшті есірткілік және токсикалық әсері бар, көп мөлшерде сивушты майлары (пропил, амилді, бутилді және басқада спирттер) кездеседі. Суррогаттардың 300 мл қабылданса, өлімге әкеліп соғуы мүмкін.

Ішке қабылданған кезде улану көбінесе:

— тежегіш сұйықтық дайындағанда еріткіш зат ретінде қолданылатын бутил спирті. Бұл спирт иісі бар түссіз сұйықтық, орталық жүйке жүйесін зақымданумен жүретін есірткілік қасиетке ие зат; 200-ден 250 мл-ге дейінгі мөлшері өлім тудырады;

— тежегіш сұйықтықты дайындағанда қолданылатын, амилді спирт. Сивуш иісі бар, сарғыш түсті сұйықтық, күшті наркотикалық әсері бар және орталық жүйке жүйесін зақымдайды және тыныс алу орталығының тарылуын шақырады; оның 20-дан 30 мл-ге дейінгі мөлшері өлім тудырады;

— одеколон және лосьон өндірісі үшін пайдаланылатын дена-турат (қосындылары бар техникалық спирт). Ол өте улы, әсер ету механизмі, клиникасы және патологиялық өзгерістері метанолмен улануға қарағанда онша байқала бермейді;

— антифриз және тежегіш сұйықтығының құрамына кіретін, гликоль этилені. Онымен уланғанда мас болудың клиникалық симптомдарының ауырлығы байқалады және әлсіздік, бас ауру, лоқсу, құсу, естен тану көрініс табады және 1-3- тәулікте жедел бүйрек жеткіліксіздігінен адам өледі.

Улы химикаттар. Ауыл шаруашылығында зиянкестермен, өсімдіктердің ауру тудыратын қоздырғыштарымен және жәндіктермен күресу үшін қолданылатын химиялық заттар. Тұрмыста фосфорорганикалық инсектициндтермен (тиофоспен, хлорофоспен, карбофоспен) байланысу кезінде улану жиі болады. Тері арқылы, оральді және аэрогенді жолмен енеді.

Уланудың ауырлығы химикаттың мөлшеріне және қанша уақыт қатынаста болғанына байланысты.

Клиникада жедел улануда сөйлеудің бұзылуы және естегі кейбір эпизоды немесе болған жағдайды ұмыту байқалады, содан соң осыларға жылдам тыныс алу жеткіліксіздігі, жүрісінің

бұзылуы, естің шатасуы, тырысу қосылады. Өлім көбіне бірінші тәулікте болады.

Уланудың осы түрі бойынша өлікті зерттеген кезде өкпе, бас ми және ми қабатының ісіну іздеріне, ішкі мүшелердің қанға толуына және бас мидағы нүкте тәрізді қан кетулерге назар аудару керек.

Улы химикаттармен улануды сот-медициналық бағалау осы уланудың типтік клиникасы, өлікті ашып-қарау хаттамасы мен сот-химиялық зерттеулер негізінде беріледі.

Тағамнан улану. Олар көбіне сапасы төмен тағамды қабылдаудан немесе тамақпен бірге химиялық заттардың түсуінен болады.

Сот-медицина сарапшылары тағамнан уланудың 3 түрін ажыратады:

- бактериалды (тамақтың микробтармен немесе олардың ұларымен ластануынан туындайды);
- бактериясыз (ұлы өсімдіктерден және мал өнімдерінен улану);
- у заттармен улану.

Жұқпалы аурулар дәрігері токсикоинфекцияны және тағамдық интоксикацияны диагностикалайды.

Токсикоинфекция деп — әдетте, тағамды қабылдағаннан кейін жақын уақытта пайда болатын, патогенді микробтармен локтанған тағамдардан улануды атайды. Клиникасы: лоқсу, бас ауру, әлсіздік, іштегі ауру сезімі, іш өту және температураның жоғары болуы.

Тағамдық интоксикация деп — тағамдағы бактериалды токсин әсерінен болатын тағамдық улануды атайды. Интоксикацияның бұл түрінде орталық жүйке жүйесінің зақымдануы басым болады.

Тағаммен улану кезіндегі өліктің мүшелерінен қоздырғышты анықтау үшін, сот-медициналық диагностика, уланудың клиникалық көрінісіне, сот-химиялық зерттеулер мәліметіне, қанның бактериологиялық зерттеулеріне, асқазан ішіндегі тамақ құрамдарына, зәр, нәжіс, тағам қалдығы, ыдыс жуындысына негізделіп жүргізіледі. Сонымен қатар зерттеуге құсық массасы мен жуылған су да жіберіледі.

Бактериясыз улануға көбіне саңырауқұлақ және улы өсімдіктер (өсімдік тектес улы азықты тамақпен қабылдау жағдайында) себепші болады.

Саңырауқұлақтар (жеткілікті қайнатуға, жібітуге, тұздауға және т.б. пайдаланбайтын, жиі тағамға қолданылмайтын арамқұлақ, шыбын қырғыш, томарқұлақ немесе шартты жеуге болатындар). Ең токсикалық әсер беретін, құрамында фаллидин және аманит бар (күшті деструктивті улы заттар) арамқұлақ (95% дейін — соңы өлімге әкеледі) болып келеді. Шыбын қырғыш — мускарин (атропин тәрізді әсері бар у) және пильцтоксин (тырыстыратын у) бөледі.

Уланудың клиникалық ағымының ерекшеліктері:

— арамқұлақпен — жасырын кезеңі 3-12 сағат, содан тез лоқсу, тоқтамайтын құсу, іштің ауруы және қан мен шырыш аралас іштің өтуі пайда болып, 3-4-тәулікте бауыр мен бүйрек зақымдалып, олардың жеткіліксіздігінен өлім пайда болады;

— шыбын қырғышпен — жасырын кезеңі 30 минуттан 2 сағатқа дейін, содан тез кома мен өлімге алып келетін, жедел улану белгілері (лоқсу, жиі құсу, іш өту, көп мөлшерде сілекей ағуы, терлеу, қатты бас ауыру, әлсіздік) көрініс табады.

— томарқұлақпен — жасырын кезеңі 3-4 сағат, одан кейін ақырындап лоқсу, құсу және жедел гастроэнтериттің басқа да белгілері байқалады.

Өлікті сот-медициналық зерттеу барысында сот-ботаникалық және спектральды зерттеуге жіберілетін, асқазан ішінен жиі саңырауқұлақ қалдықтары табылады.

Улы өсімдіктер — көбінесе тағамға тамырлар, дәндер және жемістер (аконит және анабазин) қолданылады.

Аконитті өздігінен емделу кезінде қолданады. Оның құрамында улы алкалоид — аконитин бар. Уланудың клиникасы никотинмен уланғанмен бірдей. Удың өлімге алып келетін мөлшері — 0,003-0,004 г.

Анабазин — құрамында анабазин алкалоиді бар. Удың өлімге алып келетін мөлшері — 0,05 г.

Улану кезінде кездесетін басқа да улы өсімдіктер қатарына құрамында дәндерде кездесетін улы алкалоид — цитизин бар, ракитник, пузырник, дрок-кустарникті жатқызуға болады. Улану оларды аса көп мөлшерде қолданғанда пайда болады. Ол

клиникалық түрде лоқсу, құсу, іштің ауруы, тырысу, сандырақтау, тыныс алудың тоқтауы және өлім арқылы көрініс табады.

Сот-медицина тәжірибесінде сирек жағдайда мендуана, ит-жидек, сасық мендуана кездеседі. Олардың құрамында атропин, скополамин, гиосциамин сияқты улы алкалоидтар бар. Олармен уланғанда 1-2 сағаттан кейін ауыздағы құрғақтық, мұрын жұтқыншағы мен ауызда күйдіру сезімі, лоқсу, құсу, бет қызару, іш өту, еңтігу пайда болады, ал, кейбір жағдайларда жедел психоз дамиды. Ауыр жағдайда тыныс алу орталығының тарылуы және өлім болады.

Улану кезіндегі сарапшы қорытындысының құрылымы — нәтижесінде жүргізілген зерттеу мәліметінің негізі бойынша улы затпен келтірілген улану жөнінде пікірге келетін, сонымен қатар, сот-тергеу органдарына қажетті басқа да сараптама сұрақтарына жауап беретін, сот-медициналық сараптаманың жауапты сатысы.

Тек оқиғаның мән-жайын, клиникалық келбетін, морфологиялық мәліметтерді, сонымен қатар, «у» және «улану» токсикологиялық түсініктері негізінде тұтастай тиянақты зерттеп қарағаннан кейін, зертханалық зерттеулер нәтижесі бойынша, сарапшы нақты улы затпен уланғандығы туралы ғылыми негізделген және дәлелді қорытынды жасай алады, сондай-ақ, осы фактімен байланысты басқа да сұрақтарға жауап береді.

Осылайша, қышқыл, сілті және шығу тегі әр түрлі улы заттармен, алкогольмен, бактериялы және бактериясыз пайда болған тағамдармен, улы химиялық заттармен уланудың жеке-леген түрлерінің диагностикасы, сот-медициналық тұрғыдан бағалауға мүмкіндік береді және улану себептерін анықтауға (сот-химиялық, сот-ботаникалық және зерттеулердің басқа да түрлерінің көмегі арқылы), қылмысты әшкерелеу мен ашуда сот-тергеу процесінде басты орынды жиі алатын дәлелдемелер түрі ретінде сараптамалық қорытынды беруге септігін тигізеді.

4. Сот-медициналық сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар

1. зақымдалған фактордың қасиеті:

1.1. агрегатты жағдайы (сұйық, қатты, газ тәрізді, ұнтақ тәрізді);

- 1.2. суда, спиртте, майда және т.б. еруі;
- 1.3. мөлшері, саны;
- 1.4. шоғырлануы;
- 1.5. сақталған кезде олардың ыдырау қасиеті.
2. Удың әсер ету механизмі.
 - 2.1. удың түсу жолдары:
 - 2.1.1. асқазан-ішек жолдары арқылы,
 - 2.1.2. мұрынның, ауыздың, тік ішектің, көз конъюнктивасының, қынаптың шырышты қабықшалары арқылы,
 - 2.1.3. өкпе арқылы,
 - 2.1.4. зақымдалмаған тері арқылы,
 - 2.1.5. тері асты,
 - 2.1.6. бұлшық ет ішілік,
 - 2.1.7. тамыр арқылы;
 - 2.2. Ағзада улардың қозғалуы, басқа улы заттардың пайда болу мүмкіндігі;
 - 2.3. улы заттардың шығу жолдары:
 - 2.3.1. бүйрек арқылы;
 - 2.3.2. шырышты қабықша арқылы;
 - 2.3.3. өкпе арқылы;
 - 2.4. дәрілік заттарды, ерітінділерді енгізу;
 - 2.5. емдеудің аппаратты әдісін қолдану (гемодиализ, гемосорбция және т.б.);
 - 2.6. асқазанды тағаммен толтыру және оның сипаты;
 - 2.7. улы затпен бірге оның әсерін көтеретін немесе түсіретін басқа заттарды қабылдау;
 - 2.8. улы затқа сезімталдықтың жоғарылығы не төмендігі, бейімделу;
 - 2.9. нақты улы затпен улану мүмкінділігі.

Қорытынды

Сот-медицина тәжірибесінде химиялық заттармен улану салдарынан пайда болған адам денсаулығының бұзылысын әрдайым сараптамалық бағалауда үлкен мән беріп отырған. Болашақ заңгерлерге бұл мәселені жақсы түсіну үшін, осы дәрісте улануға әсер ететін әр түрлі уланудың түрлері, улар және олардың

құрылымы, жіктелуі, химиялық заттардың токсикалық әсерінің механизмі және шарттары баяндалды. Бұдан басқа әртүрлі улы заттардың адам ағзасына түскен кездегі клиникалық көріністерінің ерекшелігі, сиптомдары және уланудың сот-медициналық диагностикасы қарастырылды.

Бұл дәріс болашақ заңгерлердің улану кезіндегі қылмыстық әрекеттер бойынша шындықты анықтау және дәлелдеу үшін қажетті шараларды жүзеге асыруда үлкен мүмкіндік туғызады.

9. ЗАТТАЙ ДӘЛЕЛДЕМЕЛЕРДІҢ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМАСЫ

Дәріс жоспары

Кіріспе

1. Қан іздерін зерттеу
 2. Шәуетті зерттеу
 3. Шашты зерттеу
 4. Адам денесінің бөліктері мен басқа да биологиялық бөліністерін зерттеу
- Қорытынды*

Кіріспе

Егер оларға қылмыс қаруы болды деп ойлауға негіз болса, немесе өзінде қылмыстың ізі сақталып қалса немесе қылмыстық әрекеттің объектісі болса, сондай-ақ, ақша мен өзге де бағалы заттар, қылмысты анықтауға, істің іс жүзіндегі мән-жайын белгілеуге, кінәлілерді табуға не айыпты жоққа шығаруға немесе жауаптылықты жеңілдетуге құрал болуы мүмкін басқа да заттар мен құжаттар заттай дәлелдемелер деп танылады. Яғни, заттай дәлелдемелерге әр түрлі сала мамандарымен, бірінші кезекте сот-медициналық сарапшылармен, сот химиктерімен және сарапшы-криминалистермен зерттеу жүргізілетін заттардың кеңейтілген тобы жатады.

Сот-медициналық зерттеуге жататын заттай дәлелдемелерге адам және жануар организмнің бөліктері мен бөліністері: қан, шаш, шәует, сілекей, тер, зәр, ішкі ағзалардың бөліктері, сүйектер, бұлшық еттер, сүт, уыз, ұрық маңы суы, сарысулы шырыш және т.б. жатады. Бұл объектілер жеке немесе әртүрлі заттардағы іздер (киімде, аяқ киімде, жиһазда, қылмыстың қаруында, көлік құралдарында және т.б.) түрінде зерттелінуі мүмкін.

Биологиялық сипаттағы объектілер сот-медициналық сараптауға жатады. Олар заттай дәлелдемелерді зерттейтін жалпы сот-медициналық және арнайы дайындығы бар мамандармен сот-медициналық зертханалардың биологиялық бөлімдерінде жүргізіледі. Бұл осыған ұқсас, көбінесе ұсақ объектілерге сарап-

тама жүргізгенде, арнайы зерттеу әдістерін білу керектігімен байланысты, ал, сараптама жүргізуде жіберілген қателіктер тергеушінің дұрыс емес әрекетіне, сот қателіктеріне немесе заттай дәлелдемелердің жоғалуына алып келуі мүмкін. Арнайы зерттеу әдістерін білу оқиға орнын қарайтын сот-медициналық мамандарына да (бұндай іске кез келген дәрігер қатысуы мүмкін) қажет. Яғни, дәрігер тергеушіге заттай дәлелдемелерді табуға, оларды дұрыс сипаттауға, бөліп алуға, буып-түюге және сот-медициналық зертханаға тексеруге жіберуге көмектесуі тиіс. Дәрігерге заттай дәлелдемелердің сот-медициналық сараптамасы негіздерін білу, қажет болған жағдайда тергеушіге белгілі бір мәселелерді шешу үшін медицинаның мүмкіндіктерін және сараптаманың қорытындысын дұрыс талдап түсіндіруге көмектеседі.

Тергеуші тарапынан оқиға болған жерден алынған және сараптамаға жіберетін заттармен бірге, оның қаулысына сәйкес, зертханаға өлікті қарау кезінде сот-медицина сарапшысымен (тобын анықтау үшін қан) немесе тірі адамдарды куәландырудан (шәуетті анықтау үшін қынап жағындысын) алынған және т.б. объектілер жіберіледі. Осы зерттеулер тірі адамның немесе өліктің сараптамасының құрамдас бөлімі болып табылады, ал, олардың нәтижелері қорытындыға енгізіледі.

Заттай дәлелдемелерді зерттеу әдісі мен тәртібі (соның ішінде шығу тегі, биологиялық өнімдер де) ҚР заңдарына сәйкестендіріліп жүзеге асырылады.

1. Қан іздерін зерттеу

Қан іздерін зерттеу барлық сараптаманың 80%-ын құрайтын, заттай дәлелдемелер сараптамасының жиі кездесетін түрі болып табылады. Қан іздерінің сот-медициналық сараптамасының кісі өлтіру, зорлау, денсаулыққа қасақана зиян келтіру, т.б. аса ауыр қылмыстарды анықтауда маңызы зор. Олар адамның өмірі мен денсаулығына қарсы қылмыстарды анықтауда материалдық айғақтардың ішінде басты орындардың бірін алады. Қан іздерін зерттеудің сот-тергеулік маңызы қазіргі уақытта жоғарғы мәнге ие болып отыр, себебі — қан мөлшері, қанның адамға немесе жануарға тиесілі екендігін, сондай-ақ, қанның адам ағзасындағы топтық антигендермен және изосерологиялық (эритроцитар-

лы), сарысулы, ферменттік жүйесінің факторлары арқылы жеке адамнан шығуын анықтау мүмкіндігі, не мүмкін еместігі жөніндегі маңызды сараптамалық мәселелерді шешу әдісі сот-медицинасымен қарастырылған.

Сот-медицинасында және криминалистикада қан іздері деп — адамның немесе жануар ағзасынан тыс қоршаған ортада кез-келген мөлшердегі қанның табылуын айтады. Қан дақтары деп — әдетте, қандай да бір затта немесе тасушыдағы кепкен қан іздерін атайды.

Қан іздері әр түрлі. Олардың көлемі, пішіні және басқа да ерекшеліктері пайда болу механизмдеріне тікелей байланысты. Қан іздерін белгілі түрлерге бөлу жарақат сипатына, жарақаттанған адам денесінің орналасуына, жарақаттанған дененің тыныштықта немесе қозғалыста болуына, қанның түсу биіктігіне тәуелді.

Қан іздерінің ерекшеліктері қан түсетін заттың беткейінің пішіні мен сипатына (тегіс немесе тегіс емес, сіңіретін немесе сіңірмейтін), орналасуына, беткейдің қисаю бұрышына байланысты.

Сонымен қатар, оқиға жағдайларын ашу үшін қан іздерінің пайда болу механизмдерін анықтаудың маңызы зор. Оқиға болған жерде және қылмыскер мен жәбірленушінің киімдерінен табылған қан іздерінің пайда болу механизмін зерттеу, қылмыстың жасалу орнын анықтауға, жарақат алғаннан кейінгі қансырауда жәбірленуші мен қылмыскердің орналасу орны мен қалпын, жарақаттаудың жалғасуын, жәбірленушінің өзін қорғау және күресу белгілерін, жарақаттанған адамды немесе өлікті жылжыту траекториясын, осы әрекеттердің орындалу жылдамдығы мен бағытын, қылмыскердің жеке басының ерекшеліктерін, жарақат келтірген қаруларды анықтауға мүмкіндік береді.

Қан іздерінің пайда болу механизмін зерттеу мен шарттарын анықтау криминалистикалық сараптаманың ерекше түрі болып табылатындығын және сот-медициналық сараптама зертханасының физико-техникалық бөлімдерінде жүргізілетіндігін естен шығармау керек.

Пайда болу механизмі және пішіні бойынша қан іздерінің түрлері

Қан іздерінің көптеген жіктелулері бар, бірақ, оқиға орнын сипаттауда іздердің қарапайым жіктелуін құрайтын терминдер қолданылады. Қан іздерінің негізгі келесі түрлерін ажыратады.

Тамшыдан пайда болған дақ. Тамшы деп дөңгелек пішінді, берілген жағдайдағы кішкене сұйықтықты айтады. Тамшылар қозғалмайтын объектілерден ауырлық күшінің әсерінен вертикальды төмен бағытта түседі.

Тамшының тегіс горизонтальды беткейге түсуі кезінде дақтардың көлемі мен пішіні оның биіктігіне байланысты. Түсу биіктігі 15 см-ге дейін болса, дақ дөңгелек пішінді, шеті тегіс, диаметрі 1 см-ге дейін жетеді; түсу биіктігі 50 см-ге дейін болса, дақ диаметрі 1-1,5 см, шеттері тісті сипатты болады. Егер түсу биіктігі 2 метрге дейін болса, онда дақ диаметрі 2 см-ге дейін ұлғаяды, шеттері сәулелі пішінді, екіншілік шашырау байқалады, ал, дақ айналасында созылған алмұрт тәрізді ұсақ дақтар пайда болады. Сонымен қатар, объектінің аз жылдамдықтағы қозғалысы кезінде (адам жүргенде) қан дағының пішіні қозғалу бағытына қарай жіңішкерген алмұрт тәрізді болып келетін ерекшелігін білу керек. Түсу биіктігі жоғарылағанда екіншілік шашырау тек қана объектінің қозғалу бағытына қарай орналасады. Егер объект жоғарғы жылдамдықпен қозғалса, онда тамшылар көпіршіктерге бөлінеді.

Тамшы қисық беткейге түскен жағдайда дақтың сипаты мен пішіні біршама өзгереді: дақ қисайған жаққа созылады, іздің төменгі бөлігі кішкене қалындау болады.

Түсу биіктігі жоғарылағанда және беткейдің қисаю аумағы үлкейгенде дақтың шеттерінде тішшелер, екіншілік шашырау мен сәулелер пайда болады.

Сонымен қатар, тамшыдан пайда болған қан дақтары өзіне тән ерекшеліктерін, тек тегіс, қатты, еңіс беткейде сақтайды. Тегіс емес еңіс беткейде немесе түкті маталарда бұл ерекшеліктер сақталмайды. Бұл жағдайлар қан іздерінің басқа да түрлеріне катысты.

Тамшыдан пайда болған дақ — жарақаттанған адамды немесе өлікті қозғалтқандағы қансырау көрсеткіші. Бұл іздер жарақаттанған адамның қозғалу бағытын, қозғалыс қарқындылығын, тоқтаған орнын анықтауға көмектеседі.

Қанның шашырауынан пайда болған дақтар. Егер қан тамшылары қосымша кинетикалық энергия алса, онда тамшының ұшу жылдамдығы бір ғана ауырлық күшінің әсерінен түсетін

тамшыға карағанда жылдамырақ болады. Олар ауаның қарсы күшінің әсерінен, шашырау деп аталатын майда тамшыларға бөлінеді. Қанның шашырауынан пайда болған дақтар тамшыдан пайда болған даққа ұқсайды, бірақ, ол дақ санының көптігімен және көлемінің кішірек, тіпті, нүктелікке дейін болуымен ажыратылады.

Қанның шашырауынан пайда болған дақтар үшін олардың көлемінің әртүрлілігі тән болып келеді. Жекелеген шашыраулар бірқалыпты жылдамдықта болмайтындығына байланысты көлемі әр түрлі болады.

Шашыраудан пайда болған қан дақтарының пішіндері түсу бұрышына және беткейдің соққы күшіне байланысты. Шашыраған қан перпендикулярлы түскенде дақ дөңгелек пішінді болады. Егер беткеймен тік бұрыш жасап түссе, сопақша алмұрт тәріздес пішін түзейді, мұнда дақтың үшкірленген ұштары қанның шашырау қозғалысына қарай бағытталады. Өте үшкір бұрышпен қатты тамғанда дақтар леп белгісіне ұқсайды және оның нүктелік элементі беткейге түсетін екіншілік шашырағаннан дақ сопақ пішінді болады.

Әдетте, қанның шашырауы артериалды қан ағу кезінде, қансырап жатқан денені немесе затты соққанда, қан жиналған немесе сіңген затты ұрғанда, өлікті бөлшектегенде, қан шашыраған затты немесе қаруларды тез сілкігенде пайда болады. Белгілі түрдегі қанның шашырауының құрылу механизмі пайда болған дақтың ерекшелігін көрсетеді.

Артериалды тамырды жарақаттағанда, қан субұрқақ тәрізді шашырайды және 1,5 метрге дейінгі ара қашықтыққа ұшуы мүмкін, әрі қан толқыны көптеген шашырауларға бөлінеді. Түзілген дақтар көлемі бірдей, бірақ, біркелкі емес интервалдармен бөлініп тізбектеліп орналасады.

Егер шашыраулар қанданған объектілерді соққанда түзілсе, онда желпуіш тәрізді орналасқан дақ топтары байқалады.

Аққан қан. Бұл ауырлық күшінің әсерінен қисайған немесе вертикальды беткейге аққан қаннан түзілген сопақша пішінді із. Қанның ағысының пайда болуына орай, қан ағысының мөлшері азаяды, себебі — оның бір бөлігі қанды сору күші арқылы заттасымалдаушыда қалып отырады. Аққан қанның ауырлық күші

мен беткейлік кедергі күші теңелгенде қан ағысы тоқтайды. Осы жерде түйрегіш тәрізді қалындау байқалады. Тегіс жерде қан ағысы түзу пішінді, ал, тегіс емес беткейде шығыңқы жерлерде қан тұрмағандықтан, ойпаңдау жерлерге ағып кетеді.

Қан тек төмен қарай ағатындықтан, дене жарақатын алғаннан кейінгі, нақтырақ айтсақ, қан ағу басталғаннан соң, жараланған адамның қалпын анықтауда маңызды көрсеткіш болып табылады. Қанның ағуы айналадағы заттарға қанның түскен уақытын қалпына келтіруге көмектеседі. Кейде қан ағысы жарақаттың кезектілігін анықтауға көмектеседі, мысалы, бірінші жарақат түсірген соққы дененің тік қалпында тұрған кезде берілсе, екіншісі — жатқанда берілуі мүмкін. Егер қан ағысының бағыты кенет өзгертін болса, қан шығып жатқан дененің қозғалғандығын куәландырады.

Қан іздері. Із түзуші қанға боялған зат ізді қабылдаушы заттың бетімен статикалық байланысқа түсуінен із пайда болады. Олар аз немесе көп дәрежеде із түзуші заттың ерекшеліктерін анықтайды және трассологиялық сараптама әдісімен затты идентификациялауға көмектеседі.

Оқиға болған жерде қол саусақтарының, алақанның, табан, аяқ киім кейде басқа да заттардың іздері жиі кездеседі. Қол саусағының қан болған іздерінің папиллярлы өрнектерінің жақсы көрінуі сирек кездеседі. Бірақ, таңба мөлшері, алақан жүлгелерінің бейнесі және басқа да ерекшеліктер қылмыскерді табуға септігін тигізеді.

Қанның жағылуы мен жұғуы. Бұлар беткей қан іздері. Олар кейде сопақша пішінді болады. Жағынды мен жұқпалар қанға боялған затпен, қарулармен, қолмен және т.б. заттармен жайылып жанасқанда (із түзуші мен із қабылдаушының динамикалық жанасуы) пайда болады. Олар жәбірленуші мен қылмыскердің әрекеттерін қайта қалпына келтіріп сипаттауға жиі көмектеседі. Кейбір жағдайларда жолға жағылған қан арқылы із түзуші заттың ерекшелігін көруге болады.

Жұғындының ерекше бір түріне жайылған қанмен жанасудан пайда болуы мүмкін адам денесінің немесе қандай да бір заттың түктелген аймағы жатады. Бұл кезде әр түрлі параллельді сызықтар мен сызықшалары бар кең жолдар пайда болады.

Қан дақтары. Кейде тасымалдаушы заттың және іздің екіншілік өзгерістерінің сипатына байланысты, қан іздерін белгілі түрге жатқызу қиындық тудырады. Бұл жағдайда осы іздерді хаттамада сипаттап, оларды қарапайым дақ деп атайды. Бірақ, олардың түзілуінің нақты механизмі үнемі анықтала бермейді. Олар қансыраудың және оның ошақтарының көрсеткіші бола отырып, оқиғаның кейбір жағдайларын ашуға көмектеседі.

Жайылған қан. Бұл көлемді қан жоғалту кезінде горизонтальді формадағы, сіңірмейтін немесе аз сіңіретін беткейлерде жиналады. Егер қан аса жоғары емес биіктіктен ақырын ақса, онда жайылған қан шашыраусыз, шеттері айқын болады. Жоғары биіктіктен қанның ағуында шашырау көрінеді. Жайылған қанның шетінен сәуле тәрізді бұтақтар тарап, көптеген шашырандылар болады. Осыған ұқсас көрініс жайылып жатқан қанды қандай да затпен ұрғанда көрінуі мүмкін.

Заңгерлер қан ұю және бөлінген сарысу мөлшері бойынша қансыраудың болған уақытын бағдарлап анықтай алуы мүмкін. Өліктің оқиға болған жерде болмауы немесе жылжытылуы кезінде жайылған қан жарақаттың орны мен өлім болған жерді көрсетеді.

Қанның сіңуі. Қан іздерінің бұл түрі текстильді және басқа да гигроскопиялық материалдарда түзіледі. Олар адамды жарақаттау және көп қансырау болған орында туындайды. Көп қабатты материалдарға қанның сіңуі бойынша қанның ену бағытын анықтауға болады. Зертханалық жағдайда сіңгеннен кейін пайда болған қанның мөлшері мен көлемін анықтауға болады.

Судағы және басқа да сұйықтықтардағы іздер. Бұлар «жуынды сулар», яғни қанға боялған қолды, қылмыстың қаруларын, киімдерді жуғаннан кейін пайда болады.

Шоғырланған қан іздері. Оқиға болған жерде түзілу механизмі әр түрлі, шығу көзі бір, ал, кейде механизмі де, шығу көзі де әртүрлі қан іздерін жиі кездестіруге болады. Бұндай қан іздері бірнеше қарапайым қан іздерінің қосылуынан болады. Бұл қан іздерінің жалпы қалыптасқан терминологиясы жоқ. Оларды күрделі, кешенді, аралас, шоғырланған және т.б. деп қарастырады. Бұл терминдерді, заттай дәлелдерді және оқиға болған жерді қарау хаттамасында қолданбаған дұрыс, себебі — олар іздердің

сипатын аша алмайды және жалпы қабылданған кесте бойынша нақты сипаттауды алмастыра алмайды.

Қанға ұқсас күдікті іздерді анықтау

Оқиға болған жерді қарау. Егер қан іздері жақсы сақталған және жойылуға ұшырамаған болса, оларды анықтау аса қиындық тудырмайды. Ол үшін қарауды интенсивті шынайы немесе жасанды жарықта лупаның көмегімен жай көзбен қарап жүргізеді.

Жаңа қалдырылған қан іздерінің гемоглобині ауадағы оттегінің қосылысынан оксигемоглобинге айналып, ашық қызыл түсті болады. Бірақ, уақыт өткен сайын гемоглобин метгемоглобинге, одан әрі гематинге айналуынан қарайып, қою қоңыр түске айналады. Ескі қан дақтары сұр, тіпті, қара түсті болуы мүмкін. Кейде қанның шіруінен дақтың түсі жасылданады.

Қара, қызыл қоңыр, қоңыр түсті түкті маталар мен күнгірт заттардағы қан дақтарын анықтау қиынға соғады. Бұл жағдайда интенсивті жарық көздерінің (лампалар, жарықтандырғыштар т.б.) сәулелерін қиғаш түсіріп қарайды. Тотпен, кірмен жабылған заттардағы дақтарды анықтау қиын. Бұл жағдайда алдын ала сынамалар жүргізеді.

Егер қылмыскер алдын ала қанды жуып, қырып немесе басқа да әдістермен жойса, оны анықтау өте қиынға соғады. Мұндай жағдайда күдікті іздерді анықтау тек қана аса ұқыптылықпен зерттеп қарағанда ғана мүмкін болады. Қан іздерін жасырын жерлерден де іздеу керек. Егер оқиға мекеме ішінде орын алса, міндетті түрде еденнің тесіктерін, паркет астындағы кеңістікті, плитустарды, желдеткіш торларды қарау керек. Сонымен қатар, қан жиһаздардың аяқтары мен аралықтарында, есіктердің тұтқасында, столда, шкафтарда сақталуы мүмкін. Қылмыскердің қолын, киімін, қолданған қаруларын жуатын орындарды, яғни қол жуғышты, су өткізгіш крандарды, шелектерді және т.б. заттарды да қарауды ұмытпаған жөн.

Қан дақтары болуы мүмкін жарақаттаушы қарулар немесе басқа да заттарды тексергенде заңгерлер белгілі бір ережелерді сақтауы тиіс. Мысалы, резиналы қолғаппен жұмыс істеу керек, заттарды алғанда басқа іздерден бос аймақтан (қан дағының қасында саусақ таңбалары және т.б. болуы мүмкін) алу қажет. Оқиға болған жерде затты тексеру немесе талқылауды жүргізбеген дұрыс.

Көлік құралдарын қарағанда шығыңқы жерлеріне: бамперіне, жарық түсіргішіне, есік тұтқаларына, радиатор мен капоттың қаптамасына, борттың алдыңғы бұрышына назар аудару керек, сонымен қатар машинаның ішін, астыңғы беткейін және дөңгелектерін қарайды. Әсіресе, ластанған және басқа да зақымдар келтірілген жерлерді мұқият зерттейді.

Киімдерді тексергенде тек беткі жағын ғана емес, ішкі жағын да қарау керек. Көп жағдайларда қанның жуылған дақтары тек ішкі жағынан көрінеді. Қанның қиын жойылатын немесе анықталатын жерлеріне, яғни тігістерге, қатпарларға, жеңнің шеттеріне, қалта мен онын аймақтарына көңіл аудару керек.

Қанға болжамды сынамалар. Қан дақтарын іздеуде болжамды сынамалар жүргізу жеңілдік береді. Соның ішінде ең қарапайымы — сутегінің асқын тотығымен сынамалау. Ол қанның каталаздық қасиетіне негізделген. Каталазасы бар қан және басқа объектілерде сутегінің асқын тотығы су мен бос оттегіге ыдырайды. Оттегіден түзілетін көпіршіктер жақсы байқалатын көбікке айналады. Осы жағдайда қарапайым сынама жүргізеді. Күдікті аймаққа сутегінің асқын тотығының 3%-дық тамшысын тамызады, егер оң нәтижелі болса, көпіру байқалады. Бірақ, осы қарапайым реакцияның дағы бар заттардың жұмсаруы, сутегінің асқын тотығына қанның кейбір ақуыздарының әсері, сынамаға төмен сезімталдылық және т.б. бірнеше кемшіліктері бар. Сондықтан, сот-медициналық тәжірибеде бұл сынама кең қолданылмайды.

Қазіргі кезде кең қолданылатын сынама ретінде бензидинді реакция болып отыр. Ол қанның және басқа да заттардың пероксидазды қасиетіне негізделген. Пероксидазаның әсерінен сутегінің асқын тотығы ыдырайды және одан бөлінген оттегі бензидинді тотықтырып, оны көк түске бояйды. Бұл реакцияның негізгі артықшылығы өте жоғары сезімталдығы болып табылады. Бірнеше зерттеушілердің мәліметі бойынша, бензидинді реакция қанды миллион рет ерітсе де оң нәтиже береді. Бірақ, реактивтерді бірден күдікті даққа жағуға болмайды, себебі — қанның кейбір топтық факторлары әлсіреуі, дақтың көгеруі және жұмсаруы мүмкін. Реакция тек дұрыс техникалық жағдайда ғана орындалуы тиіс. Бензидинмен сынама жасау техникасы келесідей: өте кішкентай

кесіндіні немесе із қырындысының бір бөлшегін шыны ыдысқа орналастырып, оған сірке қышқылымен қышқылдандырылған негізгі бензидиннің қанықтырылған ерітіндісінің 1 тамшысын (1 тамшы сірке қышқылына 1 мл бензидин ерітіндісін қосады) және 3%-дық сутегінің асқын тотығын тамызады. Нәтижесі оң болса көгеру байқалады, Бензидинді қышқылдандыру міндетті түрде жүргізілуі керек, себебі — реакция қышқылды ортада жақсы жүреді.

Тәжірибеде Воскобойников реактивін пайдалану арқылы қолданылатын бензидинді реакция да кенінен таралуда. Мұнда, әсіресе, қыс мезгілінде тасымалдануы қиын сұйық реактивтердің орнына құрғақ реактивтерді: 2 г негізгі бензидин, 5 г барий тотығы және 10 г лимон қышқылын қолданады. Қоспаларды араластырып, ұнтаққа айналғанша езеді. Оны тығынмен жабылатын күңгірт шыны ыдыста сақтайды. Оқиға орнында реактивтің аздаған мөлшерін алып құтыда қайнаған суға ерітеді және аздап қыздырады, бірақ, қайнатуға болмайды. Бірнеше минуттан соң тұнба құты түбіне түскенде бетіндегі сұйықтықты дәкеге немесе мақтаға алып, артық сұйықтықты сығып тастайды. Ылғалды тампонды күдікті даққа аз уақытқа қояды (2-3 с). Егер тампон көгерсе, реакция оң деп есептеледі. Көгеру байқалмаса, тампонды күдікті дақта ұзақтау ұстайды. Осындай тактика көк бояуды даққа енгізбеу үшін керек. Соңғы кезде бензидиннің токсикалық әсеріне (канцероген деп аталады) байланысты басқа реактивтермен алмастырады. Мысалы, төмендегідей реактив дайындайды: сірке қышқылы ерітіндісіндегі 1 г тетраметилбензидин (50 мл дистилденген су және 50 мл мұзды сірке қышқылы) қосып дайындайды. Сонымен қатар, клиникалық тәжірибеде нәжістегі жасырын қанды анықтау үшін қолданылатын, амидопириннен және тұз қышқылды анилиннен (азопирам) тұратын реактивтер пайдаланылады. Қанның бар екендігін жерге 3%-дық сутегінің асқын тотығының ерітіндісін тамызғанда, сол жер алғашқыда ашық күлгін түске өзгеріп, кейінірек күңгірттенетінінен білуге болады.

Қанға жасалатын барлық сынамалар арнайы емес. Заңгерлер, каталазасы мен пероксидазасы бар барлық заттар (ашытқы, жеміс, өсімдік текті сөлдері бар) оң реакция беретінін білу керек. Сондықтан, аталған сынамалардың оң нәтижесі дақта қанның

болуы мүмкін екендігін ғана білдіреді. Сонымен бірге болжамды реакциялардың теріс нәтижелері де зертханалық жағдайда қанды даққа зерттеу жүргізуден бас тартуға құқығы жоқ деген мағынаны білдірмейді.

Ультракүлгін сәулелерімен қарау. Қанға ұқсас күдікті іздерді анықтауды, тұрақсыз люменесцентті жарықтар көмегімен жүргізеді. Зерттеуді қараңғы бөлмеде жүргізеді. Ультракүлгін сәулелердің әсерінен қан іздері флюоресценцияланбайды және олар қандай да бір дәрежеде флюоресценциялаушы қоршаған беткейде қара «мақпал» дақтар түрінде көрінеді. Әсіресе, синтетикалық маталар ашық жарқырайды. Бірақ, ультракүлгін сәулелерін қаннан басқа бөгде заттар мен олардың іздері де (тот, анилин, кейбір тұздар) сіңіруі мүмкін.

Қанға ұқсас күдікті іздерді алу және бекіту

Оқиға болған жерде табылған қанға ұқсас күдікті іздер алынуы және арнайы сот-медициналық зерттеуге жіберілуі тиіс. Бірақ, іздерді алмас бұрын, тергеуші (криминалист, сот-медицина сарапшысы) оларды сәйкес түрде хаттамада сипаттау, суретке түсіру, кесте түрінде суреттер дайындау арқылы бекітеді.

Табылған іздерді сипаттау. Кейбір маңызды айғақтарды жіберіп алмас үшін оқиға болған жерді хаттамада сипаттау барысы келесі тізбе бойынша жүргізіледі:

— іздердің ошақтануы — жалпы белгіленген тізбе бойынша дақ орналасқан затты және сол зат беткейінің сипатын (ішкі немесе сыртқы), нүктелер, сызықтар, ара қашықтық шекараларын белгілейді;

— іздің аталуы (қарапайым іздер классификациясы бойынша);

— пішіні (әдетте, жалпы белгілі пішінімен, қарапайым, шеңберлі және т.б. салыстырады);

— көлемі — іздердің жалпы көлемін екі перпендикулярлы сызық бойынша анықтайды, жеке бөлшектердің көлемін және олардың тіке немесе көлденең бағытта созылуын көрсетеді;

— түсі (жалпы қабылданған түс анықтау шкаласы бойынша);

— шеттерінің сипаты (айқын немесе айқын емес, тегіс немесе тегіс емес, тісті, жүлгеленген немесе бүртікті болуы мүмкін);

— заттың сіңірімділік дәрежесі, мұнда міндетті түрде із орналасқан заттың сыртынан көрінуіне назар аударады;

— бетінде кепкен қабыршақтардың болу-болмауына көңіл бөледі.

Іздерді суретке түсіру. Ол сот-фотографиясының ережесі бойынша орындалады.

— іздердің табылған орнын жалпы шолып суретке түсіру;

— іздермен бірге жекелеген заттарды түйінді суретке түсіру;

— жекелеген іздерді немесе олардың топтарын детальді суретке түсіру.

Затгерлер іздерді суретке түсіру олардың хаттамада сипатталуын алмастыра алмайтынын біледі. Іздерді бекітудің осы екі әдісі бір-бірін толықтырып отырады. Өкінішке қарай, қан іздері фотосуретте барлық жағдайда нақты көріне бермейді. Бұл кезде із орналасқан заттың түсіне байланысты қиындық туындауы мүмкін. Мұндай жағдайда қан іздерінің фотосурет көшірмесінің біреуіне бағыттауыш белгі көрсетеді.

Кесте түрінде суреттер дайындау. Осындай жағдайларда фотосурет қорытындысы жақсы нәтиже бермеген жағдайда іздерді көшіреді немесе суретін салады. Көптеген сот-медицина қызметкерлері мынандай қиын емес әдісті қолданады: іздің айналасына сіріңке талшықтарын қояды да оған іздің көшірмесін алатын шыны және мөлдір қағазды орналастырады.

Іздерді алу. Егер мүмкіндік болса күдікті іздері бар затты зерттеуге тұтастай күйде (киімдер, жарақат келтірілген қару) жіберу керек. Мұның артықшылығы іздердің пішіні өзгермейді және алғашқыда көрінбеген басқа да іздер зертханада анықталуы мүмкін. Бүтін затта іздердің түзілу механизмін анықтау жеңілдік әкеледі.

Егер, зертханаға жіберетін зат көлемі өте үлкен болса, онда оның зерттеуге жататын із орналасқан бір бөлігін міндетті түрде нақты зерттеу үшін көршілес жатқан бөліктерімен жіберу керек. Ал, заттың бөлігін алу мүмкін болмаған жағдайда оның қырындысын немесе жуындысын алады. Қырғанда таза, өткір скальпельмен немесе жіңішке пышақпен дақтың бір бөлігін немесе қабыршағын алып қағаз қорапқа салады, сосын скальпельдің өткір ұшымен дақтың басқа бөліктерін жеңіл қырады. Бұл кезде

дағы бар затты бүлдіріп алмау керек. Дақ тік жазықтықта орналаса, скальпельмен қырғанда бөлшектер алдымен скальпель бетіне, сосын қорапқа түсу үшін төменнен жоғары қарай жылжытады. Сонымен қатар міндетті түрде нақты анықтау үшін дақ маңынан таза скальпельмен тағы да қырынды алады.

Іздің жуындысын және басқа да алу әдістерін орындау үшін міндетті түрде жуылған, жақсы шайылған, кептірілген марлі болуы керек. Жаңа марлілер мен бинттерді қолдануға болмайды, себебі — олардың құрамында серологиялық реакцияға жағымсыз әсер ететін заттар болады.

Жуындыны суға малынған дымқыл марлі бөлігімен жүргізеді. Марлі бөлшегінің көлемі дақ көлемімен бірдей болуы керек, бірақ 2x2 см-ден артық болмауы абзал. Дақтар өте ұсақ болса, марлі бөліктерінен ұзындығы 1,5-2 см жібін алып қолданады. Дақты марлі бөлігінің әр түрлі жақтарымен түгел сүртіп алуға тырысады. Осы сынды заттың дақтанбаған аймағының да жуындысын алады. Жуындыға арналған марлі тек бөліктен алынуы және буып-түю алдында бөлме температурасында толық кептірілген болуы тиіс.

Жайылған қан жиналған жерден зерттелетін сұйықтықты таза шыны ыдысқа (пенициллин құтысы) 10 мл-ден аз емес мөлшерде алады. Егер мұндай тәсілді орындау қиын болса, онда жайылған қанға марлінің бірнеше бөлшектерін (4x4 см) батыру әдісі арқылы орындайды. Сосын марлі бөлшектерін кептіреді және таза марлі бөлшегін зерттеуге жібереді.

Қардағы қанды қасықпен шыны құтыға жинап, жылы жерге қояды (+37°C жоғары емес). Қар еріген соң сұйықтықты жоғарыда айтылған әдіс бойынша марліде кептіреді. Бақылап-зерттеу үшін қардың қан жағылмаған жерінен де алады.

Қан ізі бар топырақты қан сіңген барлық қабатымен алып, оны тарелкаға жұқа қабатты етіп сеуіп, +37°C-ден жоғары емес температурада кептіреді. Топырақтың зерттеу үлгісін де осы әдіспен жасайды. Кепкен топырақты тығыз қағазды қорапқа немесе шыны ыдысқа салады. Алынған қан іздері мен зат үлгілерін сәйкес үлгіде орап, зертханаға зерттеуге жібереді.

Қан іздерін зерттеу үшін сараптаманың шешуіне мынадай негізгі сұрақтар қойылады:

— дақта қан бар ма?

— ол кімге тиесілі — адамның немесе жануардың қаны ма (қанның түрі);

— қан қай топқа жатады (нақты сезікті адамның қанын жоққа шығару).

Сонымен, біз қанды сот-медициналық тәжірибе бойынша оқиға болған жерде және зертханада зерттеудің сұрақтарын қарастырдық.

2. Шәуетті зерттеу

Шәуетті сұйық, жағынды, ұрықтық дақ күйінде зерттеу жыныстық қылмыстарды тергеу кезінде, ұрықтандыру қабілетін анықтағанда, неке бұзу және алименттік істерде жүргізіледі. Әдетте, сот-медициналық сараптамасының шешуіне негізгі екі сұрақ қойылады:

— заттай дәлелдемеде шәует бар ма (шәуеттің болуы);

— шәует қай топқа жатады (шәуеттің нақты адамнан шығуын жоққа шығару).

Көп жағдайда шәует төсек жапқыштарынан, іш киімдерден, сырт киімдерден, оқиға орнындағы әр түрлі заттардан, қынап жағындысынан және тампоннан, тік ішек және ауыз қуысынан табылуы мүмкін. Шәуеттің қынап жағындысы мен тампоннан табылуы жыныстық қатынастың қалыпты немесе жабайы түрде болғанын айғақтайды. Жыныстық қатынаспен айналыспайтын адамдардың денесінен немесе киімдерінен шәуеттің табылуы жыныстық қылмысты ашуда маңызды дәлел болуы мүмкін.

Бұрын айыпталушының киімдерінен шәует іздерінің табылуына аса назар аудара қоймайтын, себебі — бұл іздер жыныстық қылмыспен байланысты болмауы мүмкін деп есептеді. Бүгінгі таңда мұндай іздер міндетті түрде зерттеуге алынады. Шәуетте айыпталушыға тән емес топтық антигендердің табылуы басқа адамның шәуетінің араласуын білдіреді, яғни топтық жыныстық қылмыс жасалғандығын куәландырады. Сонымен қатар, шәует іздерінен жәбірленушінің қынаптық бөліністерінің салдарынан топтық антигендері табылуы мүмкін, оның болуын арнайы зерттеулер арқылы дәлелдейді. Бұл жағдай жыныстық қатынастың

белгілі қан тобындағы әйелмен болғанын білдіреді. Сондықтан қынаптан алынған тампондар мен жағындылар негізгі заттай дәлелдер ретінде қарастырылады. Әдетте шәуеттің ұзақ сақталмауына байланысты, мұндай дәлелдерді тез алу керек. Осы мақсатпен стерильді марлілі тампонды қынапқа енгізеді де алынған тампондағы бөліністі заттық шыныға жағып, сперматозоидтардың бар екендігін анықтау үшін зерттеу жүргізеді.

Ашық түсті маталарда шәуетті табу қиындық тудырады, өйткені, ұрықтық дақтар сарғыш-сұр түсті, шеттері жүлгеленген, консистенциясы және сыртқы түрі бойынша матаның крахмалданған жері сияқты болады. Кейде дақтың бетінен ақ-сұр түсті қабыршақтарды байқауға болады. Ал сіңірмейтін маталар мен заттарда шәует іздері жылтыр ақ-сұр түсті, кейде сарғыштанған дақ түрінде көрінеді.

Шәует деп күдіктенген дақтарды әдеттегідей, лупамен және жай визуальды қарап қана қоймай, міндетті түрде сынап-кварцты шам сәулесінің көмегімен қарау керек. Бұл кезде шәует басқа да ақуыз заттар сияқты ақшыл-көгілдір түсті флюоресценция (жарықтану) береді. Осыған ұқсас зерттеулер қараңғы бөлмеде жүргізілуі тиіс. Табылған жарықтанған дақ орны жіппен белгіленеді. Белгіленген шәуеттің бар екендігіне күдікті жерлер келесі зерттеулерге өтеді.

Болжамды сынама ретінде Флоранс реакциясы және Барберіо сынамалары пайдаланылады. Флоранс сынамасы заттық шыныда дақ қырындысына йод және йодты калий ерітіндісін қосу жолымен орындалады. Егер шәует болса дақта йодхолиннің қоңыр кристаллдары түзіледі.

Барберіо сынамасын жүргізгенде заттық шыныда күдікті дақтан алынған тамшының үстіне 1-2 тамшы пикринқышқылының сулы ерітіндісін тамызады. Егер дақта шәует болса, онда сары ине тәрізді кристаллдар түседі.

Аталған сынамалар ультракүлгін сәулелерімен сынама зерттеудің арнайы емес түрлері болғандықтан, тек бағдарлық мәлімет береді. Шәуеттің бар екендігінің дәлелі болып дақты микроскопиялық зерттегенде құрамында бүтін сперматозоидтың табылуы жатады. Бұл үшін дақтан алынған қырындыны немесе тарқатылған жіпті заттық шыныға орналастырады да аммиактағы эритрозин немесе басқа бояғыштар ерітіндісін қосады.

Боялған сперматозоидтар микроскопта үлкейтіліп ізделеді. Дак шәуеттен түзілген болса да, қоршаған органның әр түрлі әсерінен болған азооспермияда, некроспермияда немесе сперматозоидтар бұзылғанда, олар табылмайды. Тіпті, олар болса да препараттан сперматозоидты табу қиынға соғады.

Бүгінгі таңда сперматозоидты табуда флюоресценттік микроскопия қолданылады. Препаратты арнайы бояғыштармен өңдейді, сперматозоидтың басы мен құйрығын таңдаулы бояйтын флюорохроммен бояйды. Бұл кезде сперматозоидтың люминесценциясы байқалады да, оларды анықтау жеңілдейді. Микропрепаратта сперматозоидтардың люминесценциясын табу люминесцентті микроскоппен жүргізіледі.

Соңғы жылдары шәует дақтарын тексеруде бірнеше жаңа әдістер кең қолданысқа енді. Солардың арасында заңгерлер қағаздағы электрофорез және гистохимиялық әдістерді білуі тиіс. Қағаздағы электрофорез әдісі 2 ай өткен шәует дағын анықтауға және оны несептен немесе қынаптық жағындыдан ажыратуға көмектеседі. Гистохимиялық әдіспен алты ай бұрынғы шәует дағын анықтауға болады. Ол шәует дағында болатын сперматозоидтық ДНҚ мен микротүзілістерінің таңдаулы боялуына негізделген.

Шәует іздерінің белгілі бір сезікті адамға тән болуы туралы сұраққа жауап беру үшін оның топтық ерекшеліктеріне анықтау жүргізіледі. Әр адамның бөліністерінің, соның ішінде шәуеттің де топтық ерекшеліктері әрқашан қан тобымен сәйкес келеді және әр адамда АВО агглютиногендерінің құрамы әртүрлі, біреулерде — аз, ал, біреуінде — көп түзіледі. Адамдарда агглютиногендерді «бөлуші» дәрежесін анықтау үшін олардың сілекейін зерттейді. Егер сезікті адам «бөлуші» болса, онда дақтағы шәуеттің, оның қанының топтық қасиеттері сәйкес келген жағдайда да шәуеттің сол адамға тән болуы туралы күдік сейіледі.

Шәует іздерінің топтық диагностикасында шәуеттің адам ағзасының басқа бөліністерімен немесе қанмен араласуы қиындық тудырады. Себебі, қанда да АВО жүйесінің өзіндік топтық антигендері кездесуі мүмкін.

Сонымен, шәуетті зерттегенде жәбірленушінің қынаптық сөлі мен қынап жағындысында, дақта қан араласуы мүмкін болғандықтан, міндетті түрде жәбірленушінің қан тобы мен

агглютиногендерді «бөлу» дәрежесін анықтайды. Сондықтан бұл жағдайда шәуетке күдікті дағы бар заттай дәлелдермен қатар жәбірленуші мен айыпталушының қан және сілекей үлгілерін де зертханаға жібереді.

3. Шашты зерттеу

Шаштар заттай дәлелдеме ретінде маңызды роль атқарады. Көбінде олар кісі өлтіру, тонау, жол-көлік оқиғаларын ашуда негізгі айғақ болып табылады. Шаштардың денсаулыққа зиян келтіретін қылмыстарда, өлім себебі белгісіз мәйіттерді тапқанда, жыныстық қылмыстарды анықтауда маңызы зор. Көбінесе шаштар қылмыс жасалды деп сезік тудырған пәтерді тінтуде, сонымен қатар, көлік құралдарын қарау кезінде табылады. Сонымен қатар қылмыстың қаруларынан, мәйіттің қолынан, жәбірленуші мен сезіктінің киімі мен денесінен табылуы мүмкін.

Әдетте, шаштарды зерттегенде сот-медицина сараптамасының шешуіне келесі сұрақтар қойылады:

— жіберілген объектілер шын мәнінде шаш болып табылады ма (шаштың болуы);

— шаштың адамға немесе жануарға тән болуы;

— шаш дененің қай бөлігіне жатады;

— шаштың өздігінен түскені немесе жұлынғандығы туралы, олар сыртқы әсерге ұшырамады ма;

— шаштың белгілі бір адамға тән болу мүмкіндігі.

Көп жағдайда шаштың оқиға болған жерден табылуы қиындық тудырмайды, бірақ, бұл іс үлкен ұқыптылық пен бағытты талап етеді. Шаштарды іздегенде жарықтану жақсы болуы керек және көру аймағы кең лупаны қолданған абзал. Барлық күдікті объектілерді ұшы резиналы пинцетпен қысып алады да, әр жерден алынған шашты жеке-жеке қорапшаға немесе қағаз қорапқа жинайды, сосын әр қораптың сыртына міндетті түрде алынған жерін жазады.

Бір-екі ғана шаш талшығын табу жеткілікті деп ойламау керек, мүмкіндігінше әр жерден көп шаш жинаған жөн. Сараптамаға жіберілген шаш саны аз болса, оның анықталу мүмкіндігі шектеледі және сарапшылардың қорытындысы нақты болмайды.

Әсіресе, сараптаманың негізгі сұрағы — шаштың шығу тегі туралы мәліметтің нақтылығы шектеледі.

Қажет жағдайда шаш үлгісін өліктен, сезікті адамнан, жәбірленушіден және басқа адамдардан алып жібереді. Бұл кезде шаш үлгісін бастың әртүрлі аймағынан алып, әр алынған үлгіні жеке орайды және ораманың сыртына шаштың кімге тән екендігі, дененің қай жерінен алынғандығы туралы мәлімет жазылады.

Шашты басқа объектілерден ажырату, сыртқы түрі бойынша және басқа шаштардан немесе шашқа ұқсас объектілерден бөліп тұратын микроскопиялық құрылымы бойынша жүргізіледі.

Шаштар жеке немесе бума түрінде табылуы мүмкін.

Шаштың түсі талшықтар мен бумада қара, қоңыр, ақшыл, қызғылт және т.б. болуымен анықталады.

Өлік топырақ әсерінен шіріп ыдырағанда шаштың түсі өзгереді. Бастағы шаш пішіні бойынша тік, толқынды, бұйра және басқадай болады.

Шаштың табиғи боялуы шаштың қыртысты қабатында болатын пигментке негізделген. Жасанды түссіздендірілген (сутегі тотығымен) шашты оның қыртысты қабатында сақталған пигмент мөлшерін анықтау арқылы ажыратады.

Жасанды боялған шаш бояуы қалыпты жағдайда түссіз болатын кутикулада болуымен ажыратылады. Сонымен қатар, бұл жағдайда шаштың түбінде табиғи боялу сақталады.

Оқиға болған жерден табылған өлтірілген адамнан, жәбірленушіден, сезіктіден табылған шаштар оның кімге тән екендігі туралы қорытынды жасауға септігін тигізеді. Шаштарды зерттеу әдістері тек олардың ұқсастығы туралы ғана мәлімет береді, өйткені, көп адамдардың шаштары бір-біріне ұқсайды, тіпті, жеке адамның басының әр түрлі жерлерінен алынған шаштары да бір-бірінен ерекшеленеді.

Сонымен, шашты зерттегенде оның ұзындығы, қалыңдығы, түсі, қабаттарының ерекшелігі, пигменттің жайылуы және т.б. ерекшеліктері қарастырылады. Сонымен қатар, шаштың топтық қасиеттері де зерттеледі, мұның негізінде шаш иесін анықтауға болады.

4. Адам денесінің бөліктері мен басқа да биологиялық бөліністерін зерттеу

Сот-медициналық тәжірибеде қан, шәует, шашты зерттеумен бірге сілекей, тер, несеп, сүт, уыз, сонымен қатар сүйектер, бұлшық еттер, дене мүшелерінің бөліктеріне сараптама жүргізу қажеттігі туындайды.

Сілекей іздері. Дақта немесе затта (мысалы, темекі қалдығы) сілекейді анықтау, ондағы амилазаның табылуына негізделген. Марлідегі кепкен дақ түріндегі сілекей іздерін жоғарыда айтылған антиген «бөлінісін» анықтау үшін зерттейді.

Оқиға болған жерде көбінесе сілекей іздерін папирос және темекі қалдықтарынан табады. Сілекейде топтық АВО антигендері бөлінетіндіктен, сот-медицина зертханалық зерттеулері, темекі шегушінің қан тобы туралы мәлімет бере алады және темекі қалдығының бір немесе бірнеше адаммен қалдырылғаны туралы сұраққа жауап береді. Темекі қалдығын тек қысқыш құралмен жинайды, әйтпесе, оған заттай дәлелдемені алушы адамнан термай бөлінуінен «бөтен» топтық антигендер түсіп кетуі мүмкін. Егер темекі қалдықтары ылғалды болса, оларды тек бөлме температурасында кептіреді.

Егер темекі қалдықтары тұқылдарының папиросты ауызда ұстау, мүштік салу немесе сөндіру әдісі сияқты ерекшеліктері болса, онда олар фотоға түсіру жолымен хаттамада бекітіледі. Әр темекі қалдығын жеке қорапқа жинайды.

Сілекей іздері қылмыскердің жәбірленушінің аузын жапқан сүлгілерден, сүрткіштерден және т.б. заттардан табылуы мүмкін. Осы заттардан табылған сілекей іздері дәлелдеме ретінде қолданылады.

Сілекей дағындағы АВО жүйесінің топтық антигендерін анықтағанда қанды немесе бөліністерді зерттегендегідей әдістер қолданылады. Темекі немесе папирос қалдығының тұқылын зерттегенде тек сезіктіден алынған сілекей мен қанның үлгісі ғана емес, экспериментальды қалдықтар да қаралады. Мұндай «үлгілер» қылмыскердің қалдықта, тұқылда қалдырған сілекей мөлшерін анықтау үшін керек.

Сілекейдің қандай жынысқа тән екендігін анықтау сілекей дағында әр түрлі мөлшерде кездесетін ауыз қуысының шырышты кабатының эпителий жасушалары бойынша жүргізіледі.

Аты-жөнін көрсетпеген хат жазған авторды анықтауда конверт қақпағында немесе пошта маркасында сілекей іздері болуы белгілі мәнге ие. Сонымен қатар, жеген тамақ қалдықтарынан, қолданылған ыдыстардан сілекей іздері табылуы мүмкін.

Заттай дәлелдемелердегі тері дақтары оның құрамындағы амин қышқылы —серинді анықтау жолымен табылады. Серинге түсті реакцияның оң нәтижесі 1-4 күнге дейінгі аралықта қалған тер дағы бар, салмағы 1-12 мл/г дейінгі материал бөліндісінен алынуы мүмкін. Егер тер дағына төрт айға дейін уақыт болса, зерттелетін материал салмағын арттырады (15 мл/г дейін). Тек тер дағының ғана емес, сонымен бірге адамның АВО жүйесінің топтық антигендері бар әртүрлі заттарда (киімде, аяқ киімде, тарақта және т.б.) кездесетін тер-май бөліністерінің де тергеулік маңызы өте зор.

Ультракүлгін сәулелерімен киімдерді қарағанда тер дақтары көбінесе көгілдір флюоресценция береді.

Соңғы жылдары дактилоскопиялық сараптамаға жарамайтын саусақтардың тер-май бөлінділерінің іздерінен АВО жүйесінің топтық антигендерін анықтау мүмкін екендігі дәлелденді. Бұл оқиға болған жерде сезікті адамның болғандығын дәлелдейтін қосымша айғақ бола алады.

Несеп және нәжіс дақтары. Кейде несепке және нәжіске күдікті іздер жыныстық қылмыс кезінде жәбірленуші мен қылмыскердің киімінен табылады. Несеп іздерінде оның белгілі адамнан шығу мүмкіндігін растайтын, не жоққа шығаруға мүмкіндік беретін АВО жүйесінің топтық антигендері болады.

Несептен пайда болған дақ ультракүлгін сәулесінің әсерінен ақшыл-көгілдір түсті жарықтану береді. Несепті анықтау ондағы креатининнің табылуына негізделеді. Креатинингесезімталдылық реакциясы шамамен сериннің реакциясына ұқсас келеді. Көп адамдардың қанына тән АВО жүйесінің топтық антигендері несепте жақсы көрініп, жеңіл анықталады. Несеп тобы және оның белгілі бір адамнан шығу мүмкіндігі туралы нәтиже, сезікті адамның АВО жүйесінің антиген бөлу дәрежесі бойынша барлық дерек зерттеуге негізделініп алынады.

Нәжісте және нәжіс ізінде топтық антигендерді толық анықтау мүмкін емес.

Уыз және сүт дақтары. Олар жағындыны микроскопиялық жолмен зерттегенде анықталады. Уыз дағынан эпителиальды жасушалар, ал, сүт дағынан мөлшері емізу кезеңінің соңында кішірейетін май бездері табылады. Уыздан және сүттен пайда болған іздердің бала өлтірілген істе маңызы зор.

Дене мүшелері мен ұлпалар бөліктері. Оларды әр түрлі көлік құралдарынан, әсіресе, автомашиналардан алады. Оқиға болған жерде немесе басқа жерден табылған қарулардың, басқа да заттардың бөлшектері және өліктің тырнағының астындағы бөлшектерінің де маңызы бар. Бұл жағдайда келтірілген жарақаттың сипаты туралы айтуға мүмкіндік беретін, бөлшектің қандай мүше-ұлпаға жататындығын анықтау маңызды орынды алады. Мүшенің және ұлпаның түрге жататындығын анықтау, жарақаттың жануарға немесе адамға келтірілгені туралы сұраққа жауап береді. Алынған объектінің жыныстық және топтық тән екендігін табу, жәбірленушінің қан тобын және жынысын анықтауға көмектеседі. Мүше және ұлпалар бөліктері жүкті әйелге тән екендігін де анықтауға болады.

Оқиға болған жерді қарағанда табылған бөліктерді қалақпен, таза шыны ыдысқа салады. Егер алынған мүше мен ұлпаның бөліктерін сот-медициналық зертханаға жіберу ұзаққа созылса (тәуліктен асса), онда объектілер бөлме температурасында жәндіктер түспейтін жерде кептірілуі керек. Көп жағдайларда оқиға болған жерден табылған жекелеген мүшелер мен ұлпалар бөлшектерін бірден бөліп алмай, оларды тасымалдаушы затымен қосып (жарақат келтірілген қарудағы бөлігі) зерттеуге жіберу орынды.

Сот-медициналық сараптамаға көзге көрінбейтін жұғындысы болуы мүмкін жарақаттаушы қаруды жіберген жөн, себебі — арнайы цитологиялық зерттеулер арқылы жануардың жасушалы элементтері, олардың түрлік, топтық, жыныстық белгілерін анықтауға болады.

Жеке сүйектерді немесе олардың бөліктерінің түрге жататындығын келесі екі әдіспен анықтауға болады:

— салыстырмалы анатомия әдісімен;

— иммунобиологиялық реакциямен.

Сараптамада мүшелердің алдымен қандай ұлпаға жататындығын гистологиялық жолмен анықтайды. Осы бөлшектердің түрлік, топтық және типтік қасиеттерін анықтау, қанды тексергендегідей әдістермен жүргізіледі.

Өлгенадамның бөліктерінесараптамажүргізгенде, әдетте, оның жынысын анықтау қажеттігі туындайды. Ұлпалардың жыныстық морфологиялық айырмашылығы қандағы нейтрофильді лейкоцит ядроларындағы, соматикалық жасуша ядросындағы жыныстық хроматинге және ондағы ерекше түптердің болуына негізделген. Сонымен, сот- медицина тәжірибесінде адам денесінің бөліктері мен биологиялық бөліністерін зерттеу маңызы өте зор. Заңгерлер де бұл мүмкіндіктерді білуі тиіс және де оларды сот-тергеу тәжірибесінде қолдана білу қажет.

Қорытынды

Қорытындылай келе, заттай дәлелдемелерді сот-медициналық сараптамаға дұрыс жіберу негізіне заңгерлердің назарын тағы аударған артық болмайды.

Зертханаға жіберілетін барлық объектілерді құрғақ күйінде жіберу қажет, себебі, ылғалды заттарда қан және басқа да бөліністер тез шіриді, соның нәтижесінде сараптаманы жүргізу қиындайды, кейде, тіптен, мүмкін болмай қалады. Қажет жағдайда заттай дәлелдерді бөлме температурасында күн сәулесі, жылу және жәндіктер түспейтін жерде кептіреді.

Алынған әр бір затты жеке таза қағаз қорапқа буып-түйеді. Бір қорапқа жуындыны, жағындыны, тампонды, бақылаушы марліні бірге орналастыруға болмайды. Заттай дәлелдерді тасымалдағанда бұзылмайтындай етіп орайды және іздердің (дақтардың) қарындашпен, сиямен боялмауын қадағалайды, әсіресе, жұқа маталар мен жұмсақ заттардағы орналасқан қан немесе қабыршақ түріндегі басқа да іздермен жұмыс істеу аса ұқыптылықты талап етеді. Мұндай іздерді ақ мата немесе қағаз парағымен жабады. Қатты заттар тығыз бекітілуі керек, өйткені, іздер қорап қабырғасымен жанасуы мүмкін. Тіпті, жылдың ыстық мезгілінде заттың аздаған ылғалдылығының өзі, оның шіруіне және бұзылуына әкеледі.

10. СЫРТҚЫ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІНЕН ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ БҰЗЫЛУЫНЫҢ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Жоғарғы температураның әсері*
 - 2. Төмен температураның әсері*
 - 3. Электр тогымен зақымдалу (электр жарақаты)*
 - 4. Радиациялық жарақат*
- Қорытынды*

Кіріспе

Адам ағзасының температураның өзгеруіне, электр тогы және басқа да бірқатар сыртқы факторлардың әсеріне бейім болып келетіні белгілі. Денсаулықтың бұзылуы адамның биологиялық, физиологиялық және психикалық жағдайы шегінен асып кетсе пайда болады, осы кезден бастап жергілікті және жалпы сипаттағы ауру сезімдік өзгерістер туады, соңы өлімге де әкелуі мүмкін. Адамдар осы ауру сезімдік өзгерістердің алдын алу үшін әртүрлі заттарды (киімді, техниканы, дәрілік заттарды) қолдануға тырысады. Бірақ та бұл заттар шектелген. Көп жағдайда сот-медицина дәрігерлері денсаулықтың бұзылуының ауыр салдары мен шектен тыс температуралардың, электр тогының және найзағайдың салдарынан ауыр зақымдалулар болатын сыртқы факторлардың әсерінен болған өлім жағдайы кезінде медициналық қорытынды беруге мәжбүрлі. Оларды кезекпен қарастырайық.

1. Жоғарғы температураның әсері

Адам өзін тұрақты, 37°C шамасындағы дене қызуында жақсы сезінетіні дәлелденген. Температураның 3-4°C жоғары немесе төмен ауытқуы денсаулыққа айтарлықтай бұзылыстар әкеледі. Дене температурасының +45°C жоғарылауы және оның +25°C төмендеуі өмірге сәйкес емес және осындай жағдайларда өлім

туады. Температураның жергілікті және жалпы әсерін (жоғарғы және төменгі) ажырата білу қажет.

Жоғарғы температураның әсері. Ол дененің қызуымен байланысты. Мұнда денедегі жылылық жеткілікті түрде белсенді пайдаланылмайды (әсіресе, ауаның жоғарғы ылғалдылығы кезінде, бұл тер бөлінуді шектейді). Осының бәрі жылу өту түріне әкелуі мүмкін. Оның типті симптомдары келесідей: бас айналу, жүректің қағуы, әлсіздік, бетінің қызаруы, дел-салдылық пен тыныс алудың қиындауы, тырысу және өлім. Жылу өту құбылысына көбінесе жаз айларында ауыр дене еңбегімен айналысатындар (өте қатты ысыған бөлмелерде, қазаншы, от жағушы, құюшы), спортшылар (жоғарғы сыртқы температурада шынығуды жүргізуші) және әскери қызметкерлер (күн ыстықта нашар желденетін жолдарда тығыз сап түзеп жылжығанда) жиі ұшырайды.

Жылу өтудің дамуына жылы және құрғақ немесе синтетикалық материалдан жасалған киімдер (ауаны және ылғалдылықты нашар өткізетін), белсенді жұмыс, аурулардың (жүрек және өкпенің жедел және созылмалы аурулары) болуы, жасы (балалар мен қарттар бейім) әсер етеді.

Жылу өтуден болған өлген адамдардың денесін сот-медициналық сараптама үшін ашып қараған кезінде: ішкі ағзалардың, өкпенің, бас миының және ми қабатының қанға толуы; өкпенің, бас миының және жүректің үстіңгі жағында жайылмалы қан құйылулар; қан тамырларда сұйық және қара түсті қан; жүректің сол жақ қарыншасының босауы және қатаюы көрінеді.

Күн сәулесінің соққысы (жылулық соққының бір түрі), күннің радиациясының әсерінен және бас ми қыртысының ысуынан басқа қанның артық мөлшерде құйылуынан пайда болады. Клиникалық түрде ол: бас ауыру, жүрек айну, құсу, ауыр жағдайларда есін жоғалту, тырысу және өлім туындауынан көрінеді. Күн сәулесінің соққысы күн астында бас киімсіз жүрген кезде жиі байқалады (көбінесе 3-5 жастағы балалар).

Сот-медицина тәжірибесінде кенеттен өлім болуы моншада және бу бөлмесінде кездескен жағдайлар болған. Бұл жағдайлардың көпшілігінің себебі дененің ысып кетуінен емес, жүрек, бүйрек, және басқа да ағзалардың ауруларының салдары

болып табылады. Бұл жағдайлардың асқынуын жоғарғы температура мен ылғалдылық шақырады.

Жоғарғы температураның теріге және жақын орналасқан ішкі мүшеге жергілікті әсерін термиялық күйік ретінде диагностикалайды. Олар от жалынымен, еритін заттармен, ыстық сұйықтықтармен, газдармен, бумен келтірілуі мүмкін. Патологиялық үрдістің көрініс табуына қарай күйіктің төрт дәрежесін бөледі.

I-ші дәрежелі күйік — жоғарғы температураның қысқа уақыт әсерінен пайда болады. Клиникалық түрде ол: күйдіру сезімімен көрінеді, қарағанда — терінің қызаруы мен ісінуі арқылы байқалады. Жазылу 3-5 күннен кейін терінің жоғарғы қабатының қабыршақтанып түсуімен көрінеді.

II-ші дәрежелі күйік — жоғарғы температураның ұзақ әсер етуінен болады. Терінің зақымдалған аймағында тығыз көпіршіктер түзіледі, көпіршіктің ішінде мөлдір сұйықтығы бар, айналасындағы терінің түсі ашық қызыл және ісіңкі болып келеді. Жазылу 7 күннен кейін байқалады.

III-ші дәрежелі күйік — терінің өлі еттенуі болғанда басталады. Ылғалды өлі еттену кезінде тері ісініп, сары түстеніп, көпіршіктер болады. Құрғақ некрозда тері құрғақ, тығыз, түсі қара немесе сұрғылт болады. Бұндай күйіктің жазылуы тыртықтанумен аяқталады.

IV-ші дәрежелі күйік — теріге өрт жалынының және ыстық заттардың әсерінен пайда болады. Ол жоғарғы температура көзіне жақын жұмсақ ұлпалар мен сүйектердің өртенуімен сипатталады.

Күйік кезінде бөледі:

— ыстық сұйықтықтарға пісуі (сорпаға, сүтке, қайнаған суға) немесе буға ысуы, бұл кезде теріде шаштың шарпуы болмайды, ал бұлшық еттер піскен ет тәрізді болады, киімнің астына құйылып, ағынды құрайтын, киімде ыстық сұйықтықтың қалдықтары көрінеді;

— қышқылдар мен сілтілердің әсерінен пайда болатын химиялық күйік. Күйіктің орнында күйік келтірген заттың химиялық табиғатына байланысты боялған қабыршақ түзіледі.

Күйіктің ошақтануы мен бейнесіне қарай, олардың шығу табиғатын анықтауға болады. Ыстық заттарды қолмен ұстаған кезде күйік саусақтар айналасында болады.

Күйіктің себебі ғана емес, ең бастысы зақымдалған беткейдің аумағы мен күйік дәрежесі де үлкен мәнге ие. Мысалы, ересектерде өлімге әкелуі мүмкін:

— дене беткейінің $\frac{1}{2}$ зақымдалуымен жүретін II-ші дәрежелі күйік;

— дене беткейінің $\frac{1}{3}$ зақымдалуымен жүретін III-ші дәрежелі күйік. Балалар ересектерге қарағанда жоғары температураға сезімтал болып келеді, себебі — ересектерге қарағанда балалардың дене беткейі салмағымен салыстырғанда айтарлықтай аз.

Күйік кезінде өлімнің туындауы мүмкін:

— бірден қозу нәтижесінен, содан кейін орталық жүйке жүйесінің қызметінің тез арада тежелуінен пайда болатын күйіктік естен танудан, оған қан айналым және тыныс алу мүшелерінің қызметінің бұзылуы қосылады.

— қантамыр қабырғаларының өткізгіштігінің жоғарылауынан көп көлемде сұйықтықты жоғалтуы және қанның қоюлануынан;

— жоғарғы температураның әсерінен зақымданған ұлпалардың қалдық заттарымен ағзаның улануы;

— жұқпалы аурулардың қосылуы (өкпе қабынуы, сепсис және т.б.);

— бүйректегі және бүйрек үсті безіндегі қайтымсыз өзгерістер.

Күйіктен өлген адамды сот-медициналық зерттеу кезінде анықтауға болады:

— егер де өлім тез туса — ішкі мүшелердің жедел қаназдығы;

— бірнеше күннен кейін өлгендерде — мидың ісінуі және миға ашық-қызыл көптеген нүктелі қан құйылулар; жүрек бұлшық етінде қайта — өзгерілу белгілері; тыныс алу мүшелерінің қабыну белгілері; бауыр мен бүйректе майлы өзгерілу белгілері;

— өртенген жерден табылған өлікте — сүйектердің көмірленуі, тері мен ішкі мүшелердің көлемді күйіктері, тыныс алу жолдарында — ыстану іздері және т.б.

Сот-медициналық сараптама күйікті тірі кезінде алғаны туралы көрсете алады:

— көздерін жұмған кезде бет қыртыстарының терілері зақымдалмаған;

— түтінмен тыныс алғанда тыныс жолдарының шырышты қабатына ыстың жиналуы;

— ауыздың, жұтқыншақтың, кеңірдектің, көмейдің шырышты қабатының күйігі;

— зақымдалған аймақта артериалды тромбтың түзілуі;

— қан тамырлардың майлы эмболиясы;

— ішкі мүшелердің қан тамырларында көмірдің аз көлемде болуы;

— қанда, жүрек қуысында, бауырда, яғни терең жатқан мүшелерде карбоксигемоглобиннің болуы;

— көпіршіктің сұйықтығында көп көлемде ақуыз (фибрин, лейкоциттер) табылады.

Өрт кезінде қаза болған адамдардың және өртенген өліктердің сот-медициналық сараптамасы кезінде кокарбоксиглобин жоғарғы қан тамырлардың қанында ғана табылады; көпіршіктердің сұйықтығында ақуыз болмайды, ұлпадағы ақуыздар ұйып, қайтымсыз өзгерістерге ұшырайды; ұлпалар қатайып, оларда жарықшақтар пайда болады; бұлшық еттер жиырылып, қысқарады, сондықтан, өлікке «боксердің позасы» тән (осы кезде қолдары шынтақ буынында, аяқтары тізе буынында бүгіледі, омыртқа жотасы алдыға қарай иіледі, басы мен иығы артқа қарай иіледі — бұгу жазудан күштірек болатыны байқалады); мүшелер мен ұлпалар қатайып, қиын кесіледі; айқын көмірленуден кеуде мен іш қабырғалары және басқа да ішкі мүшелер бұзылады; от жалынының әсерінен ішкі мүшелер нәзік болып қалады.

Сот-медициналық зерттеу күйікке жиі алып келетін себептерді көрсетеді. Оларға:

— тұрмыстағы және өндірістегі, авто көлік, авиациялық және де басқа апаттар кезіндегі бақытсыз жағдай;

— кісі өлтіру;

— қылмыстың ізін жасыру үшін мәйітті өртеу;

— өзін-өзі өртеу.

Мұнда өлікті алдын ала бөліктерге бөлшектеп, қылмыс құрбаны тұрған жерді немесе ғимаратты өртеу сынды нұсқалар да болуы мүмкін.

Сонымен қатар, тұрмыстық жағдайларында өлікті толық өртеп жіберу мүмкін емес, себебі — ересек адамды өртеу үшін 60 сағаттай уақыт қажет. Тек керосиннің көмегімен ересек адамның өлігін 10-12 сағатта, ал нәрестенің өлігін 2-3 сағатта толық өртеу мүмкін болады.

Өлікті өртеген жерді қарағанда оқиға болған жерден жанып біткен сүйектерді табуға болады (олар жынысын, жасын, қылмыстың түрін анықтауға мүмкіндік береді), ал, күлді зерттегенде — қымбат металдарды, тіс протездерін, киім қалдықтарын табуға болады.

Сот-медициналық сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар

Ағзаның жалпы қызуы:

1. Қоршаған орта жағдайының сипаттамасы:

1.1. температура;

1.2. ылғалдылығы;

1.3. желдің болуы, болмауы;

1.4. әсер ету ұзақтығы.

2. Зардап шегушінің жеке сипаттамасы:

2.1. жабдығы;

2.2. дене еңбегінің сипаты мен ұзақтығы;

2.3. денсаулығының жағдайы;

2.4. қоршаған ортаның қолайсыз әсеріне бейімделуінің жағдайы;

2.5. қоршаған ортаның қолайсыз әсеріне қарсы реакциясының сипаты;

3. Бұл жағдайларда қызу мүмкіншіліктері бар.

Жоғарғы температурамен жергілікті зақымдалу

1. жарақаттың тірі кезде алынғаны және уақыты

2. зақымдайтын факторлардың сипаты:

2.1. зақымдаған термиялық әсердің түрі (от жалыны, жанған шайыр, қайнаған су т.б.);

2.2. жанасқан жағдайда — байланысқа ұшыраған беткейдің пішіні мен көлемі.

3. Күйік жарақатының пайда болу механизмі:
- 3.1. әсер етуінің дәрежесі;
- 3.2. әсер ету ұзақтығы;
- 3.3. жеке жағдайлар (киімнің болуы немесе болмауы);
- 3.4. нақты жағдайдағы жарақат алу мүмкіндігі.

2. Төмен температураның әсері

Қалыпты тамақтанған және сәйкес киінген дені сау адам төменгі температураны ұзақ уақыт $-50... -60^{\circ}\text{C}$ температураны да көтере алатыны белгілі.

Сонымен қатар, қоршаған ортаның температурасы $+5...+7^{\circ}\text{C}$ -ге тең болса да суықтауға, патологиялық өзгерістерге, өлімге де әкелуі мүмкін. Төмен температураға, жалпы суыққа ағзаның сезімталдылығын жоғарылататын факторларға: жасы (балалар мен қарттар суыққа төзімсіз), психикалық және физикалық қажу, арықтау, ашығу, жарақаттану, қан жоғалту, алкогольді масаю, метеорологиялық жағдайлар (жел, жоғарғы ылғалдылық, сыртқы орта температурасының күрт өзгеруі - аяз) жатады.

Сот-медицина тәжірибесінде төменгі температураның жалпы және жергілікті әсерін бөліп қарайды. Төменгі температураның жалпы әсерінде қайта толмайтын жылу шығару күшейеді. Дене температурасының $+35^{\circ}\text{C}$, $+34^{\circ}\text{C}$ дейін төмендеген кезде адамда: қалтырау, әлсіздік, шаршағыштық, «құс еттілік» (бұлшық еттердің майда жыбыры), шеткі қантамырлардың тарылуы, біртіндеп ессіз жағдайға ауысатын ұйқышылдық пайда болады. Ағзаның барлық қызметі қиындай түседі, ал, $+24^{\circ}\text{C}$ температура өлімге әкеледі. Дене суып және теріс температурада қатады.

Бұл жағдайларда оқиға болған жерде өлікті қарау кезінде әдетте бұл кезде өліктің тізелері, саусақтары иегіне тартыңқы болатын тән белгі, тоңған адамның «тоқаш қалыпы» күйі анықталады. Дене бөліктерінен (киіммен жабылмаған жерлерінде) үсу белгілері анықталады. Мұрын (ауыз) тесігі аймағына мұз сүнгілері қатады, ал, кірпіктерінде қырау болады. Дененің үсіген бөліктері көкшіл-күлгін түсті, ісінген болады. Көскен кезде — ұлпалар ылғалды және қанға толы болады. Үсу белгілерінің болуы, суықтан өлімнің біртіндеп туғанын көрсетеді. Ер адамдарда суықтан пайда болған

өлімнің негізгі белгісі аталық бездерінің шап өзегіне көтерілуі болып табылады.

Қатты алкогольді масаю жағдайында суықтан туған өлімнің ерекшелігі, мас адам «бүрісу» кейпінде болмауы, онда суықтану белгісі байқалмауы да мүмкін, әдетте, ол сол тұрған жеріндегі қалпында тез өліп кетеді (мысалы, қалың қарға құлағаннан кейін).

Үсіп өлген адамның өлігін сот-медициналық жолмен ашып-қарау, оны салқын бөлмеде еріп болғаннан кейін ғана жүргізілуі керек екендігін заңгер білуі тиіс. Ал басқа жағдайлар өлгеннен кейінгі өзгерістердің жылдам дамуына әкеліп, тірі кезіндегі үрдістер ағымын шатастырады.

Үсіп өлген өліктерде сот-медицина сарапшылары: өлік дақтарының пайда болу процесінің кешеуілдеуі (қалыпты кездегімен салыстырғанда), бұлшық еттердің кешеуілдеп сіресуі және сіресудің ұзақ сақталуы, жүректің сол жақ бөлігінің, ірі артериялардың қанға (фибрин ұйындыларымен) толуы, бауыр мен бұлшық еттердегі гликогеннің жоғалуы, асқазанның шырышты қабатына беткі майда қан құйылулардың болуын анықтайды.

Сондай-ақ, үсіп өлген өліктің бүйрек өзекшелеріне қан құйылуларды, қуықтың толуын, бас ми көлемінің ұлғаюынан бас сүйегінің тігістерінің ажырауы байқалады.

Нәрестелер мен балалар қоршаған ортаның температурасына өте сезімтал келеді, оларда қоршаған ортаның температурасы $+7^{\circ}\text{C}$ суықтаудан өлім тууы мүмкін.

Төмен температураның әсерінен туған кісі өліміне сот-медициналық сараптама баға бере отырып, оны әдетте бақытсыз жағдай деп тануға болады. Жиі алкогольді мас болу жағдайында немесе адасып жол таба алмағандар ұшырайды. Өз-өзіне қол жұмсап үсіп өлу әдетте психикалық ауруларда кездеседі. Үсуден туған өлім ерте жастағы балаларда да немесе көмексіз жағдайдағы тұлғаларда да кездеседі.

Төменгі температураның айқындылығына қарай ІҮ дәрежеге бөлінетін жергілікті әсері үсуді шақырады. Оларға:

І-ші дәрежелі үсік — терідегі қызарумен, оның ісінуімен, ауру сезім түрінде көрінеді. Олар біртіндеп азайып, жазылуы 3-7 күнде тері үстілік қабыршақтануымен аяқталады.

II-ші дәрежелі үсік — іші қанға толы көпіршіктердің пайда болуымен сипатталады, олар нәзік, әрі оңай жарылады, айналасындағы тері көкшіл түсті; көпіршіктер 10-20 күннен кейін тыртықсыз жазылады, бірақ, зақымдалған аймақтың суыққа сезімталдылығы ұзақ уақыт сақталады.

III-ші дәрежелі үсік — бұл кезде ұлпалардың беткейінің өлі еттенуі байқалады, әсіресе, көпіршіктер ошақтанған аймақта көрінеді.

IV-ші дәрежелі үсік — ұлпалардың терең үсуі, сүйектердің үсуі де байқалады. Некрозға ұшыраған ұлпалар біртіндеп ажырап, зақымдалған аймақтар терең тыртық қалдырып, біртіндеп жазылады.

Тірі адамды сот-медициналық зерттеу кезінде, үсу дене жарақаты ретінде дәрежеленеді.

Өлікті сот-медициналық зерттегенде I-ші дәрежелі үсік әдетте сақталмайды, ал, көпіршіктер және некроздар түріндегі үсік толығымен зерттеледі.

Сот-медициналық сараптаманда үсік ұқыпсыздықтың, өзін-өзі зақымдаудың, сәйкес алдын алу шараларын сақтамаудың, дененің жекелеген бөліктерін қасақана үсіту салдары ретінде кездеседі.

Сот-медициналық сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар

1. Суықтату факторының құрамы:

1.1. суықтату факторының жалпы әсері

1.1.1. ауада суықтау (оң және теріс температура кезінде),

1.1.2. суда суықтау,

1.1.3. сұйылтылған газда суықтау;

1.2. суықтату факторының жергілікті әсері (тірі кезінде, уақыты, пайда болу негізі).

2. Суықтататын зақымдаудың түзілу механизмі:

2.1. суықтау жарақаты пайда болған кездегі зардап шегушінің жағдайы;

2.2. суықтату факторы әсерінің бір уақыттылығы немесе әр уақыттылығы;

2.3. суықтату факторы әсерінің ұзақтығы;

2.4. суықтату факторының әсеріне ұшыраған адам ағзасының ерекшеліктері;

2.5. суықтату факторының әсеріне ұшыраған зардап шегушінің киімінің болу-болмауы және оның ерекшелігі;

2.6. суықтату факторының жалпы және жергілікті әсерлерінің қосарлануы;

2.7. сыртқы зақымдаушы факторлардың біртұтас әсері;

2.8. белгілі жағдайларға байланысты суықтан жарақат алу мүмкіндігі.

3. Электр тогымен зақымдалу (электр жарақаты)

Сот-медицина тәжірибесінде адамның электр тогымен зақымдалуына байланысты сараптамалар жиі кездеседі. Негізінде олар:

— бақытсыз жағдайлар — қауіпсіздік шаралар ережесін сақтамағанда, өндірістегі апатты жағдайлар, көлік апаты, жарықтау жүйесінің және үй жағдайындағы электр-техникалық бұзылыстар;

— кісі өлтіру — электр энергиясы көзіне жалғанған сымдарды адам денесіне әдейі, қасақана тигізу;

— өз-өзіне қол жұмсау — электр сымдарын өз денесіне әдейілеп тигізуі болуы мүмкін.

Зақымдаушы әрекет тіке немесе жанама байланысу әсерінің өзінде және жоғарғы қысымға 1-1,5 м ара қашықтықта жақындағанда болуы мүмкін.

Зақымдану жағдайы және апат болған оқиға орнын қарау туралы сұрақтарды шешу үшін сот-медициналық сараптама техникалық сарапшымен (инженер) бірлесе отырып жүргізіледі. Бұл сот-медицина мамандарын электр тогының патологиялық әсеріне және электр жарақатын алуға әкелетін физико-техникалық, биологиялық, метеорологиялық және жеке тұлғалық факторлар әрдайым қызықтыратындығымен байланысты. Оларды толығымен қарастырайық.

Физико-техникалық факторлар — бұларға тоқтың қуаты, электр тогының әсер ету уақыты, ағза арқылы өту жолдары, тоғы бар сымдармен жанасудың көлемі, электр энергиясы көзінің техникалық принциптері жатады.

Биологиялық факторлар — бұларға зардап шегушінің денсаулық жағдайы, жасы (балалар мен қарттар бейім болады),

терінің, ұлпалардың, ішкі мүшелердің өзіндік қарсыласуы (кіру аймағындағы) жатады.

Метеорологиялық факторлар — бұларға жоғарғы ылғалдылық (жаңбырлы ауа райы) және сыртқы ортаның жоғарғы температурасы (тер бөлуге әсер ететін) жатады.

Жеке тұлғалық факторлар — жоғары қозғыштығы бар тұлғалар және де ұзақ уақыт бойы психикалық бұзылыстармен ауыратын барлық адамдар электр жарақатына бейім болып келеді.

Адам электр жарақатына ұшыраумен қатар бір уақытта келесідей зақымдар алады:

күйік — олар жоғарғы қуатты тоқ өткізгіштері арқылы аз уақыт ішінде жанасқан кездің өзінде-ақ терінің, ұлпалардың, сүйектердің көмірленуіне дейінгі әр түрлі терең зақымданулар түрінде пайда болады;

механикалық жарақаттар — электр тогының өткізгіштігінен адамды оны қоршаған заттарға лақтырғанда жиі кездеседі, бұл кезде киімдерінің және аяқ киімдерінің жыртылуы, аяқ-қолдарының шығуы, сынуы, ішкі мүшелердің ауыр зақымдануы өлімге әкелуі де мүмкін;

ағза сұйықтығының электролизі — электр тогының әсерінен пайда болып, ұлпалардың физикалық қасиеттері мен химиялық құрамының күрт бұзылуына әкеледі;

Сот-медицина сарапшылары электр тогының әсерінен туған өлімнің нұсқаларын келесі түрде жіктейді:

— өлімнің бірден тууы — тыныс алу орталығына ауа жетпеуден және екіншілік асфиксиядан;

— тез туған өлім — есінің жоғалуынан, тыныс алудың жедел бұзылуынан және қан айналым мүшелерінің бұзылыстарынан;

— баяулаған өлім — есі сақталған кезде қатты қорқумен (бұл кезде зардап шегушінің айқайы естілуі және электр тогының өткізгішінен босануы үшін талпыныстар жасауы мүмкін), содан кейін есін жоғалтып талып қалады, шаршағандық, тыныс алу орталығына ауа жетпеуі және жүрек тоқтауы мүмкін.

— кідіртілген өлім — есін жоғалту, жағдайының жақсаруы, оның кенеттен қайта есін жоғалтумен алмасып, өлімге әкеледі;

— кейіннен болатын өлім — электр тоғынан туындаған өзгерістер және асқынудан немесе электр жарақатынан алған аурулардың өршуі салдарынан болады.

Егер де жедел және дұрыс медициналық көмек көрсетілген болса, (өкпені жасанды желдету, жүрек массажы) онда зардап шегушіні ауыр жағдайдан шығаруға болады. Медицинада электр тогымен зақымданғанда қолданылар тірілту шараларын мәйіт дақтары пайда болғанша жалғастыру керек екендігі жөнінде ереже бар.

Зардап шегушілерді медициналық бақылау адамға электр тогының аздаған көлемінің әсерінің өзі есін жоғалту, тырысу, қатты шошыну, жүйке жүйесінің, есту және көру мүшелерінің бұзылыстары сияқты ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін екендігін көрсетеді

Электр тогының әсерінен зардап шеккен өлікті немесе тірі адамды сот-медициналық тұрғыдан зерттегенде, бірқатар электр жарақаттарының белгілерін табуға болады. Олар:

— анизокория;

— кіру және шығу аймағындағы электр белгілері аз уақыт жоғарғы температураның әсері салдарынан және де көмірлену немесе бастағы шаштың және шашты аймақтағы түктің түсуімен көрінетін терінің 3-ші дәрежелі күйігі байқалады және бұл белгілер электр тогының шығу аумағында аздап көрінеді;

— құлаудан және соққыдан (электр жарақатына тікелей қатысы жоқ, қосымша жарақат келтіруші факторлар) алынған зақымдалулар.

Электр жарақатынан қайтыс болған өліктердің сот-медициналық сараптамасы кезінде әр түрлі сүйектердің шығуы мен сынулары, ішкі мүшелердің жарылуы және олардың қанға толуы, бас миының ісігі мен оның қабаттарына нүктелік қан құйылулар, бұлшық ет «піскен ет» түрінде байқалады.

Сот-медицина тәжірибесі электр жарақаты кезінде киімдерді және аяқ киімдерді қарауға көп мән беру керек екенін айтады. Тексергенде көбінесе киімдердің күйген және көмірленген аймақтарын, ал, аяқ киімдерді қарағанда шегелердің балқуы, табанының көмірленуі және де басқа белгілер арқылы электр тогының шығу ізін анықтауға мүмкіндік береді.

Сот-медицина сарапшылары микроскопиялық зерттеу кезінде көптеген некроз ошақтарын, бұлшық ет талшықтары мен бас ми жасушаларының бұзылыстарын табады.

Найзағаймен зақымдану (атмосфералық электр тоғымен)

Сот-тергеу қызметінде найзағаймен зақымдалу күтпеген жағдай ретінде қарастырылады. Әдетте, бұл жағдай ашық аймақта, жаңбырдан ағаштың астында жасырынғанда, мекеменің ішінде, көлікте адамның теле және радио жүйесімен байланысқан кезінде болады.

Атмосфералық электр тоғының әсер ету механизмі — электр жарақаты тәрізді, бірақ зақымдау әсері адамға жоғарғы температураның және механикалық энергияның әсерлері тәрізді болады.

Найзағайдың әсерінен болған апат аймағын сот-медициналық зерттеу қиынға соқтырмайды. Қарау кезінде көп көңіл бөліреді:

- өртенген және жыртылған киімдер;
- киімдегі және аяқ киімдегі балқыған металлды заттар;
- бұтақтанған бейне тәрізді тарамдар терінің 1-2-ші дәрежелі күйігі — «найзағай бейнесі» қою-қызыл немесе ал-қызыл түсті, 12-16 сағаттан кейін жоғалады;
- жұмсақ ұлпалар мен сүйектердің көмірленуі;
- ішкі мүшелердің жарылуы мен қан құйылулар;
- өліктің сіресуі және шіруі;
- көптеген қосымша механикалық жарақаттар (дене бірнеше метр қашықтыққа лақтырылған болса);
- айналасындағы қирау іздері (сынған немесе көмірленген заттар) найзағайдан кейінгі іздер тәрізді;
- найзағайдың ауада өткен кездегі түзілетін озон мен күкіртке тән иістер.

Сонымен, біз температураның, электр тоғының және найзағайдың әсерінің адам денсаулығына тигізетін зардаптарын қарастырдық.

Сот-медициналық сараптамасымен шешілетін негізгі сұрақтар

1. Электр энергиясының жалпы құрамы:
 - 1.1. атмосфералық электр қуаты;
 - 1.2. жүйелік электр қуаты;
 - 1.3. электр тоғының айырылуы;
 - 1.4. электрлік доға ;
 - 1.5. электр қуатының әсерінің жекелеген түрлерінің қосарлануы.

1. Электр тогының жеке құрамы:
 - 1.1. жоғарғы энергетикалық ток;
 - 1.2. төмен энергетикалық ток.
2. Ток тасымалдаушы жанасатын бөліктердің ерекшеліктері:
 - 2.1. материал;
 - 2.2. пішіні;
 - 2.3. өлшемі;
 - 2.4. бедері.
3. Зақымдалудың пайда болу механизмі:
 - 3.1. электр энергиясының бекітілу аймағы;
 - 3.2. ағзадағы ток жолдары;
 - 3.3. электр энергиясының ағзаға биологиялық әсерінің ерекшеліктері;
 - 3.4. әсерінің ұзақтығы;
 - 3.5. белгіленген жағдайларда электр жарақатын алу мүмкіндігі.

4. Радиациялық жарақат

Зақымдаушы фактор. Сот-медицина тәжірибесінде радиациялық зақымдану, әдетте, ғылыми-зерттеу тәжірибесін жүргізуде және де сәулемен емдеу кезінде кездеседі. Иондаушы сәулелер ағзаның тірі жасушаларына сәйкес зақымдаушы әсер көрсетеді. Радиацияның алғашқы әсері молекулалардың ионизациясын шақырады, нәтижесінде бос радикалдар түзіледі және судың радиолизі басталады, пайда болған заттар биологиялық жүйелермен химиялық реакцияға түседі. Сәулеленудің келесі зақымдау әсері жасушаның құрылысына тигізер радиацияның әсерімен байланысты. Ол жасушаның зақымдануына алып келеді, зат алмасуды өзгертеді, радиотоксиндер кешені түзіледі, бұл кешендер митотикалық белсенділікті басады және хромосомалық аппараттың қайтымсыз өзгерістеріне әкеліп, жасушаның өлімін тудырады.

Радиациялық зақымдалудың ауырлығын анықтаудың негізгі факторы сәуле алудың жұтылған дозасының мөлшері болып табылады. 10 Гр дейінгі (1грей = 100рад.) дозада кемік түрі дамиды, 10-нан 20 Гр дейін — ішектік, 20-дан 80 Гр дейін токсемиялық не-

месе қантамырлық, 80 Гр жоғары — церебралдық. Радиациялық зақымдалудың ішектік, токсемиялық және милық түрлері көбінесе өліммен аяқталады. Кемік түрінде өлім 6 Гр-ден жоғары радиация жұтылғанда туады. Жұтылу дозасынан басқа да радиациялық зақымдалудың клиникалық ағымының ерекшеліктері:

- сәуле алудың түріне;
- сыртқы және ішкі сәулеленуге (радиоактивті заттардың ин-корпорациясы кезінде)
- адамнан сыртқы сәуле алу көзін алып тастау;
- сәулелену дозаларының ошағы немесе жалпы таралуы;
- сәулеленген дене бөліктерінің ошақтануы;
- бір реттік сәуле алу;
- емдеу шараларының уақыттылығы мен сипатына байланысты.

Зақымдалу. Жедел радиациялық зақымдалулардың клиникалық ағымын жалпы алғашқы радиация, клиникалық симптомдардың айқындалу кезеңі көрінетін латентті фаза деп бөледі. Алғашқы радиация, әдетте, алғашқы минуттарда, кейде сағаттарда, сәуле алғаннан кейін 3-4 тәулікке созылып, жүрек айнумен, құсумен, басындағы ауырлық сезіммен, бұлшық еттердегі әлсіздікпен, ұйқышылдықпен, сонымен қатар, жасушалық құрылыстың және қанның биохимиялық құрамының елеулі өзгеруімен көрінеді. Латенттік фазасында субъективтік жақсарумен сипатталады және ол 2-4 аптаға созылады. Бірақ, осы фазада шаш түсе бастайды, жалпы неврологиялық белгілер күшейіп, біртіндеп қанның жасушалық элементтердінің саны азайып, қан түзілуінің күрделіленуі байқалады. Клиникалық белгілерінің айқындалу кезеңі денсаулық жағдайының күрт нашарлауымен, терішілік және шырыш астылық көптеген қан құйылулармен көрінеді. Қан аздығы дамиды, ағзаның қарсыласуы күрт төмендеп, ішкі ағзаларға көлемді қан құйылулар пайда болып, жұқпалы асқынулар қосылады, бұл асқыну өлімнің жиі себебі болып табылады, әдетте, ол сәуле алу уақытынан кейінгі 4-аптаның соңында туындайды. Бір реттік 50 Гр мөлшерді қабылдағанда, өлім 2 тәуліктен кейін пайда болады. 150 Гр жоғары мөлшерде өлім бас миындағы өмірлік маңызды орталықтардың жансыздануынан туады.

Сәуле алғаннан кейінгі алғашқы сағаттардағы морфологиялық өзгерістер кенеттен туған өлімдегі көрініс сынды болады. Арнайы морфологиялық өзгерістер айқын клиникалық белгілері кезеңінде туған өлімге тән. Олар терінің, жұмсақ ұлпалардың және ішкі мүшелердің көптеген геморрагиялары түрінде, сондай-ақ, сүйек майының, көкбауырдың деструктивті және басқа мүшелер мен ұлпалардың некротикалық және дистрофиялық өзгерістерімен көрінеді. Көбінесе жұқпалы асқынулар: сепсис, өкпе қабынуы, перитонит.

Созылмалы сәуле ауруы ұзақ уақыт радиацияның аздаған мөлшерімен сәулелену кезінде дамып, бұл сыртқы сәуле алуда және де радиоактивті заттардың инкорпорациясы кезінде болады. Созылмалы сәуле ауруында өлім, әдетте, жұқпалы асқынулардың, гемопоэздің күрт тежелуінен, айқын геморрагиялық белгілерден, ағзаның жалпы қарсыласу және иммунологиялық қорғанысының төмендеуінен туады. *Иондаушы сәуленің жергілікті әсері* олардың клиникалық дамуы айқын бір кезеңділікпен сипатталатын, жасырын фаза, гиперемия, ісіну, көпіршіктердің түзілуі, некроз, ұзақ уақыт жазылмайтын жара сынды радиациялық күйік түрінде көрінеді. Сәуле алудың жергілікті зақымдалулары іріндік процестер мен кейде олардың қатерлі түріне ауысумен аяқталуы мүмкін. Сот-медициналық сұрақтарды шешу үшін: еңбек жағдайының дозиметриялық бақылауын сипаттайтын құжаттар; зардап шегушінің арнайы және диспансерлік бақылаулары жөніндегі тұрақты медициналық құжаттар; сәулелі зақымдалудың ауру тарихында көрсетілген клиникалық көріністер; қосымша зертханалық зерттеулер мәліметтері; мүшелер мен ұлпаларды зерттеудің радиометриялық мәліметтері қолданылады.

Сот-медициналық сараптамамен шешілетін негізгі сұрақтар

1. Зақымдаушы фактордың құрамы:

1.1. иондаушы сәуленің түрі:

1.1.1. рентгендік сәулелену,

1.1.2. альфа-сәулелену,

1.1.3. бета-сәулелену,

1.1.4. гамма-сәулелену,

1.1.5. нейтронды сәулелену,

- 1.1.6. сәулеленудің аралас түрлері;
- 1.2. сәулеленудің күштілігі:
 - 1.2.1. жоғарғы энергетикалық,
 - 1.2.2. төменгі энергетикалық.
- 2. Зақымдалудың пайда болу механизмі:
 - 2.1. әсер ету түрі:
 - 2.1.1. жергілікті,
 - 2.1.2. жалпы;
 - 2.2. әсер ету ұзақтығы:
 - 2.2.1. аз уақыт,
 - 2.2.2. ұзақ уақыт;
 - 2.3. әсер ету ерекшеліктері:
 - 2.3.1. сыртқы сәулелену,
 - 2.3.2. ішкі сәулелену,
 - 2.3.3. аралас сәулелену;
 - 2.4. сіңірілген доза;
 - 2.5. сәулеленудің сипаты:
 - 2.5.1. жедел,
 - 2.5.2. жеделдеу,
 - 2.5.3. созылмалы;
 - 2.6. берілген жағдайдағы сәуле алудың мүмкіншілігі.

Қорытынды

Бұл дәрісте сот-медицина тәжірибесінде жиі кездесетін жоғарғы және төменгі температуралар, электр тогы, атмосфералық электр қуатының жарақаты сынды сыртқы орта факторларының адам денсаулығына әкелетін зақымдары туралы айтылған. Осы жерде олардың сот-медициналық диагностикасы берілген. Сонымен қатар, өлім себептері мен сараптамалық зерттеу жүргізудің ерекшеліктері қарастырылған. Сыртқы факторлардың әсерлері кезіндегі сот-медициналық сараптама жүргізудің қорытындылары бойынша заңгерлердің іс-әрекетіне назар аударылған. Медициналық зерттеулердің іздестіру және жүзеге асырылуы бойынша тергеу нұсқаларының мүмкіндіктері мен заңи тәжірибелердің басқа да түрлері кезіндегі мамандардың іс-әрекеттерінің алгоритмі көрсетілген.

11. ЖАСАНДЫ АУРУЛАРДЫҢ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМАСЫ

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Ауруды сылтаурату көріністерінің жіктелуі*
 - 2. Ауруды сылтау ету, аггравация, диссимуляция және аутоагрессияны анықтау әдістері*
 - 3. Ауруды сылтаурату көріністерін анықтаудағы дәрігер-сарапшының тактикасы*
- Қорытынды.*

Кіріспе

Денсаулық жағдайын анықтауда және тірі адамдарға сараптама жүргізудің басқа түрлерінде науқастардың түрлі өтіріктері мен өзінде жоқ ауруларды бар етіп көрсетуге әрекет жасау сияқты жағдайлармен кездесуге болады. Бұл түрлі нысанда, жекелеп айтқанда, ауруды сылтаурату және аггравация түрінде көрінуі мүмкін.

Кейбір жасанды аурулар арқылы ауруды бар етіп көрсету жағдайлары ҚР ҚК баптарында қарастырылған. Мысалы: ҚР ҚК-нің 374-бабында дене мүшесіне зақым келтіру жолымен немесе өзге де тәсілмен әскери қызметтен жалтару қылмыстық жауапкершілікке тартылатындығы көрсетілген.

Зан бабы:

- әскери қызметшінің ауруды сылтау ету;
- өзіне қандай да бір болсын зақым келтіру (дене мүшесін зақымдау);
- жалған құжат жасау;
- өзгеше алдау жолы сынды құрамдарды қарастырады.

Алғашқы екі жағдайда ауруды анықтау үшін сот және тергеу қызметін қызықтыратын басқа сұрақтарды шешу мақсатында сот-медициналық сараптама тағайындалады. Сонымен қатар, бұл жағдайда ауру жөніндегі құжатта көрсетілген тексерілушінің ауруы туралы күмәнді жағдайлар туған кезде, құжатты жалған деп күдіктенгенде де тағайындалады.

Сараптаманың дұрыс жүргізілуі, сарапшының ғылыми негізделген және нақты қорытындысы өзіне зиян келтіру мен ауруды сылтаурату түрлерін және оларды анықтаудың әдістерін нақты білген жағдайда ғана мүмкін болады.

Ауруды сылтаурату көріністері егер олар дер кезінде анықталмаса, қоршаған ортаға жағымсыз әсер етеді. Ауруды сылтаурату әдістері жұқпалы ауру сияқты бірден пайда болады да, «сәтті аяқталғаннан» соң қоғамға тез таралып кетеді. Сондықтан, жалған ауруды анықтап білумен қоса, оны тудыратын факторлар мен жағдайларды, себептерді де анықтаудың маңызы зор.

Өзінің денсаулық жағдайын асқынған етіп көрсетуші немесе жоққа шығарушы нақты жағдайдың ашылуынан қашып, дәрігерге келуінің нақты себептерін жасыруға тырысады. Ауруды сылтаурату көріністері қандай да бір себептің салдары екендігін анықтап қарауды нақты шаралар қабылдау үшін медицина қызметкерлері естен шығармау керек. Көп жағдайда салдары ауруды сылтауратуға, аггравацияға, диссимуляцияға әкелетін, нақты тудырушы себептері психогенді тұрғында негізделген ұрыс-керіс болып табылады.

Симуляция көріністері көп жағдайда адамның интеллектуалды деңгейіне байланысты болады. Ақыл-есінде ақауы бар адамдар ағымы мен нәтижесін түсінбегендіктен, өздерінде ауру белгілерін тудырады. Жоғарғы интелекті деңгейіндегі адамдар ауруды сылтауратуды қысылтаяң жағдайдың өзінде де қолданбайды. Керісінше, жүйке-психикалық бұзылысының әр түрлі түрімен ауыратын адамдар бұл жағдайға жиі барады және олар өздерінің жеке мүдделілігі үшін ағымы қатал түрде көрініс табады. Болашақ заңгерлерге, ауруды сылтауратуға алып келетін себептерді анықтау үшін, ауруды сылтаурату көріністерін құрушы факторларды түсіндіру қажет.

Психогения — эмоционалды бұзылыстар, жаңа өмір жағдайына бейімделу, ұжымдағы келеңсіз жағдайлар және басқа да жеке маңызы бар себептер салдарынан адамның психикалық күйінің бұзылысы.

Фрустрация — мақсатқа жету жолындағы объективті кедергілер, өмірлік жоспардың бұзылуы нәтижесінде психикалық жағдайдың дезорганизациясы.

Прессинг — жағымсыз мақсатқа бағытталған топтың ұжымдағы жеке адамға қысым көрсетуі (карта ойынында ұтылған адамның андып жүруі, ұрып-соғуы, гомосексуалдық қатынасқа мәжбүрлеу және т.б.).

Өзін-өзі таныту — ұжымда беделді орын алу, сонымен қатар көшбасшылық.

Конформизм — келісу, қоғамға үйренісу, жеке тұлғаның жағымсыз мақсаттағы топқа психологиялық және физикалық тәуелді болуы, көшбасшылардың кері әсері.

Пайдакүнемдік — өзінің жеке пайдасына жету (қылмыстық істі жүргізуді тоқтату, ауруханаға жатқызу және т.б.).

Ауруды сылтауратудың әр бір жағдайы оның себебін анықтап қана қоймай, есепке алып, қайталану жағдайларының алдын алу шараларын қабылдауды қажет етеді.

Осылайша, ауруды сылтауратуға алып келетін көріністер, себептер мен жағдайларды анықтау, осындай әрекетке баруда шындықты сөзсіз анықтауға, олардың алдын алуға профилактикалық шаралар жүргізу және денсаулықтың соматикалық, психикалық сақталуына әсерін тигізеді.

1. Ауруды сылтаурату көріністерінің жіктелуі

Сот-медициналық сараптама жүргізгенде және анамнездік, клиникалық, патологоанатомиялық берілгендерді талдау кезінде, диагноз қоюда этиологиялық және патогенетикалық аспектілердің пайда болуы негізінен шығатын ауруды сылтаурату көріністерінің жіктелуі маңызды орын алады. Бұл жіктелу, сонымен қатар, стандартты есепке алуға септігін тигізеді.

Ауруды сылтаурату (симуляция) (лат. *simulatio*- қулану, жалған) — тексерілуші адамның өзінде жоқ аурудың белгілерін бар етіп көрсетуге жалған әрекет жасауы.

Тергеу және сараптамалық тәжірибеде аурудың жалғандығы ғана емес, әртүрлі, мысалы, шабуыл жасау, тонау, зорлау, бақытсыз жағдай және т.б. оқиғалардың да жалғандығы кездеседі. Ауруға қатысы бойынша медицинада ауруды сылтаурату — адамның өзінде жоқ ауруды сылтауратуы. Ол елеулі дәрежеде тұлғаның жалпы дамуымен, оның белгілі бір ауруға тән белгілерді немесе

синдромдарды өзінде көрсету әрекетіне байланысты. Аурудың толық клиникалық белгілерін көрсету мүмкін емес.

Ауруды сылтауратуды:

— қасақана (дені сау адамның белгілі бір мақсатқа жету үшін істеуі);

— патологиялық (денсаулық жағдайы ауытқыған адамда болады).

Қасақана ауруды сылтаурату — нақты аурудың белгілерін жасанды көрсетуді тек саналы түрде жүзеге асырады. Кейде ауруды сылтауратушы денсаулықтың бұзылуын мақсат ептей, денсаулыққа зияны жоқ, бірақ, белгілі бір аурудың белгілерін шақыратын дәрілік заттарды қабылдауы мүмкін.

Патологиялық симуляция — зерттеуші адам өзінде жоқ, бірақ, басқа аурумен байланысты ауру белгілерін көрсетуге әрекет жасауы. Психикалық белгілермен қатар, жиі шошыну кезінде бірқатар функционалдық және соматикалық сезімталдықтың жойылуы, соқырлық, тұтығу сияқты бұзылыстар қатары байқалады. Ауруды сылтауратудың сот-медициналық диагностикасы үшін, осы жағдаймен бір уақытта, сот-психиатриялық сараптама жүргізу үлкен мәнге ие.

Сот-медицина тәжірибесінде мұны:

— мүшелер мен жүйелер ауруларының симуляциясы;

— психикалық бұзылыстар симуляциясы деп ажыратады.

Өз кезегінде ауруды сылтауратуды:

— шын негіздегі ауруды сылтаурату (дені сау адам өзі білетін аурулардың белгілерін өзінде көрсетуге әрекет жасауы);

— жалған симуляция (дәрігер, арнайы маман болмаса немесе жеткіліксіз дәрежеде салдарынан науқасты симулянт деп тануы).

Тәжірибеде жасанды қан ағу, құсу, қызба, сарғаю, несеп-жыныс патологиясы, гинекологиялық және неврологиялық аурулар, тыныс алу мүшелерінің, қантамыр-жүрек жүйесінің патологиясы, жүйке-психикалық аурулар, сөйлеу, есту, көру бұзылыстары, құрсақ қуысының кесілген жарақаты кездеседі.

Кең тараған жалған аурулардың бірі түнде несепті ұстай алмау синдромы. Кейде бұл ауру шынымен де кездесуі мүмкін. Бала кезінде қалыпты жағдайда «шыжың» ауруын отбасыларынан

жасырып жүреді. Кейіннен үлкен ұжымға келгенде (жатақхана) қасындағыларға бұл ауру белгілі болады. Кейбір алдамдар мұны жалған ауру деп ойлайды. Бір жағынан түнде несепті жіберіп қоюды орындау жеңіл болған соң, оны анықтаудың объективті әдістері болмағандықтан, ол жеңіл түрде жалған бола алады. Несепті ұстай алмай қалу ауруының жалған екеніндігіне жасалатын сараптама дәрежеленген мамандардың қатысуымен стационарда жүргізіледі.

Гипертермиялық реакция симуляциясы кезінде механикалық (термометрді қыздыру), физикалық (қолтық асты шұңқырына пияз, бұрыш жағу, қыздыру), патофизиологиялық (қолға бұрау салу, тік ішекке сарымсақ енгізу, денені қарау кезінде көріне бермейтін жерлеріне, теріні зақымдап, жараға лай, нәжіс жағу) әдістер қолданылады.

Өкпе туберкулезі симуляциясы кезінде жасанды салмақ тастау, қақырықты ауыстыру, қызба симуляциясы және рентгенге түсірген кезде «қара» болу үшін сынап жағылмасын жағу, қант ұнтағымен, фольга шаңымен, құрғақ қанмен дем алу арқылы қарайған ошақтарды қолдан жасау. Қан түкіру симуляциясын қақырыққа ауыздың шырышты қабатының, мұрын жолдарының зақымданған кездегі қаны және қанды ұйыту, бояғыш заттарды қосу арқылы жасайды.

Тыныс алу жолдары ауруларының жасандылығын кеңсе желімінің, күйдірілген нанның, қант, органикалық заттардың шаңымен демалу арқылы, йод сіңірілген темекімен шегу жолымен жасайды.

Жүрек-қантамыр жүйесі ауруларының симуляциясын шектен көп темекі шегу, алкогольді ішімдік, кофе, қою шай ішу арқылы, дәрі-дәрмектерді пайдаланумен немесе тексерілу алдында ауыр физикалық жүк түсіру арқылы жасалады.

Асқазан-ішек жолдарының жасанды бұзылыстары үлкен көлемдегі суға темекінің үлкен шоғырландырылған тұнбасын қосып ішу немесе іш өткізетін дәрілерді (пурген, изафенин) пайдаланудан туындайды. Асқазаннан қан кету симуляциясы гематоген, қызылша қайнатпасы, қан бояғыш заттарды ішке қабылдау немесе ауыздың шырышты қабатын жарақаттап, аққан қанды жұту арқылы жасайды.

Аггравация (лат. *gravitas*-ауырлату, *aggravatae*-ауырлықты күшейту) — созылмалы ауруы бар адамның сол аурудың жедел фазасында пайда болатын симптомдарын күшейтіп көрсетуі. Олар:

— пайымсыз — жасалу деңгейі науқас адамдарға тән (көбінесе ерлерге);

— қасақана (әдейі) — адам белгілі бір мақсатқа жету мақсатында ауру процесінің жекелеген белгілерін ұзарту немесе күшейту үшін жасайды.

Аггравация түрлері:

— мүшелер мен жүйелер ауруы;

— психикалық бұзылыстар.

Пайымсыз жасалған аггравация сот-медициналық сараптама жағдайында көбіне науқас адам айналасындағы адамдардың, дәрігердің назарын өзіне аудару мақсатында өзіндегі ауру белгісін күшейтуге әрекеттенуімен түсіндіріледі. Осындай науқас адамдар өзінің ауру сезімі туралы жариялауды, олардың белгісін асыра айтумен шағымданады. Аггравацияның бұл түрі дәрігер-сарапшының абайсызда жасалған ескертпелерінен кейін және тез сенгіш адамдарда пайда болуы мүмкін. Тағы да ауруы туралы анықтамамен танысқаннан кейін немесе арнайы медициналық әдебиеттерге негізделуі мүмкін.

Қасақана жасалған немесе әдейі аггравация кезінде жеке басының пайдасы үшін соматикалық, урологиялық, хирургиялық, гинекологиялық, травмалық, психикалық аурулардың симптомдарын әдейі жасайды.

Ол пассивті және активті болады:

Енжар әдейі жасалған аггравацияда белгілі бір симптомдарды (ақсандау, бас ауру, көру немесе естудің нашарлауы) күшейту арқылы жағдайының жақсармағандығына шағымдану және қозғалысының шектелуіне, ауруға тән емес басқа да көріністердің пайда болуына шағымданады.

Белсенді әдейі жасалған аггравация кезінде ауруының созылуы үшін немесе жағдайын нашарлату шараларын жасауы. Мысалы, қол-аяқтың жарақаты кезінде оны қозғалтпау арқылы буын қозғалысының шектелуіне жағдай жасау. Бұл аггравация түрі аутоаггравация түріне айналып кетуі мүмкін. Сонымен қатар, басқа да түрлеріне тоқталсақ, ол:

— шынайы аггравация — созылмалы ауруы бар науқас декомпенсациялық ауру бұзылысы жоқ кезде, өзінде бар тәжірибе арқылы соматикалық немесе жүйке-психикалық аурудың жедел фазасының клиникалық көріністерін күшейтуге тырысады. Соңғы кезде диагностикалау қиындау, стационарлық бақылауды және сараптамаға жоғарғы дәрежелі психиатр маманды қатыстыруды қажет ететін психикалық бұзылыстар аггравациясы кең таралып отыр;

— жалған аггравация — бұл жағдайда, дәрігер сәйкес маман емес немесе дәрежесінің төмендігінен аурудың жедел кезеңінде науқасты аггравант деп анықтау.

Аурудың жедел фазасының аггравациясы кезінде науқастың жағдайын анықтау үшін науқаста бар аурудың ерекшеліктері мен ауру ағымы ескеріледі. Объективті анамнездік анықтамалар аггравация түрінің сипатымен салыстырылады.

Сот-медициналық сараптамада аггравация көбіне созылмалы ауруы бар немесе түрлі жарақаттық зақымдаулар алған (сынық, жара), тірек-қимыл қозғалысының бұзылысы бар науқастарда, сондай-ақ, орталық және шеткі жүйке жүйесінің аурулары мен бұзылыстарында да жиі кездеседі.

Жиі кездесетін белгілер мен синдромдар:

— көру мүшелері (көрудің төмендеуі, бір немесе екі көзінің де көруінің жоғарылауы);

— құлақ-мұрын мүшелері (саңырау, афония);

— жүрек-қантамыр жүйесі (ауру сезімі, ентігу, жүрек соғуының нашарлауы);

— тыныс алу жүйесі;

— асқорыту мүшелері (ішауруы, функционалдық-диспепсиялық бұзылыстар, жасанды құсу, лоқсу, қыжыл, тәбеттің төмендеуі);

— несеп-жыныс жүйесі (бүйрек шаншуы, несеп шығарудың бұзылуы);

— психикалық (жүйке-психикалық бұзылыстың асқынуы, естің, қозудың бұзылуы, мутизм, ступор).

Психикалық бұзылыстың шынайы аггравациясы:

— метааггравация Поро (метасимуляция) немесе персеверация Поро — өзінде болған аурудың жедел фазасының немесе оның белгілерінің күшейтілуі (депрессия, псевдодеменция синдромынан соң жынды болуы);

— әдеттен тыс аггравация (сюрсимуляция) — өзінде бар психикалық ауру қасиетіне тән емес, өзінде болмаған психопатологиялық белгілердің көрініс беруі (ақаулық жағдайда естің және интеллектің айқын бұзылуы немесе қояншық ауруының бәсеңдеу кезі).

Зерттеуші қылмыс жасауға қабілетсіз және қылмыстық жауапкершіліктен жалтару мақсатында, егер сотталған болса, ауру бойынша бас бостандығы айырылған жерден бостандыққа шығу, ауруханаға жолдама алу үшін немесе ішкі тәртіпті бұзған болса, жауапкершілікті алмау және ең болмаса сол ауру себебі белгілі жеңілдіктерді пайдалану үшін аггравацияға барады. Жүйке-психикалық бұзылысы аггравациясының нысанын таңдау, өзінде бар жүйке-психикалық ақаулар немесе аурулар арқылы анықталады. Сондықтан, аггравацияны анықтау мен оның диагностикалық маңызы шын мәнісінде бар патологияны көрсетеді. Жүйке-психикалық бұзылысы бар адамдар бірнеше рет қолданған аггравация сәтті болса, қайта қолдануға әрекет жасайды. Мысалы, олигофрендер ой дамуын төмен етіп көрсетуге тырысады. Бас ми жарақаты бар адамдарда естудің нашарлауы, тежелуі, психосенсорлы бұзылыстар, эмоционалдық тұрақсыздықтың бірнеше түрдегі көріністері байқалады. Психопатия мен истерия нысанымен ауыратындарда аггравация бірнеше түрде және айқын эмоционалдық реакциялар мен әр түрлі соматикалық, жүйке аурулары белгілері арқылы көрінеді.

Айта кететін жағдай, аггравация нысанымен ауыратындарда ауру симптомдарын тексергенде, психика бұзылысының тереңдігі мен сипатын көрсетеді. Бұзылыстар тереңдеген сайын аггравация шектен тыс күшейтулермен көрінеді. Ол адамның кез келген күрделі және қиын жағдайларда жүріс-тұрысының өзгеруінің үйреншікті нысанына айналуы мүмкін.

Жасанды көріністерге жақын, бірақ, өзіндік ерекшеліктері бар аутоагрессия мен диссимуляцияны айтуға болады. Сондықтан, сарапшы тәжірибесінен алынған бұл сұрақтарды осы дәрісте қарастырған жөн.

Диссимуляция (лат. *dissimulatio*-жасыру) — жедел және созылмалы ауруы бар адамның, сол ауруды жасыруы.

Диссимуляция:

— қасақана — өз пайдасы үшін жасалады;

— патологиялық — ұқсас ағымы бар аурулармен ауыратын, мысалы, созылмалы алкогольизм, қояншық және басқа да жүйке-психикалық бұзылыстары бар науқастарда кездеседі. Диссимуляцияның соңғы түріне ерекше назар аудару керек. Бұл науқастың ауруы асқынған кезде өзіне және қоғамға елеулі қауіп тудыруы мүмкін. Бұл диссимуляцияның ауқымын дұрыс бағалай білу керек.

Диссимуляцияны:

— мүшелер мен жүйелер аурулары;

— психикалық бұзылыстар деп ажыратады.

Өз кезегінде:

— шынайы диссимуляция — ауру адам өзінің ауруын жасырады;

— жасырын диссимуляция — түрлі себептерге байланысты дәрігердің аурудың жедел фазасын байқамай кетуі.

Диссимуляция альтруизм көрінісі болуы мүмкін, мысалы, әскери оқу орындарына түсу үшін өзінің ауруларын жасырады. Ұзақ уақыт ұшқыш болып істеген адамдар жұмысын болашақта да жалғастыру үшін ауруын жасырады. Кей жағдайда қылмыстық іс қозғалған адамдар диссимуляцияға (мысалы, көлік апаты кезінде жүргізуші өзінің ішімдік ішкенін жасыру үшін, спирттің иісін кетіруге әрекет жасайды) барады. Жүктілік жағдайларын жасыру да (кылмыстық аборт) кездеседі. Сот-медицина тәжірибесінде қылмыс жасаған тұлғаның зақымдалуын жасыруын анықтау маңызды орын алады. Қылмыскерлер зорлау, қасақана кісі өлтіру немесе оған қауіп төндіру кезінде зақымдалған адамның дене жарақатының бар екендігін жасыруы, не олардың пайда болуы жөнінде басқа мерзімді көрсетуі, жарақаттың сыртқы түрін, пішінін, көлемін өзгертуге тырысуы жиі кездеседі.

Тұлға ҚР ҚК-нің 115-бабы бойынша сөз ауруын жұқтыру туралы жауаптылыққа тартылған адам өзінің бұрынғы, не қазіргі уақыттағы ауруының бар екендігін және емдеу фактісін жасыру үшін диссимуляцияға барады.

Ауруды жасырудың сот-медициналық сараптамасы тек қылмыстық мақсатпен жасалған кезде және қылмыстық іс қозғалған сезіктіге қатысты жағдайларда жүргізіледі.

Аутоагрессия — ұлпалар мен мүшелерге зақым келтіру, не жасанды ауру шақырту арқылы өзінің денсаулығын нашарлатып, қасақана зиян келтіру.

Дене мүшесін зақымдау — ҚР ҚК-нің 374-бабында көрсетілген дене мүшесіне зақым келтіру жолымен немесе өзге тәсілмен әскери қызметтен жалтару мақсатында денсаулығына нұқсан келтіру болып табылады. Егер денсаулығына зиян басқадай мақсатпен келтірілсе (бұзақылық жағдайды жасанды етіп көрсету мақсатында және т.б.), онда ол дене мүшесін зақымдау емес, өзін-өзі зақымдауға жатады. Өзіне зақым келтіруге, өзіндегі жарақаттарды тігіркендіру арқылы жазылу кезеңін ұзарту жатады. Ол әртүрлі мақсатта жасалады: еңбекке жарамсыз қағазын алу үшін және т.б.. Өзіне зақым келтіру көбінесе психикалық ауруларда байқалады және сол аурудың бір белгісі болып табылады.

Әдетте, аутоагрессияның бір бағыты ғана бар, ол өзіне минимальді зақым келтіріп, оның максималды көріністерін шақыру.

Аутоагрессия түрлері:

— мүшелерді зақымдау;

— бөгде заттардың имплантациясы (бөгде заттарды асқазанға жұту немесе тік ішекке кіргізу).

Өзіне зақым келтіру негізінен мүшені зақымдау жолымен емес, тері жабындысы мен беткей қан тамырлардың зақымдалуы арқылы сол мүшенің зақымдану көріністерін көрсету. Оның жеңіл, орташа, ауыр түрлерін ажыратады. Ауыр түрі тұрақты немесе уақытша мүгедектікке, ұзақ уақыт жұмысқа жарамсыздыққа, мүше қызметінің бұзылуына апарады. Өзін зақымдау түрлері:

— механикалық жарақат;

— ауруды жасанды шақыру;

— адамда бар ауруларды асқындыру.

Аутоагрессияның мақсаты зақымдалудың сипаты мен ошағын және сол үшін таңдалған қаруды анықтайды.

Асқазан-ішек жолдарын зақымдау үшін қатты және жұмсақ бөгде заттар қолданылады.

Жұмсақ бөгде заттар — резеңкелік заттар, олар асқазан-ішек жолдарымен өте баяу өтеді, хирургиялық жолмен алынады немесе ауыр асқынуларға (мүшенің перфорациясына апаратын ойылулар) соқтырады.

Шашын ауызына салып жүретіндер әйелдерде кейде үлкен көлемге жететін және асқорыту жолдарын бұзатын, асқазанда шашты ісіктер пайда болады. Шашты ісіктер тек хирургиялық жол арқылы ғана алынып тасталынады. Диагнозы анамнез жинау және рентгенге түсіру арқылы қойылады.

Қатты бөгде заттар — металл, ағаш, пластмасса қуыс ағзаларда орналасса, хирургиялық жолмен алуды талап етеді. Олар асқазан-ішек жолдарында аса қауіпті өзгерістер тудырмайды және тік ішектен өздігінен шығады. Олар табиғаты жағынан әр түрлі болып келеді (темір қасық, шеге, термометр, шахмат, домино). Көбіне 12 см дейінгі заттар өздігінен шығады. Бірақ, тәжірибеде ұзындығы 30 см дейінгі заттар да (темір шынжыр) кездеседі.

Асқазан-ішек жолдарын бөгде затпен зақымдау механизмі әлі зерттелу үстінде. Бөгде денені жұту келесі әдіспен жүреді:

— жұтқыншақ пен өңеш шекарасына бөгде дене қойып, ол асқазанға түскенше бірнеше рет жұтынады, жұтудың алдында май жағады, әдетте, осындай жолмен ұзын және кең бөгде заттарды жұтады;

— бөгде заттарды қайта шығарып алу үшін ұстағышы бар бөгде заттарды бірте-бірте жұту. Осындай әдіспен сымнан жасалған сақина, үшкірленген ұшы бар көлемі кішкене, қисық пішінді жасалған басқа да заттар, түрі сипаттағы бөгде заттарды жұтады;

— жұту көлемін тездету мақсатында, бөгде заттарды сұйыққа қосып қабылдау, әртүрлі көлемдегі заттарды аузына салып (дойбы, шахмат фигуралары, ағаштан жасалған кішкене заттар және т.б.) су арқылы жұту.

Бөгде заттар асқазанда жылжи отырып, тамақ және шырыш қалдықтарына жабысып, доғал жағымен төмен айналып, ішек арқылы сыртқа шығады. Асқазан-ішек жолдары арқылы өту көбіне асқазан-ішек қызметінің жағдайына, тонусына, тамаққа толы екендігіне және жылдам жылжуына байланысты, Бөгде заттардың 75%-ы табиғи жолмен 2-3 тәуліктен соң, артқы тесік арқылы шығады. Егер бөгде дене асқорыту жолында 2 аптадан артық қалып қойса, дәрігер науқасты емдеу шараларын жүргізу үшін хирургия бөліміне жіберуге тиіс. Мұндай әрекетті көбіне криминалды өмір сүретін адамдар жиі қолданады. Олармен мойын тұсына, сіріқауыз аралық кеңістікке ауа жіберу әдістері кеңінен қолданылады.

Атыс қаруын қолдана отырып жасалған дене мүшесінің зақымдалуын анықтау үшін, алғашқы қарау кезінде жарақаттың сипатын және жараны таңуды зерттеу үлкен мәнге ие болып отыр. Бұл туралы ауру тарихында толықтай жазылуы тиіс, егер жараны таңу жүргізілсе, онда өзіне зақым келтіргендігін анықтау қиынға соғады.

Оқ жарақатын қолдан жасау көбіне қол жететін дене аймақтарында болады. Жарақат жақын аймақтан немесе денеге тақан жасалады, яғни ату зақымының қосымша іздері жарада және оның маңында қалады.

Егер қолжетпейтін аймақта оқ жарақаты болса, онда атуды алыс қашықтықтан жүргізуі мүмкін көмектесушімен жасалғандығын көрсетеді.

Дене мүшесін зақымдау туралы, атап айтқанда, атыс қаруын қолдану арқылы жасалған істерді тергегенде тергеу экспериментін жүргізген тиімді. Бұл процессуалдық тергеу әрекеті қылмыстың жекелеген мән-жайларын қайта қалпына келтірумен ұштасады. Тергеу эксперименті қолда бар дәлелдемелерді тексерумен қатар, жаңа дәлелдемелерге қол жеткізумен, мысалы, атудың нақты сол, не басқа жағдайда жүргізілгендігі туралы ақпаратқа көз жеткізу әдісі болып табылады.

Тергеу эксперименті оқиға болған жерде жасалған қылмысқа барынша ұқсастырылып жүргізіледі. Дене мүшесін зақымдау туралы істерде тергеуші сезіктіге зақым келтірген жағдайдың қалай болғандығын көрсетуді ұсынады. Ол үшін оған ату арқылы жарақат келтірілген қарудың макетін немесе оқу-жаттығу қаруын береді. Міндетті түрде куәгерлердің, сот-медицина сарапшыларының қатысуымен тергеушімен жүзеге асырылған тергеу экспериментінің жүргізілу барысы суретке түсіріліп, хаттама толтыру арқылы құжатталып, бекітіледі. Соңғы жылдары тергеу экспериментін жүргізу барысында суретке түсірумен қатар, бейне таспаға жазу да жетістікпен жүзеге асырылуда.

Атыс қаруына және өткір заттарға қарағанда, доғал заттармен өзіне зақым келтіру көптеп кездеседі.

Өзіне зақым келтірудің ерекше тобын көлік құралдары арқылы жүзеге асыру да құрайды. Бұндай жағдайда қасақана түрде көлік дөңгелегінің астына қол саусақтарын салу арқылы жасау

кездеседі. Осындай жағдайда, әдетте, тексерілуші жарақаттың көліктегі бақытсыз жағдай немесе өндірісте келтірілгендігі туралы баяндайды.

Осылайша, этиологиялық және патогенетикалық белгілері бойынша жасанды аурулардың көрінісінің жүйеленуі, осы жағдайдың заңгер және дәрігер-сарапшылармен біртұтас жіктелуіне әсерін тигізеді. Оларға диагноз қоюда ауруды сылтаурату, аггравация, диссимуляция және аутоагрессия әдістерінің орны ерекше.

2. Ауруды сылтау ету, аггравация, диссимуляция және аутоагрессияны анықтау әдістері

Дәріс аясында ұзақ уақыт бойы дәрігер мамандармен анықталған жасанды аурулардың әдістері мен тәсілдерін немесе оның көптеген жекелеген белгілерін анықтау әдістерін толық түсіндіру мүмкін емес. Бірақ, жасанды аурулардың жалпы қағидаларының диагностикасын қарастыру заңгерлер үшін барлық жағдайда қажет болып табылады.

Ауруды сылтауратушыға аурудың кейбір тұстары ғана белгілі болуы мүмкін, сол себепті сараптама кезінде осы жағдайларды есепке алып, анықтауға болады. Ауруды жалған түрде сылтауратушылар өздеріне керек жағдайда жазылып кетуі мүмкін. Бірақ та ауру бұзылыстарына қатысты дәлелдемелер болмаған кезде, аз уақыт аралығында ауруды бақылау сарапшы-дәрігерге оны ауруды сылтауратушы деп тануға құқық бермейді.

Симуляция көріністерін диагностикалау әдістерін қарастырып өтейік.

Амнистиялық мәлімет жинау және аурудың пайда болу себептерін (жасанды ауру көріністерін) анықтау.

Мұнда тексерілушіден бөлшектеп анамнез жинайды және оның өткен жылдардағы медициналық құжатын тиянақты оқып шығу керек. Шындықты анықтау мақсатында және ауру тарихындағы нақтыланбаған мазмұн үшін анамнез жинауды бірнеше рет қайталап жүргізеді.

Клиникалық тексеру және бақылау. Олар сылтауратудың типтік белгілерін, ауру симптомдарын асыра айтуды анықтауға мүмкіндік береді. Ең алдымен олар:

- продроманың болмауы;
- ауру ағымы, дамуы мен нәтижесінің атиптік қозғалысы;
- кейбір симптомдар мен синдромдар сәйкессіздігі.

Барлық шағымдар ауру өзгерістерін анықтау, не жоққа шығару арқылы анықталуы мүмкін объективті әдістің көмегі арқылы, сарапшымен түгел тексерілу керек. Кейбір жағдайларда өзінде жоқ ауруларға қасақана түрде шағымданатындығын ұмытпау керек. Клиникалық тексеру кезінде бұл шағымдар объективті дәлелге сәйкескелмейді. Бірақ, шағымы болмаған басқа аурулар анықталуы мүмкін. Сондықтан, сараптамалық зерттеу жұмыстарын жүргізу әр бір нақты жағдайдың қаншалықты айқын болуына қарамастан, толық және нақты түрде жүзеге асырылуы тиіс.

Сараптамалық тексерудің негізі ауруды сылтауратушыны үнемі бақылауда ұстауды ұйымдастырып, оны ұтымды әшкерелеу керек. Ол өзін бақыламауы мүмкін деп өзін басқа тұрғыда, ал, медицина қызметкерлерін көргенде өзін басқаша ұстайды. Мысалы, тізе буыны шыққан адам, жалғыз өзі қалғанда тізесін бүгіп, қалыпты жүре береді. Саңырау болған адам медицина қызметкерлері жоқ кезде туыстарымен сөйлесіп, оларды жақсы тындап отырады.

Зертханалық тексерулер (қан, несеп, нәжіс, қақырық, шәует, қуық асты безі сөлі, басқа да биологиялық бөлінділер). Зерттеулерді жүргізген кездегі міндетті шарттар — медицина қызметкерлері немесе оның қатысуымен күтпеген жерден барлық биологиялық экскрементке талдаулар алу.

Талдаулар алу кезінде мына әрекеттер жасалуы мүмкін:

— қол саусақтарының төменгі фалангаларын қатты денеге соғу арқылы қан құрамын өзгерту;

— өзгенің қақырығын өткізу немесе өзінің құрғақ қақырығына өкпе ауыруымен ауыратын науқас адамның қақырығын қосу (туберкулез, силикоз, ісік, оба, өкпе қабынуы) немесе қандай да бір бояғыш заттарды қосып (бояулар, сусын және т.б.) беру;

— диарея (іш өту) ауруларын еліктету кезінде өзге адамның нәжісін өткізу немесе сәйкес дәрі-дәрмектерді (изофенин, пурген, күкірт-кышқылды магнезия) қабылдау, кейде нәжісіне өзінің не жануар қанын қосу кездеседі;

— өзгенің қанын қолдану немесе глюкоза, қан, диагностикалық сарысу қосу арқылы несеп патологияларын еліктету;

— қышқылды немесе сілтілі заттарды ішке қабылдау арқылы асқазан сөлінің құрамын (С дәрумені, қырыққабат және томат шырыны, сода) өзгерту.

Медициналық дәрілерді (изафенин, пурген) қабылдаудан туындаған «диарея ауруларының» диагностикасы мен анықталуы, нәжіске аз мөлшерде аммиакты қосып жүргізеді.

Сонымен бірге, несеп патологияларына еліктету несепті қайнатқан кезде, ондағы ақуыз тұнғанда анықталады.

Функционалды және инструменталды әдістер. Әдісті пайдалану арқылы белгілі ауруды растауға және анықталған патологиялық өзгерістерге бақылау жасауға немесе жоққа шығаруға болады. Сараптама жағдайында келесі әдістер қолданылуы мүмкін:

— рентгеноскопия және рентгенография — өкпе және басқа ұлпалардағы патологиялық өзгерістердің бар екендігін объективті түрде анықтауға мүмкіндік береді. Патологияны анықтайтын көп осьті рентгеноскопия міндетті болып табылады, рентген түсірілімдерінің көмегі арқылы зерттеудің маңызы зор.

— эндоскопия — (гастроскопия, цистоскопия, бронхоскопия, бронхография, эзофагоскопия, ректороманоскопия) ауру диагнозына күдік туғанда жеткілікті әдіс болып табылады және көп бөлігі стационарда жүргізіледі;

— электротермометрия — қызбаны қолдан жасаған адамдарды анықтау үшін жүргізіледі.

Жалған, жасанды ауруларды анықтауда науқасты бақылау және оның таныстарымен сұхбаттасу үлкен үлес қосады, бірақ, ең бастысы — медициналық тексеру әдісі жолымен алынған дәлел болып табылады. Сот-медициналық сараптама кезінде негізінен медициналық дәлелдер қолданылады.

Атыс қаруының көмегі арқылы өзіне зақым келтіруді анықтау үшін зақымдалушының берген жауабы және табылған зақымдалудың сипаты мен версияның сәйкессіздігі үлкен мәнге ие.

Өткір құралдармен, шабатын қарулармен (балта) өзін-өзі зақымдау жиі кездеседі. Жарақаттар қолы жететін жерге жасалады. Әсіресе, жиі ұшырасатыны — қол саусағы мен аяқ жарақаты. Өз-өзіне жарақат келтірудің маңызды дәлелдемесі болып, параллельдік кесінділердің болуы, негізгі зақымды жасамас бұрын, әрекет жасап көргендіктен бірнеше із қалады.

Жарақат алған адамның киімдерін, аяқ киімдерін қарау, жеке-леп айтқанда, киімдегі және денедегі жарақаттың ошақтануының сәйкестігін тексеру керек. Киімдегі жыртылған, тесілген жерлер жарақатқа сәйкес келуі керек. Өзіне зақым келтіру кезінде кейде бұндай сәйкестіктер болмауы да мүмкін, өйткені, әдетте, зақымдау алдымен денеге жасалынады, содан соң барып, киім және аяқ киім зақымданады. Одан басқа киімдердің әр түрлі қабатында зақымдану ошақтарының сәйкессіздігі байқалуы мүмкін. Кейде асығыс кезде ол киімнің бір бөлігін зақымдауды ұмытып кеткен, оны әшкерелеуге көмектеседі.

Өткір қарумен өзіне зақым келтірудің дәлелі ретінде киім мен аяқ киімнен басқа да заттай дәлелдемелерді анықтау үлкен роль атқарады. Оларға дене бөлігі кесілген қылмыс қарулары жатады. Сот-тергеу әрекеттері кезінде заттай дәлелдеме ретінде сот-медицина сараптамасы орталығында жарақаттаған қару мен дененің үзілген бөліктерін (мысалы, кесілген саусақ) сақтап қалудың маңызы зор. Сонымен қатар, оған рентген түсірілімдерін және жарақаттың кестелік бейнесін тіркеу жөн.

Анықтау кезінде қол саусақтары және өкше тұсындағы ісіктер елеулі қиындық алып келеді. Жарақат салдарынан болатын ісік қатты заттармен соғу кезінде де (мысалы, бәтеңке) туындауы мүмкін. Саусақ үстіңгі қантамырларда қан айналымы бұзылып, қан ұйып, ол тұрақты саусақ ісігінің пайда болуына әкеліп соғады. Тура осындай жағдай тізенің төменгі бөлігі мен өкше тұсында болады.

Осылайша, біздің тарапымыздан ауруды сылтаурату, жасанды, жалған ауруларды анықтау әдісі туралы мәселе қарастырылды. Ауруды сылтау ету, аггравация, диссимуляция және аутоагрессияны әшкерелеуде сарапшы-дәрігердің тактикасы қажет.

3. Ауруды сылтаурату көріністерін анықтаудағы дәрігер-сарапшының тактикасы

Жасанды ауруларды сараптауда және анықтауда барлық жағдайда қолданылуы қажет қандай да бір әдістің болмауы қиындық тудырып отыр. Мұндай ауруды анықтауда дәрігер-сарапшыдан сабырлы, салмақты, бақылауда ұшқыр, ең бастысы, білімді және тәжірибелі болу керектігін талап етеді.

Ауруды сылтау ету, аггравация, диссимуляция және аутоагрессияны әшкерелеу кезінде дәрігердің тактикасы алынған ақпараттарға, объективті деректерге, оларды жүзеге асыру әдістерін білуге негізделеді. Бүркеме және жасанды ауруларды анықтау кезінде ауруды сылтау етуді табу қиын, оны дәлелдеу қажет деген ережені ұстануы тиіс.

Сараптамалық тәжірибе көрсетіп отырғандай, бүркеме аурулар белгілі бір жалпы белгілермен сипатталады.

Біртекес топты «аурулардың» шығуы, әсіресе, бір тергеу қамауында (әскери бөлімдерде) бірге отырған адамдарда кездеседі. Әдетте, бір немесе бірнеше ауру түрлері жасанды түрде жасалынады, бұндай кезде аурудың барлық белгілерін анықтау қиындыққа соғатындықтан, терең медициналық білімді қажет етеді.

Көптеген созылмалы аурулар жақсару кезеңімен жүреді, ал, жасанды ауруда бұндай жақсару байқалмайды.

Кейде ауруды сылтауратушы өзінің іс-әрекеттері мен «аурудың» симптомдарын күрделілендіріп көрсету арқылы күдік туғызып қояды. Мысалы, өмірде соқыр адам саусақ-мұрын сына-масын дұрыс көрсетеді, ал, ауруды сылтауратушы ешқашан да олай жасамайды. Саңырау артына бір зат құлағанын сезеді, ал ауруды қолдан жасаушы сезбейді.

Шағымдар мен жалпы белгілердің сәйкес келмеуі назар аударарлық жағдай. Ауруын сылтауратушы қолынан келгенше адамдарға, әсіресе, медицина қызметкерлеріне өзінің ауруы жайлы айтады. Көптеген жағдайда осындай адамдардың шағымдары мен жүріс-тұрысы оның білім деңгейіне де байланысты. Жеке-леп айтқанда, зияткерлік тұрғыдан дамыған адам, объективтік зерттеуі күрделі болатындықтан, ең алдымен, субъективтік симптомдарды атайды.

Аяқ астынан жазылып кету де, яғни ауру қолдан жасау қажет болмай қалса немесе іштегі жасанды ауруды анықтап қойған жағдайда, бүркеме аурудың белгілері болып табылады.

Ауруды сылтау ету көріністерін және диагнозын анықтауда, дәрігер тактикасының негізгі шарттары болып:

— тексерілушінің жеке басына дифференциалдық зерттеулер жүргізу;

— денсаулығына шағымдары мен тұрмыс жағдайын, ұжымдағы қарым-қатынастарына мән беру;

— шынайы клиникалық диагноз қою үшін қосымша зертханалық және функционалды-аспаптық зерттеулер әдістерін жүргізуге кеңесші-мамандарды тарту;

— тексерілушіні жасанды ауру көріністерін жасауға алып келген себептерін анықтап, кезегімен талдау жасау;

— тексерілушіні (айыпталушы, сотталушы) стационар, аурухана немесе медициналық көрсеткіштері бойынша мамандарға бағыттау;

— сарапшының әрекеті қисынды, қағидалы, ортаға түсінікті болуы керек. Қандай да бір жағдай болмасын, дәрігер өзінің парызы мен абыройын жоғалтпауы тиіс.

Жасанды аурулардың жалпы белгілерін есепке ала отырып, жасанды ауру деп күдік туғанның өзінде, сарапшы тексерілушіге олай қарамауы тиіс. Жасанды ауруларды анықтағанда тексерілушінің шағымдарына мән бермей кетуге болмайды, өйткені, тәжірибеде көрсетіп отырғандай, ауыр созылмалы аурулардың өзі де симптомсыз өтетіндігі байқалған. Сондықтан, әрқашан да сарапшы жасанды аурулар ретінде ауыр науқасты адамдарды қабылдауы мүмкін екендігін ұмытпауы шарт.

Жасанды аурудың бар екендігі сөзсіз анықталған жағдайда, сарапшы өзінің іс-әрекеті арқылы аурудың бар екендігіне күмән келтіретінін байқатпау керек. Бұл оған бүркеме ауруды дәлелдеп көрсетуді жеңілдетеді, кері жағдайда тексерілу уақытында ауруды сылтау етуші өзінің шағымдарын жекелеп, не толықтай өзгерту арқылы, жасанды аурудың бар екендігін дәлелдеуді қиындата түседі.

Ауруды сылтаурату, аггравация, диссимуляция және аутоагрессияға диагноз қоюда, оның жасалу жолдарына ерекше тоқталу қажет. Маман үшін тексеру барысында тұлғаны қабылдауға әсер еткен жағдай туралы, оның шағымдарын жекелеп бөлу, өмір және ауру тарихы, объективті мәліметтер, зертханалық зерттеудің нәтижесі туралы жазба жүргізіліп, оның ауруды сылтау етуші, жасанды ауру екендігі жөніндегі диагнозы сарапшының қорытындысында міндетті түрде көрсетілуі тиіс.

Мысалы:

Ауруды сылтаурату кезіндегі диагноз:

Диагноз: Тізе буынының шығу белгілері анықталмады. Ауруды сылтауратушы.

Аггравация кезіндегі диагноз:

Диагноз: Жүректің созылмалы ишемиялық ауруы. Миокард инфаркты анықталған жоқ. Аггравация.

Диссимуляция кезіндегі диагноз:

Диагноз: Жүректің созылмалы ишемиялық ауруы. Инфаркттан кейінгі коронарокардиофиброз. Тыныштық стенокардиясы. Диссимуляция.

Аутоагрессия кезіндегі диагноз:

Диагноз: Оң мықынның үстіңгі көк тамырының зақымдануы. Көрсету мақсатында жасалған аутоагрессия.

Осылайша, дәрігер үшін сараптама кезінде жалған ауруды анықтау күрделі және қиынға соғады. Аурудың жасанды екенін анықтау дәрігердің беделін сөзсіз арттырады.

Аггравация, симуляция, диссимуляция және аутоагрессияға диагноз қою үшін дәрігер-сарапшы клиникалық ерекшеліктері бойынша керекті талдауларды жинап, зертханалық, функционалдық зерттеулерден алынған деректерді ескеріп, «ауру бұзылыстары» механизімінің жоқ екендігіне көз жеткізгенге дейін клиникалық бақылау жүргізу қажет. Сот-медициналық тексеру жұмыстарында сау адамды симулянт деп танудан асқан қателік болмайды. Сондықтан, дәрігер-маманға бұл бағытта үлкен жауапкершілік арттырылады.

Қорытынды

Әдебиеттерде көрсетілген және біздің кәсіби тәжірибемізден алынған деректер бойынша дәріс барысында ауруды сылтаурату, аггравация, аутоагрессия (дене мүшесін зақымдау) деп күдік тудырған кезде сот-медициналық сараптамасының негізгі қағидалары және жасанды аурулар көрінісінің себебін, этиологиялық және патогендік аспекті бойынша жіктелуін, анықтау әдістері мен сарапшы тактикасын қарастырып өттік. Жоғарғыдағы жағдайларды ескеріп диагноз қою мәселелері де ба-

яңдалды. Жасанды аурулардың көріністерінің алдын алу тек емдеу мекемелеріндегі медицина қызметкерлерінің, сарапшылардың және сот-тергеу органдары қызметкерлерінің өзара тығыз қарым-қатынасы кезінде жүзеге асатынын ерекше атап өткен жөн.

Сарапшы қорытындысы үшін қажет сот-тергеу органдарын қызықтыратын сұрақтарды анықтау үшін іске қатысты материалдар:

- оқиға болған жерді қарау (дене мүшесін зақымдау кезінде);
- сезіктіні (айыпталушыны) сот-медициналық куәландыру және клиникалық тексеру;
- түрлі объектілерді, заттай дәлелдемелерді зертханалық зерттеу;
- тергеу эксперименті кезінде алынуы мүмкін.

Әрқашан сезіктінің бұрын ауырған және зақымдалған ауруларына қатысты медициналық құжаттары бар қылмыстық іс материалдарын, сонымен қатар, сот-медицина сарапшысының назарына алынуы мүмкін басқа да ақпараттарды мұқият қарау қажет.

12. ОҚИҒА БОЛҒАН ЖЕРДІ ҚАРАУ ЖӘНЕ ӨЛІКТІ АЛҒАШҚЫ СЫРТТАЙ ТЕКСЕРУ

Дәріс жоспары

Кіріспе

- 1. Оқиға болған жерді қарау және оған сот-медицина сарапшысының қатысуы*
- 2. Зақымдаушы себептерге байланысты адам денесіндегі тән белгілер мен іздер*
- 3. Оқиға болған жерді қарау нәтижелерін рәсімдеу
Қорытынды*

Кіріспе

Дәрісте заңгердің қызметіндегі өзекті мәселелердің бірі — оқиға болған жерді және өлікті алғашқы қарап тексеру қарастырылады. Бұл әрекеттердің екеуі де сот-медицина саласының маманы, яғни, дәрігердің елеулі көмегін қажет етеді. Сондықтан да қылмысты тергеу кезінде шындықты, оны жасаған тұлғалардың шынайы анықталуы тергеушінің, прокурордың, судьяның сот-медицинаны білу негізіне, іскерлік қарым-қатынасы қалай болғанына және де сот-медицинасы қызметкерінің кәсіптік деңгейіне тығыз байланысты.

1. Оқиға болған жерді қарау және оған сот-медицина сарапшысының қатысуы

Оқиға болған жерді қарау тергеу әрекеттерінің кең тараған түрі болып табылады. Қарау «қылмыс ізін, өзге материалдық объектілерді анықтау, сондай-ақ, іс үшін маңызды бар жағдайларды айқындау мақсатында...» жүргізіледі (ҚР ҚІЖК, 221-бап). Ол заң бойынша қылмыстық іс қозғалмай тұрып жүргізуге болатын, алғашқы кезек күттірмей жүргізілетін тергеу әрекеті болып табылады. Қылмысты ашу үшін тергеу талап етілетін қылмыс туралы арыз немесе хабар алғаннан кейін, тергеуші оқиға болған жерге дереу келіп, тексеру жүргізуге тиіс (ҚР ҚІЖК, 222-б. 2-т.). Оқиға болған жердеп — қандай да бір төтенше жағдай (кісі өлімі,

дене жарқаттарын жасау, зорлау, ұрлық, өрт және т.б.) орын алған аймақ немесе ғимарат танылатындығы белгілі.

Сондықтан, оқиға болған жерді қараудың маңызды шарттары болып барынша мүмкін болған ақпаратты алу үшін маңызды деңгейде тексерудің уақтылы жүргізілуі танылады. Тексеруді кішкене уақытқа кешіктіргеннің өзі жағдайдың өзгеруіне, маңызды айғақтардың жоғалуына әкелуі, ал, бұл өз кезегінде тергеу барысына және шындықты анықтауға теріс әсер етеді. Сол себепті оқиға болған жерді алғашқы қарау тәуліктің кез-келген уақытында жүргізіледі.

Анықтау, алдын ала тергеу немесе сот талқылауы процесі кезінде кейде оқиға болған жерді қарауды қосымша немесе қайта тексеруге қажеттілік тууы мүмкін.

Қосымша тексеру оқиға болған жерді алғаш рет қолайсыз жағдайларда (жарықтың нашар болуы, қар, жаңбыр және т.б.) қарағанда немесе тергеу барысында оқиға болған жерде іздердің қалғандығы турасында мәліметтер алынса, не алғашқы тексергенде табылмаған заттай дәлелдемелер табылған жағдайларда жүргізіледі. Сондай-ақ, қосымша тексерудің мақсаты алғашқы тексеру кезінде толтырылған құжаттарда тіркелмеген немесе толық қарастырылмаған кейбір жекелеген сәттерді нақтылау (мысалы, оқтың бағыты, әр түрлі іздердің және т.б. нақты орналасуы жөніндегі деректер) болуы да мүмкін. Сондықтан, әдетте, қосымша қарауда бүкіл оқиға болған аймақ емес, тек оның бір бөлігі немесе объектілер ғана тексеріледі.

Егер кемшіліктерді түзету әлі де мүмкін болса, қайталап тексеру жүргізу үшін дұрыс емес жүргізілген алғашқы тексеру негіз болады.

Оқиға болған жерді қарап тексеруді тергеуші басқарады. Тергеуші уақытында келе алмайтын жағдайда тексеруді анықтаушы немесе арыз немесе хабар келіп түскен анықтау органының лауазымы жағынан жоғары қызметкері жүргізеді (ҚР ҚІЖК, 222-б. 3-т.). Оған тексерудің сапасы мен уақытылы жүргізілуі, сәйкес құжаттардың толтырылуы үшін жеке жауапкершілік жүктелген. Оның тобына кіретін және шындықты анықтауға көмектесетіндер ішінен маңызды тұлғалардың бірі ретінде сот-медицина сарапшысы (бұл жағдайда ҚР ҚІЖК, 84-б.

1-т. сәйкес маман болып есептелінеді) танылады. Оқиға болған жерді қарап-тексеруге, сонымен қатар, қылмыс фактісін және оны жасаған тұлғаларды анықтау мақсатында анықтау, жедел-іздіксіз органы қызметкерлері, және басқа да қылмыстық-процессуалды заңнама шеңберімен бекітілген тұлғалар қатысады. ҚР ҚІЖК 222-бап 5-тармағына сәйкес, тексеру куәларды қатыстыра отырып жүргізіледі. Қажет болған жағдайда тексеру сезіктінің, айыпталушының, жәбірленушінің, куәнің, сондай-ақ, маманның қатысуымен жүргізіледі (ҚР ҚІЖК, 222-б. 6-т.).

Егер оқиға болған жерде мамандандырылған тексеру жүргізу үшін ғылым, техника және өнер саласындағы арнайы білім қажет болса, тергеуші тексеруге арнайы білімі бар мамандарды тартады. Көбінесе криминалистер, техникалық және т.б. жұмысшылар шақырылады. Бірақ, мәйіт табылған кезде, дене жарақаттары және басқа да өмірі мен денсаулыққа, бостандыққа, ар мен тұлғалық қасиеттерге қарсы жасалған қылмыстарда мұндай маман болып сот-медициналық сарапшы танылады. Адам мәйітін ол табылған жерде сыртынан тексеру тексерудің жалпы ережелерін сақтай отырып және сот медицинасы саласындағы маман дәрігердің, ал, оның қатысуы мүмкін болмаған жағдайда — өзге дәрігердің міндетті түрде қатысуымен жүргізіледі. Мәйітті тексеру үшін басқа да мамандар тартылуы мүмкін (ҚР ҚІЖК, 224-б. 1-т.). Мәйітті қосымша немесе қайталап тексерген жағдайда сот медицинасы саласындағы маман дәрігердің қатысуы міндетті (ҚР ҚІЖК, 224-б. 2-т.).

Мамандар тергеушіге тексеруді жүргізуге және нәтижелерін тіркеуге, іздерді табу мен алуға, сондай-ақ, басқа да іске заттай айғақ ретінде тартуға болатын заттарды табуға белсенді түрде көмектеседі.

Жекелеп айтқанда, сот-медицина аясындағы дәрігер-маман мәйітті анықтаған жерде тергеушіге мынадай нақты көмектер көрсетеді:

— өлімнің болу уақыты мен фактісі туралы айтуға болатын өлімнің сипаты, механизмі және зақымдардың пайда болу мерзімі туралы белгілерді анықтайды;

— өліктің табылған жерінде оны сырттай тексерумен және кейінгі сот-медициналық сараптама жүргізуге байланысты сұрақтар бойынша кеңес береді;

— қан, шәует және басқа да адамның биологиялық бөлінділеріне ұқсас іздерді, шаш талшықтарын, әр түрлі заттарды, құралдарды, басқа объектілерді табуға көмектеседі;

— оқиға болған жерді қарау хаттамасына өлікті және басқа биологиялық объектілерді тексеру нәтижелерін сипаттап толтыру кезінде кеңес береді;

— өлікті және басқа биологиялық заттай айғақтарды сот-медициналық сараптамасына жіберуіне байланысты сұрақтарды нақтылайды;

Оқиға болған жерді қарап тексерудің жоғары сапалылығы мен толықтығы тек криминалистикалық техниканың әр түрлі құралдарын ұтымды қолдануға ғана емес, сот-медицинасы қызметкерінің шеберлігіне де байланысты.

Оқиға болған жерді және өлікті қарап тексеру үшін сот-медициналық маманның сөмкеге немесе шабаданға салып қоюға болатын өзіне сәйкес жабдықтары болуы керек. Онда резеңке қолғап, қайшы, кескіштер, қысқыштар, динамометр, дене қызуын өлшейтін термометр немесе электрлі термометр, неврологиялық балғашық, стерильді заттық шынылардың, шыны және ағаш таяқшалардың жиынтықтары, құтылар, дәкелік тампондар, полиэтиленді қапшықтар, өлшеуіш сызғыштар мен ленталар, пилокарпин және атропин, этил спирті, жазатын қағаз және т.б. болуы қажет.

Кей жағдайларда жәбірленушілерге және басқа тұлғаларға алғашқы медициналық көмек көрсетуге тура келетіндіктен, сөмкеге немесе шабаданға мүсәтір спиртіні, шұғыл медициналық көмек үшін дәрі-дәрмектер, бұрау, танушы материал, шприцтер, инъекция үшін инелер, қан тамырлар қысқыштары тәрізді заттарды салып қойған жөн.

Енді оқиға болған жерді және өлікті қарап тексерудің реттілігі мен ерекшеліктеріне тоқталайық.

Оқиға болған жерді қарау

Тергеуші оқиға орнына келісімен, бірінші кезекте орын алған жағдаймен, көрген адамдардан және оқиғаның алғашқы іздерін анықтаған тұлғалардан сұрақ жүргізу арқылы танысады. Оқиғаның болған уақыты мен сипаты, өлік болған жағдайда өлген кісінің жеке басы анықталып, сезікті адамдар туралы және басқа да деректер жиналады.

Дәрігер тергеушіге нақты жағдайдың ерекшеліктері туралы (мысалы, өлер алдындағы жағдайлар, өлім уақыты мен сипаты, жәбірленушілердің шағымдары мен оларға тән симптомдар және т.б.) арнайы деректерді анықтауға көмектесе алады. Сондықтан, сот-медицина қызметкерінің тексеруге қатысы және тергеушіге көмегі туралы сауалдарды талдап алу қажет.

Алдымен тергеуші алдын ала азаматтардан сұрау жүргізеді, бұл өз кезегінде болып өткен оқиға туралы біршама талдаулар жасауға көмектеседі, ал, қарау жұмысына мақсатты бағыт береді. Содан кейін тергеуші басқа да мамандармен бірге аймақты жалпы бағдарлап тексереді, оқиға болған жердің шекараларын шамамен анықтап, тексерудің ретін құрады. Оқиға болған жерді қарауды орталықтан шеткері немесе керісінше жүргізуге болатыны белгілі. Криминалистикада қылмысқа қатысты орта деп — қылмыстың ошағын түсінеді, яғни, қылмыскердің қимылдары бағытталған объектілер (мысалы: өлік, пәтердің бұзылған есігі, өрт болған жер). Оқиға болған жерді қараудың әдісін таңдау, нақты жағдайға байланысты тергеушімен шешіледі.

Дегенмен, көп жағдайда қарауды ортасынан бастаған дұрыс деп есептеледі. Тергеу тәжірибесі қарауды мынадай жағайларда шеттен бастап жүргізуді ұсынады:

— сақталуына қауіп төніп тұрған шеткі іздер мен заттай дәлелдемелердің болуы;

— егер қарау үшін объектіге келгенше, шеткі іздер жойылып кететін болса;

— оқиға болған жердің орталығы белгісіз болса;

Оқиға болған жерді қарау үрдісі статикалық және динамикалық тексеруден тұрады. Алдымен статикалық қарау жүреді, ол кезде оқиға болған жердегі жағдай жалпы қаралып, шекара анықталады. Барлық объектілер қаралып, сипатталады, суретке түсіріледі, сызба-нұсқа түрінде белгіленіп, жоспарлар құрастырылады, болашақ тексеру хаттамасын толтыруға қажетті белгілер жасалады.

Статикалық тексеру өткен соң, яғни оқиға орны (құралған құжаттарда жазбаша, суретке түсіру жолымен, сызба түрінде) тіркелгеннен кейін динамикалық тексеруге көшеді. Бұл сатыда анығырақ тексеру үшін әр түрлі заттарды, өлікті қозғалтуға бола-

ды. Объектілер бөлшектеп қаралады, із түскен нысандар түгелдей алынады, егер оны тұтастай алу мүмкін болмаса, із түскен жері бөлшектеліп алынады.

Оқиға орнын тексеру ретімен, еш нәрсе қалып кетпей, барлығы қамтылатындай, жоспарлы түрде өтуі керек. Мысалы, ашық жерді қарауда жолдар, оның маңайы, қорғандар қаралады. Егер аумақ үлкен болса, онда ретімен қарау үшін бөліктерге табиғи шекаралар (жол, ойық) бойымен немесе жекелеген төртбұрыш, шаршыларға бөледі.

Жабық ғимараттарда, яғни пәтерлерде, сарайларда, шатырларда тексеруді кіре берістен бастап, сағат тілі бойынша (немесе қарсы) жүргізеді, ең соңында ғимарат ортасы тексеріледі.

Оқиға орнында сол жердегі жағдайға, олар орнында ма, күресу белгілері жоқ па, өлікті жылжыту іздері бар ма және т.б. назар аударады. Қызығушылық тудыратын барлық заттар жақсылап қаралып, олардың жалпы және өзара орналасуы белгіленеді. Ең маңызды деген объектілердің (өлік, заттай айғақтар, іздер) орналасуын қарау кезінде және жақын арада өзгермейтін, екі тұрақты қозғалмайтын бағытпен жүргізілген тік бұрышты бағдар жүйесі бойынша оларға дейінгі ара қашықтықты өлшеу арқылы бекітеді. Ғимарат ішінде қозғалмайтын бағыт ретінде бұрыштар, қабырғалар, терезе мен есіктер саналса, ашық жерлерде — құрылыстар, телеграф бағандары, көпірлер, ағаштар болады.

Өлікті тексеру

Бұл үрдісте сот-медицина қызметкерінің маңызы үлкен роль атқарады. Ең алдымен, өлік табылған жер мен оқиға болған жердің сәйкестілігін анықтап алу керек. Сәйкессіздік, мысалы, қылмыс жасап болған соң, ізін жасыру үшін өлікті басқа жерге жылжытқанда немесе жарақат алған адам қозғалып, оқиға болған жерден басқа арақашықтықта өлгенде байқалады.

Өлікті оқиға орнында тексеруден бұрын, өлім фактісі анықталуы (әдетте, сот-медицина қызметкерімен) керек. Егер адам тірі болса, оны құтқару үшін дәрігер барлық мүмкін шараларды қолдануы тиіс. Дәрігер-маман өлікті қараған кезде алдымен оның орналасу орнына (еденде, жерде, жоғары қарау, бүйіріне қарау, отыру, тік) және жату қалпына көңіл бөледі.

Жекелеген жағдайларда өліктің жату қалпы белгілі бір өлім түріне (мысалы, асылып өлу, дененің сууы) немесе өлімнің алдында болған жағдайларға (өлтіру алдындағы зорлау) тән болады.

Өлік денесінде және айналасында табылған заттар мен іздер (мойындағы арқан, жарақаттағы немесе өлік жанындағы жобаланған құрал, шаш, киімнің түймесі, өлік қолындағы басқа да заттар, дақтар мен қанға, құсық массаларына, шәуетке, несепке және басқа бөлінділерге ұқсас жағындылар) байқалады.

Сот-медицина қызметкері оқиға орнындағы өлікті сыртқы тексеруді өлікті мәйітханадағы толық сот-медициналық зерттеу тәртібі бойынша жүргізеді. Өліктегі киім, биологиялық мінездеме, ауызша бейнелеуі және ерекше белгілері (мысалы, тегі анықталмаған өлікті тексергенде), ұлпалардың толқу белгілері (жүрек соғуы тоқтағаннан соң) және өліктік дақтары, жарақаттары сипатталады.

Киімді жағдайы және өлікте орналысқан заттардың жекелеген бөлшектері қараған кезде анықталады. Киім жыртылған, түймелері ашылған не үзілген, қалтасы сыртқа шығып, жекелеген заттар жоғары не төмен тұруы мүмкін. Мұның бәрі өлімнің туындауына себеп болған сыртқы зорлық-зомбылық, көбіне күрес болғандығын куәландырады. Киімдерде талшықтар немесе автомобиль дөңгелектерінің протектор іздері (шаң, май, кір), басқа құм, кір, бояу, минералды май, шыны сынықтары, қан тәрізді әр түрлі ластанулар, түймелер мен балақта үйкеліс және жұлқылау іздері болуы мүмкін. Мұндай ұсақ-түйектер оқиғаның мәнісі мен жарақат механизмін түсінуге көмектеседі.

Техникалық қиындықтарға байланысты оқиға орнында, әдетте, киім шешілмейді, ал, кейде шешу қажет болады (мысалы, протектор немесе басқа объектілердің іздерін сақтап қалу үшін). Өлікті зерттегенде көбінесе киімнің жекелеген бөліктері шешіледі, көтеріледі немесе түсіріледі. Сонымен, киімнің алғашқы жағдайы бәрібір өзгереді. Одан кейін өлікті мәйітханаға апарғанда мүлдем өзгереді, сол себепті оқиға орнында киім қалпын барынша сипаттап, фотосуретке түсіріп алу қажет.

Сот-медицина қызметкері маман ретінде тергеушіге ұлпалардың толқыған белгілерін, өліктік құбылыстарды тауып, оларды мұқият сипаттауға көмектесуге міндетті. Себебі —

өліктік құбылыстардың байқалған жағдайлары мен өшу (толқу белгілері үшін) немесе даму (өліктік құбылыстар) қозғалысын зерттеу, өлімнің болу уақыты туралы сараптамалық қорытынды жасауға негіз болады. Тергеуші үшін бұл қорытындының маңызы зор, себебі — ол оқиғаның жағдайларын және оған қатысты адамдарды анықтауға жәрдемдеседі.

Оқиға орнында өлік табылғаннан кейін алғашқы сағаттарда сот-медицина қызметкері ұлпалардың толқу белгілерін бөледі:

— көздің алдыңғы камерасына атропин немесе пилокарпин ерітінділерін тамызғанда карашықтың жауап беруі;

— бұлшық еттердің механикалық және электрлік қозғыштығы;

— жасушалардың баяу өлу үрдісін білдіретін кейбір секреторлы реакциялары.

Дәрігер оқиға орнындағы өліктің жағдайына қарай өліктік құбылыстардың даму сатыларын (ерте және кеш) анықтауға міндетті. Өлімнің қай уақытта болғанын дәлірек анықтау үшін ерте өліктік құбылыстар қозғалысын (тоңу, өліктік дақтар, өліктің сіресуі), сондай-ақ, ұлпалардың толқу белгілерінің жылжуын біліп алып, оларды қайта зерттеу керек. Мұндай мүмкіндік бар, өйткені, кісі өлімі және басқа көптеген қылмыстарды тексеру жұмысы бірнеше сағатқа созылады.

Өлік денесінің температурасын, әдетте, сот-медицина қызметкері өлшейді. Өлгеннен кейінгі алғашқы 16-24 сағат ішінде дене температурасы қоршаған орта температурасынан жоғары, ал, содан соң ауа температурасымен теңесетіні мәлім.

Өлімнің болу уақыты туралы талқылау үшін өліктік дақтардың (гипостаз, стаз, имбибиция) даму сатысын анықтап алу керек. Ол үшін дақтарға арнайы динамометрлермен, жоқ болған жағдайда зерттеуші қолымен басып көреді. Басып көргеннен кейін нәтижелерін (дақтың жоғалуы, бозаруы, түсі өзгермеуі) және қайта калпына келуі немесе алғашқы түсіне ену уақытын жазып қояды. Хаттамада зерттеу сағаттары мен минуттары белгіленеді.

Өліктік сіресудің алғашқы дәрежесін бұлшық еттерді пальпациялау жолымен, аяқ-қолдың буындарын бүгу немесе жазу, басты еңкейту, төменгі жақты ашу арқылы анықтайды. Сіресудің қарқындылығы (әлсіз, орташа, жақсы) әр бұлшық ет топтарына

да зерттеліп, белгіленеді. Өлімнен кейінгі кеш өзгерістердің (шіру, балауыздану, шымтезекпен илену) айқындылық дәрежесі анықталады.

Өлікте анықталған барлық жарақаттар сот-медицина қызметкері тарапынан барынша толық сипатталуы керек. Оған себеп, уақытөте кейбір өліктердің түрі өзгереді де, алғашқы тексергендегі ерекшеліктері әлсіз немесе мүлдем байқалмай қалуы мүмкін. Мысалы, найзағай фигуралары, мойынды жұмсақ жіп қысқанда түрілетін бозғылт странгуляциялық сай толық жоғалып кетеді. Жаралардың шеттерінің пішіні мен өлшемдері, кебуіне байланысты, өзгереді. Әсіресе, жылдың жылы мерзімдерінде көп жарақаттарда шіру процестері тез дамуына байланысты, олардың түрі бірден өзгеріп, арнайы әрлеу әдістерінсіз анықтау қиынға соғады.

Сондықтан, кейінірек секция кезінде тереңірек зерттелетін болса да, оқиға орнында өліктегі жарақаттар санын, орналасуын, сипатын, өлшемдерін, қанталаулар және жырылулар түсін, жаралардың шеттері мен ұштары жағдайын, қуыстарда ластану немесе бөгде қосылыстар бар-жоғын және т.б. нақты көрсету керек.

Зақымданулар кейінірек арнайы зерттеу әдістерімен қаралатындықтан, жара тесіктеріне барлық қауіпсіздік ережелерін сақтай отырып алынатын, табылған, болжамдалып отырған жарақат құралын айтпағанда, зондтар, басқа әр түрлі кездейсоқ заттарды (сіріңке, қалам) енгізуге болмайды.

Өліктегі белгіленген зақымдарға қолмен тиіспеген дұрыс. Пішінін қалпына келтіру және өлшеу үшін жаралардың шеттерін қосуды сырттан жеңіл қысу арқылы жасайды. Өлшеуіш сызғышты жара ұзындығына біршама қашықтықта параллель қояды.

Оқиға орнында өліктегі жараларды кеуіп кетуден сақтау үшін бетін жауып қою керек (мысалы, дымқыл дәкемен).

Қарап тексеруден соң өлік сот-медициналық мәйітханаға зерттеуге жіберіледі. Тасымалдау кезінде қосымша зақымдалу болмауын қамтамасыз ету керек. Сол және басқа да себептерге сүйеніп, өлікті кез-келген көлік құралымен тасымалдамайды, арнайы жабдықталған санитарлық автокөліктер болғаны жақсы.

Оқиға орнындағы сезіктілер мен жәбірленушілердің денесі мен киіміндегі, жарақат құралындағы, қатысты көлік құралындағы заттай айғақтарға әр түрлі биологиялық объектілер (шәует, сілекей, несеп) жатуы мүмкін. Жоғарыда айтылғандай, тексеруге тартылған дәрігер-маманның міндеттерінің бірі — тергеушіге кейінірек табиғаты мен қай адамнан екендігін анықтау үшін сот-медициналық сараптамаға жіберілетін іздерді табу және алу.

Оқиға орнындағы заттай айғақтар көзге анық көрінуі мүмкін, ал, кейде өлшемдері кіші болғандықтан немесе түрлі сыртқы әсерлерден өзгеріп кететіндіктен, оларды көру үшін арнайы құралдар керек болады. Осы кезде, әсіресе, іздерді «жасырын жерлерден» (еден саңылауларынан, плитус астынан, жиһаздың бөлшектері қосылатын жерлерінен, есік тұтқасынан, су құбырынан т.б.) іздеу керек, себебі — қылмыскер көбінесе ашық жерлерден іздерін жасыруға тырысады.

Іздерді анықтау ашық, жарық кезде (күндізгі немесе электрлік) жүргізілуі керек. Кейбір микроіздерді лупа көмегімен, ультракүлгін сәулелер көзін қолданып іздейді. Шәует дақтары ультракүлгін сәулелерінде көкшіл түспен жарқырайды, ал, қан дақтары ультракүлгін сәулелерін жұтып, көзге барқыт тәрізді болып көрінеді. Бірақ, бұл алдын ала тексеру болғандықтан, қан және шәуетке ұқсас дақтар туралы соңғы нақты қорытынды жасауға болмайды, тек дақтарды анықтайды.

Сілекей, несеп, тер сияқты адам бөлінділерін, сондай-ақ, қылмыскер қалдыруы мүмкін заттарды (темекі қалдықтары, тарақ, бас киім және басқа) анықтау және олардан тер-май бөлінділерінің табылуы — иесінің қан тобы мен жынысын анықтауда сот-тергеулік тұрғыдан маңызы зор мәселелер болып табылады. Сол себепті, оқиға орнын қарауға қатысып жатқан дәрігер тергеушіге оларды арнайы зерттеу үшін сот-медициналық зертханаға жіберуді ұсынуы тиіс.

Оқиға орнында биологиялық текті объектілерді тапқан жағдайларда оларды дұрыс алып, буып-түйіп, сот-медициналық зертханаға зерттеуге жіберу керек.

Егер іздер кішкене заттардың үстінен (болжамдалған жарақат құралы, киім) табылса, онда олар бүтіндей алынып сол күйінде жіберіледі. Егер зат материалдық жағынан құнды болса

(кілем, жиһаз) немесе алынуға мүмкіндік жоқ болса (баспалдақ, айна, автокөліктің металл бөлігі), онда іздер қырылып алынады немесе физиологиялық ерітіндіге, жоқ болса суға батырып дымқылдатылған дәке бөлігімен шайылады. Із табылған заттың материалдық құндылығы болмаса және өңдеуге болатын жағдайларда күмәнді дақ бөлігін қиып алады (мысалы, тақта, бөрене бөлігі және т.б.). Қар үстінде қан анықталса, оны таза ыдысқа, тарелкаға, банкаға бірнеше бүктелген дәкеге жинап алып, ерітеді. Қар еріп жатқанда қан дәкеге сіңіп, зерттеу үшін сақталынады. Жердегі қанға, шәуетке және басқа бөлінділерге ұқсас бөлінділер топырақтың ең аз мөлшерімен бірге алынады. Шашты абайлап саусақтармен немесе қысқышпен алып, әр заттан жеке-жеке қораптарға немесе конверттерге салынады, олар жабыстырылып белгіленеді және мөр басылады.

Қанға, шәуетке және ағзаның басқа бөлінділеріне ұқсас дақтармен қатар, сот-медициналық зертханаға бақылау зерттеулері үшін дақ түспеген тасымалдаушы заттар (дәке, тақтай, сылақ, топырақ; егер физиологиялық ерітінділермен шайылу жүргізілсе, осындай шаю шайылған дақтың жанындағы тасымалдаушы зат бөлігінен де жасалады) да жіберілуі керек.

Алынған объектілерді орауды бөгде микроіздер қалдырмау және шіруді болдырмау үшін толық бүтіндігін сақтай отырып жүргізу керек. Кездейсоқ әсерлесуден (үйкеліс, ластаушы заттардың түсуі) сақтау үшін бетін ине, кнопка, майда шегелермен бекітілген таза қағазбен немесе матамен жабу қажет. Зерттеу кезінде дақтарды қаламмен, бормен, сиямен, әртүрлі бояулармен сызуға, сондай-ақ, желімді қолдануға болмайды, себебі — бөгде химиялық заттар кедергі келтіруі мүмкін. Ылғал объектілерді (қан, шәует дақтары, дене ұлпаларына ұқсас бөлшектер) ораудан бұрын бөлме температурасында, күн сәулелерінен және қыздырғыш құралдардан алыста жақсылап кептіру керек. Бұл кезде айғақтарға бөгде микробөлшектердің түсуін және іздердің шіруін болдырмау үшін шаралар қолдану керек.

Сонымен, біз сот-медицина қызметкерінің оқиға орнын тексеруде және тергеу мекемелеріне көрсете алатын көмегін қарастырдық. Әсіресе, бұл нағыз маманға өлім себебі, белгілері, уақыты, сипаты, механизмі мен зақымдалулардың пайда болу уақыты және т.б. туралы пікір айтуға мүмкіндік беретін фактілерге қатысты.

Оқиға орнындағы өлікті тексеру мен зақымдаушы жайттарға байланысты өлім ерекшеліктерін анықтау да маңызды болып табылады.

2. Зақымдаушы себептерге байланысты адам денесіндегі тән белгілер мен іздер

Оқиға орнын және өлікті зерттегенде өлім себебі мен белгілі бір жағдайларды көрсететін өзіндік белгілер мен іздер анықталады. Төменде зақымдаушы жайтқа байланысты зорлап өлтіру кезінде байқалатын белгілер сипатталады.

Оқ дәрімен атылған зақымдалу

Ату қаруымен оқ атқан кезде оқиға орнында оқтар, гильзалар, бытыралар, сондай-ақ, мүмкін болған бөгеттердегі (қабырға, қорған және т.б.) олардың әрекет іздері табылады.

Криминалистер оқтар мен гильзаларға қарап қарудың түрі мен жүйесін анықтайды және ату үшін қолданылған нақты данасын сәйкестендіреді. Автоматты және жартылай автоматты қарудан атқан кезде гильза ұңғыдан нақты бағытта және белгілі қашықтыққа лақтырылады, сондықтан, оның табылу орнына қарап оқ атушының атқан кездегі қалпы туралы айтуға болады. Сот-медицина қызметкерін бұл деректер ғана емес, оқ соққысының бөгеттер мен төңіректегі заттардағы іздері қызықтырады. Мұның бәрі атудың бағытын анықтауда есепке алынады.

Алдыңғы айтылғандардан оқ тиген жарақаттарда оқиға болған жерде көрсетілген заттай айғақтарды табуға бар күш салу керек екендігі түсінікті болып отыр. Оқтар мен гильзалардың дәл орналасуын олардан шыққан екі тұрақты бағдар және өлікке дейінгі ара қашықтықты өлшеу арқылы анықтайды. Осы әдіспен оқ тесігінің орналасуы анықталып, олардың еденнен немесе жерден биіктігі өлшенеді. Кірген тесігінің пішіні, өлшемдері, жеке бөгеттердегі, заттардағы оқ өткен өзектің ерекшеліктері, атудың қосымша факторлары (бытыра, от пен газдың әрекет ету іздері) көрсетіледі. Бұл оқ атқан адам мен жәбізленушінің өзара орналасуы, оқтың ұшу аумағы, атудың бағыты мен қашықтығы туралы мәселелерді шешу үшін керек.

Бытыра қарудан атқан кезде бөгеттерде (адам денесінде де) бытыраның кірген немесе олардың әрекет ету іздері табылады. Атудың қашықтығын анықтау үшін олардың шашырау ауданын, олардағы бытыра санын, жекелеген бытыра арасындағы қашықтықты өлшейді.

Егер оқиға орнында ату қаруы табылса, оның жекелеген заттар мен өлікке қатысты орналасуын белгілеу керек. Қаруды қарау кезінде сот-медицина қызметкері оқтың кіру тесігі мен ұңғы каналы аумағында қан, шаш, сүйек сынықтары, адам ұлпасына ұқсас бөлшектер және тоқыма мата талшықтарының бар-жоғына назар аударуы қажет. Олардың табылуы, қаруды тақап немесе өте жақын қашықтықтан атқандығын білдіреді. Егер қарудың ұңғы каналынан жанып кеткен бытыра иісі шықса, оқтың таяу уақытта атылғанын білдіреді. Одан басқа, қаруда атқан адам мен жәбірленушілердің саусақ іздері болуы мүмкін, кейде (әсіресе, ұзын ұңғылы қарудан өзін-өзі атқанда) ағытқыш ілмекті басу үшін адам түрлі құралдарды, яғни таяқ, бау және т.б. қолданады, ал, кейде, тіпті, қаруды басқа затқа байлап бекітеді. Оқиға болған жерде мұндай заттар табылған жағдайда, оларды сипаттап, суретке түсіреді.

Өлікті тексеру кезінде дәрігер оқ тиген жарақаттар санына көңіл бөліп, атудың қосымша факторларын көрсетуі керек. Киім қабақтары арасында немесе қатпарларында оқ, бытыра, тығын табылуы мүмкін. Өлген адамның қол саусақтарында кейде өз қолымен атқанда пайда болуы мүмкін беткейлік жарақаттар көрінеді.

Оқиға болған жерде табылған, іс бойынша заттай дәлелдемелер бола алатын, барлық заттар мен іздерді тергеуші алады. Қажет болса, оларды кейін арнайы зерттейді.

Атудан болған зақымдалу кезінде оқиға орындарында әдеттегі сызба-нұсқалардан басқа «бөлгендегі» сызбасы жасалғаны дұрыс. Оларды оқтың ұшу траекториясы, оқ жарақаты және т.б. іздердің орналасуы көрсетіледі.

Көлік апаттары

Тергеуші тарапынан көлік апаттары кезінде оқиға орнында соққы механизмі мен жағдайын анықтауда маңызы бар әр түрлі заттар мен іздерді: шам әйнектерінің, кабинаның сынықтары,

қан іздері, шаш, адам денесінің мыжылған ұлпа бөлшектері, киімнің жыртылған, жұлынған бөліктері табылуы мүмкін. Жолдан едәуір қашықтықта сүйретілу (әсіресе, рельстік көліктен болған жарақаттарда) іздері, жанармай, май, су іздері, автомобиль дөңгелектерінің іздері жатуы мүмкін. Осыларға қарап көлік пен жәбірленуші денесінің өзара орналасуы, көліктің қозғалу бағыты туралы пікір айтуға болады. Мысалы, оқиға орнындағы қалдырылған заттар, яғни аяқ киім, бас киім, қолғап, жәбірленушінің басқа да киім бөлшектері, қолындағы заттары (бума, сөмке, қалта және т.б.), сонымен қатар, жеке көлігі (мотоцикл, велосипед) ретсіз орналаспайды, белгілі ретпен орналасады. Егер көліктің қозғалыс бағыты бойынша қарасақ, жәбірленуші денесінің алдыңғы жағында, ал, биологиялық сипаттағы объектілер (қан, ми, шаш), керісінше, дене артында орналасады. Сүйретілу кезінде дененің оқиға орнындағы қалпы өзгереді, соған байланысты жоғарыда айтылған заңдылық байқалмайды.

Сонымен, сот-медицина қызметкері оқиға орнын қарағанда, өлік пен оның бөлшектелген дене бөліктерінің өзара орналасуын, сонымен қатар, жолдың жүргінші бөлігі мен шетіндегі заттар мен іздердің (автокөлік жарақаттарында) немесе рельс пен шпалдардың (рельсті көлік соққыларында) өзара қатысын белгілеуі керек.

Өлік денесі мен киімінде автокөлік радиаторы қаптамасының іздері, дөңгелек протекторы, бояу іздері, әйнек сынықтары, топырақ, күм, жағынды болуы мүмкін. Аяқ киім өкшесінде, түймелерде, тығыз материалды киім түрлерінде өзіндік сырғанау іздері қалуы мүмкін, сондай-ақ, жарақат механизмі туралы сұрақты шешерде олардың бағыты мен пішіні есепке алынады.

Дәрігер өліктегі және киімдегі зақымдарды көрсетуі қажет. Олар кішкентайдан бастап, өте кең жыртылу, үзілу, бөлінулерге дейін әртүрлі болады. Әсіресе, рельстік көлік әсерінен дене мен киімнің мыжылған бөліктері жолдарда бір-бірімен үлкен ара қашықтықта шашылып жатады. Әртүрлі жарақаттардың ішінен көліктің белгілі бір бөліктерінің әсерлеріне тән зақымдалуларды (автомобиль дөңгелектерінің протектор іздері түріндегі сызаттар және қанталаулар, рельстік көлік дөңгелектерінің реборда қысымынан болған жолақ сызаттар) көруге болады.

Оқиға орнында қалған адамға жарақат келтірген деп болжамдалған автомобиль немесе басқа көлік құралынан дәрігер қан іздерін, шаш, тері, бұлшық ет бөліктерін, сүйек және басқада дене ұлпалары бөлшектерін, киімнің үзінділері мен жеке талшықтарын іздеуі тиіс.

Айта кететін жайт, жәбірленуші денесі мен қозғалып келе жатқан объектілердің түйісетін жерінде, әр түрлі бүлінулер, ойықтар, әйнек бүтіндігінің бұзылыстары, бояу қабаттарының өшуі, шаң т.б. көрінуі мүмкін.

Көліктегі зақымдардың сипаты мен ошағының орналасуы оның құрылыстық ерекшеліктерімен және адам денесіне әсер ету механизмімен байланысты. Мысалы, автомобиль көлігімен соққанда зақымдар негізінен бамперде, капотта, шамдарында, ал, басып өткенде — дөңгелектерде, рамада, қанаттардың ішкі беткейінде, су шашқышта (кейін ұсталған сәйкес көлік сот-медицина сарапшылардың қатысуымен бірге жүргізілетін арнайы тексеруден өтеді) орын алады.

Оқиға орнында оңай өшетін іздерді сақтап қалуға тырысу керек (мысалы, протектордың шаң немесе қар іздері). Оларды суретке түсіріп, содан соң мүмкін болса, олар орналасқан заттарды алу керек.

Улану

Улану фактісі мен у сипатын анықтау үшін өлім алдында болатын жағдайлардың маңызы зор. Сондықтан, оқиға орнына келгеннен соң, өлген адамның туыстарынан және басқа қасында болған адамдардан сұрау жүргізіп, оның соңғы күндердегі және өлер алдындағы денсаулық жағдайы, мамандығы (белгілі бір уды алуға мүмкіндігі бар болуы), ішкен сусындары мен жеген тамағы жайлы мәліметтер алады. Дәрігер жәбірленген адамның шағымдары, уланудың клиникалық симптомдары, ауру кезеңі мен өлу ұзақтығын анықтауға міндетті.

Оқиға орнын қарағанда сот-медицина қызметкері сірке қышқылы, алкоголь немесе оның суррогаттарымен, формалинмен, эфирмен, ацетон және басқа ұшқыш заттармен уланғанда сезілетін арнайы иістерге көңіл бөлуі тиіс. Көміртек тотығымен улану көзі болуы мүмкін пештерді, газ құрылғыларын қарау керек.

У мен оның іздерін сақталып қалған сусын мен тамақ қалдықтарынан, ыдыстан, дәрі-дәрмектер мен ұнтақ қораптарынан, инелерден және т.б. табуға болады.

Көп жағдайда жәбір шеккен адам улы қабылдаған соң, оның қалдықтарын дәрілер қобдишасына, үстелге, шкаф және т.б. жерлерге қоюға мүмкіндігі болады. Сондықтан, сондай жерлерді жақсылап қараған жөн.

Улы зат өзгермеген күйінде құсық массаларымен бірге ауыздан шығуы мүмкін. Сол себепті, оқиға орнында қол жуғыштың, унитаз, шелектердің ішін, сондай-ақ, бөлмелердің, кереуеттердің бұрыштарын және басқа жерлерді белсенді түрде іздеу керек. Сондай жерлерден құсқан кезде қолданылған сүлгілер, қол орамалы, шүберек және өзге заттарды табуға болады.

Өлікті қарағанда дәрігер-маман кейде, тіпті, ауыз қуысында, ернінде, иегінде у бөлшектерін анықтайды. Күйдіргіш заттардан көбінесе ауыз шеңберінде, мойында, қолдарында және киімінде тән өзіндік күйіктер қалады. Дәрігер-маман өліктік дақтардың түсіне көңіл бөлуі тиіс. Кейбір улармен уланғанда олар әдеттегіден өзгеше болады (мысалы, көміртек тотығымен уланғанда — қанық қызыл, метгемоглобин түзуші улармен уланғанда — сұр қоңыр). Айқын көрінген өліктік сіресу көбіне тырыспа шақыратын улармен уланғандығын білдіреді.

Сонымен бірге, сот-медицина қызметкері улы ине көмегімен тері астына, бұлшық етке, көктамырға енгізгенін білдіретін өліктің тері қабатын тиянақты, байыппен қарау керек. Удың мұрын (мысалы, кокаин), тік ішек, қынапқа енгізілуі мүмкін, олардың қуыстарында сәйкес өзгерістер мен бөлінділер табылады.

Оқиға орнында табылған көптеген объектілер іс бойынша заттай айғақтар ретінде (мысалы, тағам мен сусын қалдықтары бар ыдыстар, у ұнтақтары, құсық массалары, нәжіс, несеп, дәрілер қобдишасы, инелер, аты жазылмаған дәрілік заттар және т.б.) алынады. Кейінірек оларға сот-химиялық талдау жүргізілуі мүмкін. Айтпақшы, егер жәбірленуші емдеу мекемесіне уланды деген күдікпен түссе, кезекші дәрігер, не медицина қызметкері құсық массалары мен шайған суларды, олардағы улы заттарды анықтау үшін сот-химиялық талдауға міндетті түрде жіберу керектігін ұмытпаған жөн.

Странгуляциялық механикалық асфиксия

Странгуляциялық механикалық асфиксиядан болған өлім жағдайында оқиға орнында мойнында асылу кезінде болған тұзақпен қысу іздерін көреміз.

Асылып өлгенде дәрігер тұзақтың бекітілу тәсілі мен ерекшеліктерін атап өтуі тиіс. Бір қарағанда ұсақ бөлшектер болып көрінгенімен, олардың өлім түрі мен жағдайы туралы пікір айтуға маңызы зор.

Асылып өлгенде өліктің қалпы әр түрлі болады. Өлік аяғы еденге немесе жерге тимей салбырап тұруы мүмкін, өлік тұрған, отырған, жатқан калыптарда да болуы мүмкін. Егер тұзақ адамның қол созған бойынан асатын биіктікте бекітілсе, сол жерді қарап, астына қоятын заттарға (үстел, орындық, саты) назар аудару керек, солардың үстінен ілмек бекітілген болуы мүмкін. Өліктің дәл қалпы анықталып, астына қойғыштың биіктігі өлшенеді, ондағы іздердің бар-жоғын (бірінші кезекте өкшенің) қарайды, астына қойылған заттың жұмсақ жерге (құм, топырақ, еден) түсірген қысым іздерін анықтайды. Мұндай іздер немесе астына қойғыш зат анықталмаса және ілмек жоғары ілінген болса, дененің зорлап асылғаны, яғни өлтірілген деген күдік туады.

Өлік маңайындағы барлық заттар жақсылап, мұқият қаралуы керек. Тырысу кезінде (жанталасу кезінде) дене сол заттарға соғылып, қосымша жарақаттар (сырылу, қанталаулар, тері жаралары) пайда болуы мүмкін. Өлікке қатысты оындай заттардың дәл орындары және қашықтығы өлшенеді.

Өлген адамның мойнындағы тұзақты қарағанда оның қандай материалдан жасалғандығын, түрін (сырғанақ, қозғалмайтын), салыну әдісін, бекітілу орнын сипаттау қажет.

Тұзақтың түйінінің байлану тәсіліне көңіл аударған жөн, себебі — бұл адамның кәсіптік және басқа да ерекшеліктеріне байланысты әдеттеріне тәуелді (мысалы, жай, теңіздік, балықшылардың түйіні, хирургиялық және т.б.). Сондықтан, түйіндерді зерттеу тұзақты дайындаған адамның кәсібі мен тұлғасын анықтауда маңызы үлкен. Осыларға сүйене отырып, оқиға орнында тұзақты түйінге қарама-қарсы бөлігінен кесу арқылы шешеді. Шешілген соң тұзақтың кесілген ұштарын жіппен немесе сыммен бекітіп, оның алғашқы күйі мен бүтіндігін қалпына келтіреді. Ілмектің тіреуге бекітілген түйінін де сақтап қалу керек.

Тұзақтың бекітілген жерін анықтап қарау керек. Мысалы, арқандағы және ағаш тіреудегі талшықтардың орналасуына қарай, арқанның қозғалыс бағыты туралы (егер денені бөгет немесе тақта арқылы тартып асқанда арқанның талшықтары тұзақ жағына қарай бағытталады, ал, тіреу материалының талшықтары, керісінше, арқанның қозғалыс бағытымен бағыттас болады) айтуға мүмкіндік береді.

Сот-медицина сарапшылары тұзақты шешкенде өлік мойнындағы странгуляциялық сай уақыт өте өзгеретінін біледі. Өзгерістердің сипаты ілмек материалына байланысты. Қатты және жартылай қатты тұзақтар (сым, бау, арқан және т.б.) терінің мүйізді қабатының түсуі арқылы мойынның тез қысылып қалуын тудырады. Өлікте странгиляциялық сай кеуіп, тығызданады, қоңырланып, анық көріне түседі.

Жұмсақ тұзақ салғанда (сүлгі, шарф, жайма және т.б.) мойынның қысылуы әлсіз болып, мүйізді қабаттың түсуі мен пергаментизация жүрмейді. Мұндай жағдайларда боз түсті странгуляциялық сай тұзақты шешкен кезде ғана анық көрініп, уақыт өте қиын ажыратылады немесе мүлдем білінбейді. Сондықтан, өлікті алғаш қарағанда сайдың бар ерекшеліктерін: ошақтануын, орналасуын, бағытын, тұйықталуын, кеңдігін, тереңдігін, түбі мен шетінің жағдайын сипаттайды. Странгуляциялық сайдың бедері мен тұзақ сипатының сәйкестігі белгіленеді. Егер тұзақты ауыстырған болса (мысалы, алдымен тұншықтырып өлтіріп, сосын өлікті асып қойса), мұндай сәйкестік болмайды.

Странгуляция түрін (асылу немесе тұзақпен қысу) ажырату үшін мойнындағы странгуляциялық сайдың бағытына қарайды. Асылуда оған қиғаштай жоғары өрлеген бағыт тән, тұзақ түйініне карама-қарсы жағында ойығы жақсы көрінеді. Тұзақпен орап қысқанда жүлгенің бағыты көлденең болып, өне бойында біртекті ойық дәрежесі байқалады.

Дәрігерлер оқиға болған жерде өлікті қарағанда, онда болатын странгуляциялық асфиксияның сыртқы белгілерін дәл көрсете алуы керек. Олар — беттің дөңгелектенуі, көгеруі, тілді тістеу, көз бен қабақтың шырышты қабаттарындағы ұсақ қан құйылу нүктелері, еріксіз несеп шығару, дефекация, ерлерде — ұрық шығару. Несеп, нәжіс, ұрықтық сұйықтық денедегі киімде, еденде немесе өзге заттардың үстінде болуы мүмкін, сөйтіп, олар адамның

өлер алдындағы қалпы туралы дерек береді. Іс бойынша заттай дәлелдемелер бола алатын заттарға мыналар: тұзақ, кейде өліктің қолында, киімінде, аяқ киімінде табылатын тұзақтың майда бөлшектері мен жекелеген талшықтары жатады.

Нәрестенің өлігі

Туған нәрестенің өлігі табылатын орын, көбіне, анасының босанған немесе нәрестенің өлген орындарымен сәйкес келмейді. Әдетте, бұлар — адам тұрмайтын ғимараттар (үй асты, сарайлар, соғылып жатқан объектілер), сай, қазылған шұңқырлар, қоқыс жәшіктері, канализация құдықтары, мазарлар және т.б.

Кейде өліктер жапырақпен, топырақ, қар қабатымен жабылған болады. Олар жалаңаш та, түрлі шүберектерге, төсек жайма бөлшектеріне, киімге оралған да болады. Сәбилердің өліктері кейде шаруашылық сөмкелерде, шабадандарда, қораптар мен оралған қағаздарда, газетке, клеенкаға оралған да болады. Осындай заттар кейін куәлермен танылатындықтан, осыған ұқсас заттардың барлық ерекшеліктері, орау тәсілі, қалай, немен байланғаны, түйіндер түрі жақсылап сипатталады.

Топырақ және түскен жапырақ астынан табылған басқа өліктердегі секілді мұнда да жыл мезгілі, метеорологиялық жағдайлар, жамылғының қалыңдығы мен сипаты ескеріледі. Бұл өлгеннен кейінгі өзгерістердің айқындалу дәрежесімен қатар өліктің осы ортада қанша ұзақ болғанын білуге мүмкіндік береді.

Болжанған босану орнында үлкен маңызы бар айғақтық заттар — қан, меконий іздері, ірімшік тәрізді жағынды, шарана сулары болатынын сот медицина қызметкері біледі. Оларды жаймалардан, киімнен, еденнен және әйел босанған бөлменің немесе бөгде ғимараттың ішінен іздеу керек.

Дәрігерлер өлікті қарауды жалпы қабылданған ережелер бойынша жүргізеді. Жаңа туылғанын, тіршілікке қабілеттілігін және құрсақтан тыс жас шамасын (кіндіктің жағдайы, ірімшік тәрізді жағындының, қан мен меконийдің болуы, жеке бөліктерінің өлшемдері мен дене ұзындығы) білдіретін сыртқы белгілерін ерекше атау керек.

Егер плацента табылса (кіндікпен байланысқан немесе өліктен бөлек жатқан) оның жағдайы да тергеуші және маман-дәрігерлер тарапынан толық сипатталады.

Электр тогымен зақымдалу

Техникалық электр тогымен зақымдалғанда оқиға болған жерді қарауды электр техникасы маманының қатысуымен бірге жүргізеді.

Оқиға орнына келгенде, ең алдымен, өлік маңайындағы өткізгіштер мен металл құрылғыларда токтың жоқ екендігіне көз жеткізу қажет.

Оқиганың жағдайларымен танысқанда жәбірленген адам денесінің жүйеге қосылуы 1 фазалы немесе 2 фазалы болды ма, адам ток қаупі бар аймақта болды ма, дене бөліктері тогы бар өткізгіштен немесе металл құрылғыларына тікелей тиді ме, соны анықтап алу керек.

Токтың өтуін қандай сәттер күшейтуі (ауаның жоғары ылғалдылығы, ылғал ғимарат, топырақтағы жауын, қорғаушы резеңке кілемдер мен қолғаптардың болмауы) және зақым тудыруы мүмкін екендігін біліп алған дұрыс.

Болған оқиға туралы куәлерден сұрау жүргізу де (өлген адамның жарақаттану сәтіндегі қалпы, дененің белгілі бөліктері мен электр тогы көздерінің жанасуы туралы) үлкен маңызға ие. Егер өліктің алғашқы қалпы өзгерген болса, куәлердің айтуы бойынша, қайта орнына келтіріп, хаттамада бекіту керек.

Электр-техника маманының қатысуымен, жанасқан кезде жарақат алған зат немесе тогы бар өткізгіштің шығар жерінің көрсеткіштері өлшенеді.

Кейде өткізгіштен тікелей жанаспай да электр жарақатын алуға болатынын ұмытпау керек. Ол кезде вольттік доға (мысалы, адам вагон шатырында электр берілісі сызығы астында тұрған жағдайларда) пайда болады. Мұндайда сот-медицина қызметкері өліктің киімі мен аяқ киімінің жағдайына, негізінен ылғалдылығына көңіл бөледі. Көбінесе жәбірленген адамның денесінде техникалық электр тогы әсерінің шектелген белгілері, сондай-ақ, вольттік доғамен жарақаттанғанда жайылған күйіктер байқалады. Осы және басқа зақымдар мен іздер барынша сипатталады.

Тогы бар құрылғылар мен өткізгіштердің күмәнді бөліктерінде кейде қан іздері, шаш, тері және жәбірленген адамның киім бөлшектері табылады, олар алынып, кейіннен сәйкес зертханалық зерттеулер жүргізіледі.

Атмосфералық электр тогы (найзағай) әсер еткенде оқиға орнында ағаштар мен бағандардың ажырауы, олардың бұрыштануы, топырақтың түтік тәрізді шұңқырлануы және оның балқытылған конгломераттары сынды өзіндік іздерді табуға болады. Күн күркірегенде құрылыстар мен түрлі заттар тұтанып, өрттің пайда болуы оқиға жағдайын бағалауға біршама қиындық тудырады. Адам өлігінің қасында атмосфералық электр тогымен жарақаттанған жабайы және үй жануарлары, құстардың өліктерінің кездесуі де сирек емес жағдай. Бұл — найзағайдың жайылғандығын куәландырады.

Өліктің киімінен шеттері жанған елеулі жыртылуларды көруге болады. Киімнің металл заттары (түйме, ілгек), белгішелер, түрлі әшекейлер, тиындар, сонымен бірге, аяқ киімнің металл бөліктері — шегелер, ілгектер, тағашықтары балқыған болуы мүмкін.

Атмосфералық электр тогының адамға әсер етуінің өзіндік типтік белгілері — «найзағай фигуралары» болып табылатынын, олардың пайда болуы терінің беткей қан тамырларының кеңеюімен байланысты екендігін медицина қызметкерлері жақсы біледі. Мұндай фигуралардың пішіні тарамдалған ағаш тәрізді, қызыл және қызғылт түсті болып келеді. Одан басқа, терінің жайылған күйіктері, сүйектердің сынуы, ішкі мүшелердің жыртылуы және аяқ-қолдың үзіліп түсуі де болуы мүмкін. Механикалық зақымдаулар, есін жоғалтқанда және дене құлағанда, басқа заттармен қысылғанда, үстіне ағаш, ғимарат құлағанда жиі пайда болады, ал, өрт болғанда — термиялық жарақаттар болады.

Найзағайдан жарақат алған жағдайларда оқиға болған жерде және зардап шеккен адамның киімінде өзіндік іздер бар болғанымен, денесінде көзге көрінетін ешқандай зақымдалулар болмауы мүмкін.

3. Оқиға болған жерді тексеру нәтижелерін рәсімдеу

Оқиға болған жерді тексеру нәтижелерін көрсететін негізгі процессуалдық құжат болып хаттама саналады.

Оқиға болған жерді тексеру хаттамасы — айғақтық мәні бар, маңызды заңды құжат. Ол тергеу іс-әрекетін жүргізу барысында немесе ол аяқталғаннан кейін бірден жазылады (ҚР ҚІЖК, 203-б.

1-т.) және оған тергеу іс-әрекетін жүргізуге қатысқан барлық адамдар қол қояды (ҚР ҚІЖК, 203-б. 6-т.).

Хаттамада оқиға орнының жайы оқығанда алдына нақты елестете алатындай етіп, нақты, толық және ретімен сипатталуы міндетті.

Хаттама кіріспе, сипаттамалық және қорытынды бөлімдерден тұрады.

Хаттаманың кіріспе бөлімінде — тергеу іс-әрекетін жүргізу орны мен күні; оның басталу және аяқталу уақыты минутына дейін дәл; тергеушінің лауазымы мен аты-жөні; тергеу іс-әрекетіне қатысқан әрбір адамның тегі, аты, әкесінің аты, ал, қажет болған жағдайда оның мекен-жайы көрсетіледі. Сонымен қатар, куәгерлерге құқықтары мен міндеттерін түсіндіру фактісі, олардың бас тартқан жағдайдағы жауапкершілігімен немесе өз міндетін орындаудан жалтарған кезіндегі ескертулер айтылады. Тексеру жүргізгенде ол жердің жарықтандырылу сипаты, ауа райы, аймақтағы, ғимарат ішіндегі ауа температурасы жазылады. Оқиға орнында мәйіт бар болса, кіріспе бөлімнің соңында оқиғаның жағдайы туралы алғашқы деректерді (туыстарының, кездейсоқ куәлердің сөздерінен) көрсеткен жөн.

Хаттаманың сипаттама бөлімінде тергеушінің барлық іс-әрекеті, яғни тексерудің қалай жүргізілгендігі кезегімен баяндалып, қараудың нәтижелері жазылады. Алдымен оқиға болған жердің нақты орнын көрсетіп, жалпы сипаттама беріледі. Мысалы, егер оқиға болған жер жабық ғимарат болса, онда — бөлме іші, үйдің мекен-жайы, орналасуы, құрылыс түрі (тас, ағаш, қабат саны) тіркеледі; пәтердің қаншасыншы қабатта орналасқаны, ондағы бөлмелер саны, онда кім тұратыны белгіленеді. Содан соң ғана оқиға болған бөлме сипатталады. Оның өлшемдері мен кіре беріс жері көрсетіледі.

Оқиға болған жердің жалпы сипаттамасынан соң, ондағы заттар, олардың өзара орналасуы, мәйіт, басқа да объектілер мен іздер жазылады. Іздерді, айғақтарды табу, алу және бекіту мақсатында қолданылған ғылыми-техникалық құралдар, сонымен қатар, оқиға орнының жайын бекіту әдістері (жоспар құру, фотосуретке, киноға түсіру) де аталып өтіледі.

Хаттаманың қорытынды бөлімінде оқиға орнынан алынған объектілер аталып, олардың оралуы сипатталады. Мәйітті сот-медициналық зерттеуге жіберу туралы және хаттамаға тіркелетін қосымшалар туралы белгілер жасалады.

Оқиға орнының жайын бекітудің бейнелі тәсілдері ретінде фотоға түсіру, сызба-жоспарлар құрастыруды қолданады. Кең тараған әдіске, фотосуретке түсіру жатады. Алынған суреттер оқиға орны туралы толық мәлімет беріп, хаттамада жазылғандарды қабылдауды жеңілдетеді, жағдайды жобалауға және көптеген жайттарды нақтылауға көмектеседі.

Оқиға орнындағы бір әрекеттің қозғалысын анықтау үшін бейнетаспаға немесе киноға түсіру қолданылады.

Оқиғаның бейнелік бекітілуін жоспар, яғни көлденең жазықтықтағы кестелік немесе масштабтық сызбаларды құрастыру арқылы алады. Көбінесе кестелік жоспарлар құрылады. Оқиға орнының жекелеген аумақтарының шамасы, объектілердің өзара арақашықтығы өлшегіш құралдармен өлшеніп, жоспарда метр және сантиметрлермен көрсетіледі.

Заттарды бейнелеу үшін (мысалы, ашық жердегі жолдар, ағаштар, құрылыстар немесе жабық ғимарат ішіндегі) криминалистикада қабылданған шартты белгілерді қолданады.

Көбіне, оқиға орнын жалпы көрсететін жоспарлардан бөлек, жеке жоспарлар құру қажеттілігі туындайды. Оларда маңызды деген аймақтар, түйіндер мен бөлшектер (мысалы, маңайында іздер бар мәйіт, бұзу қаруы қасында орналасқан бұзылған есік және т.б.) көрсетіледі.

Егер жабық ғимарат ішінде қабырғада, терезеде, төбесінде іздер табылса (мысалы, оқтың бағыты, асылған кездегі арқанның бекітілу орны), орналасуының жоспары құрылады. Онда заттар мен еден ғана емес, қабырғалар, есік-терезелер, төбесі де бейнеленеді.

Оқтың бағытының орналасу биіктігін, ұшу аумағын, аймақтың орналасуын белгілеу үшін сызба тік жазықтықта дайындалады.

Дұрыс құрастырылған сызба оқиға орнындағы жағдай, жеке заттардың өзара орналасуы мен ара қашықтығы туралы нақты түсінік береді, хаттамадағы көрсетілген деректерді қабылдауды жеңілдетеді.

Сонымен, оқиға болған жерді тексерудің нәтижелері хаттамаға толтырылып, оған тергеу іс-әрекетін жүргізу кезінде орындалған фотографиялық суреттер, кинотаспалар, бейнежазба кассеталары, сызбалар, жоспарлар, кестелер, іздің көшірме бедерлері мен таңбалары қоса тіркеледі.

Хаттаманы толтыруға сот-медицина қызметкері де қатысады. Хаттама дауыстап оқылып, тергеуші мен оған қатысқан барлық тұлғалар қол қояды.

Қорытынды

Дәрісте сот-тергеу ісінде тәжірибелік маңызы бар сұрақтар қаралды. Ең алдымен, оқиға болған жерді қарау және ондағы дәрігердің рөлі туралы айтылды. Түрлі зақымдаушы жайттарға тән белгілердің ерекшеліктері көрсетілді. Сонымен қатар, қараудың нәтижелері бойынша хаттама түріндегі құжаттың процессуалдық тұрғыдан рәсімделуі баяндалды.

Оқиға болған жерді тексерудің хаттамасын толтыруға көптеген мамандардың қатысуы керектігі сөзсіз, соның ішінде маңыздыларының бірі — сот-медицина қызметкері. Оның себебі: қылмыстық әрекеттердің көпшілігінің нәтижесі, зорлау, агрессия, соған сәйкес — дене жарақаттары, одан — адам өлімі туындауында болып отыр. Мұндай жағдайларда білікті бағаны дәрігер ғана бере алады. Сондықтан, сот-медицина қызметкерінің отандық сот әділдігі саласының сот-тергеу ісінің қазіргі заманғы даму сатысында көптеген тергеу әрекеттеріне қатысуы қажет болып табылады.

Білімді тексеруге арналған тест жинақтары

1). ҚІЖК бойынша дәлелдемелерді жинау құқығы берілмеген:

- A) тергеуші
- B) прокурор
- C) адвокат
- D) сот
- E) сарапшыға

2). Заң шығарушы тергеушіге, прокурорға, анықтау орган қызметкеріне қандай құқықтар берілмейді:

- A) кез-келген тұлғаны жауап алуға шақыртуға
- B) сарапшы ретінде қорытынды беруге шақыртуға
- C) қарау, тінту және басқа да тергеу әрекеттерін жүргізуге
- D) заттар мен құжаттарды ұсынуды талап етуге
- E) бас бостандығынан айыру

3). Дәлелдеменің түрі болып табылады, аталғандардан басқа:

- A) куәлердің жауабы
- B) сарапшының қорытындысы
- C) заттай дәлелдемелер
- D) тергеу әрекеттерінің және басқа да құжаттардың хаттамасы
- E) тінту қорытындылары

4). Сарапшы бола алмайды:

- A) қажетті танымы бар кез-келген адам
- B) сараптама ұжымының сәйкес сарапшысы
- C) сотпен тағайындалған басқа маман
- D) медбике
- E) дәрігер

5). ҚІЖК бойынша сарапшының құқығы жоқ:

- A) іс материалдарымен танысуға
- B) керекті материалдарды талап етуге
- C) ревизия жүргізуді талап етуге
- D) жауап алуда және басқа да тергеу әрекеттеріне қатысуға
- E) ревизия жүргізген кезде кеткен шығынды өндіруге

6). Мәйітті қарауды, оның табылған жерінде жүргізеді:

- A) дәрігер
- B) тергеуші
- C) медбике
- D) фельдшер
- E) прокурор

7). Травматизмнің түрлеріне не жатпайды?

- A) көліктік
- B) көшедегі
- C) тұрмыстық
- D) өндірістік
- E) жүргізушілік

8). Жол-көліктік травматизм түріне жатпайтындар:

- A) автомобильден
- B) мотоциклден
- C) әуе жарақаттары
- D) темір жолдағы
- E) өндірістік

9). Сыртқы әсер етудің механикалық түрлері, аталғандардан басқа:

- A) қатты заттар
- B) өткір заттар
- C) химиялық қосындылар
- D) қысу
- E) үйкеу

10). Механикалық жарақаттардың түрлеріне жатпайтындар:

- A) жырылу
- B) қанталау
- C) сүйектің сынуы
- D) ішкі ағзаның зақымдануы
- E) улану

11). Травмалық әсерге жатпайды:

- A) соққы
- B) қысым
- C) созылу
- D) үйкелу
- E) үсік

12). Механикалық зақымдалу кезіндегі өлімнің тікелей себептері, мыналардан басқа:

- A) өмірмен өрескел үйлесімсіз доғал жарақаттар
- B) жедел қан кету
- C) миына қан кетіп қысылу
- D) коллапс
- E) улану

13). Естен танудың (шоктың) түрлері жатпайды:

- A) жарақатты
- B) турникетті
- C) анафилактикалық
- D) септикалық
- E) тұрмыстық

14). Механикалық жарақаттардың адамның тірі кезіндегі салынған

белгілеріне жатпайды:

- A) қан кету
- B) эмболия
- C) бұлшық еттердің қысқаруы
- D) ісік
- E) сүйектің сынуы

15). Қанталаудың сот-медициналық маңызы, төмендегілерден басқа:

- A) сезіктіні анықтау
- B) жарақаттың салынған уақытын анықтау
- C) қылмыстың қаруы мен құралын анықтау
- D) қасақана әрекетті анықтау

Е) жарақат фактісі

16). Сот медицинасының объектілеріне жатпайды:

А) тірі адамдар

В) асфиксия

С) айғақты заттар

Д) қылмыстық іс материалдары

Е) мәйіттер

17). Адамды автокөлікпен фронтальды соғу кезінде жарақаттау

фазаларына жатпайтындар:

А) адамның көлік бөліктерімен соқтығысы

В) адамның көлікке құлауы

С) дененің лақтырылуы және жолға құлау

Д) дененің көлік дөңгелегімен қысылып қалуы

Е) дененің жолда сырғанауы

18). Жатқан денені басып өту мүмкіндіктері неге байланысты:

А) көліктің жылдамдығына

В) дөңгелектің радиусына

С) дөңгелектің еніне

Д) кедергінің жоғарылығына байланысты (жатқан адамның)

Е) көліктің түріне

19). Жүріп бара жатқан көліктен құлап жарақат алу сатылары:

А) құлап келе жатқан дененің көлік бөліктерімен алғашқы соқтығысы, жерге құлау, жермен сырғанау

В) адамның көлік бөліктерімен соқтығысы

С) адамның көлікке лақтырылуы

Д) көлікке құлау

Е) көлік дөңгелегінің денені қысып қалуы

20). Темір жол жарақаттарының түрлеріне жатпайды:

А) қозғалып келе жатқан темір жол көлігімен соқтығысу

В) қозғалып келе жатқан темір жол көлігінің дөңгелектерінің астында қалу

- С) қозғалып келе жатқан темір жол көлігінен құлау
- Д) вагондар арасында қысылып қалу
- Е) компрессиялық асфиксия

21). Темір жол көлігінің дөңгелегімен басып өтудің негізгі морфологиялық белгілеріне жатпайды:

- А) сыдырылған жолақ сызық
- В) жаншылудан пайда болған жолақ сызық
- С) көрінетін ақау
- Д) тромбоз (қанның ұйып қалуы)
- Е) қайшы тәріздес түрдегі әрекет

22). Автокөлік жарақатының түрлері:

А) қозғалып келе жатқан көлікпен адамның соқтығысуынан алған жарақаты

В) қозғалып келе жатқан жол көлігінің дөңгелектерінің астында калу

С) қозғалып келе жатқан автомобиль көлігінен құлағандағы жарақат

Д) автомобиль кабинасында немесе шанағында алынған жарақат

Е) қайшы тәріздес түрдегі әрекет

23). Сот-медицина маманының авиациядан болған оқиға болған жерді қарау кезіндегі міндеттеріне жатпайды:

А) тергеу органдарына әдістемелік көмек беру

В) мәйітті және оның киімдерін қарауға қатысу

С) жауап алуға шақырту

Д) ұшқыштың және экипаж мүшелерінің жарақат алу кезіндегі қалпын анықтау

Е) жарақат алу механизмінің сұрақтарын шешу

24). Әуе апаттарын медициналық-криминалистикалық зерттеудің негізгі міндеттеріне жатпайды:

А) экипаждың жарақаттарының механизмін анықтау

В) жолаушылардың әуе апаты кезіндегі денелерінің жату қалпын анықтау

С) экипаж мүшелерінің әуе апаты кезіндегі денелерінің жату қалпын анықтау

Д) жолаушы жеке басын сәйкестендіру

Е) экипаж мүшелерінің жеке басын сәйкестендіру

25). Жоғарыдан құлаудың түрлеріне жатпайды:

А) еркін құлау

В) тік құлау

С) сатылап құлау

Д) үйлесімді құлау

Е) баспен құлау

26). Жоғарыдан құлау кезінде жерге соғылудың түрлері:

А) баспен құлау

В) арқаға құлау

С) аяғымен құлау

Д) жамбаспен құлау

Е) секциялық

27). Сот-медициналық зерттеу әдістеріне жатпайды:

А) секциялық

В) гистологиялық

С) физик-техникалық

Д) тұлғаның генотипті сәйкестендірілуі

Е) тінту

28). Өткір құралдарға жатпайды:

А) шаншитын

В) шаншып-кесетін

С) шаншып-шабатын

Д) кесетін

Е) тапанша

29). Кесілген жарақаттың барлық негізгі белгілерін көрсетпейді:

А) тік сызық түрінде

В) жарақат шетінің сыдырылуы

- C) қисық сызық түрінде
 - D) жарақаттың үңірейуі
 - E) жарақат бұрыштарының өткірлігі
- *****

30). Сырылудың сот-медициналық мағынасына жатпайды:

- A) жарақаттың болуын анықтау
 - B) жарақаттың салынған уақытын анықтау
 - C) қылмыстың құралы немесе қаруын анықтау
 - D) қасақана жарақат салу әрекетін анықтау
 - E) тұлғаны анықтау
- *****

31). Шаншып-кесілген жарақат белгілеріне жатпайды:

- A) жарақат шетінің тегіс болмауы
 - B) жалпақ сүйектердің үңірейіп сынуы
 - C) ішке қанның көлемді құйылуы
 - D) шетінің шөгуі
 - E) тесіп өткен жара
- *****

32). Жауынгерлік қарудың калибрі анықталады:

- A) оқтың диаметріне қарап
 - B) оқпанның (ствол) калибрінің диаметрімен
 - C) гильза диаметрімен
 - D) қарама-қарсы ойық сызықтарының ара қашықтығымен
 - E) жарақаттанған каналдың қабырғаларымен
- *****

33). Атылған оқтан болған жарақат элементтеріне жатпайды:

- A) оқтың шыққан тесігі
 - B) жарақат каналының қабырғалары
 - C) жарақат тоғанының (каналының) көрінуі
 - D) оқтың кіргендегі тесігі
 - E) ішке қанның көлемді құйылуы
- *****

34). Атыс қаруынан болған жарақат каналының түрлеріне жатпайды:

- A) тесіп өткен
- B) көмескі /слепой/
- C) үзілмелі /прерванный/

- D) тік
- E) топаз

35). Атылған оқтың қашықтығының түрлері:

- A) жақын, жақын емес, тіреп атылған
- B) орташа жақындықтан
- C) алыстан
- D) жақыннан
- E) анықталмаған

36). Атылғанда оқтың шыққандағы жарақатының негізгі белгілеріне жатпайды:

- A) дақты белдеуінің болмауы
- B) саңылау түрінде
- C) металдану жоқ
- D) жарақат шеттерінің сыртқа шығып тұруы
- E) қару аузының таңбасының теріге түсуі

37). Тығыз тақап атылған жарақаттың негізгі белгілеріне жатпайды:

- A) оқ кірген жарақаттың шеттеріндегі терінің жарылуы
- B) қару аузының таңбасының теріге түсуі
- C) оқ кірген тесіктегі терінің ақауы
- D) жарақат айналасынан күйе және жанбаған оқ қалдықтарын алу
- E) жарақат шеттерінің сыртқа шығып тұруы

38). Механикалық зақым келу нәтижесінен туындаған өлімнің қашықтағы себебіне жатпайды:

- A) миға қан құйылуы
- B) улану (интоксикация)
- C) өкпе қабынуы
- D) перитонит
- E) сепсис

39). Атудың зақымдаушы факторлары:

- A) оқ

- В) оқ-дәрі жануынан пайда болған қосымша заттар
- С) қару
- Д) екіншілік снарядтар
- Е) улану

40). Штанцмарка қандай ұзақтықтан атылғанда пайда болады:

- А) ұзақтан тұрып атқанда
- В) жақын қашықтықтан атқанда
- С) тақап атқанда
- Д) орташа ұзақтықтан
- Е) өте жақыннан атқанда

41). Сот-медициналық маңызы бар электр тоғының түрлері:

- А) статикалық
- В) техникалық
- С) атмосфералық, өндірістік
- Д) өзгермелі
- Е) тұрақты

42). Жараның сот-медициналық маңызына жатпайды:

- А) жарақаттың болу фактісі
- В) жарақаттың салынған мерзімін анықтау
- С) қылмыстың құралы немесе қаруын анықтау
- Д) қасақана әрекетпен жарақаттау себебін анықтау
- Е) жарақаттың статикасын анықтау

43). Электр тоғымен зақымдануға әсер етпейді:

- А) ауаның дымқылдығының жоғары болуы
- В) ғимаратта ұнтақ заттардың болуы
- С) заттарға су бүрку
- Д) еденді сулау
- Е) жас шамасы

44). Электр тоғынан зақымдануға киімнің әсер етуі

- А) әсер етпейді
- В) токпен зақымдануға әсер етеді
- С) токпен зақым алу мүмкіндігін азайтады

D) токтың әсерін болғызбайды

E) токтың әсерін күшейтеді

45). Электр тоғынан зақымданған кезде қолданылатын физика-техникалық әдістеріне жатпайды:

A) тікелей микроскоп

B) рентгендік

C) трассологиялық

D) түрлі-түсті іздер әдісі

E) секциялық

46). Жоғарғы температураның әсер ету түрлері:

A) қысқа уақытқа

B) ұзақ уақытқа

C) үздіксіз

D) жалпы, жергілікті

E) үзілмелі

47). Күйіктердің пайда болуына жатпайды:

A) ыстық газдан

B) қатты заттан

C) сұйықтық

D) жалыннан

E) матадан

48). Күйіктің дәрежелерінің саны:

A) үшеу

B) екеу

C) төртеу

D) бесеу

E) алтау

49). Күйіктен болған жарақаттың ауырлығы әсер етпейді:

A) күйіктің тереңдігіне

B) күйіктің аумағына

C) күйікті оқшауландыруға

D) күйіктің әсер ету түріне

Е) естен тану

50). Ағзаның жалпы қызып кетуінен өлімнің себебі:

А) тыныс алудың тоқтауы

В) естен тану

С) ақуыздың денатурациясы және коагуляциясы

Д) улану/интоксикация/

Е) сепсис

51). Өлімге алып келетін қанда карбоксигемоглобиннің шоғырлануы:

А) 20 %

В) 40 %

С) 50 %

Д) 60 %

Е) 70 %

52). Үсік дәрежесінің саны:

А) үшеу

В) екеу

С) төртеу

Д) бесеу

Е) алтау

53). Үсіктің аумағы мен тереңдігін анықтауға болады:

А) суық әсер еткеннен кейін бірден

В) дененің зақымдалған бөлігін жылытқаннан кейін

С) 2-3 тәуліктен кейін

Д) 5-7 тәуліктен кейін

Е) 3-4 апта өткеннен кейін

54). Өрт болған жердегі оқиға орнындағы өлімнің себептеріне жатпайды:

А) көміртегі тотығынан улану

В) күйік жарақаты

С) оттегінің жетіспеуі

Д) күйік салдарынан естен тану

Е) гипоксия

55). Тауға көтерілгенде пайда болатын аурудың негізгі себебі болып табылады:

А) атмосфералық қысымның төмендеуі

В) жоғарыға көтерілгенде ауадағы оттегінің азайуы

С) жоғары көтерілгенде оттегінің ауадағы парциальдық қысымының төмендеуі

Д) атмосфералық қысымның жоғарылауы

Е) қан аздығы

56). Жоғарыдан құлағандағы зақымданудың белгілері:

А) жарақаттардың бір жақта пайда болуы

В) сыртқы жағында бірлі-жарым жарақаттың болуы

С) ішкі мүшелерге қан құйылуы

Д) күш түскен жерден басқа жерде сынықтың пайда болуы

Е) жоғарыда аталғандардың барлығы дұрыс

57). Механикалық асфиксияның түрлеріне жатпайды:

А) странгуляциялық (тұзақпен буындыру)

В) обтурациялық (тыныс жолдарын бөгде заттармен бітеу)

С) құсқандағы тыныс жолдарының бітелуі (аспирация)

Д) компрессиялық (денені басып-жаншығандағы)

Е) патологиялық

58). Жіппен асылып қалудағы странгуляциялық сайдың ерекшеліктеріне жатпайды:

А) бағыты көлденең болады

В) қиғаш бағытта

С) көмекей сіңірінен жоғары орналасады

Д) кара-қоңырқай түсте, тығыз

Е) тегіс емес тереңдікте

59). Тұзақпен қылқындырғандағы странгуляциялық сайдың ерекшеліктеріне жатпайды:

А) бағыты көлденең болады

В) қиғаш бағытта

- C) тегіс емес тереңдікте
 - D) қара-қоңырқай түсте, тығыз
 - E) көмекей сіңірінен жоғары орналасады
- *****

60). Ұйқы артерияларының жыртылуы пайда болады:

- A) тұзаққа асылып қалу кезінде
 - B) қолмен қылқындырғанда
 - C) тұзақпен қылқындырғанда
 - D) кеуде қуысының компрессиясы
 - E) тұншығу кезінде
- *****

61). Тез пайда болған өлімді дәлелдейтін морфологиялық белгілеріне жатпайды

- A) сұйық, қара түсті қан:
 - B) өлік дақтарының көлемді болуы
 - C) ішкі ағзалардың қанға толып кетуі
 - D) конъюнктивада, серозды қабықтар астындағы экхимоздар
 - E) Лярше дақтары
- *****

62). Обтурациялық асфиксияға жатады:

- A) тыныс алу тесігінің бөгде қатты заттармен бекітілуі
- B) тыныс алу тесігінің ұнтақты заттармен бекітілуі
- C) тыныс алу жолдары мен тесігінің сұйық заттармен бітеліп

калуы

- D) кеуде қуысы мен іштің қысылып қалуы
 - E) мойынды тұзақпен қысу
- *****

63). Аспирациялық асфиксияға жатады:

- A) тыныс алу тесігінің бөгде қатты заттармен бекітілуі
- B) тыныс алу тесігін қолмен жауып қою
- C) тыныс алу жолдары мен тесігінің сұйық және ұнтақ заттар-

мен бітеліп қалуы

- D) кеуде қуысы мен іштің қысылып қалуы
 - E) мойынды тұзақпен қысу
- *****

64). Странгуляциялық асфиксияға жатады:

- A) бөгде қатты затпен тыныс алу тесігінің бекітілуі

- В) тыныс алу тесігінің ұнтақты заттармен бекітілуі
- С) тыныс алу жолдары мен тесігінің сұйық заттармен бітеліп

қалуы

- Д) кеуде қуысы мен іштің қысылып қалуы
- Е) мойынды тұзақпен қысу

65). Компрессиялық асфиксияға жатады

- А) бөгде қатты затпен тыныс алу тесігінің бекітілуі
- В) тыныс алу тесігінің ұнтақты заттармен бекітілуі
- С) тыныс алу жолдары мен тесігінің сұйық заттармен бекітіліп

қалуы

- Д) кеуде қуысы мен іштің қысылып қалуы
- Е) мойынды тұзақпен қысу

66). Суға тұншығудың аспирациялық типінің патогномоникалық белгілеріне жатпайды:

А) ауызда, мұрында және тыныс алу жолдарындағы ұсақ көпіршікті көбіктер

В) өкпе астына қан кету (Пальтауфа-Рассказова-Лукомский дақтары)

- С) өт қабының ісінуі
- Д) жүректің сол жақ тұсына қанның бармай қалуы (эмобилия)
- Е) кеуде қуысы мен іштің қысылып қалуы

67). Тұзақтың түрлеріне жатпайды:

- А) қатты
- В) жартылай қатты
- С) жұмсақ
- Д) ашық
- Е) жоғары

68). Суға батудың белгілері:

А) ауызда, мұрын тесіктерінде және тыныс алу жолындағы тесікте ұсақ көпіршікті көбіктердің болуы

- В) «құс еттілік»
- С) Свешников белгісі
- Д) өкпенің эмфиземасы

Е) жоғарыда аталғандардың барлығы

69). Сот медицинасында у деп танылатын заттар:

А) газ тәрізді

В) құрамында аз ғана болса да денсаулықтың бұзылуы мен өлімге әкеліп соғатын заттар бар

С) құрамы көп болғанда денсаулықтың бұзылуы мен өлімге әкеліп соғатын заттар

Д) қатты

Е) сұйық

70). Уды ағзаға енгізген кезде жалпы жылдам және қарқынды әсер етеді:

А) қантамыр арқылы

В) ингаляциялық жолмен

С) тік ішек арқылы

Д) ауыз арқылы

Е) тері асты арқылы

71). Жалпы сот-химиялық талдауды жүргізу үшін өліктен алады:

А) асқазан, ішектің бөлігін, қан

В) жүрек, өкпе, бүйрек

С) асқазан, бауыр, несеп

Д) асқазан, тік ішектің ішіндегісімен бірге бастапқы бөлігі, ішіндегісімен бірге тоқ ішектің бөлігі, бүйрек және несеп, өт қабығы, ми, өкпе

Е) СМС қарауы бойынша мүшелер және ұлпа тобы алынады:

72). Күйдіретін уға жатпайды

А) қышқыл

В) мышьяк

С) сілті

Д) фтор

Е) фенол

73). Улануға әсер етуші экзогенді фактор:

- A) тұқымқуалаушылық
- B) шоғырлануы, құрамы
- C) жынысы
- D) жасы
- E) ұлты

74). Улануға әсер етуші эндогенді факторларға жатпайды:

- A) тұқымқуалаушылық
- B) ұлты
- C) жынысы
- D) жасы
- E) ауа ылғалдылығы

75). Қышқылдың жергілікті әсер ету нәтижесінде ұлпаларда пайда болады:

- A) колликвациялық некроз
- B) коагуляциялық некроз
- C) ірінді қабыну
- D) ірінді шіру
- E) сепсис

76). Фосформен қосылғанда қатты улану кезінде болатын өлімнің себептері:

- A) жедел бауыр жетіспеушілігі
- B) жедел бүйрек жетіспеушілігі
- C) асфиксия
- D) асистолия
- E) кантамыр орталығының жансыздануы

77). Көміртегі тотығының әрекет ету механизмі:

- A) тыныс алу қызметінің бұзылуы
- B) гемоглобиннің байлануы
- C) тыныс алу орталығының жұмыс істемей қалуы
- D) асфиксия
- E) жедел бүйрек жетіспеушілігі

78). Алкогольмен уланған кезде өлім туындауы мүмкін:

А) тыныс алу орталығының жұмыс істемей қалуынан, жүрек қарыншаларының фибрилляциясынан

В) қан аздықтан

С) перитониттен

Д) орталық жүйке жүйесінің шамадан тыс тежеуі

Е) гипоксия

79). Этил спиртмен уланудың түріне жатпайды:

А) жедел

В) созылмалы

С) физиологиялық

Д) патологиялық

Е) жай масаю

80). Сот-медициналық көзқарас бойынша денсаулыққа зиян деп түсініледі:

А) ағзалар мен ұлпалардың анатомиялық тұтастығының бұзылуы

В) ағзалар мен ұлпалардың физиологиялық қызметінің бұзылуы

С) сыртқы факторлардың әсер ету нәтижесінде ағзалар мен ұлпалардың анатомиялық тұтастығы мен физиологиялық қызметінің бұзылуы

Д) денсаулықтың уақытша бұзылуы

Е) еңбек қабілетін жоғалту

81). Денсаулыққа жеңіл зиян келтіру белгілері:

А) денсаулықтың уақытша бұзылуы — 3 аптадан жоғары емес (21күн), еңбекке қабілеттілікті шамалы жоғалту — 10%

В) денсаулықтың ұзақ уақытқа бұзылуы — 3 аптадан жоғары мерзімге (21күннен астам)

С) еңбек қабілетін елеулі түрде жоғалту — 33%

Д) бет-әлпетті бұзу

Е) денсаулыққа ауыр зиян келгеннің критерияларының болмауы

82). Денсаулыққа орташа ауырлықта зиян келудің белгілері:

A) денсаулықтың уақытша бұзылуы — 3 аптадан жоғары емес
(21күн)

B) еңбекке қабілеттілікті шамалы ғана жоғалту — 10%

C) денсаулықтың ұзақ уақытқа бұзылуы — 3 аптадан жоғары мерзімге (21күннен астам), еңбек қабілетін елеулі түрде жоғалту — 33%

D) бет - әлпетті бұзу

E) денсаулыққа ауыр зиян келгеннің критерияларының болмауы

83). Денсаулыққа ауыр зиян келтірудің белгілеріне жатпайды:

A) ішкі жан-дүние ауруы

B) токсикомания немесе нашақорлықпен ауыру

C) еңбек қабілетін жоғалту — 33% және одан жоғары

D) бет-әлпеттің ұсқынсыз етіп бұзылуы

E) еңбекке қабілеттілікті шамалы ғана жоғалту — 10%

84). Беттің ұсқынсыз етіп бұзылуының фактілерін бекітеді:

A) сот-медициналық сараптамасы

B) косметолог дәрігер

C) сот

D) тергеуші

E) психиатр

85). Еңбекке қабілеттілікті тұрақты түрде жоғалту бекітіледі:

A) зақымдалудың шығуын анықтайтын амбулаториялық емнің аяқталуы

B) физикалық жақсару

C) жарақаттың жазылуы

D) еңбекке қабілетсіз қағазын жабу

E) СМС қарауы бойынша

86). Бұрын түсік жасалғандығы белгілеріне жатпайды:

A) плацента ұлпаларының жатыр ішінде табылуы

B) жатыр мойнының күйіп кетуі

C) қынаптан көбікті сұйықтықтың ағуы

D) қысқышпен жатыр мойнының зақымдануы

E) дефлорация

87). Жыныс қатынасына түскеннен кейінгі нақты белгілерге кірмейді:

A) дефлорация

B) венералық ауруды жұқтыру

C) екі қабаттықтың жетілуі

D) етеккірдің болмауы

E) қынапта шәуеттің табылуы

88). Жыныстық қатынасқа түскеннен кейінгі жанама белгілерге жатпайды:

A) жамбас терісінде шәуеттің табылуы

B) венералық ауруды жұқтыру

C) денедегі жарақаттар

D) екі қабаттықтың жетілуі

E) жамбастың ішкі жоғарғы жағындағы қансырау

89). Алғашқы өліктік құбылыстарға кірмейді:

A) өлік дақтары

B) мумификация

C) өліктің кебуі

D) өліктің сіресуі

E) өліктің аутолизы

90). Өліктің кейінгі құбылыстарына жатпайды:

A) қаңқалану

B) мумификация

C) балауыз

D) өліктің шіруі

E) өлік дақтары

91). Мәйіттің өзгеруіне әсер етуші экзогенді факторларға жатпайды:

A) температура

B) атмосфералық қысым

- С) жасы
- Д) ылғалдылық
- Е) өлік жегіштер

92). Мәйіттің өзгеруіне әсер етуші эндогенді факторларға жатпайды:

- А) температура
- В) жасы
- С) жынысы
- Д) алкогольдік дәрежесі
- Е) денсаулық жағдайы

93). Өлік дағының сот-медициналық маңызы, мыналардан басқа:

- А) өлімнің күмәнсіз белгісі
- В) өлгеннен кейінгі жағдайды көрсетеді
- С) өлімнің уақытын және қашан болғанын анықтау
- Д) өлімнің себебін анықтау
- Е) алкогольдік дәрежесі

94). Өліктің сіресіп қалуының сот-медициналық маңызы, мыналардан басқа:

- А) өлімнің күмәнсіз белгісі
- В) мәйіттің өлгеннен кейінгі жағдайын көрсетеді
- С) өлімнің болған уақытын анықтау
- Д) өлім болған кезде өліктің жату қалпын сақтауды
- Е) алкогольдік дәрежесі

95). Тұзақта тігінен асылып тұрған адамның денесінде өлік дақтары қай жерінде орналасады:

- А) аяғында, дененің асты жағында, қолдың саусақтарында
- В) арқасында
- С) дененің кеуде тұсында
- Д) басында
- Е) иығында

96). Көміртегі газымен улануда өлік дақтары қандай түсте болады:

- A) қызғылт түстес
- B) қоңырқай, құба
- C) сұрлау
- D) көгілдір
- E) түсі жоқ

97). Өліктің шіруінің сот-медициналық маңызы, мыналардан басқа:

- A) өлікті союды қиындатады
- B) зақымдануды жоғалтады
- C) өлімнің себебін және туындаған уақытын анықтауды қиындатады

қиындатады

D) суға батып тұншыққан өліктерді бетке шығаруға әрекет етеді

- E) зақымдануды сақтайды

98). Өлікті қосымша зерттеу әдістеріне кірмейді:

- A) гистологиялық
- B) бактериологиялық
- C) рентгендік
- D) химиялық
- E) иммунологиялық

99). Өлікті эксгумациялау түріне жатпайды:

- A) кездейсоқ
- B) жоспарлы
- C) қылмыстық
- D) заңды
- E) қатысушылық

100). Ұсақ қантамырлардың жарылу нәтижесінде тері асты кан кетуде бұзылудың қандай түрі пайда болады:

- A) қанталау
- B) гематома
- C) экхимоз

D) жырылу

E) жара

101). Төменде көрсетілген «зақымдану» түсінігінің анықтамасының қайсысы дұрыс:

A) ұлпалардың анатомиялық бүтіндігінің немесе физиологиялық қызметінің бұзылуы

B) дененің қандай бір бөлімінің доғал қатты затпен соғу салдарынан зақым алуы

C) шырышты қабықтардың химиялық заттардың әсерінен өзгеруі

D) дененің температурасының тез көтерілу салдарынан денсаулықтың бұзылуы

E) ағзаға электр тогының әсерінен зақым келтіру

102). Соғылған жараның кесілгеннен айырмашылығы:

A) шеттері түзу

B) жараның қабырғаларының дәнекер ұлпаларымен қосылуы

C) ену тереңдігі

D) қанталаған шеттері

E) үңіреюі

103). Зақымдану кезінде шабатын қаруды сәйкестендіруге болады:

A) сүйек ұлпасы

B) бұлшық ет ұлпасы

C) теріде

D) тері асты май жасушалары

E) паренхиматозды мүшеден

104). Өлікті сот-медициналық тұрғыда зерттеулер жүргізуге жатпайды:

A) зорлықпен өлген

B) белгісіз диагноздан стационардағы өлім

C) белгілі болған диагноздан стационарда өлуі

D) үйдегі босанудан жаңа туған сәбидің өлімі

E) белгісіз жағдайдағы өлім

105). Төменде аталғандардың қайсысы механикалық зақымдану кезіндегі кейінгі өлімнің себебі болатынын көрсетіңіз:

- A) мидың шайқалуы
- B) зақым салдарынан естен танудан өлу (жарақаттық естен тану)
- C) перитониттің дамуынан өлу
- D) қан кетуден өлу
- E) ұлпалық эмболиядан өлу

106). Тірі адамдарға сот-медициналық сараптама келесідей аталған жағдайларда жүргізілмейді:

- A) денсаулыққа зиянның дәрежесін анықтау үшін
- B) денсаулық жағдайын анықтау үшін
- C) әкелікті анықтау үшін
- D) денсаулықтың психикалық жағдайын анықтау үшін
- E) жыныстық қылмыстар

107). Сот-медициналық сараптама келесідей сараптама түрін жүргізбейді:

- A) мәйіттерге сараптама
- B) зақымдану ерекшелігіне байланысты жарақат қаруына идентификация
- C) пластикалық реконструкция әдісімен тұлғаны идентификациялау
- D) дактилоскопия әдісімен тұлғаны идентификациялау
- E) стоматологиялық мәртебесі бойынша тұлғаны идентификациялау

108). Сараптама міндетті түрде жүргізіледі, мынадан басқа жағдайда:

- A) зақымды сипаттау үшін анықтау
- B) психикалық немесе физикалық денсаулық жағдайын анықтау
- C) өлімнің себебін анықтау
- D) жарақат қаруының топтық және жеке құрамын идентификациялау
- E) құжаттың жоқ болу себебінен жас мөлшерін анықтау

109). Аталған сараптаманың қайсысының сотта үлкен мағынасы бар:

- A) алғашқы
- B) қайталама
- C) кешенді
- D) комиссиялық
- E) барлық сараптама бірдей күшке ие

110). Өлімнің туындауының нақты уақыты анықталуы мүмкін:

- A) мәйіт дақтарынан
- B) мәйіттің сіресіп қатып қалуы бойынша
- C) мәйіттің суып қалуы бойынша
- D) көздің алдыңғы камерасына пилокарпин және атропин енгізу кезіндегі қарашықтың реакциясы

E) аталған құбылыстың барлығы

111). Қоршаған орта ауаның 18-20°C температурасын құрағанда өліктің суып қалуының орташа жылдамдығы:

- A) сағатына 0,5°
- B) сағатына 1°
- C) сағатына 1,5°
- D) сағатына 2 °
- E) сағатына 2,5°

112). Табылған орыннан өлікті қарағаннан кейін дәрігер тергеушінің төмендегі аталған барлық сұрақтарына жауап береді, мынадан басқа:

- A) болжаммен өлімнің себебі
- B) болжаммен қашан өлім болды
- C) өлікте қандай зақымдар бар
- D) өлік шәуетінің тобы қандай
- E) биологиялық шығуы бойынша өліктің қасында ластану бар ма

113). Өлік дақтары бойы ша төменде аталғанның барлығынан анықтауға болмайды:

- A) өлімнің болған уақытын

- В) өлімнің мүмкін болатын себебі
- С) өлік жатқан жердің үсті
- Д) өлім механизмі
- Е) өліктің жатқан орнын өзгерту

114). Өліктің кейінгі өзгеруіне жатпайды

- А) шіру
- В) мумификация
- С) шым тезекпен илену
- Д) аутолиз
- Е) сабындану

115). Өлікті орнынан табу кезінде сот-медицина шегінде маман-дәрігер мына сұраққа жауап бермейді:

- А) өліктің табылу орны оқиға болған жерге жата ма?
- В) өлімнің шамамен уақыты қанша?
- С) өліктің қан тобы қандай?
- Д) өлімнен кейін мәйіттің жағдайының өзгеруі белгісі бар ма?
- Е) өлімнің болған себебі қандай?

116). Адамның суықтан өлді деп жорамалдауға болатын негізгі белгілері:

- А) бас сүйегінің симметриялы сынуы
- В) тыныс алу жолдарындағы сілекейдің көп жиналуы
- С) боксер позасында жатуы
- Д) эмбрион позасы
- Е) кеуде қуысының ұлғаюы

117). Адамның жылу соққысы (күн өту) әсерінен өлу белгілері:

- А) тері қабатының II дәрежеде күйуі
- В) мәйіттің каталептикалық сіресуі
- С) тыныс алу жолдарындағы сілекейдің көп жиналуы
- Д) миының ісінуі
- Е) тері мацерациясы

118). Дененің жалпы суып кетуінен болатын өлім белгілері:

- A) Лярше дақтары
- B) Тардье дақтары
- C) Рассказов-Лукомский дақтары
- D) Вишневский дақтары
- E) мэйіт дақтары

119). Шолақ мылтықтан ату кезіндегі қосымша факторлардың ұшу жылдамдығының ұлғаюына себеп болатын не?

- A) ату снарядының ақауы
- B) оқтың дұрыс ұшуының бұзылуы
- C) карудың ауыз бөлігінің ақауы
- D) оқ-дәрінің толық жанбауы
- E) оқтың атылу бөлігіндегі зақымы

120). Атыс қаруынан туындаған жарақат шеттерінде дақты және ластану белдеулерінің болуы куәландырады:

- A) ату қашықтығын
- B) ату снарядының көлемін
- C) ату қаруының түрін
- D) ату жарақатының кірген тесігін
- E) ату жарақатының шығатын тесігін

121). Оқтың шығу тесігінде ұлпа ақауының болмауы түсіндіріледі:

- A) оқтың кинетикалық күшінің жоғалуы
- B) оқтың дұрыс ұшу бағытының бұзылуы
- C) қару снарядының бүйір бетті денеге түсуінен
- D) оқтың айналу жылдамдығының баяулауы
- E) оқтың адам денесімен соқтығысу салдарынан ақауының болуы

луы

122). Оқтың кірген тесігінде дақты белдеудің пайда болуының негізгі себебі:

- A) оқтың жылдам айналу қозғалысы
- B) адамды жарақаттау кезіндегі оқтың үлкен ұшу жылдамдығы

С) тері бедерінің бүгілуі немесе және оқтың беткі бөлігімен үйкелісуі

Д) снарядтың атылғаннан кейінгі температурасы

Е) оқтың тері бетімен тиген кезде эпидермисті жарып жіберуі

123). Алыс қашықтықтан ату кезінде ыстың (копоть) қалып қоюының негізгі белгісі болып табылады:

А) киімнің беткі қабатында ыстың қалып қоюы

В) ыстың күн сәулесі сияқты оқ тиген жара ауданында қалып қоюы

С) оқ тиген жара мен ыстың қалдығының бос аралығында болуы

Д) ыстың қалдығының радиусы 1-1,5 см-н аспайтын

Е) оқтың тері бетімен тиген кезде эпидермисті жарып жіберуі

124). Биіктіктен құлау белгілері:

А) мойын мен арқаның сынықтары

В) жіліншік сүйектерінің жаншылған сынықтары

С) сыртқы жарақаттардан ішкі жарақаттардың басымдылығы

Д) ішкі мүшелердің жарылуы

Е) бас сүйегінің сынуы

125). Авиациялық жарақаттан болатын өлім:

А) күйіктен естің тануы

В) мойын мен арқаның жарақаттары

С) ішкі мүшелер мен дене бітімінің дөрекі түрде бұзылыстары

Д) баро жарақат

Е) көмір қышқылымен улану

126). Темір жол жарақаттарының негізгі белгілері:

А) жыртылған және кесілген жарақаттар

В) бас сүйек сынықтары

С) тері қабатының үйкелісуі мен қысылуы

Д) ішкі және сыртқы жарақаттардың сәйкес келмеуі

Е) аяқ сүйектерінің сынуы

127). Мотоцикл жаракаттарынан көбінесе келесі зақым болады:

- A) терідегі сыдырылған жара
- B) аяқ сүйектерінің сынықтары
- C) дененің жаралары
- D) шаптың және аяқтардың жыртылған жаралары
- E) ішкі мүшелердің жарылуы және қан құйылу

128). Көліктің дөңгелегімен басып кету белгілері:

- A) аяқ және қолдың бөлінуі
- B) ұзын сүйектердің сынуы
- C) ұзын сүйектердің көлденең сынуы
- D) дөңгелек басқан жақтан терінің сыдырылып түсуі
- E) дөңгелек басқан жақтағы терінің қысылуы

129). Биіктіктен аяқпен құлаудың зақымдары:

- A) ішкі мүшелердің жарылуы
- B) омыртқалардың компрессиалық сынуы
- C) табан сүйектерінің көп салалы сынуы
- D) сан сүйектерінің сынықтары
- E) ілінетін аппаратқа қан кету

130). Омыртқаның мойын бөлігіндегі өрім тал сынық пайда болады

- A) автомобиль кабинасының ішінде жаракат алу:
- B) тікесінен тұрған қалпында құлау
- C) үлкен биіктіктен құлау
- D) темір жол апатынан келген зақым
- E) авиация апатынан келген зақым

131). Биіктіктен құлаудағы жалпы белгілер:

- A) омыртқаның мойын бөлігінің компрессиялы сынығы
- B) жіліншік сүйегінің жаншылып сынуы
- C) ішкі зақымның сыртқы зақымнан басымдығы
- D) ішкі мүшелердің зақымсыз
- E) бас сүйегінің көп бөлшекті сынуы

132). Ішкі мүшелердің бір жақтан екінші жаққа ауысуы келесідей жарақаттарда болмайды:

- A) көлік ішіндегі зақым
- B) тікесінен тұру қалпында құлау
- C) ішін көлік дөңгелегінің басуы
- D) көлік дөңгелектерінің кеудені басып өтуі
- E) темір жол апатында

133). Дененің бөлшектенуі көбінесе келесідей зақымдардың түрінде пайда болады:

- A) спорттық
- B) өндірістік
- C) көліктік
- D) көшедегі
- E) тұрмыстық

134). Сүйектің бампер-сынығы типіндегі сынығын зерттеу кезінде аталғанның барлығын анықтауға болады, мынадан басқа:

- A) автокөлік түрін
- B) нақты көлік
- C) басу қай жақтан болған
- D) автокөлік жылдамдығының болжамды жылдамдығы
- E) баспас бұрын жедел тоқтату әрекеті болды ма?

135). Темір жол апатындағы зақымға тән:

- A) дененің бөлшектенуі
- B) бас сүйегінің негізінің сынуы
- C) ішкі мүшелердің қансырауы
- D) ішкі немесе сыртқы зақымдардың сәйкес болмауы
- E) аяқ сүйегінің сынуы

136). Жүргінші мен көлік соқтығысының салдарындағы өзіне тән белгіні таңдаңыз:

- A) бас сүйегінің сынуы
- B) мидың сілкінісі
- C) жамбас сүйектерінің сынуы

- D) ішкі мүшелердің зақымдануы
 - E) сүйектердің бампер-сынуы типінде сынуы
- *****

137). Көлік жарақатында адам денесіне жерге лақтырып жіберілу фазасы мынандай автожарақаттар түрінде сипатталады:

- A) қозғалмайтын зат пен автокөлік арасында қысылу
- B) көліктен құлау
- C) көлік ішінде алынған жарақаттар
- D) жүргінші мен қозғалып келе жатқан көліктің соғылуы
- E) трактор жарақаты

138). Көлік кузовынан және үлкен биіктіктен құлаудың жалпы белгілерін көрсетіңіз:

- A) сыртқы және ішкі зақымдардың сәйкес келмеуі
- B) сыртқы зақымдардың бір беткейлігі
- C) сүйек қаңқаларының массивтік және көптеген зақымдары
- D) дене сілкінісінен пайда болған зақымдар
- E) сүйек сынықтары

139). Асылу кезінде қандай странгуляциялық сай көп кездеседі:

- A) жабық
- B) тігінен
- C) көлденең
- D) біркелкі көрінуі
- E) ашық

140). Қандай механикалық асфиксияда өкпе көлемінің күрт ұлғаюы және Рассказов-Лукомский дақтары пайда болады:

- A) іш пен кеуденің басылуынан болған өлім
- B) тұзақтың қысуынан болған өлім
- C) тыныс алу жолдарының құсықпен жабылуынан болған өлім
- D) суға батудан болған өлім
- E) асылудан болған өлім

141). Суға батудың бірден-бір дәлелдемесі болып:

A) «күс еттілік»

B) өкпенің ісінуі

C) өкпе қабыршағының астына нүкте тәрізді қанның құйылуы

D) сүйек майында және паранхиматозды мүшелерде планктонның табылуы

E) өкпе эмфиземасы

142). Аспирациялық асфиксиядан өлімнің дәлелдемесі болып аспирациялық көлемнің табылуы жатады:

A) ауыз қуысында

B) өңеш пен жұтқыншақта

C) орта калибрлі бронхтарда

D) альвеолар мен кіші бронхта

E) бас сүйек пазухаларында

143). Көру және есту жүйкелерінде атрофия дамуы мынандай улануға тән:

A) этил спиртімен

B) сынаппен

C) мышьякпен

D) метил спиртімен

E) тетраэтил қорғасынымен

144). Уды енгізудің ең қауіпті жолын көрсетіңіз:

A) ауыз арқылы

B) зақымданбаған тері арқылы

C) көз қабыршағы арқылы

D) тік ішек арқылы

E) қынаптың шырышты қабығы арқылы

145). Сот-ботаникалық сараптаманы жүргізу дұрыс, егер улану:

A) барбитураттан болса

B) ботулоксиннен болса

- C) морфиннен болса
- D) саңырауқұлақтан болса
- E) жоспарлы терапиядан болса

146). Дәрігер жауапкершілікке тартылады, егер:

- A) медициналық мамандық көмек көрсетпесе
- B) медициналық санитарлық көмек көрсетпесе
- C) әлеуметтік медициналық көмек көрсетпесе
- D) алғашқы медициналық көмек көрсетпесе
- E) жоспарланған терапия көмегін көрсетпесе

147). Кесілген жараның негізгі белгісі бола алмайды:

- A) жараның шеттерінің тегістігі
- B) жараның екі шеттері үшкір
- C) тері жарасының тереңдігіне қарағанда ұзындығының басымы болуы

D) жараның қабырғаларының арасында қосылыстардың болмауы

E) жараның қабырғаларының арасында қосылыстардың болуы

148). Тірі кезінде жарақат алудың микроскопиялық белгілеріне жатпайды:

- A) қан кетудің елеулі аумағы
- B) жарада эритроциттердің санының көбеюі
- C) лейкоциттер санының жоғарылауы
- D) артерияда қанның ұйып қалуы
- E) лейкоциттер санының төмендеуі

149). Сот-медицинасының зерттеуіне жатпайды:

- A) өліктің бөлшектенуі және оларды зерттеу
- B) күш қолданып өлтірілген белгісіз адамдарды зерттеу
- C) үйде босану кезіндегі нәрестенің өлімі
- D) белгісіз тұлғалардың мәйіті
- E) нәрестелер

150). Биологиялық шығу тегі бойынша заттай дәлелдеме бола алмайды:

- A) қан
- B) сілекей
- C) шәует
- D) шаш
- E) оқ-дәрі

Тест жауабы

№	Дұрыс жауабы	№	Дұрыс жауабы
1	Е	76	В
2	Е	77	В
3	Е	78	А
4	Д	79	С
5	С	80	С
6	В	81	А
7	Е	82	С
8	Е	83	Е
9	С	84	С
10	Е	85	А
11	Е	86	Е
12	Е	87	В
13	Е	88	В
14	Е	89	В
15	А	90	Е
16	В	91	С
17	Д	92	А
18	Е	93	Е
19	А	94	Е
20	Е	95	А
21	Д	96	А
22	Е	97	Е
23	С	98	Е
24	В	99	В
25	Е	100	А
26	Е	101	А
27	Е	102	В
28	Е	103	А
29	В	104	С
30	Е	105	С
31	Е	106	Д
32	Д	107	Д
33	Е	108	Д
34	Е	109	Е
35	А	110	Е
36	Е	111	В
37	Е	112	Д

38	A	113	Д
39	E	114	Д
40	C	115	С
41	C	116	Д
42	E	117	Д
43	B	118	Д
44	C	119	Д
45	E	120	Д
46	Д	121	A
47	E	122	С
48	C	123	A
49	E	124	С
50	C	125	С
51	C	126	С
52	C	127	Д
53	Д	128	Д
54	E	129	С
55	C	130	A
56	E	131	С
57	E	132	B
58	A	133	С
59	B	134	E
60	A	135	A
61	E	136	E
62	A	137	Д
63	C	138	Д
64	E	139	B
65	Д	140	Д
66	E	141	Д
67	E	142	С
68	E	143	Д
69	B	144	Д
70	B	145	Д
71	Д	146	Д
72	B	147	E
73	B	148	E
74	E	149	E
75	B	150	E

Үсынылатын әдебиеттер тізімі

1. Каракобенов Қ.Д. Сот медицинасы.— А.: 1996.— 320 б.
2. Матышев А.А. Судебная медицина. Руководство для врачей.— СПб.: Гиппократ, 1998.— 544 с.
3. Живодеров Н.Н. Судебная медицина. Учебное пособие для вузов.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2001.— 176 с.
4. Томилин В.В. Судебная медицина.— М.: Издательство «Норма», 2001.— 376 с.
5. Попов В.Л. Судебная медицина.— СПб.: Питер, 2002.— 608 с.
6. Колуткик В.В., Соседко Ю.И. Судебно-медицинская экспертиза повреждений у живых лиц.— М.: ООО Издательство «Юрлитформ», 2002.— 176 с.
7. Пиголкин Ю.И. Задачи и тестовые задания по судебной медицине.— М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.— 654 с.
8. Акопов В.И. Судебная медицина. Практическое пособие для юристов и врачей.— М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2006.— 448 с.
9. Крюков В.Н. Судебная медицина.— М.: Норма, 2009.— 432 с.
10. Калемина В.В., Колоколов Г.Р. Основы судебной медицины и психиатрии.— М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010.— 448 с.

Мазмұны

1. Сот-медицинасының теориялық және процессуалдық негіздері.....	3
2. Механикалық әсерлерден болатын өлім және жарақаттар (сот-медициналық жарақаттану).....	15
3. Биіктіктен құлау. Көлік жарақаты.....	31
4. Жедел оттегі жетіспеушілігінен болатын денсаулықтың бұзылуы және өлім. Механикалық асфиксия.....	51
5. Өлім және өлік құбылыстары жөніндегі сот-медициналық ілім (сот-медициналық танатология).....	62
6. Тірі адамдардың сот-медицина сараптамасы (жәбірленуші, сезікті, айыпталушы).....	80
7. Жыныстық қылмыс кезіндегі сот-медициналық сараптама.....	98
8. Химиялық факторлардың әсерінен денсаулықтың бұзылуы және өлім (сот-медициналық токсикология).....	116
9. Заттай дәлелдемелердің сот-медициналық сараптамасы...136	
10. Сыртқы факторлардың әсірнен денсаулықтың бұзылуының сот-медициналық диагностикасы.....	158
11. Жасанды аурулардың сот-медициналық сараптамасы.....	175
12. Оқиға болған жерді қарау және өлікті алғашқы сырттай тексеру.....	195
Білімді тексеруге арналған тест жинақтары.....	219
Ұсынылған әдебиеттер тізімі.....	254

Ғалым Адамұлы Жетпісбаев
медицина ғылымдарының докторы, профессор
Гүлайна Жалалықызы Османова
аға оқытушы

Сот медицинасы

Дәрістер жинағы

Директор Н. Н. Жансеитов
Технический редактор Г. К. Омаркожаева
Корректор Б. Т. Мекеев
Дизайн А. В. Милованов
Беттеуші А. А. Сляднева

Басуға 12.08.2013 қол қойылды. Офсеттік басылыс.
Пішімі 60×80^{1/16}. Қағазы офсеттік. Қаріп түрі «Таймс».
Шартты баспа табағы 16.
Таралымы 500. Тапсырыс № 132.

«NURPRESS» баспасы
050042 Алматы қ.,
Таугуль ы/а, 51 үй, 8 оф.
Тел./факс: (727) 226-03-29.
E-mail: nurpress@mail.ru

«NURPRESS» баспаханасында басылған



Абай атындағы ҚазҰПУ-нің Халықаралық қатынастар және құқықтану факультетінің криминалистика және сот сараптамасы кафедрасының профессоры, м.ғ.д. **Жетпісбаев Ғалым Адамұлы**. ШҚО, Жарма ауданы, Қалбатау ауылында, 1962 жылы 14 шілдеде дүниеге келді.

1986 жылы Семей Мемлекеттік медицина институтының түлегі. 2005 жылы Қазақ құқықтану және халықаралық қатынастар институтының заң факультетін құқықтану мамандығы бойынша бітірді.

1996 жылы кандидаттық және 2006 жылы докторлық диссертациясын қорғады. 77 ғылыми еңбектің, бес оқу құралының және екі монографияның авторы.



Абай атындағы ҚазҰПУ-нің Халықаралық қатынастар және құқықтану факультетінің криминалистика және сот сараптамасы кафедрасының аға оқытушысы **Османова Гүлайна Жалалықызы**. 1978 жылы 15 сәуірде Оңтүстік Қазақстан облысы, Түлкібас ауданы, Жаңаталап ауылында туылған.

2004—2006 жылдары Президенттік стипендия иегері. 2006 жылы Абай атындағы Қазақ Ұлттық педагогикалық университетінің заң факультетін үздік дипломмен бітірген. 20-ға жуық ғылыми еңбектің, бір монографияның авторы.

ISBN 9965-830-14-2



9 789965 830143