

MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİ

Milli rəhbərlik

M. O. BUNYATOVUN
Redaksiyası altında

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Elmi-Tibbi Şurasının 22 oktyabr 2021-ci il tarixli
24 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir*

Bakı – 2022

Müəlliflər:

Azərbaycan Tibb Universitetinin Məhkəmə təbabəti kafedrasının müdiri-əməkdar müəllim, professor, tibb elmləri doktoru

Mənsur Oyandur oğlu Bunyatov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının professoru, tibb elmləri doktoru

Vüqar Qurban oğlu Məmmədov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının dosenti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Zabit Məmməd oğlu Məmmədov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının dosenti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Aidə Atlıxan qızı Xanməmmədova

Məhkəmə təbabəti kafedrasının dosenti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Eldar İsgəndər oğlu Ələkbərov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının dosenti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Ülfət Salman oğlu Mikayılov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının assistenti

Sirac Qardaş oğlu Dadaşov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının assistenti

Oleq Allahverdi oğlu Mirzəyev

Məhkəmə təbabəti kafedrasının assistenti

İnqilab Müzəffər oğlu Azməmmədov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının assistenti

Eldəniz Vaqif oğlu Şirinov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının assistenti

Şəhrud Mahmudağa oğlu Əhmədov

Məhkəmə təbabəti kafedrasının assistenti

Samir Çingiz oğlu Cəfərov

Rəyçilər:

Bakı Dövlət Universitetinin “Kriminalistika və məhkəmə ekspertizası” kafedrasının müdiri h.e.d. prof.

Kamil Nazim oğlu Səlimov

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin “MTE və PA Birliyi” publik hüquqi şəxsin Baş direktoru professor

Ədalət Bəybala oğlu Həsənov

Mənsur Oyandur oğlu Bunyatovun redaksiyası altında
Tibb elmləri doktoru, professor

MÜƏLLİFDƏN. PROF. M.O.BUNYATOV

I BÖLMƏ.

**PROF. M.O.BUNYATOV,
PROF. V.Q.MƏMMƏDOV,
DOS.A.A.XANMƏMMƏDOVA**

V BÖLMƏ.

**PROF. M.O.BUNYATOV,
DOS. E.İ.ƏLƏKBƏROV,
ASS. Ş.M.ƏHMƏDOV**

II BÖLMƏ

**PROF. M.O.BUNYATOV,
DOS. E.İ.ƏLƏKBƏROV,
ASS. S.Q.DADAŞOV,
ASS. E.V.ŞİRİNOV,
ASS. S.Ç.CƏFƏROV**

VI BÖLMƏ

**PROF. M.O.BUNYATOV,
ASS. E.V.ŞİRİNOV,
ASS. İ.M.AZMƏMMƏDOV**

**III BÖLMƏ. 14, 15, 16,
17, 18, 19**

**PROF. M.O.BUNYATOV,
PROF. V.Q.MƏMMƏDOV,
DOS. E.İ.ƏLƏKBƏROV
ASS. O.A.MİRZƏYEV
ASS. S.Ç.CƏFƏROV**

VII BÖLMƏ

**PROF. M.O.BUNYATOV,
DOS. A.A.XANMƏMMƏDOVA,
DOS. Ü.S.MİKAYİLOV,
ASS. E.V.ŞİRİNOV**

IV BÖLMƏ.

**PROF. M.O.BUNYATOV,
DOS. Z.M.MƏMMƏDOV,
DOS.Ü.S.MİKAYİLOV**

VIII BÖLMƏ.

**PROF. M.O.BUNYATOV,
DOS, E.İ.ƏLƏKBƏROV,
ASS. O.A.MİRZƏYEV**

Rəhbərlik rezidentlər və ali təhsil müəssisələrinin tibb və hüquq fakültəsinin tələbələri üçün tərtib edilmişdir. Kitabdan eyni zamanda Polis Akademiyasının müdavimləri, aspirantlar, həkimlər istifadə edə bilərlər. Həmçinin məhkəmə-tibb ekspertləri və istintaq-məhkəmə orqanlarının əməkdaşları, müəllimlər də kitabdan yararlana bilər.

«Təbib» nəşriyyatı

$$B \frac{4109020000}{T - 038(64)} 2022$$

© M.O.Bunyatov

Müəlliflərdən

Azərbaycan Respublikasının müstəqilliyinin və suverenliyinin banisi olan Heydər Əliyevin rəhbərliyi dövründə elmə, səhiyyəyə, təhsilə digər sahələr kimi çox böyük diqqət ayrılmışdır. Mərhum prezidentimizin layiqli davamçısı olan cənab İlham Əliyev də elm adamlarının əməyini həmişə diqqət mərkəzində saxlayıb. Bu günkü gün ölkədə elmin inkişafı üçün yaradılmış münbit şərait bütün elmi sahələr kimi məhkəmə təbabəti elminin inkişafı üçün də bir təkan rolunu oynamışdır. Azərbaycan Respublikasının müstəqilliyi dövründə yeni qanun və normativ sənədlər qəbul olunmuşdur. Bundan başqa Azərbaycan Respublikasında “Məhkəmə-tibbi ekspertizaların təşkili və keçirilməsi haqqında” yeni əsasnamələr hazırlanmışdır.

Hörmətli oxucu! Məlumdur ki, hər hansı bir elm sahəsinin təkmilləşməsi və inkişafı həmin elm sahəsi üzrə aparılmış elmi-tədqiqat işlərinin, yazılmış ədəbiyyatların, dərş vəsaitlərinin, metodik işləmələrin və s. keyfiyyətindən, onların yeniləşməsindən çox asılıdır. Məhkəmə təbabəti fənni bir çox ali məktəblərdə tədris olunur. İndiyə qədər məhkəmə təbabətinin tədrisinə dair azərbaycan dilində bir neçə ədəbiyyat nəşr olunmuşdur. Təəsüf hissi ilə qeyd etmək lazımdır ki, Azərbaycan dilində məhkəmə təbabətinə dair ilk dərşlik 1972-ci ildə işıq üzün görmüşdür (dərşliyin müəllifi mərhum professor Ş.A.Səlimxanovdur). 1992-ci ildə Ş.A.Səlimxanovun müəllifi olduğu dərşlik yenidən nəşr olunmuşdur. Keçən əsrin 90-cı illərinin sonunda və bu əsrin əvvəllərində Azərbaycan dilində professor Ş.M.Musayevin və mərhum professor R.M.Yusiflinin müəllifləri olduqları dərşliklər çap olunmuşdur. Şakir Musayev tərəfindən 1999-cu ildə hazırlanmış “Məhkəmə təbabəti” dərşliyi məhkəmə tibbi xidmətin təşkili ilə bağlı qanunvericilik bazasında baş verən dəyişiklikləri, müasir cinayət mühakimə icraatının tələbinə uyğun, sürətlə inkişaf edən elm və texnikanın nailiyyətlərini nəzərə alaraq müxtəlif dövrlərdə yenidən işlənərək təkmilləşdirilmiş, müasirləşdirilmiş, 2002, 2005, 2006, 2014-cü illərdə yenidən çap edilmişdir. Həmçinin Ş.M.Musayevin və professor V.L.Popovun müəllifliyi ilə 2009-cu ildə Azərbaycan və Rusiya mütəxəssisləri üçün “Təbabət və hüquq” himayəsi altında rus dilində “Судебная медицина” adlı kitab çap edilmişdir.

Dərş vəsaiti fənnin müasir inkişaf səviyyəsinə uyğun gəlməli, tənqidi və analitik təfəkkürün inkişafına həvəs oyatmalı, elmin həmin sahəsini tam əhatə etməli, həm mütəxəssislərin, həm də bu elmi öyrənməyə təzəcə başlayanların başa düşdüyü səlis və aydın dildə yazılmalıdır. Söz yox ki, bu tələblər məhkəmə təbabəti dərşliyinə də aid edilir. Dərş vəsaitinin buraxılması həm əcnəbi dildə yazılmış dərşliyin dövlət dilinə tərcümə olunması yolu ilə, həm alimin özü tərəfindən yazılması yolu ilə həyata keçirilə bilər. Məhkəmə təbabəti fənni tibbi biliklərlə yanaşı, həmçinin ictimai, dövlətin qanun yaradıcılıq fəaliyyətinə əsaslanan bir elmdir. Digər tibb elmlərindən fərqli olaraq məhkəmə təbabəti elminin dövlətin

qanunları ilə sıx əlaqədə olmasını nəzərə alaraq, onların başqa əcnəbi dillərdən ana dilinə tərcümə olunaraq nəşr olunması məqsədəuyğun sayılır.

Yuxarıda göstərilən ədəbiyyatlarla yanaşı yeni bir kitabın yazılmasına nə dərəcədə ehtiyac olunmuşdur sualına cavab olaraq bildirmək istəyirik ki, yeni rəhbərlik (dərslük) oxucuya müəlliflərin məhkəmə təbabəti fənninin müxtəlif mövzularına və suallarına fərqli baxışı, fərqli şərhilə tanış olmağa imkan verir. Bu isə oxucuya məhkəmə təbabəti fənnini daha dərinlən dərk etməyə və öyrənməyə kömək edir.

Yeni hazırlanmış rəhbərlikdə biz məhkəmə təbabəti elmini imkan daxili əhatə etməyə çalışmışıq. Rəhbərlikdə Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsindən, Cinayət Prosessual Məcəlləsindən, Mülki Prosessual Məcəllədən, "Məhkəmə-tibbi ekspertizaların təşkili və keçirilməsi haqqında" yeni əsasnamədən və ona aid olan əlavələrdən geniş istifadə olunmuşdur.

Bu rəhbərlik rezidentlər və ali tibbi tədris müəssisələrinin tələbələri, dinləyiciləri, hüquq fakultəsinin tələbələri üçün nəzərdə tutulmuşdur. Rəhbərlikdən həmçinin məhkəmə-tibb ekspertləri, həkimlər, təhqiqat və istintaq–məhkəmə orqanlarının əməkdaşları da istifadə edə bilərlər.

Hörmətli oxucular, kitabı tərtib edərkən qarşıya qoyulmuş vəzifələrə nə dərəcədə nail olduğumuzu Siz təyin edəcəksiniz. Rəhbərliyin tərtibatında ola biləcək qüsurları nəzərə almağınızı xahiş edirik. Müəlliflər böyük minnətdarlıqla bütün iradları, qüsurları və təklifləri qəbul edəcəkdir. Bütün məntiqi təkliflər növbəti nəşr zamanı öz əksini tapacaqdır.

I BÖLMƏ

MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİNİN PREDMETİ, METODLARI VƏ MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİNİN İNKİŞAF TARİXİ. MƏHKƏMƏ TİBB XİDMƏTİNİN TƏŞKİLİ VƏ MƏHKƏMƏ - TİBBİ EKSPERTİZALARIN KEÇİRİLMƏSİNİN ƏSASLARI

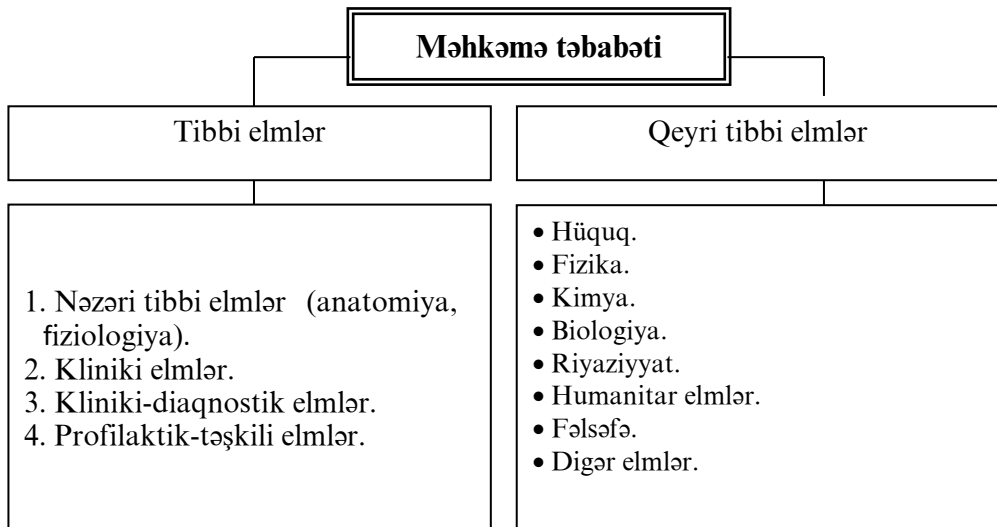
FƏSİL I. MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİNİN PREDMETİ VƏ ONUN MƏZMUNU

1.1.Məhkəmə təbabətinin predmeti.

Məhkəmə təbabəti hüquq-mühafizə orqanlarının fəaliyyətində, istintaq işləri, cinayət və mülki işlər zamanı meydana çıxan tibbi-bioloji xarakterli sualların aydınlaşdırılması üçün tətbiq olunan bilik və xüsusi müayinə metodlarını özündə cəmləşdirən müstəqil bir tibb elmidir.

İstintaq, məhkəmə orqanlarının praktiki fəaliyyəti zamanı meydana çıxan məsələlərin tibbi və bioloji biliklərin tətbiqi ilə həll edilməsi məhkəmə-tibbi ekspertiza adlanır. Məhkəmə təbabəti məhkəmə-tibbi ekspertizasının nəzəriyyəsi və onun təcrübədə tətbiq olunmasından bəhs edən elmdir. Məhkəmə təbabəti elmi bir çox tibbi və qeyri tibbi elmlərlə sıx əlaqədədir. Tibb elmlərindən patoloji anatomiya, patoloji fiziologiya, travmatologiya, cərrahlik, mama-ginekologiya, kliniki-toksikologiya, pediatriya, rentgenologiya və s. kimi elmlərlə, qeyri-tibbi elmlərdən isə kriminalistika, fizika, kimya, riyaziyyat, fəlsəfə və s. elmlərlə əlaqəlidir (sxem 1).

Sxem 1.



Məhkəmə təbabəti tibbi və qeyri-tibbi elmlərin son nailiyyətlərindən istifadə edərək özünə məxsus xüsusi məsələləri həll edir. Məhkəmə təbabəti elmi hüquq elminin tələblərinə uyğunlaşaraq inkişaf etmiş formalaşmışdır və buna görə də məhkəmə təbabətini «hüquqda təbabət» adlandırırlar.

Məhkəmə təbabətinin son nailiyyətlərindən istifadə edərək qanunda göstərilmiş hüquqi normaları gözləmək şərti ilə cinayət və mülki işlər zamanı son rəyin istintaq orqanlarına və məhkəməyə təqdim olunması prosesi məhkəmə-tibbi ekspertiza, bu işi icra edən həkimlər isə məhkəmə-tibbi ekspertlər adlanırlar.

Məhkəmə - tibbi ekspertizanın həll etdiyi məsələlər məhkəmə təbabətinin predmetidir. Məhkəmə təbabətinin müayinə obyektləri canlı şəxslər, meyitlər, maddi sübutlar, məhkəmə və istintaq işi materiallarıdır. Məhkəmə təbabəti bir elm kimi aşağıdakı bölmələrdən ibarətdir:

1. Məhkəmə tibbi tanatologiya;
2. Məhkəmə tibbi travmatologiya;
3. Məhkəmə tibbi mama-ginekologiya;
4. Məhkəmə tibbi toksikologiya;
5. Fiziki amillərin təsirindən əmələ gəlmiş xəsarətlər (yuxarı və aşağı temperaturun, elektrik cərəyanının, barometrik təzyiqin, şüa enerjisinin təsirindən törənən xəsarətlər);
6. Bioloji maddi sübutların müayinə metodları;
7. Şəxsiyyətin və cinayət alətlərinin identifikasiyası metodları;
8. İş materialları üzrə aparılan ekspertizalar.

1.2. Məhkəmə – tibbi ekspertizanın müayinə obyektləri

Meyitlərin məhkəmə-tibbi ekspertizası birinci növbədə ölümün səbəbini, baş vermə müddətini, zədələnmələrin xarakterini və əmələ gəlmə mexanizminin təyin olunması üçün həyata keçirilir. Ekspertizanın bu növü bir çox hallarda istintaq işləri zamanı aparıcı rol oynaya bilər. Meyitlərin müayinəsi məhkəmə tibbi meyitxanalarda (morqlarda) aparılır.

Canlı şəxslərin məhkəmə-tibbi ekspertizası daha çox rast gəlinən ekspertizalardandır.

Canlı şəxslərin ekspertizası sağlamlığa zərərvermanın dərəcəsinin, sağlamlığın vəziyyətinin, mübahisəli cinsi vəziyyətlərin, cinsi cinayətlərin və s. təyində qarşıya çıxan məsələləri həll edir.

Canlı şəxslərin ekspertizası əsasən məhkəmə-tibbi ekspertiza şöbələrinin ambulatoriyalarında aparılır. Əgər zərərçəkmiş şəxs müalicə-profilaktika müəssisələrində müalicədə olarsa, onda onların müayinəsi belə müəssisələrdə keçirilir.

Maddi sübutların məhkəmə-tibbi ekspertizasını xüsusi hazırlıqlı məhkəmə-tibbi ekspertlər aparır. Belə ekspertizaların müayinə obyektləri insan və heyvan orqan və toxumaları, onların ifrazatlarıdır (sidik, ana südü, tər, tük,

sperma, qan, qan ləkəsi və s.). Belə ekspertizalar əsasən məhkəmə-tibbi biologiya və kriminalistika laboratoriyalarında icra edilir.

İstintaq və məhkəmə iş materialları əsasında aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar xüsusi müayinə növlərindən olub, məhkəmə-istintaq orqanları ekspertiza müəssisələrinə iş materialları (baxış protokolları, xəstəlik tarixləri, digər ekspert rəyləri, istintaq eksperimentləri sənədləri, dindirilmə sənədləri və s.) təqdim edir. Belə ekspertizalar adətən komissyon şəklində aparılır.

Məhkəmə-tibbi ekspertizanın yuxarıda göstərilən hər bir obyektinin müayinəsi qəbul olunmuş xüsusi qaydalar əsasında aparılır və bu qaydalar qanunla tənzimlənmişdir.

Məhkəmə-tibbi ekspertizada çoxlu sayda xüsusi müayinə metodlarından istifadə olunur. Belə metodların bəziləri digər tibbi və qeyri-tibbi elmlərdə də istifadə olunur, lakin məhkəmə-tibbi ekspertizada elə müayinə metodları işlənilib hazırlanmışdır ki, onlar ancaq məhkəmə-tibbi ekspertizada və məhkəmə-tibbi ekspertizanın fəaliyyəti zamanı tətbiq olunur. Belə metodlardan naməlum şəxslərin şəxsiyyətinin məhkəmə-tibbi eyniləşdirmə metodu, xəsarət yetirən alətin və ya əşyanın məhkəmə-tibbi identifikasiya metodu, qənom daktiloskopiyası metodu və s. misal göstərmək olar.

Məhkəmə-tibbi praktikada elə müayinə metodlarından istifadə olunur ki, onlar bir sıra tələblərə cavab versin. Belə tələblərə müayinənin sadə olmasını, daha ucuz başa gəlməsini, nəticələrin elmi əsaslandırılmış və dəqiq olmasını göstərmək olar.

FƏSİL II. MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİNİN QISA İNKİŞAF TARİXİ

2.1. Məhkəmə təbabətinin qısa inkişaf tarixi.

Hüquq praktikasında meydana çıxan tibbi məsələlərin həllinə xidmət edən məhkəmə təbabəti elmi tibbi biliklərin məcmusu kimi hələ eramızdan əvvəl meydana çıxmışdır. Məhkəmə təbabətinin vətəni Çini hesab etmək olar. 1975-ci ildə Çində aparılan arxeoloji qazıntılar zamanı iki min əvvəl bambuk üzərində yazılmış əlyazmalarda hadisə yerinin müayinə qaydaları, müxtəlif növ xəsarətlər, qan ləkələri, barmaq və cinayətin digər izləri haqqında məlumatlar öz əksini tapmışdır. Eramızdan əvvəl II əsrdə Çin həkimi Yang Yu məhkəmə-tibbi məqsədlərlə heyvanlar üzərində eksperimentlər aparmışdır. Qədim Romada, Yunanıstanda, Hindistanda, insan sağlamlığının pozulması və ölümü ilə bağlı, bəzi tibbi məsələlərin aydınlaşdırılması məqsədi ilə, məhkəmə tibbi müayinələrin aparılması haqqında yazılı tarixi məlumatlar var.

Eramızdan 2200 il əvvəl Babilistan hökmdarı Hammurappinin kodekslərində vərəm xəstəliyi ilə bağlı kişilərin ailə hüququ müəyyənləşdirilirdi. Hindistanda Ayuverdanın mənbələrində həkimlərin zoraki ölüm və digər zidiyyətli hallarda işə cəlb olunması barədə qeydlərə rast gəlmək olar.

Tarixdən məlumdur ki, Hippokrat (460-370 il e.ə.v.) dəfələrlə yenidoğulmuş uşağın kimə məxsus olması, hamiləliyin müddətini, abort etmə məqsədi ilə, yarımçıq doğulmuşların yaşama qabiliyyətinin təyin olunma məqsədi ilə dəfələrlə evlərə dəvət olunurdu.

Qədim Roma qanunvericiliyinə əsasən eramızdan əvvəl 448-ci ildə «12 cədvəl» sistemində məhkəmə prosessində həkim rəyinin olmasının mütləqliyi öz əksini tapmışdır. Həkimlər zoraki ölüm hallarında, uşaq ölümləri zamanı, doğuşun qanuniliyini müəyyən etmək üçün və s. hallarda mütləq öz fikirlərini bildirirdilər. Həmin «12 cədvəl» senatın yerləşdiyi binanın (Forumun) divarından asılmışdır. Forum sözündən forensic – «məhkəmə» sözünün əmələ gəlməsi ehtimal olunur.

Eramızdan əvvəl 44-cü ildə Roma imperatoru Yuli Sezar senatın binasında qətlə yetirilmişdir və onun meyiti Romalı həkim Antisti tərəfindən müayinə olunmuşdur. Meyitin müayinəsi zamanı 23 bıçaq yarası aşkar edilmişdir və bu yaralardan birinin döş boşluğuna keçən yara olması təyin edilərək sənəd tərtib edilmişdir. Tərtib olunmuş sənəd ilk məhkəmə tibbi sənəd hesab olunur.

İmperator Adreanın hakimiyyəti zamanı (76-138-ci illər) Roma həkimləri hamiləliyin müddətinin təyini haqqında (11 ay) qanun tərtib etmişlər.

Roma hüququnun əsasını qoyan imperator Yustianının məşhur qanun məcəlləsində (529-534-ci illər) həkimlərin məhkəmə prosesində iştirakı haqqında deyilir – «Medici non sunt propriae testes, sed maqis est yustitium quam

testimonium» - «həkimlər əsasən şahid deyillər, onlar şahiddən çox hakimdilər».

VI-X əsrlərdə Çində məhkəmə-təbabətinin əsasları haqqında çoxlu kitab və əlyazmalar yazılmışdır. 1247-ci ildə məhşur cin həkimi Sun Tsı tərəfindən «Si Yuan lu» məcmuəsi tərtib olunmuşdur.



Şəkil 1. Sun Tsı (1186-1249)

Avropada ilk meyit yarılması 1286-cı ildə həyata keçirilmişdir. 1315-ci ildə Fransada Monpelye şəhərində tibb fakültəsində ilk dəfə olaraq Mokdino di Luzzi icazə ilə meyit yarmışdır.

XIII əsrdə III Papa Qrigori «xəsarətlər haqqında həkimin mütləq rəyi olmalıdır» adlı bəyanat vermişdir.

1532-ci ildə Almaniyada V Karla yetirilmiş xəsarətlərdən sonra ümumi alman «qanunnaməsi» qəbul olunmuşdur. Bu qanunnamə «Lex Karolina» adlanırdı.

Avropada məhkəmə təbabətinin banisi fransız cərrahı Ambruaz Pare (1517-1590-cı il) hesab olunur. Ambruaz Pare («Traktatus De renunciationibus, subnexus operibus jus») əsərini yazıb. Göstərilən əsərdə xəsarətlərin ağırlıq dərəcəsi, asılmalar, boğulmalar, zəhərlənmələr, hamiləliyin müddəti haqqında fəsilər öz əksini tapmışdır.

İtalyan həkimi Fortunatto Fidelisinin yazdığı əsər xüsusi maraq doğurur. Bu kitabda ginekologiya, travmatologiya və toksikologiyaya aid fəsilər var. XVII əsrdə həmçinin Paulo Zakhey (1621) «Questions medico-legalis» (məhkəmə tibbi suallar) əsərini yazmışdır. Bu əsərdə meyit qacıması, sudabatmanın əlamətləri və s. kimi məlumatlar qeyd olunmuşdur. 1683-cü ildə ilk dəfə olaraq Şreyer uşağın diri doğulmasının təyində, 1677-ci ildə Reyger tərəfindən təklif olunmuş K.Q alenin ağ ciyər sınağını tətbiq etmişdir.

1690-cı ildə Leypsiqdə İohan Bonnun «Məhkəmə təbabəti» kitabı işıq üzünə görünür. Bu kitabda məhkəmə təbabəti termini ilk dəfə olaraq işlədilir.

Rusiyada ilk qanunvericilik aktı kimi I Pyotrun nəşr etdirdiyi «Hərbi Nizamnaməni» göstərmək olar. Nizamnamənin 154-cü artikulunda müxtəlif hadisələr nəticəsində baş verən ölüm zamanı, ölümün səbəbinin dəqiq aydınlaşdırılması tələb olunur. Zorakı ölüm hallarında meyitin mütləq yarılması göstərilmişdir.

Rusiya Universitetlərində ilk məhkəmə təbabəti kafedraları XIX əsrin 1-ci yarısında meydana gəlməyə başladı.

Moskva Universitetinin professoru I.F.Vensoviç məhkəmə təbabəti üzrə ilk dərsləri tərtib etmişdir.

Rusiyada məhkəmə təbabətinin inkişafında həmçinin V.İ.Piroqovun böyük xidmətləri olmuşdur. O, odlu silah yaralanmalarında güllənin giriş və çıxış dəliklərinin təsvirinə aid ilk orijinal məqalələrin müəllifidir.

Son illərdə Rusiyanın məhkəmə təbabəti sahəsində dəyərli xidmətlər göstərmiş alimlərdən professor V.M. Smolyanyinovu, prof. A.P.Qromovu, prof. V.V.Tomilini, prof. S.A. Korsakovu, prof. A.V.Kapustini, prof. M.M.Bedrini, prof. V.L.Popovu, V.N.Kryukovu və s. göstərmək olar.

Məhkəmə təbabəti sahəsində görkəmli alimlərdən biri də 1948-ci ildə İstanbul Tibb fakültəsinin patoloji anatomiya institutunun asisstantı vəzifəsində fəaliyyətə başlayan, prof. Şəmsi Gökdür. O, Türkiyədə məhkəmə-tibbi ekspertizanın (Adli tıp) strukturunun yaradıcılardan biri olmuşdur.

2.2. Azərbaycanda məhkəmə təbabətinin qısa inkişaf tarixi.

Azərbaycanda meyit ilk dəfə Mirzə Məhəmməd İbn Əbdül Əbur Təbrizi Qobolli tərəfindən XIX əsrin əvvəllərində müayinə olunaraq sənədləşdirilmişdir. Digər ölkələrlə müqayisədə Azərbaycanda XX əsrə qədərki dövrlərdə məhkəmə tibbi elmi və məhkəmə-tibbi ekspertiza xidməti haqqında məlumatlar demək olar ki, yox dərəcəsidir.

Azərbaycanda Sovet hakimiyyəti qurulana qədər məhkəmə tibbi ekspertizasının təşkili Rusiya İmperiyasının qanunlarına əsasən aparılırdı.

Belə ki, 1920-ci ilə qədər Azərbaycanda məhkəmə-tibbi ekspertiza xidməti bir təşkilat kimi fəaliyyət göstərməmişdir. Məhkəmə-tibbi müayinələri polis həkimləri aparırdılar. Hadisələrin əksəriyyətində meyitlər tam müayinədən keçirilmir, meyitlərin yalnız xarici müayinəsi aparılırdı. Bununla belə, bizim əldə etdiyimiz arxiv sənədlərindən məlum olur ki, hələ 1915-ci ildə Azərbaycanda – Bakının Mixaylov (indiki Hacıqasımov adına 1 saylı doğum evi) xəstəxanasında meyitlərin müayinəsi üçün xüsusi təşrih otağı ayrılmışdı (şəkil 2).



Şəkil 2. 1915-ci ildə Mixaylov xəstəxanasının təşrih otağında meyitin müayinəsi

Həmin otaqda meyitlərin müayinəsini aparmaqdan ötrü o zaman üçün lazımi şərait yaradılmışdı: təşrih masası, təşrih üçün alətlər, süni işıqlandırma və s. Meyitlərin müayinəsi əsasən təbii işıqda aparılırdı. Bu mümkün olmadıqda, süni işıqlanmadan da istifadə edilirdi.

Azərbaycanda məhkəmə tibb elminin və məhkəmə-tibb ekspertizasının yaranması və milli həkim mütəxəssislərdən məhkəmə-tibbi ekspert kadrlarının hazırlanması 1920-ci ildə Bakı Dövlət Universitetinin (o zaman ADU) tibb fakültəsi nəzdində məhkəmə təbabəti kafedrasının təşkil edilməsi ilə bir vaxta düşür. İlk vaxtlar kafedraya rəhbərlik Mixaylov (indiki Hacıqasımov adına 1 saylı doğum evi) xəstəxanasının prorektoru İ.M.Lepinskiyə (şəkil 3) həvalə olunmuşdur.



Şəkil 3. İ.M.Lepinski (?-1928).

1922-ci ildə məhkəmə təbabəti kafedrasına müvəqqəti olaraq Şimali Qafqaz Universitetinin professoru A.İ.Şibko rəhbərlik etmişdir. 1922-1928-ci

illərdə kafedraya rəhbərlik yenidən İ.M.Leplinskiyə tapşırılmışdır. O, həmçinin 1924-cü ildə Azərbaycan SSR Xalq Səhiyyə Komissarlığı tərəfindən təsis edilmiş Səhiyyə Komissarlığının ilk Baş məhkəmə-tibb eksperti olub, bu vəzifəni 1928-ci ilə qədər icra etmişdir. 1926-cı ildə Azərbaycan SSR Xalq Komissarları Soveti məhkəmə-tibbi ekspertiza xidmətini daxili işlər orqanlarının təbəçiliyindən çıxararaq, Azərbaycan SSR Xalq Səhiyyə Komissarlığının təbəçiliyinə vermişdir.

İ.M.Leplinskinin vəfatından sonra, yəni 1928-ci ildə patoloji anatomiya kafedrasının müdiri İ.İ.Şirokoqorov eyni zamanda məhkəmə təbabəti kafedrasına rəhbərlik etmişdir. 1928-1929-cu illərdə Azərbaycanda məhkəmə-tibbi ekspertiza xidmətinə K.İ.Tatiyev rəhbərlik etmişdir. Onun 1928-ci ildə «Meyitin tapıldığı yerdə ilkin müayinəsi» adlı dərs vəsaiti çap olunmuşdur. Sonralar K.İ.Tatiyev məhkəmə təbabəti kafedrasında assistent, dosent vəzifələrində işləmiş, doktorluq dissertasiyası müdafiə edib, 1938-ci ildə kafedra müdiri vəzifəsinə seçilmişdir. Həmin il o, müsabiqədə iştirak edib Mərkəzi Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun məhkəmə təbabəti kafedrasının müdiri vəzifəsinə seçilərək Moskva şəhərinə köçmüş və ömrünün sonunadək (1963) həmin kafedraya rəhbərlik etmişdir.

1929-cu ildən 1948-ci ilə qədər Azərbaycanda məhkəmə-tibbi ekspertiza xidmətinə və məhkəmə təbabəti kafedrasına professor V.A.Rojanovski (1874-1949) rəhbərlik etmişdir. Onun 1935-ci ildə «Məhkəmə tibbi kursu» adlı dərs vəsaiti nəşr olunmuşdur. Bundan başqa, V.A.Rojanovski «Rusiyada inqilaba qədər və SSRİ-də məhkəmə-tibbi ekspertiza» adlı monoqrafiyanın müəllifidir. 1948-ci ildə prof. V.A.Rojanovski Leningrad şəhərinə köçmüş və 1-ci Leningrad Tibb İnstitutunun məhkəmə təbabəti kafedrasının müdiri vəzifəsini icra etmişdir.

Bu illər ərzində məhkəmə təbabəti sahəsində ilk azərbaycanlı alim M.Ə.Qənbərov 1934-cü ildə «Cinsin qana görə təyini» mövzusunda, Y.A.Dasayev isə həmin ildə «Yaşın təyində tüklərin rolu» mövzusunda dissertasiya müdafiə edərək tibb elmləri namizədi elmi dərəcəsinə layiq görülmüşlər.

1941-ci ildə məhkəmə təbabəti kafedrasının assistenti vəzifəsinə ilk qadın müəllim və həmçinin məhkəmə-tibb eksperti kimi fəaliyyətə başlayan azərbaycanlı qadın Zülfüyyə İmanverdi qızı Adıgözəlova seçilmişdir.

1947-ci ilə qədər Azərbaycanda şəhər və rayon məhkəmə-tibb ekspertləri səhiyyə şöbəsi müdirlərinin təbəçiliyində idi. 1947-ci ildə SSRİ Səhiyyə Nazirliyi məhkəmə-tibb ekspertizası xidmətinin yeni ştat normativini təsdiq etdi və 1948-ci ildə Azərbaycan SSR Səhiyyə Nazirliyinin əmri ilə Respublika «Məhkəmə-tibbi ekspertiza bürosu» təşkil edildi. Bununla şəhər, rayon və rayonlararası məhkəmə-tibb ekspertləri müvafiq şəhər, rayon səhiyyə şöbə müdirlərinin təbəçiliyindən çıxarılıb Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə-tibb eksperti vəzifəsini icra edən «Məhkəmə-tibbi ekspertiza bürosu» nun rəisinə təbə edildi.

1948-ci ildə yeni yaradılmış «Məhkəmə-tibbi ekspertiza bürosu»nun rəisi və Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə-tibb eksperti vəzifəsinə Y.N.Semyonov (1907-1970) təyin edilmiş və 1967-ci ilə qədər bu vəzifələrdə çalışmışdır (şəkil 4).



Şəkil 4. Y.M.Semyonov (1907-1970)

1948-1949-cu illərdə məhkəmə təbabəti kafedrasına Y.A.Dasayev (1896-1957), 1950-ci ildən 1970-ci ilə qədər isə normal anatomiya kafedrasının professoru, əməkdar elm xadimi Ə.Ə.Sultanov (1903-1970) rəhbərlik etmişdir (şəkil 5).



Şəkil 5. Ə.Ə.Sultanov (1903-1970)

1960-cı ildə məhkəmə təbabəti kafedrasında prof. Ə.Ə.Sultanovun elmi rəhbərliyi altında ilk azərbaycanlı qadın alim Əxirə İbrahim qızı Bağbanzadə (1926-1972) «Çanaq sümükləri xəsarətlərinin xarakterinin avtomobil nəqliyyat vasitələrinin təsir mexanizmindən asılılığı» mövzusunda dissertasiya işini müdafiə edərək, tibb elmləri namizədi elmi dərəcəsinə layiq görülmüşdür. 1961-ci ildə o, kafedranın assistenti, 1968-ci ildə baş müəllim, 1970-ci ildən isə kafedranın dosenti vəzifəsində çalışmışdır (şəkil 6).



Şəkil 6. Ə.İ. Bağbanzadə (1926-1972)

1967-ci ildən Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə-tibb eksperti, «Məhkəmə-tibbi ekspertiza bürosu»nun rəisi vəzifəsinə professor Ə.R. Atakişiyev (1925-1996) təyin edilmişdir.

1970-ci ildə Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun məhkəmə təbabəti kafedrasının müdiri vəzifəsinə dosent Ş.A. Səlimxanov (1923-2008) seçilmişdir (şəkil 7). 1980-ci ildə isə o, Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə-tibb eksperti və «Məhkəmə-tibbi ekspertiza büro»sunun rəisi vəzifəsinə təyin edilmiş və bu vəzifələrdə 1985-ci ilə qədər çalışmışdır. 1981-ci ildə Ş.A. Səlimxanova professor elmi adı verilmişdir. 1972-ci ildə onun ilk dəfə Azərbaycan dilində nəşr olunan və öz orijinallığı ilə fərqlənən «Məhkəmə təbabəti» dərsliyi çapdan çıxmış, 1992-ci ildə prof. Ş.A. Səlimxanov həmin dərsliyin bəzi fəsillərini yenidən işləmiş və əlavələr edərək yenidən nəşr etdirmişdir. Bundan əlavə, prof. Ş.A. Səlimxanov 78-dən çox elmi əsərin, o cümlədən, tüklərin müayinəsinə dair ixtira və 5 səmərələşdirici təklifin müəllifidir. O, həkimlər və tələbələr üçün 5 tədris və tədris-metodik vəsait nəşr etdirmişdir. Bunlardan «Bədən xəsarətlərinin ağırlıq dərəcəsinin təyini» (prof. R.M. Yusifli ilə birlikdə), «Meyitlərin məhkəmə-tibbi müayinəsi», «Meyitin tapıldığı yerin müayinəsi», «Yanmış meyllərin ekspertizası», «Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasının

(müayinəsinin) sənədləşdirilməsi və ölüm haqqında həkim şəhadətnaməsinin tərtib edilməsi»ni göstərmək olar.



Şəkil 7. Prof. Ş.A.Səlimxanov (1923-2008)

Prof.Ş.A.Səlimxanovun pedaqoji fəaliyyətində əsas yerlərdən birini mühazirələrin aparılması tutur. Çoxillik pedaqoji fəaliyyəti, dərin nəzəri biliyi və məhkəmə-tibbi ekspertiza ilə mütəmadi əlaqəsi ona mühazirələri və eləcə də təcrübi məşğələləri böyük pedaqoji ustalıqla və yüksək elmi səviyyədə aparmağa imkan verirdi.

Milli kadrların hazırlanmasında da prof.Ş.A.Səlimxanovun rolu olduqca böyükdür. Məhz prof.Ş.A.Səlimxanovun elmi rəhbərliyi altında R.Yusifli 1977-ci ildə Moskva şəhərində «İnsan tüklərinin bəzi xüsusiyyətlərinin dəniz suyunun təsirindən, mövsümdən və temperaturdan asılı olaraq dəyişilməsinin dinamikada tədqiqi» mövzusunda namizədlik dissertasiya müdafiə etmişdir.

1985-ci ildə «Məhkəmə-tibbi ekspertiza bürosu»nun rəisi, Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə tibb eksperti vəzifəsinə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutu məhkəmə təbabəti kafedrasının dosenti Yusifli Rafiq Mirzə Bala oğlu (1947-2003) (şəkil 8) təyin edilmiş və bu vəzifələrdə işin keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması üçün bir çox konstruktiv və təşkilati tədbirlər həyata keçirmişdir.



Şəkil 8. Prof. R.M.Yusifli (1947-2003)

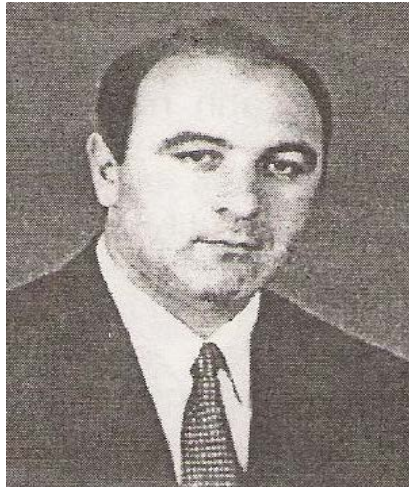
1985-ci ilin dekabr ayında R.M.Yusifli Moskva şəhərində «Tük xəstəlikləri məhkəmə-tibbi baxımdan» mövzusunda doktorluq dissertasiyası müdafiə edib, Respublikada məhkəmə tibbi sahəsində ilk Azərbaycanlı elmlər doktoru olmuşdur. 1988-ci ildə ona professor elmi adı verilmişdir.

1988-ci ildə respublikamızda patoloji anatomiya xidmət sahəsinin fəaliyyətini yüksəltmək, patoloji anatomiya və məhkəmə tibbi elmlərini yaxınlaşdırmaq məqsədilə R.M.Yusiflinin şəxsi təşəbbüsü ilə məhkəmə-tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya xidmət sahələri birləşdirilərək, analoqu olmayan elmi-təcrübi və tədris birliyi yaradılmış, R.M.Yusifli birliyin Baş direktoru vəzifəsinə təyin edilmiş və 1992-ci ilin noyabrından, 1993-cü ilin dekabr ayınadək dövr istisna olmaqla, 1997-ci ilin avqust ayınadək Birliyin Baş direktoru və Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə-tibb eksperti vəzifəsini icra etmişdir.

2000-ci ildə prof.R.M.Yusifliyə «əməkdar elm xadimi» fəxri ad verilmişdir.

1992-ci ildən başlayaraq birliyin bəzi əməkdaşları – Ş.Musayev, M.Bünyatov, İ.Məmmədov, V.Məmmədov, Ə.Baxışov, V.Məmmədyarov, Ə.Qasımov və digərləri ikinci ali təhsilə – hüquq təhsilinə yiyələnmişdirlər.

1994-cü ildə Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda «məhkəmə təbabəti və patoloji anatomiya» kursu yaradılmışdır. 1998-ci ildə bu kursun bazasında «məhkəmə təbabəti, hüququn əsasları və patoloji anatomiya kafedrası» fəaliyyətə başlamışdır. Kafedra müdiri vəzifəsinə t.e.d. prof. Ş.M.Musayev (şəkil 9) seçilmişdir.



Şəkil 9. Prof.Ş.M.Musayev (1957)

T.e.d., prof.Ş.M.Musayev 1997-ci ildən 2016-cı ilə qədər «MTE və PA Birliyinin» baş direktoru vəzifəsində çalışmışdır. Prof. Ş.Musayev həmçinin Respublikanın məhkəmə-tibbi ekspertlərinin və patoloq anatomların elmi cəmiyyətinin və bir neçə yerli və xarici təşkilatın üzvü və məhkəmə-tibb ekspertlərinin və patoloq-anatomların attestasiya komissiyasının üzvüdür. O, 350-dən artıq elmi işin müəllifidir.

2014-cü ildə t.e.d., prof.Ş.M.Musayev AMEA-nın müxbir üzvü seçilmişdir.

Hal-hazırda Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin “Məhkəmə-tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya” Birliyinə Azərbaycan Tibb Universitetinin Patoloji anatomiya kafedrasının müdiri prof. Ə.B.Həsənov rəhbərlik edir (şəkil 10). Hal-hazırda prof. Ə.B.Həsənov ATU-nun Patoloji anatomiya kafedrasının müdiri vəzifəsində də çalışır.



Şəkil 10. Prof.Ə.B.Həsənov (1962)

2003-2004-cü illərdə Məhkəmə təbabəti kafedrasının müdiri vəzifəsini müvəqqəti olaraq dosent Məmmədov Zabit Məmməd oğlu icra etmişdir (şəkil 11). Hazırda o kafedranın tədris hissə müdiri vəzifəsində işləyir. Dos. Z.M.Məmmədov məhkəmə təbabəti fənninin yeni tədris proqramının hazırlanmasında yaxından iştirak etmiş, müəllimlər üçün ayrı-ayrı mövzular üzrə metodik göstərişləri vahid sistem şəklinə salmışdır. O, 40-dan çox elmi əsərin, 3 tədris metodik vəsaitin, 1 dərs vəsaitinin müəllifidir.



Şəkil 11. Dos.Z.M.Məmmədov (1953)

Kafedranın dosenti Xanməmmədova Aidə Atlıxan qızının elmi-pedoqoji fəaliyyətini qeyd etmək lazımdır (şəkil 12). Moskva şəhərində namizədlik dissertasiyası müdafiə etdikdən sonra o, 1989-cu ildə kafedranın dosenti vəzifəsinə seçilmişdir. Dos. A.A.Xanməmmədova məhkəmə təbabəti fənninin yeni tədris proqramının hazırlanmasında yaxından iştirak etmiş, tələbələrin imtahan mərkəzində fənn üzrə kompyuterlə imtahan vermək üçün test suallarını hazırlamış, ekspert qismində apellyasiya komissiyasının tərkibinə daxil edilmişdir.



Şəkil 12. Dos.A.A.Xanməmmədova (1947)

Kafedra əməkdaşlarından tədris və elm sahəsində fəaliyyət göstərən alimlərdən biri də tibb üzrə fəlsəfə doktoru Eldar İskəndər oğlu Ələkbərovdur (şəkil 13). O, 2006-cı ildə dissertasiya işini müdafiə edərək tibb üzrə fəlsəfə doktoru alimlik dərəcəsi adına layiq görülmüşdür. Dos. E.İ.Ələkbərov 30-a qədər elmi məqalənin, 13 tezinin, 2 səmərələşdirici təklifin və 1 dərs vəsaitinin müəllifidir. O, nəzəri fənlər üzrə Problem Komissiyasının və Məhkəmə təbabəti fənni üzrə Apellyasiya Komissiyasının üzvüdür, həmçinin Məhkəmə təbabəti kafedrasında Tələbə Elmi Cəmiyyətinin rəhbəridir.



Şəkil 13. Dos.E.İ.Ələkbərov (1951)

Prof. Vüqar Qurban oğlu Məmmədov 2010-cu ildən ATU-nun məhkəmə təbabəti kafedrasının professorudur (şəkil 14). Dünyanın ən məşhur məhkəmə-tibbi patoloqu, “ulduzlar eksperti” adlanan amerikalı professor Tomas Noguçinin prezident olduğu Dünya Tibbi Hüquq Assosiasiyasının 2012-ci ildən İdarə Heyətinin üzvü, 2016-cı ildən birinci vitse-prezidentidir. O, həmçinin digər məşhur ekspert, DNT analizi üzrə dünyada aparıcı mütəxəssis olan amerikalı professor Henri Li rəhbərliyi altında İpək Yolu ölkələrinin Məhkəmə Ekspertizalar Konsortiumunun həmtəsisçisi və vitse-prezidentidir. Tibb elmləri doktoru, məhkəmə-tibbi ekspert, hüquqşünasdır. Bakı Dövlət Universitetinin hüquq fakültəsinin və İ.M. Seçenov adına birinci Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialının da professorudur. YUNESKO-nun Bioetika kafedrasının Azərbaycan bürosunun rəhbəri, Azərbaycan Respublikası Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Hüquq elmləri üzrə Ekspert Şurasının üzvü, AMEA Rəyasət Heyətinin və YUNESKO-nun Bioetika, Elm və Texnologiyaların Etikası Milli Komitəsinin sədr müavini, Azərbaycan Respublikası “Tibbi Hüquq və Bioetika” İctimai Birliyinin sədridir. 316 elmi əsərin müəllifidir.



Şəkil 14. Prof. V.Q.Məmmədov (1969)

2004-cü ilin iyun ayında Azərbaycan Tibb Universitetinin Məhkəmə təbabəti kafedrasının müdiri vəzifəsinə t.e.d., prof. M.O.Bünyatov seçilmişdir (şəkil 15).



Şəkil 15. Prof. M.O.Bünyatov (1966)

Prof.M.O.Bünyatov 1998-cı ildən 2016-cı ilə qədər Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin “Məhkəmə-tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya” Elmi Təcrübi və Tədris Birliyinin Baş direktorunun ekspertiza işləri üzrə müavini vəzifəsində çalışıb. O, həmçinin 2004-cü ildə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə tibb eksperti vəzifəsinə təyin edilmişdir. Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyevin sərəncamı ilə 2010-cu il tarixində prof. M.O.Bunyatova “Əməkdar müəllim” fəxri adı verilmişdir. 120 elmi işin müəllifidir, bunlardan 1-i tələbələr üçün dərslik, 2-si tədris vəsaiti, 1-i ixtira, 1-i səmərələşdirici təklifdir. Hal-hazırda prof.M.O.Bünyatovun rəhbərliyi altında məhkəmə tibbi travmatologiya sahəsində bir çox elmi tədqiqat işləri aparılmaqdadır.

Kafedra əməkdaşlarından tədris və elm sahəsində yaxından məşğul olan alimlərdən t.e.n., dos. Ü.S.Mikayılovu, göstərmək olar. Kafedranın assistentləri O.A.Mirzəyev, S.Q.Dadaşov, İ.M.Azməmmədov, E.V.Şirinov və Ş.M.Əhmədov da həmçinin tədris və elmi fəaliyyətlə yaxından məşğuldular.



ATU-nun məhkəmə təbabəti kafedrasının əməkdaşları

FƏSİL III. AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA MƏHKƏMƏ - TİBB XİDMƏTİNİN TƏŞKİLİ. MƏHKƏMƏ -TİBBİ EKSPERTİZANIN KEÇİRİLMƏSİNİN ƏSASLARI

3.1. Azərbaycan Respublikasında məhkəmə-tibbi xidmətin təşkili

Məhkəmə-tibbi ekspertizaların aparılması və məhkəmə-tibb xidməti işinin təşkili respublikamızda ixtisaslaşdırılmış yeganə məhkəmə-tibbi ekspertiza idarəsi olan Səhiyyə Nazirliyinin «Məhkəmə-tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya» Birliyi tərəfindən təmin edilir. «Məhkəmə-tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya» Birliyi inzibati cəhətdən Respublika Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində olan sərbəst qurumlardan biri olub, öz fəaliyyətində Azərbaycan Respublikasının qanunvericilik əsaslarını, “Əhəlinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikasının qanununu, hökumət direktivlərini, Səhiyyə Nazirliyinin qərar və əmrələrini, göstərişlərini, «Məhkəmə-tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya» Birliyi haqqında əsasnaməni, həmçinin digər normativ aktları rəhbər tutaraq ədalət mühakiməsinin tələblərinə uyğun olaraq, vətəndaşlara məhkəmə - tibbi və patoloji - anatomik xidmətlərin təkilini təmin edir.

Azərbaycan Respublikasında «Məhkəmə-tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya» Birliyinə rəhbərlik Birliyin Baş direktoru tərəfindən həyata keçirilir. Bundan əlavə sərbəst olaraq Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Baş məhkəmə-tibb eksperti fəaliyyət göstərir.

Birlikdə çalışan mütəxəssislər insanın həyatı, sağlamlığı və namusu əleyhinə yönəldilmiş cinayətlərin araşdırılmasında, törədilmiş cinayət əməllərinin açılmasında və onların profilaktikasında özünün bilavasitə iştirakı ilə əsasən tibbi və bioloji, o cümlədən trassoloji, ballistik, kriminalistik və digər xarakterli məsələləri həll etməklə ölkənin təhqiqat, istintaq və məhkəmə orqanlarına yaxından köməklik göstərir.

Məhkəmə-tibbi ekspertizalar (müayinələr) təhqiqat aparan şəxsin, müstəntiqin, prokurorun və məhkəmənin qərarına əsasən (yazılı sorğusuna) aparılır və Birliyin hüquq-mühafizə orqanlarına hər-hansı bir formada tabeliyi yoxdur.

Azərbaycan Respublikasında məhkəmə-tibbi xidmətin təşkili ilə əlaqədar «Məhkəmə-tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya Birliyi haqqında» əsasnaməyə (Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 13. 05.2008-ci il tarixli 67 sayılı əmri) uyğun olaraq Birliyin tərkibində olan Məhkəmə-tibbi ekspertiza bürosunun aşağıdakı struktur şöbə və bölmələri fəaliyyət göstərir:

- zərərçəkmiş, müttəhim, digər şəxslərin və meyitlərin məhkəmə-tibbi ekspertizası üçün rayon və şəhər şöbələri;
- mərkəzi məhkəmə-tibbi ekspertiza şöbəsi;
- məhkəmə-histoloji şöbə;

tibbi-kriminalistika şöbəsi;
tibbi-bioloji şöbə;
məhkəmə-kimyəvi şöbə;
təşkilati-metodik şöbə;
komission ekspertizalar şöbəsi
mürəkkəb ekspertizalar şöbəsi;
ekspertizalara nəzarət şöbəsi;
operativ məhkəmə-tibbi xidmətin təşkili şöbəsi;
identifikasiya bölməsi;
məhkəmə-tibbi rentgenoloji bölmə;
biokimyəvi bölmə;
spektorqrafik müayinə bölməsi;
qenom-daktiloskopiya bölməsi

Azərbaycan Respublikasında məhkəmə-tibbi ekspertizanın təşkili və keçirilməsi üçün Birliyin məhkəmə-tibbi ekspertiza bürosunun vəzifələrinə daxildir:

zorakı ölüm əlamətlərinin təyini və ya inkarı məqsədilə meyitlərin məhkəmə-tibbi ekspertizasını və müayinəsini, ölümün səbəbini; bədən xəsarətlərinin xarakterini, mexanizmini və törənmə müddətini; ölümün baş vermə müddətini; eləcə də təhqiqat orqanları, müstəntiq, prokuror, məhkəmə tərəfindən qarşıya qoyulmuş digər sualları həll etmək;

zərərçəkmişin, təqsirləndirilmişin və digər şəxslərin sağlamlığına zərər vurmasının təyin etmək; cinsi cinayətlərdə təhqiqat aparən şəxslər tərəfindən qoyulmuş sualların həlli məqsədilə məhkəmə-tibbi ekspertizaları və məhkəmə-tibbi müayinələri keçirmək;

maddi sübutların məhkəmə-tibbi ekspertizasını (müayinələrini) təmin etmək;

cinayət və mülki iş materialları üzrə məhkəmə-tibbi ekspertizaları keçirmək;

məhkəmə-tibb ekspertlərinin məhkəmə təbabəti sahəsində mütəxəssis kimi ilkin və digər istintaq hərəkətlərində (hadisə yerində meyitin müayinəsi, ekshumasiya, müayinə məqsədilə nümunələrin götürülməsi və s.) iştirak etmək.

Azərbaycan Respublikasında Məhkəmə-tibbi ekspertizasının təşkili və icrası Azərbaycan Respublikası Prezidentinin «Dövlət məhkəmə ekspertizası fəaliyyəti haqqında» Azərbaycan Respublikası qanununun tətbiq edilməsi barədə 15 yanvar 2000 il-ci tarixli fərmanına, Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin “Məhkəmə-Tibbi ekspertiza və patoloji anatomiya Birliyi haqqında əsasnamə”yə müvafiq olaraq həyata keçirilir (13.05.2008 il tarixli 67№-li əmr).

Məhkəmə-tibbi ekspertiza xidmətinin təşkilinin əsasları Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən müəyyənləşdirilir.

Məhkəmə-tibb ekspertləri ekspertizaların (müayinələrin) keçirilməsi

zamanı ümumi təşkilatı əsas kimi aşağıda göstərilən normativ sənədləri rəhbər tutmalıdır:

1. Azərbaycan Respublikasında məhkəmə-tibbi ekspertizaların təşkili və keçirilməsi haqqında əsasnaməni (1999);
2. Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizası qaydalarının təcrübəyə tətbiqi haqqında təlimatı (1999);
3. Sağlamlığa zərər vurmanın məhkəmə-tibbi ekspertizası qaydalarını (2001);
4. Məhkəmə-histoloji müayinələrin keçirilmə qaydalarını (1999);
5. Tibbi-kriminalistik şöbədə ekspertizaların keçirilmə qaydalarını (1999);
6. Məhkəmə-tibbi biologiya şöbəsində maddi sübutların məhkəmə-tibbi ekspertizasının keçirilməsi və oxşarlığın təyin olunması qaydalarını (1999);
7. Məhkəmə-kimya şöbəsində maddi sübutların ekspertizasının keçirilməsi qaydalarını (1999);
8. Cinayət və mülki işlər üzrə məhkəmə-tibbi ekspertizaların aparılması qaydalarını (1999).

3.2. Məhkəmə-tibb ekspertizasının prosessual əsasları

Məhkəmə, istintaq, mülki işlər və digər hallarda müxtəlif növ ekspertizaların aparılması zərurəti yaranır. Belə ekspertizalardan biri də, məhkəmə-tibbi ekspertizasıdır.

Məhkəmə-tibbi ekspertiza Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində nəzərdə tutulmuş hallarda qanuna uyğun olaraq təhqiqat aparan şəxs, müstətiqin, prokurorun, hakimin və ya məhkəmənin qərarlarına əsasən təyin olunur. Hüquq-mühafizə orqanlarının və məhkəmənin yazılı müraciətlərinə və ya təliqəsinə əsasən də, məhkəmə-tibbi müayinə aparılır.

Azərbaycan Respublikasında məhkəmə-tibbi ekspertiza xidmətini Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin «MTE və PA» Birliyinin rəhbərliyi altında həyata keçirilir. Bu xidmət birliyin məhkəmə-tibbi, məhkəmə kimyəvi və məhkəmə təbabətinin digər sahələrini mütəxəssisləri olan, məhkəmə tibb-ekspertləri tərəfindən aparılır.

Məhkəmə-tibbi ekspertizasının təyin olunması və keçirilməsi qaydaları Azərbaycan Respublikasının prosessual qanunvericiliyi ilə tənzimlənmişdir (CPM, maddələr 264-272).

Məhkəmə-tibbi ekspertizasının rəyi (CPM, maddə 127) məhkəmədə və istintaq işlərində bir sübut növüdür. Bir sübut növü kimi məhkəmə-tibbi ekspertizasının rəyi işin gedişində hüquq mühafizə orqanları üçün əksər hallarda aparıcı əhəmiyyət kəsb edir.

CPM, maddə 127. Ekspertin rəyi

- 127.1. *Ekspertin rəyi onun tərəfindən yazılı şəkildə ifadə edilmiş elm, texnika, incəsənət və ya peşə sahəsində xüsusi biliklərə əsaslanmış:*
- 127.1.1. *cinayət prosesini həyata keçirən orqanın və ya cinayət prosesi tərəflərinin ekspert qarşısında qoyduğu suallara, habelə iş materiallarının tədqiqi zamanı ortaya çıxan onun səlahiyyətlərinə aid digər halların araşdırılmasına dair nəticələridir;*
- 127.1.2. *bu nəticələri əsaslandıran ekspertin apardığı tədqiqatın təsviridir.*
- 127.2. *Ekspert tərəfindən aparılan tədqiqatın üsulları, qoyulmuş sualların cavablarının əsaslandırılması, habelə ekspertin öz təşəbbüsü ilə müəyyən etdiyi cinayət təqibi üzrə əhəmiyyət kəsb edən digər hallar ekspertin rəyində öz əksini tapmalıdır.*
- 127.3. *Ekspertin rəyi təhqiqatçı, müstəntiq, prokuror və ya məhkəmə üçün məcburi deyil, hər hansı başqa sübut kimi cinayət prosesini həyata keçirən orqan tərəfindən yoxlanılmalı və işin bütün halları ilə bağlı surətdə qiymətləndirilməlidir. Ekspertin rəyi ilə razılaşılmadıqda bu barədə əsaslandırılmış qərar çıxarılmalıdır.*

Ekspert rəyi müvafiq zəruri elmi biliyə tam və qanuna uyğun formada əsaslanmalıdır. Məhkəmə-tibbi ekspertizasının verdiyi rəy bütün hallarda həqiqəti əks etdirməlidir ki, onun obyektivliyinə şübhə olmasın. Buna görə də, məhkəmə-tibbi eksperti öz sahəsinin mütəxəssisi olmalı, obyektiv, elmi əsaslandırılmış rəy verməyi bacarmalıdır. Hər bir məhkəmə-tibbi eksperti dayanmadan öz üzərində çalışmalı, elmin müasir və son biliklərinə yiyələnməlidir.

Azərbaycan Respublikasının CPM-ndə ekspert və mütəxəssis haqqında müvafiq maddələr öz əksini tapmışlar (maddə 96, 97).

CPM, Maddə 96. Mütəxəssis.

- 96.1. *Mütəxəssis cinayət prosesində şəxsi marağı olmayan, öz razılığı əsasında istintaq və ya digər prosesual hərəkətlərin aparılmasında elm, texnika, incəsənət və digər peşə sahəsindəki xüsusi bilik və bacarığından istifadə edərək kömək göstərmək üçün cinayət prosesini həyata keçirən orqan tərəfindən təyin edilmiş şəxsdir. Yetkinlik yaşına çatmamış zərər çəkmişin, şübhəli və ya təksirləndirilən şəxsin, habelə şahidin dindirilməsində iştirak etmiş müəllim mütəxəssis hesab olunur. Mütəxəssis cinayət prosesi iştirakçılarının təklif etdikləri şəxslər sırasından təyin edilə bilər.*

Məhkəmə-tibb ekspertinin hüquq və vəzifələri CPM-nin 97-ci maddəsində öz əksinin tapmışdır.

CPM, Maddə 97. Ekspert.

- 97.1. *Ekspert elm, texnika, incəsənət və digər peşə sahəsində xüsusi biliklərdən istifadə etməklə rəy verməyə qadir olan cinayət prosesində*

şəxsi marağı olmayan, öz razılığı əsasında materialların tədqiqinin aparılması üçün cinayət prosesini həyata keçirən orqan və ya onun tələbi ilə ekspert müəssisəsinin rəhbərliyi tərəfindən təyin edilmiş şəxsdir. Ekspert cinayət prosesi iştirakçılarının təklif etdikləri şəxslər sırasından təyin edilə və ya müdafiə tərəfindən dəvət oluna bilər.

- 97.2. *Ekspert qarşısına qoyulmuş suallar üzrə rəy vermək üçün kifayət qədər elm, texnika, incəsənət və digər peşə sahələrinə aid xüsusi biliklərə malik olmalıdır.*
- 97.3. *Şəxs cinayət prosesinin hüquqi məsələləri üzrə ekspert qismində təyin oluna və ya digər formada cəlb edilə bilməz*
- 97.4. *Ekspert bu Məcəllədə nəzərdə tutulmuş hallarda və qaydada aşağıdakı vəzifələri yerinə yetirməlidir.*
- 97.4.1. *Qarşısına qoyulan suallara dair əsaslı və obyektiv rəy vermək, düzgünlüyü özü tərəfindən yoxlanılmamış iş materiallarının tədqiqi əsasında gəlidiyi şəxsi nəticələrini, habelə kompyuter programından və məlumat materiallarından istifadə əldə etdiyi nəticələri rəydə bir-birindən dəqiq ayırmaq.*
- 97.4.2. *qarşısına qoyulan suallar xüsusi biliklərindən kənara çıxarsa və ya təqdim olunmuş materiallar qoyulmuş suallara cavab verilməsi üçün kifayət deyilsə, rəy verməkdən imtina etmək; yuxarıda qeyd olunmuş hallara görə rəy verilməsinin mümkün olmadığı nəticəsinə gələrsə, ekspertiza keçirilməsinin davam etdirilməsindən imtina etmək, bu imtinanı əsaslandırmaqla rəy verilməsindən və ekspertizanın keçirilməsindən imtina etməsi barədə ekspertizanın keçirilməsini ona tapşırmış şəxsə yazılı məlumat vermək;*
- 97.4.3. *cinayət prosesini həyata keçirən orqanın tələbi ilə ekspertizanın keçirilməsinə dair xərclərin smetası və çəkdiyi xərclər barədə hesabat təqdim etmək;*
- 97.4.4. *cinayəti prosesi iştirakçılara yazılı rəy təqdim etmək, onun məzmununu izah etmək, habelə onların suallarına cavab vermək və yazılı rəyin izahatı üzrə şifahi rəy vermək üçün cinayət prosesini həyata keçirən orqanın çağırışlarına gəlmək;*
- 97.4.5. *cinayət prosesini həyata keçirən orqana və onu dəvət etmiş şəxsə xüsusi ixtisasını təsdiq edən sənəd təqdim etmək; göstərilən orqanın və ya şəxsin, habelə məhkəmə iclasında cinayət prosesi tərəflərinin tələbi ilə qoyulmuş məsələlər üzrə qabiliyyəti olduğunu düzgün qiymətləndirmək;*
- 97.4.6. *cinayət prosesini həyata keçirən orqanın və məhkəmə iclasında cinayət prosesi tərəflərinin tələblərinə əsasən peşə təcrübəsi və müvafiq cinayət işinin iclasında iştirak etmiş şəxslərlə münasibəti barədə məlumat vermək;*

- 97.4.7. *istintaq və ya digər prosesual hərəkətlərin aparılmasında iştirak edərkən, həmin hərəkətləri aparan şəxsin, məhkəmə iclasında isə sədrlik edənin icazəsi olmadan bu yerləri tərk etməmək;*
- 97.4.8. *tədqiqatçının, müstəntiqin, prokurorun və ya məhkəmə iclasında sədrlik edənin göstərişlərinə tabe olmaq.*
- 97.4.9. *məhkəmə iclasında qaydaya riayət etmək.*
- 97.4.10. *cinayət prosesini həyata keçirən orqanın icazəsi olmadan onun iştirakı ilə aparılmış istintaq və ya digər prosesual hərəkətlər və bu zaman müəyyən edilmiş hallara dair məlumatı, habelə qapalı məhkəmə iclasının məlumatlarını yaymamaq, ona məlum olan şəxsi həyatın toxunulmazlığına, ailə, dövlət, peşə, kommersiya və ya qanunla qorunan digər sirlərə toxunan hallar barədə məlumatları yaymamaq;*
- 97.4.11. *bu Məcəllədə nəzərdə tutulmuş digər vəzifələri yerinə yetirmək;*
- 97.5. *Ekspertin öz vəzifələrini icra etməməsi Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə nəzərdə tutulmuş məsuliyyətə səbəb olur.*
- 97.6. *Ekspert bu Məcəllədə nəzərdə tutulmuş hallarda və qaydada aşağıdakı hüquqları həyata keçirir;*
 - 97.6.1. *rəy verilməsi üçün müqayisəli tədqiqat aparmaq məqsədi ilə zəruri obyekt və nümunələri əldə etmək; əlavə obyekt və digər materialların təqdim olunmasını tələb etmək;*
 - 97.6.2. *rəy verilməsi üçün cinayət prosesini həyata keçirən orqanın icazəsi ilə zəruri materiallarla tanış olmaq, işin materiallarından zəruri məlumatları çıxarış etmək, öz vəzifələrini daha yaxşı icra etmək məqsədilə şübhəli, təqsirləndirilən, zərərçəkmiş şəxslərə və şahidlərə suallar vermək;*
 - 97.6.3. *ekspertizanın predmetinə aid və rəy verilməsi üçün zəruri olan istintaq və ya digər prosesual hərəkətlərin aparılmasında iştirak etmək;*
 - 97.6.4. *qarşısına qoyulan suallara və səlahiyyətinə aid iş materiallarının tədqiqi zamanı aşkar edilmiş və ekspertizanın predmeti daxilində digər hallara dair rəy vermək;*
 - 97.6.5. *məhkəmənin və ya cinayət prosesi iştirakçılarının diqqətini ekspertizanın predmeti və müvafiq ekspertə verilən sualların tərtibi ilə əlaqədar hallara cəlb etmək;*
 - 97.6.6. *iştirak etdiyi istintaq və ya digər prosesual hərəkətlərin protokolu ilə, habelə məhkəmə iclasının protokolunun müvafiq hissəsi ilə tanış olmaq, bu hərəkətlərin və öz şifahi rəyinin tamlığına və düzgünlüyünə dair protokola daxil edilməli qeydlər vermək;*
 - 97.6.7. *cinayət prosesi zamanı sərf etdiyi xərclərin ödənilməsinə və cinayət prosesini həyata keçirən orqanın qanunsuz hərəkətləri nəticəsində ona vurulmuş ziyana görə kompensasiya almaq;*
 - 97.6.8. *yerinə yetirdiyi işə görə haqq almaq;*
 - 97.6.9. *bu Məcəllədə nəzərdə tutulmuş digər hüquqlardan istifadə etmək.*

Azərbaycan Respublikası CPM-nin 140-cı maddəsinə əsaslanaraq qeyd etmək olar ki, aşağıdakı hallarda məhkəmə-tibbi ekspertizanın təyin edilməsi mütləqdir:

- ölümün səbəbinin təyin edilməsi məqsədi ilə;
- sağlamlığa zərərvermanın ağırlıq dərəcəsinin və xarakterinin təyin olunması;
- müqəssirin, şübhəli şəxsin və zərərçəkmişin sənədləri olmadıqda və ya sənədlərin alınması mümkün olmadıqda onların yaşının təyin olunması hallarında;
- cinsi cinayətlər, zöhrəvi xəstəlikləri yayma, qanunsuz abort etmə, QİÇS-lə yoluxdurma, xəstəyə kömək göstərməmək, qanunsuz olaraq bio-tibbi tədqiqatlar aparmaq və s. hallarda da məhkəmə-tibbi ekspertizanın aparılması zərurəti yaranı bilər.

Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyinə əsasən müstəntiqin ekspertizada iştirak etmək hüququ var. Müayinə olunan əks cinsdən olarsa və ekspertiza keçirilərkən, onun soyunması zərurəti yaranarsa, müstəntiq belə müayinələrdə iştirak edə bilməz. Eyni zamanda müstəntiq və ya məhkəmə-tibbi ekspertizanı təyin etmiş şəxs rəyin tərtib olunmasında da iştirak edə bilməz. Hər bir ekspert verdiyi rəyə görə öz adından cavabdehlik daşıyır.

Ekspert rəyi yazılı formada verir. Rəy giriş, müayinələr və nəticə hissəsindən ibarətdir. Ekspertin verdiyi rəy zəruri sayılmadığı hallarda müstəntiq, prokuror, məhkəmə sistemi orqanları rəylə razılaşmamalı əsaslandırılmalıdır. Bilə-bilə yalan rəy verməyə görə Cinayət Məcəlləsinin 297 maddəsi ilə ekspert məsuliyyət daşıyır.

CM, maddə 297. Bilə-bilə yalan ifadə vermə, yalan rəy vermə, və ya yanlış tərcümə etmə.

297.1. Məhkəmədə və ya ibtidai istintaqda şahid, zərərçəkmiş şəxs tərəfindən yalan ifadə vermə və ya ekspert tərəfindən bilə-bilə yalan rəy vermə, habelə tərcüməçi tərəfindən bilə-bilə yanlış tərcümə etmə minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz saatadək ictimai işlər və ya bir ildən iki ilədək müddətə islah işləri və ya iki ilədək müddətə azadlığın məhdudlaşdırılması və ya altı ayadək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

297.2. Eyni əməllər şəxsin ağır və ya xüsusilə ağır cinayət törətməkdə ittiham olunması ilə bağlı törədildikdə iki ildən altı ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Qeyd:

Bu Məcəllənin 297.1-ci maddəsində göstərilən şəxslərin təhqiqatın, ibtidai istintaqın gedişində, məhkəmə baxışında məhkəmə tərəfindən höküm və ya qətnamə çıxarılanadək verdikləri ifadənin, rəyin və etdikləri tərcümənin yalan olduğunu könüllü olaraq bildirdikdə cinayət məsuliyyətindən azad olunurlar.

Şəxs özünə, arvadına, ərinə, övladlarına, valideyinlərinə və qanunvericilikdə dairəsi müəyyən edilmiş digər yaxın qohumlarına qarşı ifadə verməyə məcbur edilərək bilə-bilə yalan ifadə verdikdə cinayət məsuliyyətinə cəlb oluna bilməz.

Həmçinin ekspert istintaqı aparan şəxsin icazəsi olmadan ilkin istintaq məlumatlarını yaymağa görə də məsuliyyət daşıyır (CM, maddə 300).

CM, maddə 300. Təhqiqat və ya ibtidai istintaq məlumatlarını yayma.

Qanunla müəyyən edilmiş qaydada yayılmaması barədə xəbərdarlıq edilmiş şəxs tərəfindən təhqiqatçının, müstəntiqin, prokurorun və ya məhkəmə nəzarəti funksiyasını həyata keçirən hakimnin icazəsi olmadan təhqiqat və ya ibtidai istintaq məlumatlarının yayılması maraqlı şəxsə mənəvi və ya maddi ziyanın vurulmasına səbəb olduqda

Minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya altı ayadək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Məhkəmə-tibbi xidmətinin təşkili dövlətçilik baxımından xüsusi əhəmiyyət kəsb etdiyindən məhkəmə-tibbi ekspertiza xidməti yalnız Səhiyyə Nazirliyinin «MTE və PA» Birliyinin əməkdaşları tərəfindən keçirilir. Azərbaycan Respublikası ərazisində məhkəmə-tibbi məsələlərin həlli ancaq «MTE və PA» Birliyinin əməkdaşları tərəfindən həyata keçirilir.

Məhkəmə-tibbi ekspertizasının rəhbəri ekspertizanın təyin olunması haqqında qərarı (qərarı), aldıqdan sonra ekspertizanın təşkil olunması və aparılması üzrə müvafiq tədbirlər görür. Azərbaycan Respublikasında özəl ekspert kimi məhkəmə ekspertiza fəaliyyətini həyata keçirmək qadağandır («Dövlət məhkəmə ekspertizası fəaliyyəti haqqında» AR qanunu, maddə 12).

CPM, Maddə 264. Ekspertizanın aparılmasının əsasları

- 264.1. *Ekspertiza elm, texnika, incəsənət və ya sənət sahəsində, müvafiq tədqiqatların metodikası üzrə xüsusi biliklər tələb edildikdə cinayət təbiiqi üçün əhəmiyyətli olan halların müəyyən edilməsi məqsədilə aparılır.*
- 264.2. *Tədqiqatçı, müstəntiq, ibtidai araşdırmaya prosesual rəhbərliyi həyata keçirən prokuror, mütəxəssis və cinayət prosesinin digər iştirakçılarının xüsusi biliklərə malik olması cinayət təqibi orqanının müvafiq hallarda ekspertizanın təyin edilməsi zərurətindən azad etmir. Bu Məcəllənin 140.0.1.-140.0.4-cü maddələrində nəzərdə tutulmuş halların müəyyən edilməsi üçün müvafiq ekspertizanın təyin edilməsi məcburidir.*
- 264.3. *Ekspertiza müstəntiqin qərarına və ya cinayət təqibi xüsusi ittiham qaydasında həyata keçirildiyi halda müdafiə tərəfinin yazılı müraciətinə əsasən aparılır. Ekspertizanın təyin edilməsi haqqında qərar onun aid olduğu şəxslər üçün məcburidir.*

- 264.4. *Ekspertizanın təyin edilməsi haqqında qərarla aşağıdakılar göstərməlidir:*
- 264.4.1. *qərarın çıxarıldığı tarix, vaxt və yer;*
- 264.4.2. *müstəntiqin soyadı, adı və atasının adı, vəzifəsi;*
- 264.4.3. *ekspertizanın təyin edilməsinə əsas verən obyektiv hallar və onun motivlərinin əsaslandırılması;*
- 264.4.4. *aşkar edildiyi və götürüldüyü yer, vaxt və şərait göstərilməklə ekspertizaya göndərilən maddi sübutlar və digər obyektlər, ekspertiza işin materialları üzrə aparılıqda isə ekspertin gəldiyi nəticənin əsaslı biləcəyi məlumatlar;*
- 264.4.5. *ekspert qarşısında qoyulan suallar;*
- 264.4.6. *ekspertizanın aparılması tapşırılan ekspert idarəsinin adı və ya şəxsin soyadı.*
- 264.5. *Cinayət təqibi xüsusi ittiham qaydasında həyata keçirildiyi halda müdafiə tərəfinin mənafeyinə xidmət edəcək halların müəyyən edilməsi üçün müdafiəçi öz təşəbbüsü ilə bir neçə ekspertə, ekspert idarəsinə ekspert işinin müqavilə əsasında ödənilməsi şərti ilə ekspertizanın aparılması barədə rəsmi müraciət etmək hüququna malikdir.*
- 264.6. *Cinayət təqibi xüsusi ittiham qaydasında həyata keçirildiyi halda ekspertizanın müdafiə tərəfinin təşəbbüsü ilə və onun hesabına aparılması zamanı ekspertə suallar siyahısı və tədqiqat obyektləri verilir.*
- 264.7. *Cinayət təqibi xüsusi ittiham qaydasında həyata keçirildiyi halda müdafiə tərəfinin rəsmi müraciəti əsasında ekspertiza aparmış ekspertlərin təqdim edilmiş rəyləri məhkəmə tərəfindən materiallara əlavə və digər sübutlarla yanaşı qiymətləndirilir.*

Azərbaycan Respublikasının CPM-də ekspertizanın bir neçə növü göstərilmişdir (CMP, maddə 265-267).

CPM, maddə 265. Təkbəşinə və komissiya ekspertiza

- 265.1. *Ekspertizanı xüsusi biliklərə malik olan, ekspert qismində təyin olunan bir və ya bir neçə şəxs apara bilər.*
- 265.2. *Təkbəşinə ekspertizanın aparılması müəyyən bir ekspertə və ya müəyyən eksperti təyin edən ekspert idarəsinin rəisinə tapşırılır.*
- 265.3. *Mürəkkəb və təkrar ekspertizalar eyni ixtisasdan olan ekspertlər komissiyası tərəfindən aparılır. Tərəflərin xahişi ilə ekspert komissiyasının tərkibinə onların göstərdiyi ekspertlər daxil edilə bilər. Ekspertlər öz aralarında məsləhətləşmə aparır və ümumi rəyə gəldikdə rəyi imzalayırlar. Ekspertlər arasında fikir olduğda onlardan hər biri fikir ayrılığı doğurmuş bir və ya bir neçə suala dair ayrıca rəy verir.*

- 265.4. *komisiyon ekspertiza aparılması haqqında qərarın icrası ekspert idarəsinin rəhbəri üçün məcburidir. Hər hansı ekspertizanın aparılması ekspert idarəsinə tapşırıldıqda həmin idarənin rəhbəri ekspertizanın aparılması üçün ekspertlər komissiyası təşkil edə bilər.*

CPM, maddə 266. Kompleks ekspertiza

- 266.1. *Cinayət təqibi üçün əhəmiyyətli olan hallar müxtəlif bilik və ya elm sahələri, yaxud biliyin bir sahəsi daxilində müxtəlif üsullar sistemi əsasında yalnız bir neçə tədqiqat aparılmaqla müəyyən edilə bildikdə kompleks ekspertiza təyin edilir.*
- 266.2. *Ekspertlər öz səlahiyyətləri daxilində kompleks ekspertiza çərçivəsində müəyyən edilmiş faktiki məlumatların məcmusu əsasında müəyyən edilməsi üçün ekspertizanın təyin edildiyi hallar barədə gəldikləri nəticələri ifadə edirlər.*
- 266.3. *Ekspert Kompleks ekspertizanın rəyinin onun səlahiyyətinə aid olmayan hissəsini imzalaya bilməz.*
- 266.4. *Kompleks ekspertizanın aparılması ekspert idarəsinə tapşırıldıqda, kompleks tədqiqatların təşkili həmin idarənin rəhbərinin üzərinə düşür.*

CPM, maddə 267. Əlavə və təkrar ekspertiza

- 267.1. *Qoyulmuş suallara ekspert tam cavab vermədikdə və ya tədqiqat aparılmış obyektlərə dair müstəntiqin əlavə sualları yarandıqda, aparılmış tədqiqatın və ya rəydəki boşluğun aradan qaldırılması üçün həmin və ya başqa ekspert tərəfindən əlavə ekspertiza aparılır.*
- 267.2. *Ekspertin rəyi kifayət qədər əsaslı olmadıqda və ya şübhə olduqda, yaxud onun əsaslandığı sübutlar etibarsız (qeyri-mötəbər) hesab edildikdə və ya ekspertiza aparılmasının prosessual qaydaları pozulduqda təkrar ekspertiza aparılır.*
- 267.3. *Təkrar ekspertizanın aparılması başqa ekspertə tapşırılır. Əvvəlki ekspertizanı aparmış ekspertlər təkrar ekspertizanın aparılmasında iştirak edə və izahlar verə bilər, lakin tədqiqat zamanı və rəy tərtib edilərkən onlar iştirak etmirlər.*
- 267.4. *Təkrar ekspertizanın aparılması haqqında qərarla əvvəlki ekspertizaların nəticələri ilə razı olmamağın motivləri göstərməlidir. Təkrar ekspertiza təyin edilərkən ekspert qarşısında əvvəllər tətbiq edilmiş tədqiqat üsullarının elmi əsaslılığı barədə sual qoyula bilər. Ekspertiza təyin olunarkən müstəntiq ekspertizanın təyin olunması barədə qərarla müqəssiri tanış edir və onun hüquqlarını ona izah edir. Ekspertizanın aparılmasında və təyin olunmasında təqsirləndirilən şəxsin bir çox hüquqları vardır (CPM, maddə 268).*

CPM, maddə 268. Ekspertizanın təyin edilməsi və aparılması zamanı şübhəli və ya təqsirləndirilən şəxsin hüquqları

- 268.1. Müstəntiqin qərarına əsasən ekspertizanın təyin edilməsi və aparılması zamanı şübhəli və ya təqsirləndirilən şəxs aşağıdakı hüquqlara malikdir:
 - 268.1.1. protokol tərtib edilməklə ekspertizanın aparılmasından əvvəl onun təyin edilməsi haqqında müstəntiqin qərarı ilə tanış olmaq və ona məxsus olan hüquqların izahını almaq;
 - 268.1.2. ekspertə etiraz etmək;
 - 268.1.3. ekspertin onun göstərdiyi şəxslər içərisindən təyin edilməsi barədə vəsatət vermək;
 - 268.1.4. öz təşəbbüsü ilə və öz hesabına alternativ ekspertiza aparmaq və onun rəyinin cinayət işinə əlavə edilməsi barədə vəsatət vermək;
 - 268.1.5. rəy alınması üçün müstəntiq tərəfindən təyin edilmiş ekspert qarşısında əlavə suallar qoymaq;
 - 268.1.6. müstəntiqin icazəsi ilə ekspertizanın aparılmasında iştirak etmək, bu zaman tətbiq edilmiş tədqiqat üsullarının mahiyyətinin və alınmış nəticələrin izahını ekspertdən tələb etmək və ekspertə izahlar vermək;
 - 268.1.7. ekspertin rəyi müstəntiqə daxil olduğu vaxtdan ən gec 10 (on) gün müddətində onunla tanış olmaq, əlavə və ya təkrar ekspertizanın aparılması haqqında vəsatət vermək;
 - 268.1.8. onun vəsatəti üzrə aparılan ekspertin dindirilməsində iştirak etmək.
- 268.2. sadalanan hüquqlar, həmçinin ruhi vəziyyəti imkan verdikdə haqqında məcburi xarakterli tibbi tədbirlərin tətbiqi üzrə icraat aparıldığı şəxsə də məxsusdur.

FƏSİL IV. İSTINTAQ VƏ MƏHKƏMƏ İŞİ MATERIALLARINA ƏSASƏN APARILAN MƏHKƏMƏ -TİBBİ EKSPERTİZALAR

İş materiallarına əsasən aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar zamanı məhkəmə-tibbi eksperti obyektlərin özünü müayinə etmədən istintaq və məhkəmə sənədlərini öyrənib və yaxından analiz edib rəy verir. İstintaq işi materialları məhkəmə-tibb eksperti tərəfindən bu və ya digər dərəcədə, demək olar ki, bütün hallarda istifadə edilir. Məsələn, ölümün səbəbi haqqında sualları cavablandırarkən məhkəmə-tibbi eksperti meyitin müayinəsi ilə yanaşı hadisə yerinin müayinə protokolu, iş materiallarında ölümün baş vermə şəraiti ilə, bəzən xəstəlik tarixi və ölən şəxsin digər tibbi sənədləri ilə yaxından tanış olur. Eyni fikirləri canlı şəxslərin məhkəmə-tibbi ekspertizasına da ayırd etmək olar. Maddi sübutların ekspertizası zamanı da iş materiallarından istifadə oluna bilər. Bütün göstərilən hallarda iş materialları ancaq müayinənin bir obyektini və ya hissəsini təşkil edir.

İstintaq və məhkəmə materiallarına əsasən aparılan ekspertizalarda isə bu materiallar ekspertizanın yeganə müayinə obyektləri olur. Belə ekspertizalar meyit, canlı şəxs, maddi sübutlar, məhkəmə-tibbi ekspertizaya təqdim edilə bilməyən hallarda aparılır.

İş materiallarına əsasən keçirilən ekspertizalar birincili, əlavə və təkrari ola bilər. Bu zaman ekspertiza ən çox komission şəkildə, bir neçə həkim mütəxəssisin iştirakı ilə aparılır. Tibb işçilərinin qanunsuz fəaliyyətləri zamanı aparılan ekspertizalar da çox vaxt komission şəkildə aparılır. Avtotravmalar, aviatriavmalar və s. hallarda istintaq materiallarına əsasən aparılan ekspertizalar kompleks şəkildə, yəni bir neçə sahənin mütəxəssisi tərəfindən keçirilir.

Məhkəmə zalında aparılan ekspertizalarda çox zaman iş materiallarına əsasən aparılır.

İş materiallarına əsasən aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalarda məhkəmə-tibb eksperti üçün ən çox əhəmiyyət kəsb edən sənədlər tibbi sənədlərdir (xəstəlik tarixi, ambulator kartı, tibbi arayışlar və s.). İş materialları arasında çox hallarda birincili aparılmış ekspertiza rəyləri də olur. Belə hallarda bütün sənədlər və əvvəl verilmiş rəy dərindən öyrənilməli və təhlil olunmalıdır. Tibbi sənədlərdən başqa baxış protokolları, şahidlərin, zərərçəkmişin və təqsirləndirilən şəxsin ifadələri də öyrənilməlidir.

**FƏSİL V. TİBB İŞÇİLƏRİNİN PEŞƏ SAHƏLƏRİNDƏKİ QANUN
POZUNTULARI ZAMANI CİNAYƏT MƏHSULİYYƏTİ VƏ BU
ZAMAN APARILAN
MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZALAR**

5.1. Tibb işçilərinin qanunsuz fəaliyyətlərinə görə məsuliyyəti.

Tibbi işçilərinin peşə fəaliyyətləri ilə bağlı təqsirləndirilməsi əsasən onların öz peşələrində buraxdığı səhvlər, xəstələrin və onların yaxın qohumlarının şikayətləri ilə bağlı olur. Həkimləri adətən müalicə tədbirlərinin tam və düzgün aparılmamasında, xəstəliyin və zədələrin diaqnozunu düzgün və vaxtında qoyulmamasında, xəstədə keçirilən cərrahi əməliyyatların düzgün aparılmaması və s. hallarda təqsirləndirə bilirlər.

Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsində tibb işçiləri ilə bağlı olan maddələri iki qrupa bölmək olar:

1. Qəsdən törədilmiş;
2. Ehtiyatsızlıq üzündən törədilmiş.

Tibb işçilərinin buraxdıqları səhvləri vəzifə və peşə nöqsanlarına da bölmək olar.

Səhiyyə sistemində vəzifəli şəxslərə Səhiyyə Nazirliyinin məhsul əməkdaşları, səhiyyə idarələri və müalicə-profilaktika müəssisələrinin rəhbərləri və s. aid olunur.

Vəzifə cinayətlərindən aşağıdakıları misal göstərmək olar:

CM, maddə 308. Vəzifə səlahiyyətindən sui-istifadə

308. 1. Vəzifə səlahiyyətlərindən sui-istifadə, yəni vəzifəli şəxsin tamah və ya sair şəxsi marağı üzərində öz qulluq səlahiyyətlərindən qulluq mənafeələrinə qəsdən zidd olaraq istifadə edilməsi vətəndaşların və ya təşkilatların hüquqlarına və qanuni mənafeələrinə, yaxud cəmiyyətin və ya dövlətin qanunla qorunan mənafeələrinə mühüm zərər vurduqda minimum əmək haqqı məbləğinin min mislinədən iki min mislinədək miqdarda cərimə və ya üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüqu-qundan məhrum etmə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

308.2. Bu Məcəllənin 308.1-ci maddəsi ilə nəzərdə tutulmuş əməllər ağır nəticələrə səbəb olduqda üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə üç ildən yeddi ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Qeyd:

Bu fəslin maddələrində vəzifəli şəxslər dedikdə daimi, müvəqqəti olaraq və ya xüsusi səlahiyyət üzrə hakimiyyət nümayəndəsi funksiyalarını həyata keçirən, yaxud dövlət orqanlarının, yerli özünüidarə orqanlarında, dövlət və bələdiyyə

müəssisə, idarə və təşkilatlarında təşkilatı-sərəncamverici və ya inzibati-təsərrüfat funksiyalarını yerinə yetirən şəxslər başa düşülür.

Vəzifəli şəxslər sırasına daxil olmayan dövlət qulluqçuları və yerli özünüidarə orqanlarının qulluqçuları müvafiq maddələrlə xüsusi olaraq nəzərdə tutulmuş hallarda bu fəslin maddələri ilə cinayət məsuliyyəti daşıyırlar.

CM, maddə 309. Vəzifə səlahiyyətlərini aşma

- 309.1. Vəzifəli şəxs tərəfindən xidməti səlahiyyətlərinin hüquqlarından açıq-aşkar surətdə kənara çıxan hərəkətlər etməsi vətəndaşların və ya təşkilatların hüquqlarına və qanuni mənafeələrinə, yaxud cəmiyyət və ya dövlətin qanunla qorunan mənafeələrinə mühüm zərər vurduqda minimum əmək haqqı məbləğinin min mislindən iki min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*
- 309.2. Bu Məcəllənin 309.1-ci maddəsində nəzərdə tutulmuş əməllər zor tətbiq etməklə və ya zor tətbiq etmə hədəsi ilə törədildikdə, yaxud silah və digər xüsusi vasitələrdən istifadə etməklə törədildikdə və ya ağır nəticələrə səbəb olduqda üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə üç ildən yeddi ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

CM, maddə 311. Rüşvət alma

- 311.1 Rüşvət verənin və onun təmsil etdiyi şəxsin xeyrinə hərəkətlərə (hərəkətsizliyə) görə, bu hərəkətlərin (hərəkətsizliyin) edilməsi vəzifəli şəxsin vəzifə səlahiyyətlərinə daxil olduqda və ya o, öz qulluq mövqeyinə görə belə hərəkətlərə (hərəkətsizliyə) yardım edə bildikdə, eləcə də xidmət üzrə ümumi himayədarlığa və ya laqeyidliyə görə vəzifəli şəxs tərəfindən şəxsən və ya vasitəçidən istifadə etməklə pul, qiymətli kağızla, digər əmlak və ya əmlak xarakterli mənfəət şəklində rüşvət alma üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə iki ildən yeddi ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*
- 311.2. Vəzifəli şəxs tərəfindən qanunsuz hərəkətlərə (hərəkətsizliyə) görə rüşvət alma üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə beş ildən on ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*
- 311.3. Bu Məcəllənin 311.1 və ya 311.2-ci maddələri ilə nəzərdə tutulmuş əməllər:*
- 311.3.1 qabaqcadan əlbir olan bir qrup şəxs və ya mütəşəkkil dəstə tərəfindən;*

311.3.2. təkrar törədildikdə;

311.3.3. külli miqdarda törədildikdə;

311.3.4. hədə-qorxu tətbiq olunmaqla törədildikdə əmlakı müsadirə olunmaqla yeddi ildən on iki ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Qeyd: Pul məbləği, qiymətli kağızların, əmlakın və ya əmlak xarakterli digər mənfəəti dəyəri minimum əmək haqqı məbləğinin beş min misli miqdarından yuxarı olduqda rüşvətin miqdarı "külli miqdar" hesab olunur.

CM, maddə 312. Rüşvət vermə

312.1. Şəxsən və ya vasitəçidən istifadə etməklə vəzifəli şəxsə rüşvət vermə cərimə və ya minimum əmək haqqı məbləğinin min mislindən iki min mislinədək miqdarda cərimə və ya minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarda cərimə edilməklə və ya edilməməklə beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

312.2. Vəzifəli şəxs tərəfindən bilə-bilə qanunsuz hərəkətlər (hərəkətsizlik) etməyə görə ona rüşvət vermə və ya təkrar rüşvət vermə minimum əmək haqqı məbləğinin iki min mislindən dörd min mislinədək miqdarda cərimə və ya əmlakı müsadirə olunmaqla və ya olunmamaqla üç ildən səkkiz ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Qeyd: Rüşvət verən şəxs tərəfindən tətbiq edilən hədə-qorxu nəticəsində rüşvət verdikdə və ya rüşvət vermə haqqında müvafiq dövlət orqanına könüllü məlumat verdikdə cinayət məsuliyyətindən azad edilir.

CM, maddə 313. Vəzifə saxtakarlığı

Vəzifə saxtakarlığı, yəni vəzifəli şəxs, eləcə də vəzifəli şəxs olmayan dövlət qulluqçusu və ya yerli özünüidarə orqanı qulluqçusu tərəfindən rəsmi sənədlərə bilə-bilə yalan məlumatların daxil edilməsi, habelə göstərilən sənədlərdə onların həqiqi məzmununu təhrif edən düzəlişlərin edilməsi, bu əməllər tamah və ya sair şəxsi niyyətlə törədildikdə minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki yüz qırx saatadək ictimai işlər və ya bir ildən iki ilədək müddətə islah işləri və ya iki ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə iki ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

CM, maddə 314. Səhlənkarlıq

314.1. Səhlənkarlıq, yeni vəzifəli şəxsin işə vicdansız və ya laqeyid münasibəti nəticəsində öz xidməti vəzifəsini yerinə yetirilməməsi və ya lazımı qaydada yerinə yetirilməməsi vətəndaşların və ya təşkilatların hüquqlarınə və qanuni mənafeələrinə və ya dövlətin və ya cəmiyyətin qanunla qorunan mənafeələrinə mühüm zərər vurmasına səbəb olduqda minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək

miqdarda cərimə və ya iki yüz otuz saatadək ictimai işlər və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya altı ayadək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

341.2. *Eyni əməllər ehtiyatsızlıqdan zərərçəkmiş şəxsin ölümünə və ya digər ağır nəticələrə səbəb olduqda beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

Hər bir həkim öz işini yerinə yetirərkən qanunsuz hərəkətlərinə görə məsuliyyət daşdığını bilməlidir. Həkimlərin peşə fəaliyyətləri zamanı törətdiyi qanunsuz hərəkətlər Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsində bir çox maddələrlə tənzimlənmişdir. Həkim və ya tibb işçisi öz fəaliyyəti zamanı qəsdən və ya ehtiyatsızlıqdan şəxsin sağlamlığına zərər vurarsa və ya şəxsin ölümünə gətirib çıxarsa məsuliyyət daşıyır.

Həkimlərin iş prosesindəki səhvləri xəstələrin və ya onların qohumlarının şikayətlərinə səbəb olur. Ən çox rastgəlinən səbəblərə diaqnozun, müalicənin cərrahi əməliyyatın səhv və ya vaxtında qoyulmaması, uğursuz olması halları ilə rastlaşılır. Əgər istintaq prosesi zamanı işçilərin fəaliyyətində nöqsanlar aşkar olunarsa, onlar məsuliyyətə cəlb oluna bilər. Belə məsuliyyətə cəlb olunmaq, inzibati və ya cinayət xarakterli ola bilər.

Cinayətin qəsdən və ya ehtiyatsızlıqdan törədilməsi hüquqi məfhum olsa da, onun fərqlərini tibb işçilərinə bilməsi labüddür.

Qəsdən törədilən cinayət məqsədli və ya məqsədsiz törədilə bilər. Əgər şəxs öz hərəkətlərini (öz hərəkətsizliyini) ictimai təhlükəsini dərk edərək, bu təhlükənin nəticələrinin baş verəcəyi, mümkünlüyünü və qaçılmazlığını qabaqcadan bilərsə və onların baş verməsini arzulayarsa belə cinayətlər bilavasitə məqsədli törədilmiş hesab olunur.

Şəxs belə hallarda nəticələrin törədilməsini arzu etməzsə, lakin şüurlu sürətdə buna imkan verərsə və ya onların törədilməsinə laqeyd yanaşarsa, belə cinayətlər dolayısı yolla törədilmiş məqsədli cinayətlər sayılır.

Ehtiyatsızlıqdan törədilmiş cinayətlər ehtiyatsızlıqdan və düşüncəsizlikdən törədilə bilər. Əgər şəxs nəticələrin törədilməsi təhlükəsinin mümkünlüyünü əvvəlcədən bilməzsə, lakin lazımi diqqət və nəzər yetirsəydi bu nəticələrin törədilməsi təhlükəsinin mümkünlüyünü qabaqcadan bilməzsə, bu zaman törədilən cinayətlər ehtinasızlıq ucbatından törənmiş hesab olunur. Əgər şəxs öz hərəkətlərini ictimai təhlükəsinin nəticələrinin törənməsinin mümkünlüyünü qabaqcadan bilərsə, lakin heç bir əsas olmadan özünə arxayın olaraq, bu nəticələrin baş verməsinin qarşısını ala biləcəyini güman edərsə, belə cinayətlər düşüncəsizlik ucbatından törədilmiş hesab olunur.

Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsində peşə əmək qabiliyyətinin pozulması ilə əlaqədar ayrıca maddələr var.

5.2. Tibb işçilərinin qanunsuz peşə fəaliyyətlərinə görə məsuliyyətləri və bununla bağlı aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar.

Mənəvi-etik normalara əməl edən istənilən həkim öz işini bilmək və onu icra etməklə yanaşı, bu işi yerinə yetirmədiyi yaxud qanunsuz icra etdiyi hallarda məsuliyyət daşdığını bilməlidir. Həkimin peşə qanun pozuntusu törətdiyi zaman daşdığı hüquqi məsuliyyət məfhumu geniş anlayış olub, özündə cinayət, mülki-hüquqi, maddi və intizam məsuliyyətlərini birləşdirir. Peşə sahəsində törətdiyi cinayət əməllərinə görə həkimin daşdığı məsuliyyət Azərbaycan Respublikası Cinayət Məcələsində nəzərdə tutulmuş maddələrə uyğun müəyyən olunmuşdur. Öz peşə işini icra edərkən tibb işçisi qəsdən yaxud ehtiyatsızlıq üzündən şəxsin sağlamlığına zərər vuraraq onun ölümünə gətirib çıxara bilər. Belə hallarda ölüm baş verdiyinə görə o, məsuliyyət daşıyır.

Yuxarıda söylədiklərimizlə bağlı məhkəmə-tibbi təcrübədə rast gələn aşağıdakı halları nəzərinizə çatdırmağı məqsəduyğun hesab edirik. Kəskin appendisit diaqnozu ilə 12 yaşlı yeniyetmə üzərində aparılan cərrahi müdaxilə zamanı narkoz altında qəflətən onun tənəffüsü dayanmışdır. Reanimasiya tədbirləri heç bir nəticə verməmiş və müəyyən olmuşdur ki, tənəffüs aparatına oksigen balonu əvəzinə karbon qazı balonu qoşulmuş və karbon qazı ilə zəhərlənmə ölümə səbəb olmuşdur. Burada narkoz verən həkimin fəaliyyəti səhlənkarlıq üzündən ölüm törətməsi kimi qiymətləndirilmişdir.

Qeyri-qanuni profilaktika metodlarının tətbiqi, müalicə, immunobioloji preparatların, dezinfeksiya vasitələrinin tətbiqi şəxsin sağlamlığına zərər verə bilər.

CM, maddə 138. Qanunsuz olaraq biotibbi tədqiqatlar aparma və ya qadağan edilmiş diaqnostika və müalicə üsullarını, dərman vasitələrini tətbiq etmə.

138.1. Şəxsin razılığı olmadan onun üzərində biotibbi tədqiqatlar aparma-minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya iki ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə iki ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

138.2. Tətbiqi müəyyən olunmuş qaydada qadağan edilmiş diaqnostika və müalicə üsullarını, dərman vasitələrini tətbiq etmə ehtiyatsızlıqdan şəxsin ölümünə və ya sağlamlığına ağır və ya az ağır zərər vurulmasına səbəb olduqda - minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya

edilməməklə iki ildən beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Qanunsuz süni mayalanma, embrionu implantasiya etmə və tibbi sterilizasiya şəxsin sağlamlığına qarşı cinayət olub, təqsirli şəxs Azərbaycan Respublika CM-nin 136-cı maddəsi ilə cinayət məsuliyyəti daşıyır.

CM, maddə 136. Qanunsuz süni mayalanma və embrionu implantasiya etmə, tibbi sterilizasiya.

136.1. Qadına, onun razılığı olmadan və ya yetkinlik yaşına çatmayan qadına süni mayalanma və ya embrionu implantasiya etmə-minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilmək və ya edilməməklə üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

136.2. Şəxsin razılığı olmadan onun üzərində tibbi sterilizasiya, yəni şəxsin nəsilartırma qabiliyyətindən məhrum edilməsi, yaxud qadının hamiləlikdən qorunması məqsədi ilə əməliyyat aparma-minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya üç ilədək müddətə vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

136.3. Bu Məcəllənin 136.1. və 136.2-ci maddələri ilə nəzərdə tutulan əməllər ehtiyatsızlıqdan şəxsin ölümünə və ya sağlamlığına ağır və ya az ağır zərər vurulmasına səbəb olduqda-minimum əmək haqqı məbləğinin min mislindən beş min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə iki ildən beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Süni mayalanmaya əsas göstəriş kişi sonsuzluğudur. Bu zaman kişilərdə azoospermiya (spermada spermatozoidlərin olmaması), oliqozoospermiya (spermada spermatozoidlərin az olması), astenospermiya (spermada aktiv hərəkətli spermatozoidlərin az miqdarda olması) və s. müşahidə olunur.

Süni mayalanma ancaq qadının yazılı razılığı əsasında, ailədə isə həm qadının, həm də kişinin razılığı əsasında aparıla bilər.

Əməliyyatdan qabaq hər iki ailə üzvü tam müayinədən keçməlidir. Qadın tam sağlam olmalıdır. Uşaqlıqdankənar hamiləlik təhlükəsini aradan götürmək üçün qadının bütün cinsiyyət orqanları müayinə olunmalı, boru

keçməməzliyi, uşaqlığın inkişaf qüsurları, endometrioz və başqa xəstəliklər inkar edilməlidir.

Süni mayalanmada istifadə olunan spema 6 ay müddətində duru azot vasitəsilə saxlanıla bilər.

Mayalanma ovulyasiya vaxtından 1 gün-2 saat əvvəl aparılır.

Embrionu implantasiya etmə-ekstrakorporal mayalanmaya əsas göstəriş qadın sonsuzluğudur (boru keçməməzliyi, boruların tam inkişaf etməməsi və s.). Bəzi hallarda bu əməliyyat, müayinələrə baxmayaraq, hər iki ailə üzvündə sonsuzluğun səbəbi məlum olmayanda və kişi sonsuzluğu zamanı da tətbiq edilir.

Bu üsulun məqsədi qadınlardan ovulyasiya zamanı yetişmiş yumurta hüceyrəsini almaq və sonra in vitro, yəni sınaq şüşəsində, xüsusi şəraitdə oraya spermatozoidləri daxil etməklə yumurtanı mayalandırmaqdan ibarətdir.

Təbii halda qadında ovulyasiya zamanı bir ədəd yumurta yetişir, bu isə ekstrokorporal mayalanma üçün kifayət etmir. Əməliyyatın effektiv keçməsi üçün çoxlu miqdarda yumurta hüceyrələri almaq lazımdır. Bunun üçün follikulların estrogenlər vasitəsilə stimulyasiyası aparılır. Nəticədə çoxlu miqdarda yumurta hüceyrələri alınır və onlar endoskopik və ya transvaginal yolla qadınlardan götürülüb, sınaq şüşəsinə yerləşdirilir. Mayalanmış yumurtalar 3-4 gün sınaq şüşəsində bölünür (4-16 hüceyrə) və sonra 4 ədədi uşaqlıq boşluğuna implantasiya edilir. Bu yumurtalar normal yetişmiş olmalıdır. Embrionun implantasiyası transservikal yolla ultrasəs müayinəsi (USM) nəzarəti altında aparılır. Göstərilən əməliyyat 25-30% hallarda effektivdir.

Bu üsulun mənfi cəhətlərinə, düşüklə nəticələnmə (26,2%), və uşaqlıqdankənar hamiləlik (5,2%) aid edilir.

Tibbi sterilizasiya kontrasepsiyanın bir növüdür. Gələcəkdə daha uşaq dünyaya gətirmək istəməyən insanlar bu üsuldan istifadə edirlər. Tibbi sterilizasiya cərrahi əməliyyatdır. Hər il ABŞ-da 1 milyona yaxın belə əməliyyatlar aparılır ki, onların 60%-ni qadınlar təşkil edir.

Qadınların sterializasiyası dedikdə, uşaqlıq borularının keçiriciliyinin süni yolla pozulması nəzərdə tutulur. Sterilizasiyanı doğuşdan bilavasitə sonra və ya bir az gec müddətdə aparmaq olar. Ən geniş yayılmış üsul-uşaqlıq borularının Paleroz üsulu ilə bağlanmasıdır (iki liqatura arasında borunu kəsmək). Bəzi ginekoloji xəstəliklər zamanı uşaqlığın ekstripasiyası da aparıla bilər. Bəzi hallarda, sterilizasiya aparılmış qadınların təxminən 20%-i, yenidən uşaq doğmaq istəyi ilə, bərpa əməliyyatı keçirmək üçün müraciət edirlər. Lakin belə əməliyyatlar az effektiv olur. Yalnız 20-30% hallarda qadınlarda boruları bərpa etmək mümkün olur ki, onlardan da yalnız 51-73% -i hamilə ola bilər.

ABŞ-da sterilizasiya əməliyyatlarının 40%-i kişilərin payına düşür. Əməliyyatı yerli keyləşdirmə altında ambulator şəraitdə aparırlar. Xayaların dərisində kiçik kəsiklər aparılır, hər iki tərəfdən toxumadaşıyıcı axacaqlar

çıxarılır. Axacaqlara iki liqatura qoyulur, sonra onlar liqaturalar arasında kəsilir və ucları koaqulyasiya edilir. Bu üsul 99% hallarda effektivdir.

Tibbi sterilizasiya ciddi bir əməliyyatdır. Ona görə də həkimlər bu üsulu seçən şəxslərə göstərilən əməliyyatın bərpa olunmaz olduğunu başa salmalıdırlar.

Yuxarıda göstərilən hallarda məhkəmə-tibb ekspertiza komission olaraq, müvafiq mütəxəssislərin iştirakı ilə aparılmalıdır. Bu zaman həmin şəxslərin həm özləri müayinədən keçirilməli, həm də onların tibbi sənədləri alınıb diqqətlə öyrənilməlidir.

Ümumiyyətlə qeyd etmək lazımdır ki, süni mayalanma, embrionu implantasiya etmə və tibbi sterilizasiya hallarının təyini çox çətindir və demək olar ki, mümkün deyildir. Bəzi hallarda, süni mayalanma halının olmasının təyində dolayı sübut kimi atanın, ananın və uşağın qan nümunələrinin «gen daktilaskopiya» metodu ilə müayinəsi müəyyən rol oynaya bilər.

Tibb işçilərinin peşə sahəsində göstərdikləri qeyri-qanuni hərəkətlərdən biri də qanunsuz abortun aparılmasıdır.

CM, maddə 141. Qanunsuz abort etmə

- 141.1. Həkim tərəfindən tibb müəssisələrindən kənarda abort etmə-minimum əmək haqqı məbləğinin ikiyüz mislinədək miqdarda cərimə və ya altı ayadək müddətə islah işləri ilə cəzalandırılır.*
- 141.2. Xüsusi ali tibbi təhsili olmayan şəxs tərəfindən abort etmə-minimum əmək haqqı məbləğinin üçyüz mislinədək miqdarda cərimə və ya yüz səksən saatdan iki yüz saatadək müddətə islah işləri ilə cəzalandırılır.*
- 141.3. Bu Məcəllənin 141.1 və 141.2-ci maddələrində nəzərdə tutulmuş əməllər nəticəsində zərərçəkmiş şəxsin sağlamlığına ehtiyatsızlıqdan ağır zərər vurulduqda-minimum əmək haqqı məbləğinin üç yüz mislindən beş yüz mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya bir ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə bir ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*
- 141.4. Bu Məcəllənin 141.1 və 141.2-ci maddələrində nəzərdə tutulmuş əməllər ehtiyatsızlıqdan zərərçəkmiş şəxsin ölümünə səbəb olduqda-üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

Digər elmlər kimi tibb elmi də əsasən eksperimental tədqiqatlar əsasında inkişaf edir. Bunun üçün, əlbəttə ki, son nəticə insan üzərində aparılırsa, onun

həyatı üçün zərərli fəsadlar törənməsi kimi risk faktoru istisna deyildir. Bu halda elmdə yenilik məqsədilə tətbiq olunan tibbi fəaliyyət hüquqi baxımdan aşağıdakı şərtləri özündə əks etdirməlidir:

1) tibbi fəaliyyət xəstənin sağlamlığına xidmət etmək məqsədilə tətbiq olunmalı;

2) elmdə yenilik məqsədilə tətbiq olunan vasitələr və metodlar heyvanlar üzərində ilkin sınaqdan keçirilməlidir.

Həç bir üzürlü səbəb olmadan həkimin xəstəyə yardım göstərməməsi (qanaxmanın dayandırılması, traxeostomiya və s.) konkret halda onun insan həyatını xilas etmək üçün peşə sahəsində fəaliyyət göstərməməsi kimi qiymətləndirilir və bu zaman o, qanunla müəyyən olunmuş qaydada cinayət məsuliyyətinə cəlb edilir.

CM, maddə 142. Xəstəyə kömək göstərməmək

142.1. Qanunvericilikdə və ya xüsusi qaydalara müvafiq olaraq xəstəyə kömək etməyə borclu olan tibb işçisi tərəfindən üzürlü səbəb olmadan xəstəyə tibbi yardım göstərilməməsi nəticəsində onun sağlamlığına az ağır zərər vurma - minimum əmək haqqı məbləğinin üç yüz mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə bir ilədək müddətə islah işləri və ya bir ilədək müddətdə azadlığın məhdudlaşdırılması və ya altı ayadək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

142.2. Eyni əməllər nəticəsində zərərçəkmiş şəxsin sağlamlığına ağır zərər vurma - üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə iki ilədək müddətə islah işləri və ya iki ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

142.3. Eyni əməllər zərərçəkmiş şəxsin ölümünə səbəb olduqda - üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Qeyd etdiyimiz halda yalnız aşağıdakı səbəblər müqabilində həkim heç bir məsuliyyət daşımır:

1) həkimin yaxud tibb işçisinin həddən artıq yorğunluğu yaxud yataq rejimi və ya izolyasiyasını tələb edən xəstəliyi (infeksion xəstəliyi) varsa;

2) daha ağır xəstənin həyatını xilas etmək tədbirləri ilə məşğuldursa;

3) xəstə çox uzaqdadırsa, nəqliyyat vasitəsinin olmaması səbəbindən həkimin yardım göstərə bilməməsi. Bu halda məhkəmə, həkimin olduğu yerlə xəstə arasındakı məsafənin uzunluğundan asılı olaraq,

ekspertlər qarşısında belə bir sual qoya bilər: «Həkim xəstənin olduğu yerə piyada getsəydi, göstərdiyi tibbi yardım effektiv olardı mı?»

İnsanlar üçün sağlam mühit yaradılmasının əsas şərtlərindən biri də onların sanitariya-epidemioloji şəraitinin yaxşılaşdırılmasıdır.

Əhalinin sanitariya-epidemioloji şəraitinin yaxşılaşdırılması üçün qanun aşağıdakı tələbləri irəli sürür:

- yaşayış məntəqələrinin planlaşdırılması və tikilməsi zamanı ətraf mühitin zərərli amillərinin kənarlaşdırılması üçün şərait yaradılmalıdır;
- xalq təsərrüfatının istənilən növlü məhsulu sanitariya tələblərinə cavab verməlidir;
- yeni texnologiyalardan, materiallardan, maddələrdən və s. yalnız dövlət sanitariya - epidemioloji nəzarətini keçdikdən sonra istifadə edilə bilər;
- xaricdən alınan hər bir məhsul həmçinin sanitariya qaydalarına və beynəlxalq tələblərə cavab verməlidir.
- içilən suyun və havanın keyfiyyəti, təmizliyi sanitariya standartlarına uyğun olmalıdır;
- infeksiya və kütləvi qeyri-infeksiya xəstəliklərə və zəhərlənmələrə qarşı tədbirlər görülməlidir.

Göstərilən sanitariya-epidemioloji tələbləri yerinə yetirməyən həkim məsuliyyət daşıyır.

İnsanın daxili orqanlarının və (və ya) toxumalarının transplantasiyası haqqında qanun-bu əməli Azərbaycan dövlətinin bütün ərazisi daxilində nizam salan vacib normativ sənəd hesab edilir. Qanunun tərtibatında Beynəlxalq Səhiyyə Təşkilatının göstərişləri və ümumi humanist prinsiplər əsas götürülmüşdür. Tibbi təcrübənin və tibb elminin müasir nailiyyətlərinə istinad edərək, orqan transplantasiyasının şərtlərini və qaydasını müəyyən edir.

Transplantasiya-xüsusi cərrahi müdaxilə hesab edilərək, yalnız digər vasitələrin köməyi ilə şəxsin yaşamaq qabiliyyətinin saxlanması və sağlamlığın bərpa olunması mümkün olmayan hallarda tətbiq edilə bilər. İnsana, onun razılığı ilə, ya digər canlı şəxsdən (onun razılığı ilə) ya da meyitdən (sağ ikən özü yaxud qohumu buna etiraz etməyiblərsə) götürülmüş orqan və (və ya) toxumalar köçürülə bilər.

Qanunda köçürülən orqanların siyahısı da göstərilir: ürək, ağciyər, böyrək, qaraciyər (digər orqanların köçürülməsi də istisna olunmur).

Qanunla müəyyən olunmuş qaydada aşağıdakı şəxslərdən orqan və toxumaların götürülməsinə icazə verilmir;

- 1) 18 yaşma çatmayan şəxslərdən;

- 2) resipientin sağlamlığı və həyatı üçün təhlükəli xəstəlikləri (infeksion xəstəliklər, zöhrəvi xəstəliklər, insan immuncəatışmazlığı virusu infeksiyası, onkoloji xəstəliklər və s.) olan donordan;
- 3) resipientdən xidməti asılılığı olan şəxslərdən.

Transplantasiya əməliyyatı yalnız dövlət səhiyyə müəssisəsində aparıla bilər.

Canlı donordan orqan və (və ya) toxumaların götürülməsi zamanı 3 əsas şərtə əməl edilməlidir:

- donor aparılacaq cərrahi müdaxilədən sonra baş verə biləcək ağırlaşmalar barədə xəbərdar edilməlidir;
- donor yazılı formada öz orqan və (və ya) toxumalarının götürülməsinə razılığını bildirməlidir;
- donor həkim konsiliumunda müzakirələr də daxil olmaqla hərtərəfli tibbi müayinədən keçməli və transplantasiya məqsədilə onun orqanının və (və ya) toxumasının götürülməsi barədə konsiliumun rəyi ilə tam məlumatlandırılmalıdır.

Qeyd edək ki, donorla resipientin genetik qohumluq əlaqəsinin (qan qohumluğunun) olması vacibdir. Donordan yalnız cüt daxili orqanlardan biri transplantasiya üçün götürülə bilər.

Qanuna uyğun olaraq həkimlər və digər səhiyyə işçiləri insanın daxili orqanlarının və (və ya) toxumalarının alqı-satqısı ilə məşğul olduqda, cinayət məsuliyyətinə cəlb olunurlar. Orqan və toxumalarının transplantasiya məqsədi ilə götürülməsinə məcbur etmə halı da qanunla qadağan olunur.

CM, maddə 137. İnsan orqanlarının və ya toxumalarının alqı-satqısı və onların transplantasiya məqsədi ilə götürülməsinə məcbur etmə

137.1. İnsan orqanlarının və ya toxumalarının qanunsuz alqı-satqısı - minimum əmək haqqı məbləğinin iki min mislindən beş min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməklə üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

137.2. Zor tətbiq etməklə və ya zor tətbiq etmə hədəsi ilə insan orqanlarının və ya toxumalarının transplantasiya məqsədilə götürülməsinə məcbur etmə - üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə dörd ilədək müddətə.

Hüquqi baxımdan evtanaziya-xəstənin xahişi ilə onun ölümünü hər hansı vasitə, yaxud hərəkətlə tezləşdirmə və ya onun həyatının davam etməsinə kömək edən süni tədbirlərin dayandırılmasıdır.

Evtanaziya aktiv və passiv formalara bölünür.

Passiv evtanaziya zamanı həyatın davam etməsinə kömək edən tibbi tədbirlərin dayandırılması ölümün baş verməsini sürətləndirir.

Aktiv evtanaziyada ölümcül vəziyyətdə olan şəxsə hər hansı dərman yaxud başqa vasitələrin yeridilməsilə onun ölümü tez və ağrısız baş verərək, sürətləndirilir.

Aktiv evtanaziyanın aşağıdakı formaları vardır:

1. Mərhəmət göstərmək məqsədilə, yaxud rəhmi gəlidiyi üçün öldürmə - məsələn, sağlması mümkün olmayan xəstənin əzab çəkdiyini görən həkimin ona yüksək dozalarda ağrıkəsicilər vuraraq, ölümünü tezləşdirdiyi hallarda baş verir.
2. «Həkimin köməyi ilə özünü öldürmə»-müalicəsi mümkün olmayan xəstəyə həyatına son qoymaq üçün həkimin etdiyi köməkdir.
3. Məxsusi aktiv evtanaziya-həkimin köməyi olmadan xəstənin özünün tez və ağrısız ölüm törətməsidir.

Bu gün evtanaziyanın həkimin təcrübəsinə daxil edilib-edilməməsi bütün dünyanın geniş müzakirə obyektinə çevrilmişdir.

Bütün bunlara baxmayaraq, bir sıra ölkələrdə evtanaziya artıq leqallaşmışdır. 1990-cı ildə Avstraliyada, 1994-cü ildə Hollandiyada passiv evtanaziya barədə, 1977-ci ildə isə dünyada ilk dəfə olaraq, ABŞ-nın Kaliforniya ştatında «insanın ölüm hüququ» adlı qanun qəbul olunmuşdur ki, buna əsasən sağalmaz xəstəliyi olan şəxs öz arzusu ilə yazılı sənəd əsasında reanimasiya avadanlığından və tədbirlərdən imtina edə bilər. ABŞ-ın tibb assosiasiyası isə rəsmi olaraq ölkə həkimlərinin evtanaziyada iştirak etməsini qadağan (4 dekabr 1973-cü il) etmişdir.

İsveçdə və Finlandiyada da passiv evtanaziya qanuni leqallaşmışdır. İngiltərədə isə evtanaziya tamamilə qadağandır.

Aktiv evtanaziya bütün ölkələrdə qanunla qadağan olunur.

Maddə 135. Evtanaziya

Evtanaziya, yəni xəstənin xahişi ilə onun ölümünü hər hansı vasitə, yaxud hərəkətlə tezləşdirmə və ya onun həyatının davam etməsinə kömək edən süni tədbirləri dayandırma

İki ilədək müddətə islah işləri və ya üç ilədək müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə və ya edilməməklə üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Qeyd edək ki, hətta xəstəliyin terminal fazasında da həkim, şəxsin özünün, yaxud qohumlarının arzu və istəyinin əksinə olsa belə, tibbi köməyi əsirgəməməli və davam etdirməlidir. Həkimin hər hansı başqa davranışı, fikrimizcə, qeyri-etik hesab edilməlidir. Burada Hippokrat andı da öz əksini tapır: «Hətta məndən xahiş edən heç bir kəsə mən ölüm törədən maddəni vermərəm və buna gətirib çıxaran yolu göstərmərəm».

Əlbəttə, ölkəmizdə evtanaziyanın qanunla qadağan olunması təqdirəlayiqdir .

BÖLMƏDƏ AÇIQLANAN SUALLAR

1. Məhkəmə təbabətinin predmeti, metodları.
2. Məhkəmə təbabətinin qısa inkişaf tarixi, Azərbaycanda məhkəmə təbabətinin inkişafının əsas mərhələləri.
3. Ekspertiza haqqında anlayış və ekspertizanın təyini. Məhkəmə-tibb ekspertinin hüquq və vəzifələri və onun məhkəmə prosesində iştirakının əhəmiyyəti.
4. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi sistemində məhkəmə-tibb xidmətinin təşkili və quruluşu.
5. Məhkəmə-tibbi ekspertizanın obyektləri. Ekspertizanın sənədləşdirilməsi. Məhkəmə-tibbi ekspertizasının aparılmasının qaydaları.
6. Tibb işçilərinin peşə sahəsində göstərdikləri qanunsuz hərəkətlərində cinayət məsuliyyəti.

II BÖLMƏ

MƏHKƏMƏ-TİBBİ TANATOLOGİYA VƏ MEYİTİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI

FƏSİL VI. ÜMUMİ TANATOLOGİYA

Ölüm bütün canlı varlıqların qaçılmaz və qanunauyğun sonluğudur. Həyatın əsasını orqanizmdə gedən maddələr mübadiləsi prosesi təşkil edir və bu mübadilə proseslərinin hər hansı bir səbəbdən dayanması və ya kəskin pozulması ölümü xarakterizə edən əsas amildir.

Ölümün baş vermə prosesi, ölüm və onun səbəbləri, mexanizmi, ölümdən sonrakı dəyişiklikləri öyrənən elmə tanatologiya (Thanatos-qədim yunan əsəirlərində «ölüm allahı»-nın adıdır) deyilir. Tanatologiya nəzəri və praktik təbabətin bir sahəsidir.

Məhkəmə təbabəti baxımından tanatologiya insan öləndən sonra meyiddə baş verən ilkin dəyişikliklərdən başlayaraq meyitin dağılmasına qədər olan bütün prosesləri öyrənir.

Tanatologiyanın elmin bir sahəsi kimi öyrənilməsinin əsası Klod Bernard, R.Virxov və İ.İ.Meçnikov tərəfindən qoyulmuşdur. Tanatologiya terminini elmə ilk dəfə İ.İ.Meçnikov daxil etmişdir.

Tanatologiya ümumi və xüsusi olmaqla iki yerə bölünür. Ölüm baş verməzdən əvvəl orqanizmdə bəzi patoloji dəyişikliklər baş verir. Bunlara predaqonal vəziyyət, terminal fasilə, aqoniya və klinik ölüm mərhələləri aid edilir. Klinik ölümdən sonra isə bioloji ölüm baş verir. Bütün bu proseslər terminal hal adı altında birləşdirilir və bu proseslər nəticəsində orqanizmdə kəskin hipoksiya şəraiti formalaşır və asidoz əmələ gəlir. Anoksiya şəraitində maddələr mübadiləsi pozulur, toxumalarda aerob oksidləşmə anaerob (qlikolitik) oksidləşmə ilə əvəz olunur.

Ölümün birinci mərhələsi predaqonal vəziyyət (canvermə qabağı dövr) adlanır. Bu mərhələdə insan kəskin sıxılır, əzab çəkir, xaricdən ona edilən qıcıqlara zəif reaksiya verir, huşu alaqaranlıq olur, refleksləri zəifləyir, tənəffüsü səthi və tezleşmiş olur. Bəzi hallarda magistral damarlarda nəbz hiss olunmur, ürək tonları zəifləyir, arterial təzyiq kəskin sürətdə aşağı düşür. Predaqonal vəziyyət bir neçə saniyədən bir neçə həftəyə qədər davam edə bilər.

Bundan sonra gələn terminal fasilə mərhələsində tənəffüsün dayanması, arterial təzyiqin tamamilə enməsi (hətta sıfıra enməsi) müşahidə olunur. İnsanın huşu olmur, heç bir qıcığa qarşı reaksiya vermir, beyinin bioelektrik

aktivliyi azalır. Bəzi hallarda terminal fasilə mərhələsi klinik ölümün başlanğıcı hesab olunur (şok zamanı, ürək-damar sistemi xəstəliklərində, güclü təsirə malik zəhərlərlə zəhərlənmələrdə və s.). Terminal fasilə mərhələsinin fərqləndirici xüsusiyyətlərindən biri odur ki, böyük yarımkürələr qabığının tormozlanmasına baxmayaraq bulbar mərkəzlər öz fəaliyyətini saxlayır və ona görə də orqanizmin fəaliyyəti, onda gedən proseslər «xaotik» xarakter alır. Terminal fasilə mərhələsi bir neçə saniyədən 3-5 dəqiqə müddətində davam edə bilər.

Terminal fasilədən sonra aqoniya (yunanca: aqon-mübarizə) dövrü başlanır. Bu dövrdə orqanizm bütün qüvvəsi ilə yaşamaq uğrunda mübarizə aparır, orqanizmdə olan bütün kompensator mexanizmlər bu prosesə qoşulur və orqanizmi bu vəziyyətdən çıxarmağa çalışır. Bu dövrdə beyin qabığı tamamilə tormozlanır. Orqanizm qabıqaltı nüvələr hesabına fəaliyyət göstərir. Aqoniya mərhələsində olan şəxsə xarici qıcıqlara qarşı reaksiya olmur, qeyri iradi nəcis və sidik ifrazı baş verir, reqrqitasiya baş verir. Tənəffüsdə bütün döş əzələləri iştirak edir, ağız açıq vəziyyətdə qalır. Tədricən tənəffüs hərəkətlərinin sayı və dərinliyi azalır. Aqoniya dövrünün əvvəlində ürək döyünlərinin sayı artır, qan təzyiqi bir qədər yüksəlir. Sonra yenidən ürək döyünləri azalır və qan təzyiqi sıfıra düşür. Aqoniya dövrünün sonunda əvvəlcə tənəffüs sonra isə ürək döyünləri dayanır. Bəzi hallarda bu iki proses eyni vaxtda baş verə bilər. Ürək fəaliyyətinin birinci dayanmasına çox az hallarda rast gəlinir.

Qan dövrünün dayanması və beyin qabığının elektrik aktivliyinin tam kəsilməsi ilə başlayan apnoe klinik ölüm dövrünün başlanğıcını göstərir. Klinik ölüm dövründə ürək döyünləri və tənəffüs tamamilə dayanır. Mərkəzi sinir sisteminin tamamilə tormozlanmasına baxmayaraq bu proseslər hələ geridönən xarakter daşıyır. Bu dövrün davam etmə müddəti həyati vacib orqanların energetik ehtiyatlarından çox asılıdır. İnsan üçün bu dövr 5-6 dəqiqə ola bilər və bu müddət ərzində onun həyatını reanimasion tədbirlərin köməyi ilə xilas etmək olar.

Hipotermiya şəraitində klinik ölümün müddəti uzana bilər.

Həyatla bir araya sığmayan xəsarətlərdə, elektrotravmalarda, miokard infarktı zamanı, güclü təsirə malik zəhərlərlə zəhərlənmələrdə və s. ölüm prosesi bir neçə dəqiqə davam edə bilər. Xroniki xəstəliklər, bəzi travmalar zamanı isə ölüm prosesi uzun müddət davam edə bilər.

Klinik ölüm dövründən sonra insanda bioloji ölüm baş verir. Bioloji ölüm zamanı orqanizmdə geridönməyən və autolitik proseslər başlayır. İlk növbədə bu proseslər mərkəzi sinir sistemi hüceyrələrində başlayır. Beyin qan dövrünü tam dayandıqdan sonra neyronların əksəriyyəti 5-8 dəqiqə sonra məhv olur. Daha çox və erkən dəyişikliklər beyin yarımkürələri qabığında və

beyincikdə müşahidə olunur. Ayrı-ayrı üzv və toxumalarda anoksiya şəraitində yaşaya bilmə qabiliyyəti müxtəlifdir. Qeyd etdiyimiz kimi beyin qabığı üçün bu müddət 5 dəqiqə (bəzən 8 dəqiqə) olduğu halda sümük iliyi üçün bu müddət 4 saat, dəri, vətərlər və bəzi əzələlər üçün 20-24 saata qədər davam edir.

Bioloji ölümün baş verməsinin təsdiqinə ölümün konstataşiyası deyilir. Hər bir həkim ölümü təsdiq edən əlamətləri mütləq bilməlidir və ölümün konstataşiyasını bacarmalıdır. Ölümü təsdiq edən birinci əlamətlərdən biri dərinin avazımasıdır. Bu avazıma özünü üz dərisində daha aydın biruzə verir. Bundan başqa gözün işığa reaksiyası olmur, döş qəfəsində tənəffüs hərəkətləri qeyd olunmur.

Bəzi hallarda ölümü təyin etmək üçün aşağıdakı üsullardan da istifadə olunurdu. Bunlardan soyuq güzgünün ağıza və ya buruna yaxınlaşdırılması, barmaqların uc hissəsinin sıxılmasını (sağ adamda qızarır), nəşatır spirtinin iyləndilməsi, dəri kəsilərək qanaxma (sağ adamlarda) və s. misal göstərmək olar. Bütün bunlar ölümü sübut edən nisbi əlamətlərdir.

Ümumiyyətlə ölümü sübut edən əlamətlər nisbi və mütləq olmaqla iki qrupa bölünür. Nisbi (şübhəli) əlamətlərə yuxarıda qeyd olunanlarla yanaşı aşağıdakı əlamətləridə əlavə etmək olar.

Bədənin hərəkətsiz qalması, qan dövranının dayanması, ağrı, termiki, taktil hissiyatlarının itməsi, az müddətə tənəffüs aktlarının, ürək döyülmələrin, nəbzın olmaması, buynuz qısa reflekslərinin və bəbəklərin işığa qarşı reaksiyasının olmaması müşahidə olunur. Bu əlamətlər klinik ölüm, aqoniya dövründə, dərin koma, letargik vəziyyətlər və s. hallarda müşahidə edildiyindən nisbi xarakter daşıyır.

Ölümü təsdiq edən mütləq və ya şübhəsiz əlamətlərə aşağıdakılar aiddir.

- ilkin meyit əlamətlərinin olması.
- Uzun müddətli asistoliya və apnoe
- Beloqlazov əlaməti – «pişikgözlülük fenomeni» (göz almasına təzyiq etdikdə göz bəbəyinin formasının dəyişib uzunsov forma alması). Bu əlamət ölümdən 10-15 dəqiqə sonra müşahidə olunur.
- Bəbəklərin davamlı şəkildə genəlməsi və göz qapaqları açıq qaldıqda quruma ilə əlaqədar ağıl qışada üçbucaq şəklində “Larşe ləkələri”-nin əmələ gəlməsi.
- Davamlı arefleksiya: vətər reflekslərinin, ağrı və temperatur hissələrinin olmaması; buynuz qısa və konyuktivanın qıcıqlanması zamanı göz qırpmasının olmaması və .s. əlamətlər.

Ölən insanın yanında olan hər bir həkim ölümün baş verməsinə əmin deyilsə, əgər ölümü təsdiq edən şübhəsiz əlamətlər yoxdursa, onda o bütün

lazimi reanimasion (latınca re-«təkrar», animatcio-«canlanma») tədbirləri görməyə borcludur.

Təbabətdə minimal ölüm deyilən anlayışda mövcuddur. Minimal ölüm zamanı orqanizmdə həyat prosesləri həddən artıq yavaşır və səxs xarici görünüşcə meyiti xatırladır. Bu hal elektrikvurmada, günvurmada, istilikvurmada, epileptik tutmalarda, bəzi zəhərlərlə zəhərlənmələr zamanı və s. hallarda ola bilər. Belə hallarda bəzən səhv olaraq həkim tərəfindən ölüm faktı təsdiq olunur. Bu həkim səhvi kimi qiymətləndirilməlidir.

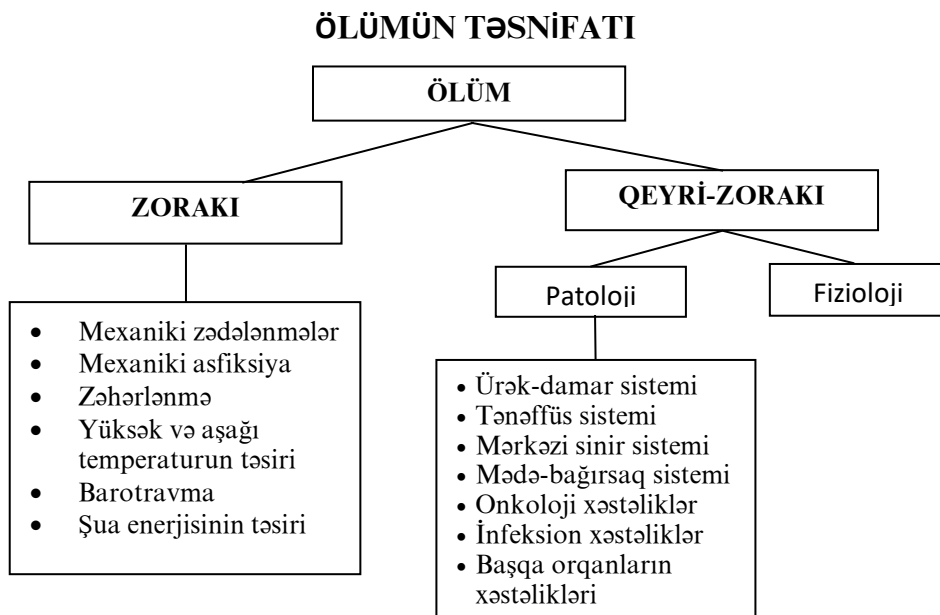
Son illərdə transplantalogiya elminin sürətli inkişafı ilə əlaqədar olaraq ölümün baş verməsinin təyini problemi özünü daha kəskin biruzə verir. Orqan və toxumaların transplantalogiyasının müasir dövrü 1954-cü ilə təsadüf edir. Həmin il Boston şəhərində Müqəddəs Pyotr Hospitalında ilk dəfə olaraq insandan insana böyrək köçürülmüşdür. Müasir dövrdə böyrəklə yanaşı qaraciyər, ağciyər, mədəaltı vəz, sümük ilişi, dəri, ürək və s. orqan və toxumaların transplantasiyası həyata keçirilir. Orqanların transplantasiyası həm canlı səxsdən götürülmüş orqanlarla, həm də meyiddən götürülmüş orqan və toxumalarla həyata keçirilə bilər. Orqanların köçürülməsinin müvəffəqiyyətlə nəticələnməsi meyiddən onların götürülmə müddətindən asılıdır.

Məhkəmə-tibbi ekspertiza baxımından ölüm iki yerə bölünür (sxem 2).

1. Zorakı ölüm.

2. Qeyri-zorakı ölüm.

Sxem 2



Xarici faktorların təsirindən (müxtəlif növ travmalar, zədələnmələr) baş verən ölüm zorakı ölüm adlanır. Zorakı ölümün qətl, intihar, bədbəxt hadisə kimi klassifikasiya olunması hüquq nöqteyi baxımından bölünmüşdür.

Zorakı olmayan ölümə isə fizioloji (təbii) və patoloji ölüm aid edilir. Qocalıqla əlaqədar olaraq baş verən ölüm fizioloji və ya təbii ölüm adlanır. Müəyyən xəstəlik və ya hər hansı bir xəstəliyin ağırlaşması nəticəsində baş verən ölüm patoloji ölüm adlanır.

Zahirən sağlam görünən şəxslərdə hansısa gizli keçən patoloji prosesin və ya xəstəliyin ağırlaşması nəticəsində çox qısa müddətdə və ya ani olaraq baş verən ölüm qəfləti ölüm adlanır.

FƏSİL VII. MEYİT ƏLAMƏTLƏRİ

Bioloji ölüm baş verdikdən sonra insan orqanizmi meyitə çevrilir. Ölüm baş verdikdən sonra orqanizmin daxili sabitliyi pozulur. Orqanizm təbiətdə baş verən fiziki proseslərin ümumi qanunlarına tabe olaraq ətraf mühitin təsirlərinə məruz qalır. Orqan və toxumalar tədricən inkişaf edən dəyişikliklərə uğrayır. Bu dəyişikliklər meyit dəyişikləri və ya əlamətləri adlanır. Bu əlamətlər iki qrupa bölünür.

1. ilkin meyit əlamətləri.

2. Gecikmiş meyit əlamətləri.

ilkin meyit əlamətlərinə aiddir

- Meyit ləkələri (livores mortis)
- Meyitin soyuması (algor mortis)
- Meyit quruması (dessicatio mortis)
- Meyit qacıması (rigor mortis)
- Autoliz (autolysis)

Gecikmiş meyit əlamətləri dağıdıcı (transformativ) və konservləşdirici olmaqla iki qrupa bölünür.

Dağıdıcı əlamətə çürümə (putrificatio) prosesi aid olunur.

Konservləşdirici əlamətlərə mumifikasiya, yağmumlaşma (adipocere), torf aşılama aid olunur.

Bundan əlavə məhkəmə-tibbi praktikada meyitlərin heyvanlar tərəfindən dağıdılmasına da rast gəlinir.

7.1. ilkin meyit əlamətləri.

Meyit ləkələri (livores mortis).

Meyit ləkələri – ölüm baş verəndən sonra qan ağırlıq qanununa əsasən bədən aşağı nahiyyələrində yerləşən kapilyarlara venalara və venulalara doğru hərəkət edərək onlara dolur. 1,5-2 saat sonra həmin nahiyyədəki dəri əvvəlcə açıq-bənövşəyi, sonra isə göyümtül-qırmızı və ya bənövşəyi rəng alır. Bu ləkələrə meyit ləkələri deyilir. Meyit ləkələri bir-birini əvəz edən üç dövr keçirir.

Bu dövrlər hipostaz, staz (diffusiya) və imbibisiya dövrləridir.

Hipostaz - (yunanca: hipo-«aşağı»- stazis» dayanma, durğunluq») və ya süzülmə dövrü ölüm baş verəndən təxminən 2-4 saat sonra baş verir (şəkil 16). Bu dövrdə qan və limfa damarlarla bədən aşağı nahiyyələrinə axır. Bu dövr 8-12 saat davam edir. Lakin hipostaz dövrünün davam etmə müddətinə bədənə olan qanın miqdarı, qanın tərkibi, ölümün səbəbi, ətraf mühit şəraiti və.s. təsir edir.



Şəkil 16. Meyit ləkələri (hipostaz). Meyit arxa üstə yerləşdiyindən, meyit ləkələri bədənə arxa nahiyyəsində əmələ gəlmişdirlər.

Barmaq və ya dinamometr vasitəsilə hipostaz dövründə olan meyit ləkəsinə təzyiq etdikdə damarlar sıxılır, nəticədə qan ətrafa qovulur və həmin nahiyyədə ləkə öz rəngini itirir. Təzyiq aradan qaldırıldıqdan sonra ləkə öz əvvəlki rəngini bərpa edir. Bu dövrdə meyitin duruş vəziyyətini dəyişdikdə meyit ləkələri əvvəl yarandığı yerdən itir və meyitin başqa nahiyyələrində əmələ gəlir. Ləkə nahiyyəsi kəsildikdə damarlardan tünd-qırmızı qan xaric olur.

Meyit ləkələrinin ikinci dövrü staz və ya diffuziya adlanır. Bu dövrdə qanın damarlara dolması dayanır. Meyit ləkələri daha da dərinləşir. Qanın duru hissəsi diffuziya yolu ilə toxumalara süzülür və buna görə də qan damarlarda qatılaşır. Eritrositlərin hemolizə uğraması daha da güclənir. Staz dövründə meyit ləkəsi olan nahiyyəyə barmaqla təzyiq etdikdə meyit ləkələri bir az avazıyır, təzyiq aradan götürüldükdən sonra isə öz rənginə qayıdır. Staz dövrünün birinci yarısında (ölüm baş verdikdən 12-24 saat sonra) təzyiq zamanı ləkələrin çox hissəsi avazıyır, az bir hissəsi isə öz rəngini dəyişmir. Öz rəngini dəyişmiş, avazıymış meyit ləkələri isə 10-15 dəqiqə ərzində öz əvvəlki rəngini alır. Hadisə yerinə baxış keçirən zaman meyitin həm ön, həm də arxa nahiyyələrində meyit ləkələrinin tapılması onun ilkin vəziyyətinin başqa şəxs tərəfindən dəyişdirilməsini göstərir (şəkil 17).



Şəkil 17. Meyit ləkələri (diffuziya). Meyit üz üstə (A) qalandan 15 saat sonra yeri dəyişilmiş (kürəyi üstə qoyulmuşdur) (B), meyit ləkələri bədən hər iki tərəfində öz əksini tapmışdır.

Staz dövrünün ikinci yarısında isə (ölüm baş verdikdən 1 sutka sonra) təzyiqə məruz qalmış meyit ləkələrinin az bir hissəsi avazıyır, qalan hissəsi isə rəngini dəyişmiş. Rəngini dəyişib avazıyan meyit ləkələri 30-60 dəqiqə ərzində öz rənginə qaydır. Staz dövrü 24-36 saat davam edə bilər. Bəzi hallarda bu dövrün müddəti uzana bilər. Bu dövrdə meyitin duruş vəziyyəti dəyişdirildikdə meyit ləkələri itmir, bir qədər avazıyır, lakin meyitin başqa nahiyələrində də əmələ gəlir.

Meyit ləkələrinin sonuncu mərhələsi imbibisiya (latınca –“imbibitio” hopma) adlanır. Bu dövrdə hemolizə uğramış qan və limfa damarların divarından çıxıb toxumalara hopur. Bu dövrün inkişaf müddəti bir sıra faktorlardan asılıdır. Əsas faktorlardan biri isə meyiddə çürümə proseslərinin başlamasıdır. Çünki çürümə prosesləri nəticəsində eritrositlər dağılmağa başlayır (şəkil 18). Eritrositlərin hemolizi həyatı da ola bilər. (məsələn, hemolitik zəhərlərlə zəhərlənmələrdə). Otaq temperaturunda imbibisiya dövrü ölüm baş verdikdən 1-2 sutka sonra əmələ gəlir. Temperatur yüksəldikcə bu proses tezləşir, soyuqda isə əksinə yavaşlayır. İmbibisiya mərhələsində ləkə olan nahiyəyə təzyiq etdikdə meyit ləkələri itmir və meyitin duruş vəziyyətini dəyişdikdə ləkələr yerini dəyişmir və yeni nahiyələrdə əmələ gəlmir.



Şəkil 18. Meyit ləkələri (imbibisiya mərhələsi)

Meyit ləkələri məhkəmə-tibbi ekspertiza baxımından çox mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

1) Meyit ləkələri ölümün baş verdiyini göstərən şübhəsiz əlamətdən biridir.

2) Meyit ləkələrinin rəngi ölümün səbəbi haqqında bəzən çox böyük məlumat verə bilər. Məsələn, dəm qazı ilə zəhərlənmə zamanı qanda karboksihemoqlobin əmələ gəlir və buna görə də meyit ləkələri qırmızımtıl-çəhrayı rəngdə olur. Aşağı temperaturun təsirindən toxumalarda oksidləşmə prosesi pozulduğundan meyit ləkələri açıq-qırmızı rəngdə olur. Methemoqlobin əmələ gətirən zəhərlərlə (bertole duzu, anilin) zəhərlənmələr zamanı qan qəhvəyi rəngdə olur. Bunun hesabına meyit ləkələri bozumtul-qəhvəyi rəngdə olur. Rütubətli yerdə qalan şəxslərin meyitlərinin dərisi yumşalır və oksigen yumşalmış dəridən orqanizmə daxil olaraq dəriyə açıq-qırmızı və ya çəhrayımtıl-qırmızı rəng verir. Buna görə də meyit ləkələrinin rənginin qeyri-adi olması gələcəkdə meyitin müayinə olunmasının planlaşdırılmasına çox böyük kömək edə bilər.

3) Ölümün başvermə müddətinin təyin olunmasında meyit ləkələrinin əhəmiyyəti böyükdür. Ancaq onuda nəzərə almaq lazımdır ki, meyit ləkələrinin əmələ gəlmə tezliyi, intensivliyi və inkişaf dövrləri bir sıra səbəblərdən asılıdır. Məsələn, uzun müddət aqoniya prosesi gedərsə, qanın çox hissəsinin damarlarda laxtalanması nəticəsində meyit ləkəsi özünü zəif biruzə verir. Kəskin qanitirmə zamanı meyit ləkələri ölüm baş verdikdən 3-4 saat və daha gec müddətə əmələ gəlir və zəif intensivlikdə olur.

Qəfləti ölüm, elektrikvurma, asfiksiyalar nəticəsində baş verən ölüm zamanı qan damarlarda duru qalır və ona görə də meyit ləkələri tez əmələ gəlir və yayılmış olur.

4) Meyitin duruş vəziyyətinin dəyişdirilməsinin təyində meyt ləkələri ölümün müddətindən asılı olaraq vacib sayıla bilər. Belə ki, staz mərhələsində meytin duruş vəziyyətini dəyişdikdə meyt ləkələri yeni nahiyyələrdə də əmələ gəlir. Məsələn, asılma hadisələrində meytin boyun nahiyyələrində, döş qəfəsinin ön və ya arxa səthlərində ləkələrin aşkar edilməsi qətl hadisəsini intihar kimi sübut etmək məqsədilə cinayətkarın meyti sonradan asmasına dəlalət edə bilər.

Meyit ləkələrinin yerləşməsi meytin duruş vəziyyətindən asılıdır. Əgər meyt qarnı üstə uzadılıbsa meyt ləkələri üzdə, qarında, döş qəfəsinin önündə olur. Şəxs öləndən sonra arxası üstə olarsa meyt ləkələri boyunun, döş qəfəsinin belin və ətrafların arxa və arxa-yan nahiyyələrində əmələ gəlir. Asılma zamanı meyt ləkələri bədən aşağı hissələrində əmələ gəlir. Meyitin altında qalan əşyaların (məsələn açar, bıçaq, paltar) izinin meyt ləkələri fonunda müşahidə olunmasına da təsadüf olunur (şəkil 19).



Şəkil 19. Meyit ləkələri. Naxışlı yorğan üstündə qalmadan, həmin yorğanın naxışları bədən üzərində öz əksini tapırlar.

Bəzi hallarda meyt ləkələrini qançırdan fərqləndirmək lazım gəlir. Xüsusən qançır meyt ləkəsinin fonunda olan zaman bu daha da çətin olur. Onları biri-birindən fərqləndirmək üçün həmin nahiyyədə dəridə xaçvari kəsik aparılır (ona görə xaçvari kəsik aparılır ki, bu kəsik gələcəkdə xəsarət kimi qəbul olunmasın). Qanın damarlarda qalması və ya bir bərabərdə ətraf toxumalara hopması meyt ləkəsinin, dəri altında yumşaq toxumalar arasında qan laxtasının tapılması isə qançırın olmasını göstərir.

Daxili orqanlarda da meyt ləkələri əmələ gələn zaman qanın toplanması müşahidə olunur. Hipostaz zamanı ağciyərlərin arxa hissəsində, (meyit arxası üstə olanda) mədəaltı vəzdə, bağırsaqlarda və s. orqanlarda buna rast gəlinir. İmbibisiya mərhələsində hemoqlobinin damar divarına hopması nəticəsində

həmin damarların intima qışası əvvəlcə çəhrayımtıl, sonra isə tünd-qırmızı rəng alır. Meyit daxili müayinə olunarkən bəzi boşluqlarda qırmızımtıl rəngdə serroz mayeyə rast gəlinir. Bəzi hallarda daxili orqanlarda baş verən bu dəyişikliklər nəzərə alınmır. Belə hallarda histoloji müayinələr aparılır.

Meyit qacıması (riqor mortis).

Ölüm baş verdikdən sonra orqanizmdə baş verən ilkin meyit əlamətlərindən biri də meyit və ya əzələ qacımasıdır (şəkil 20). Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi ayrı-ayrı üzv və toxumaların anoksiya şəraitində yaşama qabiliyyəti müxtəlifdir. Ölüm baş verdikdən dərhal sonra meyitin bədən boşalır, əzələlər getdikcə yumşalır, oynaqalarda passiv hərəkətləri tam həcmdə yerinə yetirmək olur. Ölümdən 2-4 saat sonra meyitin əzələlərində qacıma prosesi başlayır. Qacıma prosesi əvvəlcə bir neçə əzələ qruplarında müşahidə olunur. 8-10 saat sonra isə bütün əzələləri əhatə edir. 1-ci sutkanın sonunda bu proses özünün maksimal həddinə çatır. Bu zaman qacımış meyiti ayaq üstə hansısa bir yerə söykəyib saxlamaq olur. 3-7 sutkadan sonra isə əzələ qacıması tamamilə itir. Bundan sonra əzələlər hamısı boşalır (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Meyit qacımasının inkişaf mərhələləri (M.M.Rayskiyə görə)

	Mərhələlər	Yaranma müddəti
1.	Əzələ qacıması inkişafının başlanğıcı	Ölümdən 1-3 saat sonra
2.	Qacıma prosesinin bütün əzələlərə yayılması	Ölümdən 4-6 saat sonra
3.	Bütün əzələlərdə qacımanın yaxşı inkişafı və meyitin duruş vəziyyətinin fiksasiyası	Ölümdən 4-6 saat sonra başlayır və 24-48 saata qədər davam edir.
4.	Əzələ qacımasının boşalmağa başlanması	Ölümdən 24-48 saat sonra
5.	Əzələ qacımasının tam itməsi.	Ölümdən 3-7 sutka sonra



Şəkil 20. Meyit qacıması.

İnsan orqanizmində əzələlərin yığılması və boşalması makroergik birləşmələrdə olan kimyəvi enerjinin hesabına baş verir. Bu birləşmələrdən ən əsası ATF-dir (adenozintrifosfat turşusu). Əzələlərin yığılması zamanı ATF daha kiçik birləşmələrə parçalanır.

Meyit qacımasının əmələ gəlməsi və inkişafı indiyədək tam öyrənilməmişdir. Bu barədə bir çox nəzəriyyələr irəli sürülmüşdür ki, bunlardan da ən geniş yayılanları əzələ toxumasının koaquilyasiyası, dehidratasiyası, hidrotasiyası prosesləri nəzəriyyəsi və parabioz nəzəriyyəsidir. Meyit qacımasının səbəblərinin izahı baxımından - adenzintrifosfat (ATF) turşusunun parçalanması nəzəriyyəsi daha böyük əhəmiyyət kəsb edir. Canlı orqanizmdə əzələlərin oyanması və yığılması ATF-nin parçalanması ilə bağlıdır. Bu zaman ayrılan enerji mexaniki iş görməyə sərf edilir. İstirahət zamanı isə ATF təkrarən sintez olunur. Meyit əzələlərində isə ATF tədricən parçalanır və 1 saatdan sonra onun miqdarı əhəmiyyətli dərəcədə azalır. Sonradan parçalanma prosesi sürətlənir. Parçalanma zamanı yaranan maddələr əzələlərin qacımasına səbəb olur. Meyiddə ATF-nin təkrar sintezi mümkün olmadığı üçün parçalanma prosesi dönməyən xarakterli olur. ATF-nin sintez olunmasını pozan zəhərlərlə zəhərlənmələr zamanı qacıma prosesinin tez başlanması buna misal ola bilər. Adrenalin və insulin kimi maddələr makroergik birləşmələr ehtiyatını çoxaltdığı üçün onların təsirindən meyiddə qacıma prosesi ləngiyir.

Napoleonun həkimi Nistenə görə meyit qacıması ilkin olaraq çeynəmə əzələlərindən başlayır və sonra bu proses boyuna, gövdəyə, yuxarı ətraflara və sonda isə aşağı ətraflara keçir (meyit qacımasının «ənən tipi»). Nadir hallarda isə meyit qacımasının əksinə olan proses baş verir (qalxan və ya yüksələn tip).

Müasir dövrdə sübut olunmuşdur ki, meyit qacıması bütün əzələ qruplarında eyni vaxtda başlayır. Oynaqların dayaq-hərəkət aparatında daha böyük əmsala malik olan əzələlərdə qacıma daha tez inkişaf edir və intensiv olur.

Praktik müşahidələr və heyvanlar üzərində aparılmış eksperimentlər göstərir ki, meyit qacıması tam inkişaf etdikdən sonra mexaniki sürətdə pozularsa, yenidən bərpa olunur. Histoloji müayinədə isə qacıması pozulmuş əzələlərdə liflərin cırılması müşahidə olunur. Bu hal meyiddə ölümdən sonra yetirilmiş xəsarətlərin göstəricisi ola bilər. Əgər meyit qacıması ilk saatlarda (4-10 saat) mexaniki sürətdə pozularsa, həmin nahiyyədə qacıma yenidən bərpa olunur, lakin əvvəlkinə nisbətən zəif inkişaf edir.

Meyit qacımasının əmələ gəlmə tezliyinə və intensivliyinə çox müxtəlif amillər təsir edir. Onlardan ən əhəmiyyətli aşağıdakılardır.

- Orqanizmin fərdi xüsusiyyətləri və ölümqabağı orqanizmin vəziyyəti.
- Ölümün səbəbi və mexanizmi.

- Meyiti əhatə edən ətraf mühit şəraiti.

Uşaqların, qocaların, fiziki cəhətdən zəif inkişaf etmiş şəxslərin, arıq adamların meyitlərində qacıma tez başlanır və özünü zəif biruzə verir.

Əgər ölümdən əvvəl hər hansı bir əzələyə və ya əzələ qrupuna funksional güc tətbiq edilərsə belə (məsələn, uzaq məsafəyə qaçan idmançıların ayaq əzələləri) əzələlərdə qacıma prosesi tez başlayır. Tetanus, epileptik tutmalar, strixninlə zəhərlənmələr, qanitirmələr zamanı baş verən ölüm hallarında qacıma adi hallardakından daha tez baş verir və davamlı olur. Fosforlu birləşmələrlə zəhərlənmə zamanı meyit qacıması zəif inkişaf edir. Bir çox fizioloqların tədqiqatları göstərir ki, mərkəzi sinir sisteminin ölümdən qabaqkı vəziyyəti qacıma prosesinə təsir göstərir. Bəzi hallarda uzunsov beyin və ona yaxın yerləşən hissələrin, qabıqaltı sahələrin sirkulyator pozğunluqları və zədələnmələri zamanı ani olaraq ölümdən sonra başlayan «kataleptik meyit qacıması» deyilən qacıma halında rast gəlinir. Belə qacıma zamanı əzələlər yığılır, birbaşa qacıyır və şəxsin ölümdən qabaqkı vəziyyəti saxlanılır.

Ətraf mühitin temperaturu da meyit qacımasının başlanmasına və intensivliyinə təsir edir. $+1^{\circ}\text{C}$ -dən, 50°C -dək meyit qacıması temperatur yüksəldikcə yüksəlir. Şaxtada isə 1-2 saatdan sonra meyit qacıması dayanır və meyit donmağa başlayır.

Qacıma prosesinə daxili orqanlar da məruz qalır (mədə bağırsaqlar, sidik kisəsi, ürək əzələləri və s.). Gənc və sağlam şəxslərdə ürək əzələlərinin qacıması elə ilk saatlarda başlanır. Sağlam ürək əzələsi patoloji dəyişikliyə uğramış ürək əzələsinə nisbətən daha tez qacıyır. Bu hal «asfiktik» və «paralitik» ürək əzələsi anlayışının meydana çıxmasına səbəb olur.

Meyit qacıması ürək əzələsində skelet əzələlərinə nisbətən daha tez əmələ gəlməyə başlayır. Ölümün genezi təyin olunarkən ekspert ürək əzələsinin qacıma prosesinin əmələ gəlməsini və xüsusiyyətlərini nəzərə almalıdır. «Təzə» meyit müayinəsi zamanı əgər biz büzüşmüş yumuşalmış və bütün boşluqları qanla dolmuş ürək əzələsi ilə rastlaşırıqsa, onda biz «paralitik ürək» əzələsindən şübhələnmə bilərik. Ürəyin sağ hissəsinin qanla dolması tez baş verən ölüm (bəzi müəlliflərə görə asfiksiyanın əlaməti) halları üçün xarakterikdir. Ürəyin tam qansızlaşması və əzələlərin kəskin yığılması travmalar zamanı olur. Əlbətdə ki, bütün bunlarla yanaşı aralıq hallarada rast gəlinir. Miokardın distrofiyası ilə gedən xəstəliklər zamanı ürəyin qacıması zəif olur və az davam edir.

Meyit ləkələri kimi meyit qacıması da çox böyük məhkəmə-tibbi əhəmiyyətə malikdir. Birinci növbədə meyit qacıması ölümü sübut edən şübhəsiz əlamətlərdən biridir. Ölümün müddətinin təyin olunmasında, meyitin duruş vəziyyəti və onun dəyişdirilməsi haqqında suallara cavab verilməsində də meyit qacıması istifadə oluna bilər.

Meyitin soyuması (alqor mortis).

Ölüm baş verdikdən sonra toxumalarda mübadilə prosesləri və istilik hasiletmə dayanır. Meyit soyumağa başlayır. Meyitin soyuması ətraf mühitin temperaturundan 0,5-1⁰C aşağı olana qədər davam edir. Bəzi hallarda meytin temperaturu yüksəlir. Sepsis, səpgili yatalaq, tetanus, kəllə-beyin travmaları və bəzi zəhərlənmələr nəticəsində ölən şəxslərin meytirlərinin temperaturu az müddət ərzində qalxa bilər.

Meyitin soyuması ilkin olaraq periferik və bədənə açıq nahiyyələrindən başlanır. Ölüm baş verdikdən 1 saat sonra əllərin, 2 saat sonra isə üzün soyuması əllərlə toxunduqda hiss olunur. Əlbəttə ki, soyuma prosesinin intensivliyi ətraf mühitin temperaturundan asılıdır. Bundan başqa soyuma prosesinin sürətinə rütubət, havanın hərəkəti, meytin əynində olan paltarın xarakteri, meytin çəkisi, dərialtı piy təbəqəsinin inkişaf dərəcəsi, ölümün səbəbləri, aqonal dövrün davam etmə müddəti kimi faktorlar təsir edir. Yenidoğulmuş uşaq meytirlərində soyuma prosesi tez gedir. Yenidoğulmuşlarda nazik epidermis qatının olması və dəri səthinin bədən çəkisinə nisbətən çox olması soyumanı tezləşdirir. Normal otaq temperaturunda (18⁰C) meytin temperaturu saatda 1⁰C enməyə başlayır. Sutkanın sonunda ətraf mühitin temperaturu ilə bərabərləşir. Bəzi hallarda meytin soyuması ölüm baş verdikdən 6-8 saat sonra bir qədər ləngiyir və temperaturun 1⁰C enməsi 1 saatda yox, 1,5-2 saata baş verir. 0⁰C-dən aşağı temperaturda meytin soyuması meytin donması ilə əvəz olunur.

Meyitin soyuması ölümün konstataşyası üçün mühüm əhəmiyyət kəsb etmir. Bədən temperaturunun 20⁰C-dən aşağı düşməsi ölümcül hesab olunur. Meyitin bədən temperaturunun bu həddə çatmasına çox vaxt tələb olunduğu üçün və bu vaxta qədər ölümü sübut edən mütləq əlamətlərdən meytin ləkələrinə və meytin qacımasına əsasən ölümün konstataşyası təyin oluna bilər. Buna baxmayaraq meytin soyuması başqa meytin əlamətləri ilə birlikdə ölümün baş vermə müddətinin təyində istifadə olunan əsas əlamətlərdəndir.

Meyitin soyumasının qanunauyğunluqlarını müəyyən etmək üçün meytin və ətraf mühitin (havanın, suyun) temperaturunu 1 saatda 2-3 dəfə ölçmək lazımdır. Meyitin temperaturu rektal termometr vasitəsilə düz bağırsaqda ölçülməlidir. Rektal termometr olmadıqda adi termometr vasitəsilə də bunu etmək olar. Rektal termometr anal dəlikdən 12 sm dərinliyə yeridilməklə ölçülür və bu bədən temperaturunu daha dəqiq təyin etməyə imkan verir.

Meyit quruması – (desiccatio mortis).

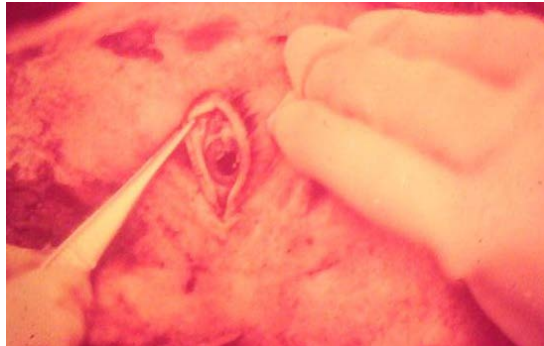
İlkin meytin əlamətlərindən biri də meytin qurumasıdır. Quruma prosesi ölüm baş verdikdən dərhal sonra başlayır. Epidermis qatı zəif inkişaf etmiş nahiyyələrdə quruma prosesi özünü daha çox büruzə verir. Epidermisi nəm olan

nahiyələrdə də quruma tez başlayır. İlk olaraq dodağın selikli qişası, gözlərin buynuz və konyuktiva qişaları, ağız boşluğundan xaricə çıxmış dil, kişilərdə xarici cinsiyyət üzvünün başı, qadınlarda cinsiyyət dodaqları quruma prosesinə məruz qalır (şəkil 21).



Şəkil 21. Meyit quruması.

İnsan ölərkən gözlər açıq qalarsa gözün buynuz və ağıl qişaları daha tez quruyur. Ölümdən 2-3 saat sonra gözün qüzehli qişası bulanır, ağıl qişa öz şəffaflığını itirir. Ağıl qişa fonunda əsas qüzehli qişaya, zirvəsi gözün xarici bucağına yönəlmiş bozuntul-sarımtıl rəngdə quruma sahəsi (Larşe ləkəsi) əmələ gəlir (şəkil 22).



Şəkil 22. Meyit quruması (Larşe ləkəsi)

Yeni doğulmuşların dəri və selikli qişalarında quruma prosesi daha intensiv gedir.

Quruma meyitin dodaqlarının selikli qişalarında da, xüsusən dodaqların haşiyələrinin sərhəddində özünü göstərir. Dodaqların haşiyəsi qırmızı-qonur rəngli, bərk, qırıqlı vəziyyət alıb, həyatı sıyrığı xatırladır və bunu təcrübəsiz ekspertlər diqqətdən qaçıraraq səhv nəticəyə gələ bilirlər.

İlgəyin boyun orqanlarını sıxması nəticəsində baş vermiş mexaniki asfiksiya zamanı dilin ucu ağız boşluğundan xaricə çıxarsa, o, quruma nəticəsində bir qədər bərkiyir və qonur rəng alır (Şəkil 23).



Şəkil 23. Ağız boşluğundan xaricə çıxan dilin uc hissəsinin quruması.

Yenidoğulmuş uşaq meyitlərinin dəri səthində və selikli qişalarında quruma prosesi daha intensiv gedir. Məsələn, quruma üçün əlverişli şərait yaranarsa, uşaq meyiti gün ərzində 100 qramadək maye itirə bilər.

Əgər meyitin bədənində dərinin epidermis qatının tamlığı pozularsa, həmin nahiyyə qurumaya daha tez məruz qalır, bərkiyir və sarımtıl rəng alır. Epidermisin tamlığı pozulan quruma sahəsi perqamenti xatırladır, ona görə də onu «perqament ləkəsi» adlandırırlar.

Həyati sıyrıqlar əmələ gəlmiş nahiyyələrdə də quruma prosesi intensiv gedir və göstərilən nahiyyələrdə də «perqament ləkəsi»ni xatırladır. Lakin həmin nahiyyələr qırmızı-qonur rəngdə olur və onların mikroskopik müayinəsi zamanı həyati reaksiyalar: damarların doluqanlılığı, ödem, qansızmalar, leykositar infiltrasiya aşkar edilir.

Autoliz (autolizis).

Ölüm baş verdikdən sonra proteolitik fermentlərin təsiri nəticəsində toxumaların özü-özünü həll etməsi autoliz adlanır. Autoliz prosesi ayrı-ayrı toxumalarda olan fermentlərin miqdarından asılıdır. Məsələn, mədəaltı və böyrəküstü vəzilərin, yenidoğulmuşlarda timus vəzisinin, qaraciyərin toxumalarında çoxlu miqdarda fermentlərin olması autolitik proseslərin məhz bu orqanlarda ən birinci baş verməsinə səbəb olur. Autoliz baş verən daxili

orqanlar parlaqlığını itirir, tutqunlaşır və yumşalır. Mikroskopik müayinə zamanı hüceyrələrin sitoplazmasında kobud zülal dənələri, piy damlaları, mitoxondrilərin dağılması nəticəsində vakuollar aşkar edilir. Hüceyrə həddlərinin aydınlığı pozulur, onlar şişir və tutqunlaşır.

Mədədə və nazik bağırsaqlarda baş verən autolitik proseslərdə tərkibində pepsin, tripsin və başqa fermentlər olan həzm şirələri iştirak etdiyinə görə bu proses bir qədər başqa mənşəyə malikdir. Bu şirələr, ölüm baş verdikdən sonra qoruyucu maneə funksiyalarından məhrum olmuş mədənin selikli qişasına təsir edir və bəzi yerlərdə isə o, selikaltı qatdan ayrılır.

Mədə şirəsi müxtəlif şəraitlərdən asılı olaraq yemək borusuna, udlağa və hətta traxeyaya da keçə bilər və nəticədə göstərilən orqanlarda autolitik proses baş verə bilər.

Mədə-bağırsaq sistemində gedən autoliz prosesi bəzi hallarda, ola bilsin ki, səhvən yerli təsir göstərən zəhərlərin, məsələn, turşular, qələvilər və digər yeyici zəhərlərin təsiri kimi qəbul olunsun.

7.2. Gecikmiş meyit əlamətləri.

Çürümə (putreficatio).

Ətraf mühitin əlverişli şəraitində ölüm baş verdikdən sonra orqanizmdə olan toxumaların çürümə nəticəsində dağılması baş verir. Bu prosesin sonunda üzvi toxumalar tamamilə yox olur. Çürümə zamanı üzvi birləşmələrin daha sadə birləşmələrə parçalanması baş verir. Üzvi birləşmələrin əsasən də zülallərin parçalanması aerob və anaerob bakteriyaların aktiv inkişafı nəticəsində törənir. Aerob bakteriyalar anaerob bakteriyalara nisbətən daha çox üstünlük təşkil edir. Çürümə törədən aerob bakteriyalara *B. subtilis*, *B. mesentericus*, *Sarcina flava*, *B. coli*, *Streptococcus pyogenes* və s., anaeroblara isə *B. perfringens*, *B. putrificus* və s. göstərmək olar. Mikrobların təsirinə görə çürümə iki qrupa bölünür. Bir qrup bakteriyalar (bağırsaq çöpləri) ilkin parçalanma məhsullarına (zülalları, peptonlara, amin turşulara) kimi parçalayır. Digər qrup mikroblar isə (*B. perfringens*, *B. putrificus*) zülalları azotlu maddələrə və başqa kiçik molekullu birləşmələrə kimi parçalayır (metan, sirkə turşusu, oksalat turşusu, fenol, krezol, ammoniyak, karbon qazı və s.). Zülalların parçalanması nəticəsində əmələ gələn hidrogen-sulfid, metilmerkaptan və etilmerkaptan çürümə üçün xarakterik olan xoşagəlməz iyə malikdir. Çürümə prosesi zamanı putresin, ptomain, kadaverin və digər zəhərli meyit birləşmələri əmələ gəlir ki, meyitin müayinəsi zamanı bu mütləq nəzərə alınmalıdır. Meyitin bədənində olan xəstəliktörədən patogen mikroblar çürümə prosesi zamanı məhv olur və bu mikroblara yoluxma halları olmur. Bəzi mikroblar (vəba, taun) meyit

çürüyən zaman və çürümə prosesi qurtardıqdan sonrada yaşama qabiliyyətini saxlayır. Belə meyitlərin müayinəsi ehtiyatlı aparılmalıdır.

Meyitdə çürümə prosesi elə ilk saatlardan başlayır. Çürümə prosesinin ilkin əlaməti olan meyit yaşıllığı ikinci sutkanın sonu və üçüncü sutkada öncə sağ qalça nahiyyəsinin dərisində əmələ gəlir. Bağırsaqlarda olan çürümə bakteriyalarının təsiri nəticəsində hidrogen-sulfid və digər çürümə qazları əmələ gəlir. Əmələ gəlmiş hidrogen sulfid damarlarından keçərək hemoqlobinin dəmiri ilə birləşib yaşımtıl rəndə olan sulfhemoqlobin əmələ gətirir. Çənbər bağırsağın və xüsusən də kor bağırsağın anatomik olaraq qarının ön divarına yaxın yerləşməsi ilə əlaqədar sağ qalça nahiyyəsinin dərisi ilkin olaraq yaşıl rəng alır. Çürümə mikroblarının sonradan qana daxil olması nəticəsində meyitin bədənində «dərialtı çürümə venoz toru» əmələ gəlir (çirkli yaşıl zolaqlar şəklində) (şəkil 24).



Şəkil 24. Bədən üzərində venoz çürümə toru

Çürümə yaşıllığının bədən nahiyyələri üzrə yayılması ölümün səbəbindən asılı olaraq dəyişir. Asfiksiyadan ölənlərin meyitlərinin dəri örtüyünün yaşıllaşması üz və döş nahiyyəsindən başlanır.

Çürümə qazları ilkin olaraq mədə-bağırsaq və tənəffüs yollarında əmələ gəlir. Təbii dəliklər vasitəsi ilə bu qazlar artıq xaricə çıxmağa başlayır və ona görə də ölümdən bir gün sonra meyitdən çürümə qazlarının iyi gəlir. Çürümə qazları orqan və toxumalara yığılaraq meyitin ümumi görünüşünü dəyişir. Uzun dərisi şişir, şişmiş göz qapaqları gözü örtür, dodaqlar şişərək çevrilir.

Baş, boyun, qarın, döş qəfəsi və ətraflar həcmcə şişərək böyüyür. Çürümə qazlarının təsirindən genişlənmiş dəri örtüyü dartılmış və elastiki olur. Tədricən qazlar bütün yumşaq toxumalara daxil olur, meyitin həcmi həddən

artıq böyüyür və “meyit qıqantizmi” əmələ gəlir. Dərialtı toxumada qazın olması əlaməti olaraq-dəri altında krepitasiya müşahidə olunur. Çürümə qazlarının miqdarının çoxalması çürümə emfizemasına gətirib çıxarır (şəkil 25).



Şəkil 25. Meyit emfizeması

Boyun toxumaları arasına toplanmış qazlar dili ağız boşluğundan xaricə itələyir. Çürümə qazlarının təsiri nəticəsində mədədə olan möhtəviyyat qida borusundan keçərək ağızdan xaric olunur. Buna ölümdən sonrakı qusma halı deyilir. Bəzən qarında toplanmış qazların təzyiqi 2 atmosferə çatır. Qarın deşilərkən bu qazlar səslə xaricə çıxır. Hamilə qadınların meyitlərində qazların təzyiqindən uşaqlığın çevrilməsi nəticəsində döl xaricə çıxa bilər. Bu «meyit doğuşu» adlanır.

Meyitin dərisi getdikcə çirkli yaşıl rəng alır. Dərinin bəzi nahiyyələrində epidermis ayrılır və II dərəcəli suluq yanıqlarını xatırladan seroz-qanlı möhtəviyyatı olan suluqlar əmələ gəlir. Suluqlar sonra partlayır və dermanın qonur-qırmızı səthi görünür.

Çürümə prosesinin inkişaf dərəcəsindən asılı olaraq daxili orqanlar öz sıxlığını itirir və yumşalmış olur.

Tünd çirkli qırmızı rəngli çürümə mayesi toxuma və orqanlara hopur və meyitin təbii dəliklərindən (ağız, burun, qulaq və s.) xaricə çıxır. Daxili orqanlar yumşalaraq öz həcmi itirir. Beyin yumşalır, çirkli yaşıl rəng alır, təzyiq etdikdə dağılır. Ağ ciyərlər çirkli boz rəngdə olur, çürümə imbibisiyası nəticəsində əvvəlcə bir qədər bərkiyir, sonra isə getdikcə yumşalır. Ürək yumşaq konsistensiyalı olur və rəngi bozumtul-qırmızı rəngdə olub, təşrih masası üzərində elə bil ki, «yayılır». Daxili orqanların çürüməsinin və dağılmasının ardıcılığını təqribi göstərmək olar. İlk növbədə çürümə ağız, qırtlaq, traxeya

boşluğunda başlanır. Sonra prosesə bağırsaqlar və mədə qoşulur. Bağırsaqlara yaxın orqanlar, baş beyin, ağciyərlər, ürək sonradan çürüməyə başlayır. Müəyyən edilmişdir ki, uşaqlıq, prostat vəzi, aorta, qığırdaq və bağlar çürüməyə gec məruz qalırlar. Sümüklər və tükrlər isə çürümə prosesinə daha gec məruz qalırlar ki, onlar hətta yüz və min illər boyu qala bilər.

Ölüm baş verdikdən 10-15 gün sonra meyiddə çürümə prosesi sürətlənir. Toxumalar kirli-yaşıl rəngdən çirkli-qonur rəngə keçir. 3-6 ay sonra toxuma emfizeması itir, orqanların həcmi kiçilir, çürümə qazlarının əmələ gəlməsi kəskin azalır. Yumşaq toxumaların əriməsi və dağılması hesabına tam skeletləşmə baş verir.

Çürümənin intensivliyi meyitin mikroflorasının aktivliyindən, ölümün səbəbindən və ətraf mühitin faktorlarından, ölənin şəxsin fərdi xüsusiyyətlərindən və s. asılıdır. Ətraf mühit faktorlarından temperatur və rütubət mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Ətraf mühitin temperaturunun 30-40°C olması çürümə prosesi üçün əlverişlidir. Temperaturun 0-1°C-dən aşağı düşməsi və +60°C-dən yuxarı qalxması çürümə prosesinin dayanmasına və ya kəskin ləngiməsinə səbəb olur. Buna misal olaraq min illər boyu donub qalmış mamont meyitlərini və «Titanik» gəmisinin qəzaya uğraması nəticəsində ölmüş kişi meyitinin aysberqdə tapılmasını göstərmək olar. Ətraf mühiddə rütubətin çoxluğu çürümə prosesini yavaşdır. Suda çürümə yavaşdır və sonradan dayanır. Quru havada olan çürümə prosesi ləng gedir. Oksigenli mühiddə çürümə daha intensiv gedir. Ona görə də havada meyitlər suda qalan və torpağa basdırılan meyitlərə nisbətən daha tez çürümə prosesinə məruz qalır.

Sepsisdən və ya başqa irinli xəstəliklərdən ölənin şəxslərin meyitlərində çürümə prosesi sürətlə gedir. Antibiotik və sulfanilamid preparatları qəbul etmiş şəxslərin meyitlərində isə bu proses bir qədər gec baş verir.

Beləliklə, çürümə prosesi bir çox faktorlardan asılı olaraq sürətlənə və ya kəskin ləngiyə bilər. Ona görə də ölümün baş vermə müddətini ancaq çürümə prosesinin gedişinə əsasən müəyyən edilməsi düzgün deyil.

Çürümə prosesinin dərəcəsi meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi üçün sədd ola bilər.

Meyitin həşəratlar və heyvanlar tərəfindən dağıdılması

Meyitin tam dağılma prosesi çox az hallarda təkcə çürümə prosesi nəticəsində baş verir. Meyitin dağılmasında həmçinin müxtəlif heyvanlar və həşəratlar da iştirak edir. Canavarlar, çaqqal, it, tülkü, donuz, müxtəlif gəmiricilər, quşların bəzi növləri tərəfindən meyitlərin dağıdılmasına rast gəlinir. Gəmiricilər, xüsusən də siçovullar qulaq seyvanlarını, burunu, bəzən ətrafları və yaraların kənarlarını yeyirlər. Bu zaman yetirilmiş zədələr qeyri-

müəyyən formada,qansız olurlar, onların kənarlarında dişlərin izləri yaxşı görünür.

Heyvanlar tərəfindən yetirilmiş zədələri ayırd etmək çox asandır və onlar açıq aydın ölümdən sonra yetirilmiş zədələnmələrin əlamətlərini özündə əks etdirir. Suda meyit bəzi xərçənglər, zəlilər, yırtıcı balıqlar və s. su heyvanları tərəfindən dağıdıla bilər.

Meyitin yumşaq toxumaları həşəratlar, xüsusəndə milçəklərin sürfələri, qarışqalar, böcəklər tərəfindən dağıdıla bilər (şəkil 26). Milçəklər arasında ən çox ev milçəkləri böyük əhəmiyyət kəsb edir. Əlverişli şəraitdə onlar yenidoğulmuşların yumşaq toxumalarını 1-2 həftəyə, yaşlı şəxslərin meyitlərini isə 1-1,5 ay ərzində tamamilə dağıda bilər. Belə milçəklər meyitin burun dəliklərinə ağız və göz bucaqlarına, yaraların ətrafına çoxlu miqdarda ağ dənəcikləri xatırladan yumurtalar qoyurlar. Təqribən 10-30 saatdan sonra belə yumurtalardan sürfələr əmələ gəlir. Belə sürfələr özlərində proteolitik fermentlər ifraz edir və onlar ağ qurdlar şəklində olur. Bu sürfələrin ifraz etdiyi fermentlər yumşaq toxumaları əridir və sürfələr bu toxumalarla qidalanır.Sürfələr 1,5-2 həftə müddətində öz inkişaflarını davam etdirdikdən sonra onlardan puplar əmələ gəlir,sonuncuların isə 2 həftədən sonra milçəklər törənir. Sonradan çoxalıb artmanın yeni dövrü başlayır. Beləliklə ev milçəklərinin 15-20⁰ C temperaturda bioloji artım dövrü 4-8 həftə təşkil edir.



Şəkil. 26. Milçəklərin sürfələri tərəfindən meyitin dağıdılması.

Göstərilən müddətlər ətraf mühitin temperaturundan çox asılıdır. Məsələn, 30⁰ C temperaturda ev milçəyinin yumurta qoyduğu dövrdə yeni milçəyin əmələ gəlməyə qədər olan müddət 10-11 gün, 18⁰ C temperaturda 25-30 gün davam edir. 30⁰ C temperaturda yumurtalardan sürfələr əmələ gəlməsi

üçün 8-12 saat, süfrələr dövrü 5-6 gün, pup dövrü isə 4-5 gün çəkir. 16-18⁰ C temperaturda göstərilən müddətlər 3 dəfə artır. Göstərilən müddətlərə əsasən ölümün baş vermə müddətini təxmini də olsa təyin etmək mümkündür. Qarış-qalarda meyitin yumşaq toxumalarını tam dağıda bilir. Yaşlı şəxsin meyitini qarışqalar 2 ay müddətində tam skeletləşməyə məruz qoya bilər. Bundan başqa digər həşəratlar (böcəklər, gənələr və s.) meyitlərə dağıdıcı təsir göstərə bilər.

Mumifikasiya (mumifikatio).

Mumifikasiya – (ərəbcə: mumiya – «mum», latınca: facare – «etmək») prosesi quru hava cərəyan edən, iri dənəli, məsaməli qumsallıqlarda basdırılmış şəxslərin meyitlərində baş verir. Belə şəraitdə meyit çəkisinin çox hissəsini (90%) itirir (şəkil 27). Arıq şəxslərin meyitləri dərialtı piy qatı yaxşı inkişaf etmiş kök şəxslərin meyitlərinə nisbətən daha rahat və tez bu prosesə məruz qalır. Əlverişli şəraitdə meyiddə olan mayenin çox hissəsi itirilir, meyitin həcmi kiçilir, dəri quruyaraq bərkiyib qonur-qəhvəyi rəng alır və bərk perqament kağızı şəklini alır. Daxili orqanlar da qurumaya məruz qalır. Meyit tamlıqla və hissəvi mumifikasiya prosesinə məruz qala bilər. Ən çox mumifikasiyaya məruz qalan ətraflar olur. Mumifikasiyanın tam formalaşması üçün ən azı 2-3 ay müddət lazım gəlir. Uşaq meyitləri bu prosesə daha tez məruz qalır. Yenidoğulmuşların meyitində isə mumifikasiya 3-4 həftəyə formalaşa bilər.



Şəkil 27. Mumifikasiyaya məruz qalmış meyit

Mumifikasiyaya uğramış meyitlərdə və onun hissələrində yetirilmiş bəzi xəsarətlərin izi qala bilər. Məsələn, stranjulyasiya sırımı, iti alət və odlu silah zədələnmələrini aşkar etmək olar ki, buda ekspertə müəyyən bir nəticəyə gəlməyə köməklik göstərə bilər (ölümün səbəbi və xəsarət yetirən alət haqqında).

Mumifikasiya prosesinə görə ölənlərin bir sıra fərdi xüsusiyyətləri haqqında da nəticəyə gəlmək olar.

Yağmumlaşma (adipocere).

Yağmumlaşmaya saponifikasiya və ya sabunlaşmada deyilir. Rütübətli, nəmişlik olan və havanın kifayət gəddər daxil ola bilmədiyi aşağı temperatur şəraitdə əmələ gəlir. Belə şəraitdə dəri maserasiyaya uğrayır və su dəridən keçərək mikroorqanizmlərin çox hissəsini yuyub aparır. Bədəndə olan yağlar qliserinə və yağ turşularına – olein, palmetin, və stearin turşularına parçalanır. Qliserin və olein turşusu suda həll olduğu üçün yuyulub gedir. Stearin və palmitin turşuları isə suda və torpaqda olan qələvi və qələvi-torpaq metalların duzları ilə reaksiyaya girib sabun əmələ gətirir. Metalların növündən asılı olaraq yağmumlaşma boz (Na, K), bozumtul-ağ (Ca, Mg) və s. rənglərdə olur. Yağmumlaşma uzun müddətə formalaşır. Yaşlı şəxslərdə bu proses 9-10 ay və bəzən bir neçə ilə formalaşır. Kök şəxslərdə, uşaq meyitlərində daha tez baş verir.

Yağmumlaşmaya əsasən ölümün başvermə müddəti haqqında dəqiq nəticəyə gəlmək olmaz. Bu prosesə məruz qalmış şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı şəxsin identifikasiyasının aparılması mümkündür. Ölənlərin fərdi xüsusiyyətləri haqqında da fikir söyləmək olar. Bəzi xəsarətlərdən (stranqulyasiya şırımı, iti alət zədələnmələri) ölmüş şəxslərin meyitləri yağmumlaşma prosesinə məruz qalarsa məhkəmə-tibb eksperti xəsarət yetirən alətin xarakteri və ölümün səbəbi haqqında müəyyən nəticəyə gələ bilər.

Torf aşılama.

Torf aşılama prosesi meyit bataqlıq və torfla zəngin olan şəraitdə qaldıqda törənir. Belə şəraitdə əsasən humus turşularının təsirindən mineral duzlar əriyir və meyitdən yuyulub xaric olur. Sümüklərdə olan mineral duzların xaric olması nəticəsində onlar öz sərtliliyini itirir və bəzi hallarda bıçaqla asan kəsilir. Bu turşuların təsirindən dəri aşılانmış kimi görünür və tünd qəhvəyi rəng alır, bəzən isə qalınlaşaraq qaralır.

Torfla zəngin olan yerlərdə və bataqlıqlarda meyit uzun müddət qalır. Belə şəraitdə hər hansı xəsarət nəticəsində ölənlərin meyitlərinin müayinəsində yetirilmiş xəsarətlərin izi qalır və bu da məhkəmə-tibb ekspertinə ölümün səbəbi və xəsarət yetirən alətin xarakteri haqqında müəyyən nəticələrə gəlməyə köməklik edə bilər.

Torf aşılama prosesinə əsasən ölümün müddəti haqqında dəqiq fikir söyləmək olmaz.

FƏSİL VIII. ÖLÜMÜN BAŞ VERMƏ MÜDDƏTİNİN MƏHKƏMƏ - TİBBİ TƏYİNİ

Ölümün başvermə müddətinin təyini məhkəmə-tibbi ekspertizada vacib məsələlərdən biri olmaqla, istər hadisə yerində, istərsə də meyitxanada müayinə zamanı müvafiq qaydada məhkəmə-tibb eksperti tərəfindən araşdırılır. Naməlum şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı, zoraki ölüm hallarında ölümün başvermə müddətinin təyini daha çox əhəmiyyət kəsb edir.

Hal-hazırda ölümün başvermə müddətini təyin etmək üçün bir çox müayinə metodları işlənib hazırlanmışdır. Transplantolojiya elminin sürətlə inkişaf etməsi tibb sahəsində ölümün başvermə müddətini daha dəqiq və erkən təyin olunması üçün aparılan elmi-tədqiqat işlərinin aparılmasını aktual etmişdir. Bu məqsədlə histoloji, histokimyəvi, biofiziki, fiziki-kimyəvi, biokimyəvi və s. Tədqiqatlar aparılmışdır və nəticə etibarlı ilə bir çox müayinə metodları hazırlanmışdır. Belə metodların daha dəqiq olmasına baxmayaraq onların tətbiq olunması çətinlik törədir. Bu çətinliklərə belə metodların tətbiq olunması üçün lazım olan bahalı cihazların və reaktivlərin və başqa tibbi avadanlıqların tələb olunmasıdır.

Müasir dövrdə ölümün başvermə müddətinin təyini məhkəmə-tibbi ekspertiza təcrübəsində müxtəlif sahələr üzrə məlumatların toplanması yolu ilə aparılır. Bunlara supravital reaksiyaların tətbiqini və meyitdə baş verən dəyişiklikləri və s. göstərmək olar.

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, bu metodlar vasitəsi ilə ölümün dəqiq vaxtını təyin etmək qeyri mümkündür. Ölümün başvermə müddətinin təyini zamanı yalnız ölümün vaxtı təxmini təyin oluna bilər.

Supravital reaksiyalar yolu ilə ölümün başvermə müddətinin təyini - meyitin orqan və toxumalarının müxtəlif qıcıqlandırıcılara qarşı reaksiya verməsi faktı hələ çox əvvəldən, orqan və toxumaların yaşama qabiliyyəti müəyyən edilərkən məlum olmuşdur.

Ölümün başvermə müddətindən asılı olaraq orqan və toxumaların yaşama qabiliyyətinə malik olması və onların xarici qıcıqlandırıcılara qarşı reaksiyası-supravital adlanan reaksiyaların köməyi ilə təyin oluna bilər. Əzələlərin qıcıqlandırılmasına mexaniki, elektrik, kimyəvi qıcıqlandırıcıların təsiri ilə nail olmaq olar. Ölümdən keçən müddətdən asılı olaraq qıcıqlandırıcılara qarşı supravital reaksiyalar müxtəlif ola bilər. Bu reaksiyaların səviyyəsini müəyyən etmək, ölüm baş verdikdən sonra keçən müddəti, daha doğrusu ölümün başvermə müddətini müəyyən etmək deməkdir.

Əzələlərin mexaniki qıcıqlandırılması nevroloji çəkil və ya xüsusi alət vasitəsi ilə aparılır. Tədqiqat nəticəsində müəyyən qrup əzələlərin qıcıqlanma nöqtələri müəyyən edilmişdir. Dirsək oynaqından 4-5 sm aşağı, mil sümüyünün üstündəki nöqtəyə vurulan zərbə nəticəsində əlin açılması müşahidə olunur. Əlin arxasına, əldarağı arası nahiyələrə zərbə vurduqda barmaqların hərəkətə

gəlməsini, onların yaxınlaşması müşahidə olunur. Ombaya vurulan zərbə üçbaşlı əzələnin yığılmasına səbəb olur və s.

Bir-neçə nöqtəyə zərbə və ya qıcıq nəticəsində cavab reaksiyasının olması ölümün təqribən 1,5–2 saat əvvəl baş verdiyini göstərir. Bu müddət keçəndən sonra isə əzələ yığılması müşahidə olunmur.

İkibaşlı əzələyə zərbə zamanı isə hissiyyat 6-8 saat ərzində saxlanılır və bu fenomendən əksər ölkələrdə istifadə edilir.

Əzələlərin elektriklə qıcıqlandırılması zamanı üz, əl və ayaq əzələlərinə müəyyən mənbədən sabit cərəyan verilir. Meyitə cərəyan xüsusi elektrodlar vasitəsi ilə konkret nöqtələrdən verilir.

Ölüm baş verdikdən sonra 6-12 saat ərzində əzələlər elektrik cərəyanına reaksiya verir. Cərəyana qarşı reaksiya 3 ballıq şkala ilə qiymətləndirilir: 3 bal – qaşların kəskin hərəkəti ilə bütün üz əzələlərinin tərpənməsi, 2 bal – yalnız qaş və ağız tərpənir, üz əzələlərində hərəkət olmur, 1 bal – ağız və qaş əzələlərinin cüzi (fibril) tərpənməsi.

Üçballı reaksiya ölümdən 1,5-2 saat ərzində, ikiballı reaksiya 2,5 – 5 saat, birballı isə 5 – 8 saat sonra baş verir.

V.V.Bilkunun yazdığına görə (1980) elektrik cərəyanına reaksiyanı ən uzun müddətdə yalnız göz və aşağı ətrafların əzələləri saxlayır (ölümdən 12-14 saat sonrayadək).

Göz bəbəyinin kimyəvi və farmakoloji vasitələrlə qıcıqlandırılması məqsədilə bir sıra maddələrdən istifadə olunur. Belə maddələr göz bəbəyini genişləndirir və ya daraldır. Bu məqsədlə gözün ön kamerasına atropin və ya pilokarpinin 1%-li məhlulu daxil edildikdə bəbəklər ya daralır ya da genişlənir. Bu maddələri gözə damcılatdıqda bəbəklərin genişlənməsi 5-6 saat ərzində hiss edilir. Bu maddələrin ön kameraya yeridilməsi zamanı isə ölümdən 20-24 saat sonra da qıcığa qarşı reaksiya saxlanılır.

Ölümün vaxtını müəyyən etmək üçün bir çox başqa supravital reaksiyalar da təklif edilmişdir. Bunlardan ən geniş yayılanı isə tər vəzilərinin adrenalinə qarşı reaksiyasının öyrənilməsidir. Bunun üçün budun və ya saidin dəri səthi 2%-li yod məhlulu ilə silinir, sonra həmin nahiyəyə pasta (100 ml gənəqərçək yağında 50 q. Amidon) çəkilir. Bu nahiyəyə 1 ml, 1%-li adrenalin məhlulu yeridildikdə inyeksiya yerinin ətrafında ləkə əmələ gəlir. Ləkə tər ifrazını göstərir. Əgər ölümdən 30 saat keçməyibsə təxminən 1 saatdan sonra tər vəziləri ifraz olunmağa başlayır. Bəzən amidon pastası əvəzinə nişasta da tətbiq edilir. Bu zaman inyeksiya yerində mavi rəngli ləkə əmələ gəlir.

Ölümün başvermə müddətinin dərinin buynuz təbəqəsinin deskvamasiya (dağılma) sürətindəki qanunauyğunluq əsasında da müəyyən etmək olar. Deskvamasiyaya uğramış epitel hüceyrələrinin miqdarını flüoresinin rəng intensivliyinə görə müəyyən etmək olar. Bu zaman epitel hüceyrələrindəki ölüm baş verdikdən sonra əmələ gələn dəyişikliklər nekrotik göstəricilərə əsasən müəyyən edilir. Ölümdən sonrakı 1-2 saat ərzində vahid epitel hüceyrələri, 6-

10 saat sonra kompleks epitel hüceyrələri mövcud olur. Ölümdən 16 saat sonra nekroz, 16 – 24 saat sonra isə nüvələrin lizisi və deformasiyası aşkar olunur.

Ölümün başvermə müddətini meyitin qanındaki leykositlərdəki nekrotik dəyişikliklərin qırmızı konqo reaktivı vasitəsi ilə rənglənməsi prinsipinə əsaslanmaqla da təyin etmək olar (Shikata sınağı). Şpris vasitəsi ilə ürəkdən götürülmüş qan bu reaktivlə qarışdırılır və bunun nəticəsi olaraq yalnız ölmüş leykositlər rənglənilir. Sonra adi hesablama kamerasında rənglənməmiş leykositlər hesablanır. Ölümdən sonra 10 saat ərzində leykositlərin 20%-i, 10-20 saat ərzində 40%-i, 20-30 saat sonra isə 60%-i boyanır.

Ölümün başvermə müddətinin təyini göz dibində baş verən dəyişikliklərə əsasən də öyrənilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, ölümdən 2 saat sonra bazal qat hüceyrələri şişkinləşib dağılmağa başlayır, ölümdən 5-8 saat sonra göz siniri sərhəddində qeyri dəqiqlik aşkar edilir, torlu qişanın pozulması və s. dəyişikliklər baş verir. 10-14 saatdan sonra isə gözün torlu qişasında autolitik proseslər başlayır. 1-20 saatdan sonra isə göz siniri ilə makulyar sahənin sərhədləri bir-birinə qarışır.

Mədə-bağırsaq sistemindəki həzm qalıqlarına görə ölümün vaxtını təyin etmək mümkündür. Əgər mədə həzm olunmamış qida ilə doludursa, deməli qida qəbulu ölümdən 2 saat əvvəl olub. Qida mədədən 12 barmaq bağırsağa 2-4 saat sonra ötürülməyə başlayır. Qida yoğun bağırsağın başlanğıcına 3-3,5 saata çatır. Həzm zamanı qidanın bağırsaqda hərəkət sürəti 1,8-2 metr saatdır. Meyitin təşrihi zamanı mədədə qida aşkar edilməyibsə, deməli ölümdən 2-3 saat əvvəl qida qəbul edilməyib.

Ölümün vaxtının sidik kisəsinin dolu və ya boş olmasına əsasən müəyyən edilməsi də mümkündür. Əgər sidik kisəsi boşdursa ölümün gecənin ilk saatlarında, dolu olduqda isə səhərə yaxın baş verdiyi ehtimal edilir.

Meyitdə aşkar olunan əlamətlərə görə ölümün təyin edilməsi məsələsi bu gün də öz əhəmiyyətini itirməmişdir və bu metodların ümumiləşdirilməsinə cəhd göstərilir.

Meyit ləkələrinə təzyiq zamanı müəyyən obyektiv mənzərə aşkara çıxır (N.P.Trovets, V.İ.Kononenko). Tədqiqatçılar bu fikrə gəlmişlər ki, ölümün müddətinin təyin edilməsi üçün meytit ləkələrinin hansı mərhələdə olmasından daha çox, ona dinamometrlə təzyiq göstərdikdən sonra (1sm² üçün 2 kq) ilkin rənginə nə zaman qayıtması daha böyük əhəmiyyət daşıyır.

N.P.Trovetsə görə asfiksiya mənşəli ölüm zamanı hipostaz mərhələsində olan meytitdə dinamometrlə təzyiq göstərdikdən sonra meytit ləkələrinin rənginin bərpası 1 dəqiqə ərzində baş verərsə ölümün 8 saat əvvəl baş verdiyini ehtimal etmək olar. Əgər rəngin bərpası 5-6 dəqiqə çəkirsə, deməli ölüm 8-16 saat ərzində baş verib. Uzunmüddətli aqoniyadan sonra baş verən ölüm hallarında ölümdən sonra ilk 6 saat ərzində ləkələrin rəngi 1-2 dəqiqə, 8-16 saat ərzində isə 5-6 dəqiqədən sonra bərpa olunur.

V.İ.Kononenko meytit ləkələrinin fiziki kimyəvi xüsusiyyətlərinin kompleks şəkildə öyrənilməsi zamanı bu ləkələrlə ölüm vaxtı arasında

uyğunluğun dəqiq təsvirinin almağın mümkünlüyünü göstərmişdir. O, meyit ləkələrinin xüsusi müayinə metodlarının köməyi ilə (dinamometriya, kəsik, fiziki, histokimyəvi, biokimyəvi və s.) tədqiq etmiş və meyit ləkələrinin əmələ gəlməsində 7 mərhələ ayırd etmişdir: 1) ölümdən sonrakı 3 saat ərzində dəridəki damarlarda qanın paylanması baş verir. 2) hipervazemiya – 3-6 saat. 3) damar-daxili hemoliz - 6-18 saat, 4) vazodestruksiya – 18-24 saat. 5) imbibisiya – 24-36 saat. 6) proteoliz – 36-60 saat. 7) putrifikasiya – 60-120 saat.

V.V.Bilkun (1980-82) meyit ləkələrinin vəziyyətini tədqiq etmək və nəticələri qeydə almaq üçün orijinal konstruksiyalı fotodinamometr təklif etmişdir.

Ölümün başvermə müddətinin təyin olunması üçün müxtəlif tədqiqatlar aparılmışdır. Meyitin 1 saat ərzində orta soyuma temperaturunun 0.889°C olması çoxdan müəyyən edilmişdir. Meyitin soyuma temperaturunu təyin etmək üçün aşağıdakı formuldan istifadə oluna bilər.

$$T_{\text{saat}} = 36.9^{\circ}\text{C} - T_m / 0.889$$

Burada T_m meyitin temperaturudur. Tədqiqatlar göstərir ki (Y.L.Melnikov, V.V. Jarov) daha obyektiv nəticə əldə etmək üçün dərialtı deyil, rektal və ya orqandaxili temperatura istinad etmək lazımdır.

Rektal temperaturu ölçmək üçün aşağıdakı düstur təklif edilmişdir:

$$T_{\text{saat}} = 2/3 (36.9 - T_m)$$

Burada T_m meyitin düz bağırsağındakı temperaturu göstərir. Bu düsturu tətbiq edərək ölümdən sonra 12 saat ərzində ölümün başvermə müddətini müəyyən etmək mümkündür.

Döş qəfəsi daxili temperatura əsasən ölümün başvermə müddətinin təyin edilməsi üçün aşağıdakı düstur tətbiq edilir.

$$T_{\text{saat}} = T_j - T_{tr} / t_{\phi}$$

Burada T_j normal bədən temperaturu (36.7°C), T_{tr} cəsədin temperaturu (qida borusuna daxil edilən xüsusi aparatla ölçülür) və T_{ϕ} – temperaturun 1 saatda düşmə əmsalıdır.

Döşdaxili temperaturun düşmə sürəti belədir (M.İ.Marçenko, V.İ.Kononenko): döşdaxili temperatur 32°C -dən yuxarı olduqda – 1.2°C saatda; $29-32^{\circ}\text{C}$ olduqda – 0.9°C ; $29-27^{\circ}\text{C}$ olduqda – 0.8°C ; $27-24^{\circ}\text{C}$ olduqda – 0.7°C ; $19-24^{\circ}\text{C}$ olduqda – 0.6°C ; 19°C -dən aşağı olduqda isə bir saatda 0.5°C aşağı düşür.

Hesablama bu cür aparılır: əgər döşdaxili temperatur 21.5°C təşkil edirsə, ölümün baş vermə müddəti bu cür hesablanır:

$$T_{\text{saat}} = (36,6 - 21,5) / 0,6 = 25,1 \text{ saat}$$

Digər meyit əlamətləri əsasən o qədər də əhəmiyyət kəsb etmir, çünki onlardan ölüm vaxtını müəyyən etmək üçün az istifadə olunur.

Son dövrlərdə transplantalogiyada (insan orqan və toxumalarının köçürülməsi haqqında elm) meyitin orqan və toxumalarının köçürülməsi geniş tətbiq olunur. Kliniki köçürmələr zamanı ölümün başvermə müddəti nəzərə alınır.

FƏSİL IX. HADİSƏ YERİNİN MÜAYİNƏSİNDƏ MÜTƏXƏSSİS - HƏKİMİN VƏZİFƏLƏRİ

Hadisə yeri dedikdə hər hansı bir cinayət hadisəsi (qətl, bədən xəsarətlərinin yetirilməsi, zorlama, oğurluq və s.) və ya fəvqaladə hadisə baş verdiyi yer nəzərdə tutulur. Hadisə yerinə baxış tez-tez təsadüf edilən vacib istintaq əməliyyatlarından biridir. Hadisə yerinin müayinəsi cinayət izlərini, maddi sübutları, hadisənin baş vermə şəraitini və digər məsələlərin aşkarlanması məqsədi ilə həyata keçirilir.

Azərbaycan Respublikasında hadisə yerinin müayinəsi CPM-nin 236 maddəsinin tələblərinə uyğun olaraq həyata keçirilir.

CPM, maddə 236. Baxış.

- 236.1. *Cinayətin izlərinin, sübut mənbəyi ola biləcək digər maddi obyektlərin aşkar edilməsi, cinayətin törədilmə hallarının və iş üçün əhəmiyyətli olan digər halların müəyyən edilməsi məqsədi ilə müstəntiq hadisə yerinin, binaların, sənədlərin, əşyaların, insan meyitinin və heyvan cəsədinin baxışını aparır.*
- 236.2. *Hadisənin aşkar edilməsindən sonra hadisə yerinin təxirə salınmadan baxışı halları istisna olmaqla baxış gündüz vaxtı aparılır.*
- 236.3. *Baxış cinayət işi başlandıqdan sonra və həmin iş üzrə təqsirləndirilən və ya şübhəli şəxs olduğu halda aparıldıqda onun aparılmasında təqsirləndirilən və ya şübhəli şəxsin müdafiəçisi iştirak edə bilər. Bu halda müstəntiq baxışın aparılmasında müdafiəçinin iştirakını əvvəlcədən təmin etməlidir. Hadisə yerinin baxışının aparılmasında azı 2 (iki) hal şahidi iştirak edir.*
- 236.4. *Müstəntiq vətəndaşların hüquqlarını pozmamaq şərti ilə görünən obyektlərin baxışını aparır. Zəruri hallarda müstəntiq baxışın aparıldığı yeri və ayrı-ayrı əşyaları ölçür, yerin və ayrı-ayrı əşyaların plan, sxem və çizgilərini tərtib edir, imkan olduqda isə onların foto, video və kino çəkilişlərini aparır.*
- 236.5. *Baxış zamanı müstəntiq müstəqil və ya mütəxəssisin köməyi ilə izləri, əşyaları, sənədləri, habelə gələcəkdə iş üzrə sübut əhəmiyyəti kəsb edə biləcək digər əşyaları götürür.*
- 236.6. *Baxış qurtardıqda müstəntiq protokol tərtib edir və həmin protokolda aşağıdakılar göstərilir:*
 - 236.6.1. *baxışın aparıldığı vaxt, tarix və yer;*
 - 236.6.2. *müstəntiqin soyadı, adı və atasının adı, vəzifəsi;*
 - 236.6.3. *baxışda iştirak edən şəxslərin soyadı, adı, atasının adı, habelə onların doğulduğu il, ay, gün və yer, vətəndaşlığı, təhsili, iş yeri, məşquliyyət növü və ya vəzifəsi, faktiki yaşadıkları və qeydiyyatda olduqları yer;*
 - 236.6.4. *hal şahidlərindən hər birinin şübhəli, təqsirləndirilən və zərər çəkmiş şəxslə qarşılıqlı münasibətləri barədə məlumatlar (yalnız hadisə yerinin baxışında hal şahidlərinin iştirak etdiyi halda);*

- 236.6.5. *hal şahidlərindən hər birinə onun hüquqlarının, vəzifələrinin və məsuliyyətinin izah edilməsi haqqında qeyd (yalnız hadisə yerinin baxışında hal şahidlərinin iştirak etdiyi halda);*
- 236.6.6. *baxışın xüsusiyyətləri, xüsusən baxış zamanı foto, video, kino çəkilişdən və ya digər yazan texniki vasitələrdən istifadə edilməsi haqqında qeyd;*
- 236.6.7. *müşahidə edilmə ardıcılığı ilə baxış zamanı bütün aşkar olunanlar.*
- 236.7. *Protokol ona öz qeydlərinin daxil edilməsini tələb etmək hüququna malik olan istintaq hərəkətinin bütün iştirakçıları və müstəntiq tərəfindən imzalanır. Protokol bir neçə səhifədə tərtib edildikdə, onun hər vərəqi istintaq hərəkətinin bütün iştirakçıları tərəfindən imzalanır.*
- 236.8. *Baxış zamanı foto, video və kino çəkilişdən və ya digər yazan texniki vasitələrdən istifadə edildikdə müvafiq fotosəkillər, çəkiliş lentləri, yaxud başqa məlumat daşıyıcıları protokola əlavə edilir.*

Hadisə yerinin müayinəsi təxirəsalınmaz birincili istintaq işidir ki, bu iş qanuna uyğun olaraq cinayət işi qaldırılmazdan əvvəl həyata keçirilir. Hadisə yerinin müayinəsinin vaxtında və yüksək səviyyədə aparılması maksimal informasiya əldə etməyin əsas şərtlərindən biridir. Hadisə yerinin müayinəsini hətta kiçik müddət ərzində uzadılması hadisənin baş vermə şəraitini və mühüm əhəmiyyət kəsb edən sübutların geridönməz itirilməsinə gətirib çıxara bilər. Ona görə də hadisə yerinin müayinəsi sutkanın istənilən anında aparıla bilər.

İstintaqın gedişində və ya məhkəmə prosesi zamanı bəzi hallarda əlavə və ya təkrari olaraq hadisə yerinin müayinəsi aparıla bilər.

Hadisə yerinə əlavə baxış birincili baxışın qeyrigənəətbəxş şəraitdə (qaranlıqda, pis havada və s.) və ya istintaq işinin gedişi zamanı tapılmayan maddi sübutların olması haqqında məlumatlar olan hallarda aparılır.

Hadisə yerinin təkrari müayinəsi birincili müayinənin aparılması zamanı hər hansı bir şübhələr olarsa və ya birincili müayinənin keyfiyyətsiz aparılması hallarında həyata keçirilir.

Hadisə yerinin müayinəsinə rəhbərliyi müstəntiq edir və o şəxsən bu prosesin lazımi tələblər səviyyəsində aparılmasına, tərtib olunacaq sənədlərin düzgünlüyünə bilavasitə məsuliyyət daşıyır.

Hadisə yerinin müayinəsinə müstəntiq yüksək ixtisaslı mütəxəssisləri cəlb edir. Bundan başqa hadisə yerinin müayinəsinə müstəntiq tərəfindən ən azı iki hal şahidi cəlb olunmalıdır. Hal şahidləri – (ən azı 2 nəfər olmaqla) həmin hadisədə heç bir marağı olmayan, ancaq gördüyü faktları təsdiq etmək üçün (hadisə yerinə baxış keçirildikdə və s. istintaq hərəkətlərində) müstəntiq tərəfindən dəvət olunmuş şəxslərdir.

Hadisə yerinin müayinəsində iştirak edən istintaq əməliyyat işçilərinin əsas vəzifələri hadisə yerinin mühafizəsi, kənar şəxslərin hadisə yerindən uzaqlaşdırılması, axtarışın aparılması və s. hesab olunur.

Əgər hadisə yerinin müayinəsində meyit tapılırsa, bu zaman müstəntiq məhkəmə təbabəti sahəsində mütəxəssiz həkimi, onun iştirakı mümkün olmadıqda isə digər sahənin həkimini işə cəlb edə bilər. Lazım olan hallarda kriminalistika, avtotexnika və digər sahənin mütəxəssisləri də meyitin tapıldığı yerin müayinəsinə də cəlb edilə bilər.

Hadisə yerinin müayinəsində iştirak edən məhkəmə-tibb eksperti və ya ekspert kimi dəvət olunmuş həkim ekspert fəaliyyətini icra etmir, ancaq mütəxəssis – məsləhətçi qismində iştirak edir.

Meyitin tapıldığı yerin müayinəsi zamanı məhkəmə təbabəti sahəsində mütəxəssis qismində iştirak edən həkim aşağıdakılarla məşğul olmalıdır:

- Ölümün başvermə faktını və müddətini təyin etmək, ölümdən sonra meyiddə aşkar edilmiş meyit əlamətlərinin qiymətləndirilməsi.
- Alınan xəsarətlərin xarakterini və mexanizmlərini aydınlaşdırmağa kömək edən əlamətlərin aşkar edilməsi.
- Maddi sübutların tapılmasında və qablaşdırılmasında müstəntiqə kömək göstərmək.
- Hadisə yerinin müayinəsi zamanı tərtib olunan protokola qeyd etmək üçün meyitin və bioloji mənşəli maddi sübutların təsvir edilməsində müstəntiqə kömək göstərmək.
- Meyitin və bioloji mənşəli maddi sübutun (sperma, qan, tük və s.) məhkəmə-tibbi ekspertiza zamanı ekspert qarşısında qoyulacaq sualların tərtib olunmasında müstəntiqə kömək etmək.

Hadisə yerinin müayinəsinə dəvət olunmuş məhkəmə-tibb eksperti və ya həkim qablaşdırılmış ləvazimatı olan çantaya malik olmalıdır. Bu çantanın içərisində əsasən aşağıdakılar olmalıdır: xələt, rezin əlcəklər, fonendoskop, termometr, dinamometr, nevroloji çəkil, əzələlərin elektrik oyanıqlığını təyin etmək üçün cihaz, pinset, skalpel, şpris, əşya şüşələri, sınaq şüşələri, bint, tənzip, pambıq, spirt, bəbəklərin reaksiyasını təyin etmək üçün 1%-li pilokarpin və atropin məhlulları, lupa, kağız, karandaş, xətkəş, sabun, dəsmal və s.

İlk növbədə hadisə yerinə gəlmiş müstəntiq hadisəni görən şəxsləri dindirmək yolu ilə hadisənin başvermə şəraiti ilə tanış olur. Eyni zamanda hadisənin başvermə vaxtını və xarakterini təyin edir. Əgər hadisə yerində meyit tapılırsa ölən şəxsin şəxsiyyəti təyin olunur, şübhəli şəxslər haqqında məlumatlar toplanır. Hadisə yerində meyit tapılan hallarda məhkəmə-tibb eksperti müstəntiqə bir çox məsələlərin həll olunmasında yaxından köməklik göstərir. Hadisəyə şahid olmuş şəxslərin ilkin sorğusu müstəntiqə hadisənin hansı zəmində və hansı şəraitdə baş verməsi haqqında məlumat verə bilər.

Hadisə yerinin müayinəsi mərkəzdən periferiyaya və ya periferiyadan mərkəzə doğru aparıla bilər. Hadisə yerinin mərkəzi dedikdə cinayət törədilən yer (ocaq) nəzərdə tutulur ki, bunlarda meyitin olduğu yer, sındırılmış qapı, yangın yeri və s. ola bilər. Hadisə yerinin müayinəsinin mərkəzdən və ya

periferiyadan başlanmasını müstəntiq hadisənin başvermə şəraitindən asılı olaraq özü seçir. Adətən hadisə yerinin müayinəsi mərkəzdən periferiyaya doğru aparılır. Aşağıdakı hallarda hadisə yerinin müayinəsinin periferiyadan mərkəzə doğru aparılması məsləhət görülür:

- Periferiyada olan cinayət izlərinin və maddi sübutların tamlığının pozulması və itmə təhlükəsi olan hallarda;
- Hadisə yerinin mərkəzi aydın olmadıqda;
- Hadisə yerinin mərkəzini müayinə etmək üçün periferiyada olan izlərin silinməsi və ya pozulması təhlükəsi yaranarsa.

Hadisə yerinin müayinə prosesi iki mərhələdə aparılır: statik və dinamik.

Birinci olaraq statik müayinə aparılır ki, bu zaman hadisə yeri toxunulmaz saxlanılır. Bütün tapılmış əşyalara yaxından baxış keçirilir. Onlar təsvir olunur, sxema və fotosəkillər çəkilir. Hadisə yerinin bu mərhələsində çalışmaq lazımdır ki, heç bir əşyaya toxunulmasın. Əks halda bu zaman şəxsin öz izləri digər izlərlə qarışa bilər. Statik mərhələ başa çatdıqdan sonra dinamik mərhələdə meyitə baxış keçirilir. Bu mərhələdə hadisə yeri ilə daha yaxından tanış olmaq üçün müxtəlif obyektlərin və həmçinin meyitin yerini dəyişdirmək olar.

Hadisə yerinin müayinəsi ardıcılıqla, planlı şəkildə elə aparılmalıdır ki, müayinədən heç bir şey kənarda qalmasın. Əgər hadisə yeri ərazi baxımdan çox böyük olarsa, o hissələrə bölünə bilər.

Bir çox hallarda meyitin tapıldığı yer hadisə yeri ilə üst-üstə düşməyə bilər. Belə hallara cinayətin izlərini itirmək məqsədi ilə meyitin başqa yerlərə aparılmasında və ya insan xəsarət aldıqdan sonra özü hərəkət edərək hadisə yerindən müəyyən məsafədə uzaqlaşması hallarında rast gəlinir. İlk növbədə hadisə yerinin müayinəsi başlanmazdan əvvəl ölüm faktı təsdiqlənməlidir. Əgər təyin olunsa ki, insan hələ ölməyib, ona ilk tibbi yardım göstərilib, təcili tibbi müəssisələrə çatdırılmalıdır. Əgər həkim ölümün başvermə faktını təsdiq edərsə, meyitə baxış keçirilməsinə başlamaq olar.

İlk əvvəl meyitin ilkin duruş vəziyyəti təsvir olunur (şəkil 28). Meyitin duruş vəziyyəti, ətrafdakı hərəkətsiz əşyalara münasibəti müqayisəli şəkildə təsvir olunur. Sonra meyitin bədəninin ayrı-ayrı hissələrinin – başın, gövdənin, ətrafların bir-birinə hansı münasibətdə yerləşməsi təsvir edilir. Meyitin əynində olan paltarlar ayrı-ayrılıqda, diqqətlə müayinə olunub, təsvir olunmalıdır. Paltarların çox vaxt dəqiq müayinəsində ölümün növü meyitin yerinin dəyişdirilib-dəyişdirilməməsi və s. haqqında lazımi məlumat toplamaq olar. Paltarlar həm üz və həm də astar tərəfindən müayinə edilərək ciblərinə diqqət yetirilməlidir. Meyitin hadisə yerində müayinəsi zamanı paltarların soyundurulması mütləq sayılmır, lakin lazımi hallarda bunu etmək olar.



Şəkil 28. Hadisə yerinin ilkin görünüşü (qətl)

Paltarlar müayinə olduqdan sonra meyitin cinsi, təxmini yaşı, boyu, bədən quruluşu, qidalanma dərəcəsi müəyyən olunur. Sonra meyit əlamətləri – meyitin soyuması, quruması, qacıması, meyit ləkələri, meyit çürümə prosesinə və konservləşməyə (yağmumlaşma, mumifikasiya, torf aşılama) uğramışsa həmin əlamətlər müəyyən olunmalıdır.

Ölümün başvermə vaxtını düzgün təyin etmək üçün onu göstərən əlamətləri, əsasən göz bəbəklərinin pilokarpinə və atropinə reaksiyasını, əzələlərin mexaniki və elektrik qıcıqlarına verdiyi reaksiyanı və s. çox böyük dəqiqliklə təsvir etmək məsləhətdir.

Meyitin bədən səthində aşkar olunan xəsarətlərin təsviri çox dəqiq və dolğun aparılmalıdır. Bu ona görə edilir ki, bəzi xəsarətlər sonralar rəngini, formasını və ölçülərini dəyişə bilər. Təsvir edilən zaman xəsarətlərin lokalizasiyası, xarakteri, miqdarı, ölçüləri, rəngi, kənarlarının və bucaqlarının vəziyyəti, çirklənib-çirklənməməsi və s. qeyd edilməlidir.

Meyitin tapıldığı yerdə xarici müayinəsi zamanı yaraya zond salmaq, yarada kəsiklər aparmaq, meyitin bədənini üzərində olan qan ləkələrini su ilə yumaq, silmək və s. belə hərəkətlərin edilməsi qəti qadağandır. Xəsarətlərə əllə toxunmaq məsləhət görülmür. Əgər bunu etmək vacibdirsə, ehtiyatla icra olunmalıdır. Yaraların qurumasının qarşısının almaqdan ötrü meyitin tapıldığı yerdə xəsarətlərin üzəri tənzipdən hazırlanmış nəm salfetlərlə örtülməlidir.

Daha sonra meyitin tapıldığı yerdə bioloji mənşəli maddi sübutların (qan, spermaya oxşar ləkələr, tüklər və s.) axtarılıb tapılmasında, təsvir olunmasında, götürülməsində, qablaşdırılmasında həkim, müstəntiqə yaxından kömək göstərməlidir.

Hadisə yerində bioloji mənşəli maddi sübutlardan ən çox rast gələri qandır. Qan ətraf mühitin təsirinə çox tez məruz qalır və onların təsirindən öz tərkibini və xüsusiyyətlərini dəyişir, bunun da nəticəsində qan xarici görünüşünə görə çox vaxt dəmir pasını xatırladır. Çox vaxt qanı aşkar etmək üçün dırnağın altını, döşəmə taxtlarının arasının, paltarların tikişini və s. müayinədən keçirmək lazımdır.

Hadisə yerində qanaxşar ləkələr tapıldıqda onların lokalizasiyası, ölçüləri, formaları və s. qeyd edilməlidir. Göstərilənlərin dəqiq tədqiqatı bəzən onların əmələ gəlmə mexanizmi haqqında fikir söyləməyə imkan verir. Məsələn, qan damlası 1 m hündürlükdən hamar səth üzərinə düşübsə, belə ləkənin forması düzgün dairə şəklində olur. Hündürlüyün artması ilə əlaqədar ləkələrin ətrafında çıxıntılar əmələ gəlir; çıxıntıların artması hündürlüyün artması ilə sıx əlaqədardır.

Damlalar səthin üzərinə kəskin bucaq altında düşərsə, onların forması nida işarəsini xatırladır. Nidanın sivri ucu ləkənin düşmə istiqamətini göstərir. Qan damlası müəyyən bucaq altında yerləşən əşyanın üzərinə düşərsə, axmalar meydana çıxır. Axmaların aşağı ucunun rəngi intensiv olur, bu da ləkənin düşmə istiqaməti haqqında məlumat verə bilər. Çox vaxt qanlı əşyalara toxunarkən paltarlarda divarda və s. onların izləri cürbəcür forma və ölçüyə malik olan yaxmalar şəklində qalmış olur. Hadisə yerində qanaxşar maddələrlə rastlaşdıqda onları təsvir etməklə bərabər şəklini də çəkmək məsləhətdir. Qan ləkələrinin və ya ona oxşar ləkələrin hadisə yerində götürülmə qaydası aşağıdakılardan ibarətdir: qan ləkə şəklində müəyyən səth üzərindədirsə, onu qaşımaq və təmiz tənzifi isladaraq ləkələri silib tənzifi müayinəyə göndərmək olar.

Qarın üzərində qan tapılsa, qar qan ləkəsi ilə birlikdə götürülüb, tənzifin üzərinə qoyulmalıdır. Qar əridikdə, tənzif qanı özünə çəkir. Həmin tənzifi müayinəyə göndərmək lazımdır. Ləkənin haradan götürüldüyündən asılı olmayaraq mütləq götürüldüyü yerdən azca aralı yerdən nəzarət üçün nümunə götürülür. Müstəntiqin müayinəyə göndərdiyi ləkə və nümunələr ayrı-ayrılıqda təmiz kağıza bükülməli, zərflərə qoyularaq müayinəyə göndərilməlidir. Müayinəyə göndərilən maddi sübutlar hər tərəfdən davamlı sapla və ya nazik iplə xaçvarı bağlanmalı və düyünlənən nahiyyəyə möhür vurulmalıdır. Maddi sübut qoyulan zərfin və ya qutunun üzərində lazımi qeydlər aparılmalıdır. Başqa bioloji xarakterli maddi sübutların götürülməsi, qablaşdırılması və göndərilməsi qaydası əsasən qanda olduğu kimidir.

Aparılan müayinədən sonra meyit meyitxanaya göndərilməlidir. Bu zaman fikir vermək lazımdır ki, nəqliyyatın hərəkəti zamanı meyitin bədənı və paltarları üzərində əlavə zədələr meydana çıxmasın.

Hadisə yerinin müayinəsi prosesində müstəntiq protokol tərtib edir. Protokolu müstəntiq və müayinə zamanı iştirak edən şəxslər, o cümlədən, məhkəmə - tibb eksperti imzalayırlar.

FƏSİL X. MEYİTİN MƏHKƏMƏ TİBBİ MÜAYİNƏSİ

10.1.Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsinin əsas səbəbləri:

- Zorakı ölüm hadisələrində (baş vermə yerindən və müddətindən asılı olmayaraq);
- Zorakı ölümə şübhə olduqda (qəfləti ölüm və müalicə müəssisəsindən kənarda naməlum səbəblərdən ölüm hallarında);
- Xəstəxanaya daxil olmuş, lakin daxil olduğu bir gün ərzində klinik diaqnozu qoyulmadan ölmüş şəxslərin meyitləri;
- Naməlum şəxslərin meyitləri;
- Xəstəxanada vəfat etmiş, lakin ölənün yaxın qohumları tərəfindən düzgün müalicə olunmaması (müalicə həkiminin səhlənkarlığı) nəticəsində şəxsin ölməsi haqqında hüquq-mühafizə orqanlarına yazılı şikayət olduqda;
- Xəstəxanadan kənar şəraitdə doğulub və çox keçmədən ölmüş, müxtəlif yerlərdə tapılmış yenidoğulmuş uşaq meyitləri.

Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizası Səhiyyə Haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanununa, prosessual qanunvericiliyinə, Azərbaycan Respublikası Ali Məhkəməsi Plenumunun məhkəmə ekspertizası məsələlərinə dair qərarlarına, Azərbaycan Respublikasında məhkəmə-tibbi ekspertizasının aparılmasına dair əsasnaməyə, hazırkı qaydalara, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin çıxardığı əmr və digər normativ, metodik sənədlərə uyğun olaraq keçirilir.

Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizası hüquq mühafizə orqanlarının və yaxud məhkəmənin qərarı ilə ölümün səbəbinin təyini və qərarla göstərilmiş digər sualların həlli məqsədilə təyin edilir.

Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasının təyini haqqında qərarın olmadığı və yalnız hüquq mühafizə orqanlarının yazılı təliqəsinin olduğu hallarda ölümün səbəbini müəyyən etmək üçün meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi keçirilir.

Meyitdə çürümə prosesinin inkişafı və yaxud ətraf mühitin müxtəlif faktorlarının təsiri ilə əlaqədar baş vermiş dəyişikliklər məhkəmə-tibbi ekspertiza müayinəsinin keçirilməsindən imtina etməyə əsas ola bilməz.

Müalicə-profilaktika müəssisəsində müalicədə olan və zorakı səbəbdən və yaxud ona şübhə olduğu hallarda, şəxsin ölümü baş verəndə, müəssisənin baş həkimi bu haqda hüquq-mühafizə orqanlarını meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasını təyin etmək məqsədi ilə dərhal məlumat verməlidir.

Zorakı ölümün əlamətləri meyitin patoloji-anatomik müayinəsinin keçirilməsi zamanı da aşkar edilə bilər. Belə hallarda təşrih dayandırılaraq

hüquq mühafizə orqanlarına bu barədə məlumat verilir. Meyitin müayinəsini aparmış patoloq-anatom meyitin və onun üzvlərinin təsrihin dayandırıldığı andakı vəziyyətinin saxlanılmasını təmin edir və özünün aparmış olduğu müayinənin protokolunu tərtib edir. Qərar alındıqdan sonra meyitin ekspertizası məhkəmə-tibb eksperti tərəfindən həyata keçirilir.

Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizası məhkəmə-tibbi meyitxanalarda aparılır.

Meyiti meyitxanaya gətirmək mümkün olmayan nadir hallarda ekspertizanı təyin etmiş şəxs məhkəmə-tibb ekspertizasının başqa yerdə aparılması üçün lazımi şərait yaradılmasını təmin etməlidir.

Nadir hallarda, məhkəmə-tibb ekspertinin razılığı ilə ekshumasiya edilmiş meyitin müayinəsinə açıq havada, ilin isti vaxtı və quru iqlim şəraitində, iş üçün lazımi şərait yaradıldığı halda keçirilməsinə icazə verilir.

Meyitin, onun paltarlarının və ona bilavasitə aid olan başqa əşyaların meyitxanaya vaxtında çatdırılmasını meyitin məhkəmə-tibb ekspertizasını təyin etmiş şəxs təmin edir. Eyni zamanda həmin şəxs qərar da göndərməli, orada ölümün baş vermə və yaxud meyitin tapıldığı şəraiti göstərməli, ekspert qarşısında sualları dəqiq qoymalıdır, eləcə də meyitlə gətirilmiş sənəd və qiymətli əşyaları qeyd etməlidir. Əgər hadisə yerində meyitə ilkin baxışı keçirilmişsə, onda baxış protokolunun surəti də göndərilməlidir.

Əgər məhkəmə-tibb ekspertizasının təyini haqqında qərar meyit meyitxanaya göndərilərkən təqdim edilmirsə, onda meyit yazılı göndəriş və ya təliqə ilə göndərilir və orada ekspertizanın keçirilməsinin əvvəlində qərarın təqdim ediləcəyi göstərilməlidir.

«Təcili tibbi yardım» briqadası istisna hallarda küçədə və digər ictimai yerlərdə ölmüş şəxslərin meyitlərini Birliyin müvafiq şöbələrinə apara bilər. Briqadanın həkimi meyitxananın növbətçi sanitarına doldurulmuş “Müşayiət vərəqəsi” talonu təqdim etməyə və meyitin tapıldığı əraziyə xidmət edən polis bölməsinə bu haqda məlumat verməyə borcludur. Həmin polis bölməsi və yaxud prokurorluq meyitin məhkəmə-tibb ekspertizasının və yaxud müayinəsinin vaxtlı-vaxtında təyin edilməsini sənədlərlə təmin etməlidir.

Məhkəmə-tibb ekspertizasını təyin etmiş şəxs müalicə müəssisəsində olan meyiti meyitxanaya göndərərkən, eyni vaxtda (və yaxud ekspertizanın aparılmasının əvvəlində) xəstəlik tarixinin əslinin və ölən paltarlarının da çatdırılmasını təmin etməlidir. Əgər paltarlar təhqiqat orqanları tərəfindən götürülmüşdürsə və yaxud onların icazəsi ilə ölən qohumlarına verilmişdirsə, onda qərarla müvafiq qeydiyyat aparılmalıdır.

Meyitxanaya daxil olmuş meyitlər, meyitlə gətirilmiş paltarlar və digər əşyalar müvafiq qaydada qeydə alınmalıdır. Meyitlər çürümə dəyişikliklərinin inkişafının qarşısı alınan şəraitlərdə saxlanılmalıdır. Meyitin paltarları və

onunla gətirilmiş digər əşyalar ekspertizanın keçirilməsinə başlananadək, hansı vəziyyətdə meyitxanaya daxil olmuşlarsa, o vəziyyətdə də saxlanılmalıdır. Lazım gələrsə, məhkəmə-tibb eksperti gətirilmiş əşyaların xarab olmaması məqsədi ilə lazımi tədbirlər həyata keçirilməsi üçün meyitxananın sanitarına tapşırıqlar verməlidir (paltarları qurutmaq, paltarları manekenlərdə asmaq və s.).

Məhkəmə-tibb ekspertizanı aparacaq məhkəmə-tibb ekspertinə, Azərbaycan Respublikası Cinayət Prosessual Məcəlləsinin uyğun maddələrində nəzərdə tutulan ekspertin hüquq və vəzifələri izah edilir, Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsinin uyğun maddələrinə əsasən rəyin verilməsindən imtina etmə və ya boyun qaçıрма və yaxud bilərəkdən yalan rəy vermə üçün cavabdehlik daşması haqqında xəbərdar edilir, bu haqda ondan iltizamnamə alınır (CM, maddə 297). Bu iltizamnamə rəyin giriş hissəsinə daxil edilir və yaxud ayrıca sənəd şəklində tərtib edilir.

Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizası bir qayda olaraq, bir və ya bir neçə məhkəmə-tibb ekspertinə həvalə edilə bilər.

Meyitin ilkin ekspertizasını (CPM, Maddə 265) aparmış məhkəmə-tibb eksperti, təkrar məhkəmə-tibb ekspertizanı təyin etmiş şəxsin icazəsi ilə ilkin ekspertiza zamanı öz hərəkətləri barəsində izahat vermək üçün təkrar ekspertizanın keçirilməsində (CPM, Maddə 267) müşahidəçi kimi iştirak edə bilər.

Rəy tam aydın, dolğun olmadıqda və ya əlavə suallar meydana çıxdıqda (CPM, Maddə 267) əlavə ekspertiza təyin edilə bilər. Əlavə ekspertizaların aparılması ilkin ekspertizanı keçirmiş ekspertə və ya başqasına həvalə edilə bilər. Bunlardan başqa həlli müxtəlif peşə sahələrində olan mütəxəssislərin iştirakını zəruri edən bir sıra ekspertizalar kompleks şəklində (CPM, Maddə 266) keçirilə bilər. Ekspertin rəyi əsassız olduqda və ya onun düzgünlüyünə şübhə yarandıqda təkrari ekspertiza (CPM, Maddə 267) təyin olunur və keçirilməsi başqa ekspertlərə həvalə edilir.

Vəzifəli məhkəmə-tibb eksperti və istisna hallarda məhkəmə-tibb eksperti kimi cəlb olunmuş patoloq-anatom və yaxud məhkəmə-tibb eksperti qismində çağırılmış başqa ixtisaslı həkim aşağıdakıları icra etməlidir:

Meyitin ekspertizasının keçirilməsi üçün məhkəmə-tibb eksperti vaxtında gəlməlidir. Ekspertin gəlməməsinin üzürlü səbəblərindən əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinə dair verilmiş vəərəqə və ya arayışla təsdiqlənən ekspertin xəstəliyi və yaxud ailə üzvlərindən birinin, digər üzvlərin qulluq etmə imkanı olmadığı şəraitdə, xəstəliyini təsdiq edən arayışın olması; ekspertə ekspertizanın təyini barədə qərarın təqdim edilməməsi; nəqliyyatın hərəkətində fasilələr; təbii fəlakət və s. nəzərə alınır.

Ekspert, həvalə olunmuş meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasını keçirməli və müəyyən edilmiş müddətdə qarşısına qoyulmuş suallara uyğun obyektiv, elmi-əsaslı rəy verməlidir.

Toxumaların, üzvlərin, meyitin paltarlarının və onunla gətirilmiş digər əşyaların ekspertiza qarşısında qoyulmuş məsələ çərçivəsində dəyişməzliyinin saxlanılmasını təmin etməlidir.

Meyitin məhkəmə-tibb ekspertizasının nəticələrini və ibtidai istintaqın ona bəlli olan məlumatlarını yaymamalıdır (CM, Maddə 300).

İbtidai istintaq mərhələsində məhkəmə-tibb eksperti ona bəlli olan məlumatları yalnız meyitin ekspertizasını təyin etmiş şəxsin icazəsi ilə və onun mümkün saydığı həcmdə bəyan edə bilər (elmi cəmiyyətdə çıxış, mətbuatda dərc etmək və s.).

Ona həvalə edilmiş meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasından Azərbaycan Respublikasının CPM-nin uyğun maddələrində nəzərdə tutulanlara əsas olduqda imtina edə bilər (CPM, Maddə107, 109, 118).

Belə əsaslar olduqda, ekspert bu haqda ekspertizanı təyin etmiş şəxsə yazılı şəkildə məlumat verməlidir.

Məhkəmə-tibb ekspertinin bir çox qanuni hüquqları vardır. Müayinə olunan şəxsin ölümünün baş verdiyi şərait və şərtləri ilə, onun sağlığındakı səhhətini, bədənində və paltarlarında müəyyən izlərin əmələ gəlməsini əks etdirən işin sənədlərilə, məhkəmə-tibb ekspertinin qarşısında qoyulmuş sualların həllində əhəmiyyəti olan digər ekspertlərin rəyləri ilə tanış ola bilər.

Əlavə materialların verilməsi haqqında şifahi və ya yazılı tələbnamə təqdim etmək; tələbnamə həm meyitin ekspertizasının təyini haqqındakı qərarla birlikdə, həm də onun aparılması gedişində təqdim edilə bilər, bu zaman ekspert dəqiq olaraq əlavə material kimi nəyin təqdim olunmasını və onun hansı müayinələrin keçirilməsi üçün lazım olduğunu göstərməlidir; tələbnaməyə rədd cavabı verildikdə ekspert ekspertizanı davam etdirməli və rəy vermək mümkün olmadıqda bu haqda məlumat verməlidir.

Ekspertizanı təyin etmiş şəxsin icazəsi ilə digər istintaq və məhkəmə iclaslarında müşahidəçi kimi iştirak etmək, müqəssirə, müttəhimə və şahidlərə ekspertizaya aid suallar verə bilər.

Meyitin məhkəmə-tibb ekspertizası ilkin meyit əlamətləri (soyuma, meyit ləkələri, meyit qacıması və s.) əmələ gəldikdən sonra keçirilə bilər. Göstərilən əlamətlərin əmələ gəlməsinə qədər də meyitin müayinəsi keçirilə bilər və bunun üçün ölüm faktının Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin müəyyən etdiyi qaydada təsdiqi və uyğun aktın tərtib edilməsi lazımdır. Bu aktın bir nüsxəsi meyitin ekspertizasını aparan məhkəmə-tibb ekspertinə təqdim edilməli və rəyin surəti ilə birlikdə arxivdə saxlanılmalıdır.

Elmi və müalicə-profilaktika müəssisələrinin əməkdaşları meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasını təyin etmiş şəxsin və yaxud Birliyin rəhbərliyinin icazəsi ilə ekspertizanın keçirilməsinə qədər kliniki köçürmə, toxuma tipləşdirilməsi və hazırlıq məqsədləri üçün ayrı-ayrı üzv və toxumalarını götürə bilirlər. Onların götürülməsi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin təsdiq etdiyi qaydada və hazırkı Qaydanın tələbləri gözlənilməklə həyata keçirilməlidir. Üzv və toxumaların götürülməsində məhkəmə-tibb eksperti mütləq iştirak etməlidir. «Ekspert rəyində» hansı üzvlərin və ya toxumaların, eləcə də kim tərəfindən götürüldüyü göstərilməlidir.

Üzv və toxumaların kliniki məqsədlə ölümdən sonra götürülməsi meyitin sonrakı məhkəmə-tibb ekspertizası zamanı diaqnostikaya mane olmamalı və meyitin eybəcərləşdirilməsinə gətirib çıxarmamalıdır. Bununla əlaqədar olaraq, müdaxiləni xəsarətlər olan nahiyələrdə, həmçinin meyitin şəxsiyyətinin, zədə alətinin identifikasiyasını, eyni zamanda digər məsələlərin həlli üçün əhəmiyyətli olan nahiyələrdə etmək olmaz. Qeyd olunan tələblərin gözlənilməsinə üzv və toxumaları götürən həkim və iştirak etmiş məhkəmə-tibb eksperti cavabdehdir.

Meyitin üzv, toxuma və hissələrinin, o cümlədən xəsarətlər olan hallar da daxil olmaqla elmi və pedaqoji-tədris məqsədləri üçün götürülməsi, yalnız meyitin müayinəsi qurtardıqdan sonra müayinəni aparmış ekspertin icazəsi ilə həyata keçirilir. Götürülmə haqqında «Ekspert rəyi»-ndə qeyd aparılır.

Meyitin məhkəmə-tibb ekspertizasını təyin edən müstəntiq onun keçirilməsində iştirak etməlidir. Müstəntiqin razılaşdırılmış vaxtda gəlməməsi ekspertizanın keçirilməsinin gecikdirilməsinə əsas ola bilməz. Əgər müstəntiq ekspertizanın keçirilməsində iştirak etmişdirsə, “Ekspert rəyi”-ndə müstəntiqin soyadı, adı, vəzifəsi və iş yeri göstərilməlidir.

Meyitin ekspertizasının keçirilməsində rolu olmayan şəxslərin, mərhumun tanış və qohumlarının meyitin ekspertizasının (müayinəsinin) aparılması gedişində iştirakı, eyni zamanda meyitxananın xüsusi bölmələrinə (təşrih zalı, meyit saxlanılan yer, meyit geyindirilən otaq) daxil olması qadağandır.

10.2. Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasının keçirilməsinin qaydaları.

Meyitin məhkəmə-tibb ekspertizası zamanı ekspertin işi aşağıdakılardan ibarətdir:

- ekspertə təqdim edilmiş qərar və digər sənədlərlə (hadisə yerinin baxış protokolunun surəti, xəstəlik tarixi və s.) tanışlıq;
- meyitin müayinəsinin və ekspertizanın keçirilməsinin tam planlaşdırılması;
- meyitin xarici müayinəsi;

- meyitin daxili müayinəsi;
- laborator müayinə üçün materialların götürülməsi;
- məhkəmə-tibbi diaqnozun tərtib edilməsi;
- meyitin bilavasitə müayinəsinə, laborator tədqiqatların nəticələrinə və ekspertə təqdim edilmiş materialların məlumatlarına kompleks qiymət vermək;
- nəticələrin tərtib edilməsi;
- «Ekspert rəyi»-nin tərtib edilməsi;

Ekspertin fəaliyyət ardıcılığında yuxarıda göstərilən ümumi sxemdə dəyişikliklər və ona əlavələr ola bilər.

Məhkəmə-tibbi ekspertinə təqdim edilmiş sənədlərin öyrənilməsi zamanı ölümün baş vermə şəraiti və şərtləri aydınlaşdırılır, ölümün səbəbinin və digər sualların həllində əhəmiyyəti olan məlumatlara xüsusi fikir verilir. Lazım gəldikdə, ekspert qohumlarından mərhumun hansı xəstəliklər keçirdiyini, zərərli adətlərini, son vaxtlarda ümumi vəziyyətini və digər katamnestik məlumatları dəqiqləşdirir və alınmış məlumatları «Ekspert rəyi»-nin protokol hissəsinə daxil edir.

Ekspertizanın həlli üçün qoyulmuş suallara uyğun olaraq, ilkin məlumatları və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin ölümün ayrı-ayrı növlərində ekspertizanın aparılmasında dair çıxardığı metodik göstərişləri nəzərdə alaraq, hər hadisədə ekspertizanın keçirilməsi planı müəyyənləşdirilir. Bu məqsədlə meyitin nəhiyələrinin, sistemlərinin, üzvlərinin müayinə ardıcılığı və bunun üçün lazım olan xüsusi təşrih üsulları müəyyən edilir; laborator tədqiqat üçün götürüləcək və göndəriləcək obyektlər nəzərdə tutulur; lazım olan alət, qab və s.hazırlamaq üçün sanitara və ya laboranta göstəriş verilir.

Ekspertizanın keçirilməsi prosesində nəzərdə tutulan plana əlavələr edilə bilər.

10.3. Meyitin xarici müayinəsi.

Meyitin xarici müayinəsinə meyitlə gətirilmiş paltarların, paltarların ciblərində olan və eləcə də meyitlə gətirilmiş digər əşyaların müayinəsi ilə başlanır. Sonra meyitin özünün müayinəsi aparılır, lazım gələn hallarda xəsarətlərin fotosəklinin və insan bədəninin hissələrinin kontur sxemlərində şəkilləri çəkilir; meyitin və paltarların xarici müayinəsində yaxmaların, ifrazatların və digər obyektlərin laborator tədqiqatlara götürülməsi yolu ilə həyata keçirilir. Hər hadisənin xüsusiyyətindən asılı olaraq ekspertin digər hərəkətləri etməsi də mümkündür.

Paltarların müayinəsinə onların ayrı-ayrı hissələrinin və baxış anında meyitin əynində olanların vəziyyətinin qeyd edilməsi ilə başlanılır. Paltarların

materialı (ipək, yun və s.), rəngi, istifadə olunma dərəcəsi, ilgəklərin və düymələrin tamlığı qeyd edilir. Naməlum şəxslərin meyitlərinin paltarlarında eyni zamanda xarakter şəkillər, nişanələr, fabrika etiketləri və digər xüsusiyyətlər də qeyd edilərək, təsvir edilir.

Paltarlarda zədə və çirklənmə olduqda onların dəqiq lokalizasiyası (paltarların və ayaqqabıların hissələrinin standart adları rəhbər tutulur), forması, ölçüləri, tikiş və paltarların digər hissələrindən (cibdən, yaxalığın kənarlarından və s.) olan məsafəsi, istiqaməti, kənar və qurtaracaqlarının xarakter və digər xüsusiyyətləri göstərilir. Paltarlarda olan zədə və çirklənmələrlə meyitdə olan xəsarət və izlərin qarşılıqlı vəziyyəti aydınlaşdırılır. Zədələri və çirklənmələri ölçmək və təsvir etmək lazımdır.

Cırılma, kəsik, sürtünmə, toxuma defekti və s. əlamətlərlə xəsarətlər və yaxud xüsusi dəyişikliklər (protektorun izi, sürtgü yağı bulantısı, rəng hissəciyi, his və s.) və ya qana, qusuntu kütləsinə oxşar izlər və yaxud aşındırıcı maddələrin təsiri, eyni zamanda dərman və ya digər kimyəvi maddə aşkar edildikdə, ekspert tapılmış zədə, çirklənmə və bulaşmaların sonradan digər müvafiq ekspertlər tərəfindən tədqiqatı və əlavə zədə, çirklənmələrin əmələ gəlməməsi məqsədilə onların saxlanması üçün tədbirlər görməlidir. Bu məqsədlə, lazım gəldikdə paltarlar qurudulur, qəbul olunmuş qaydada qablaşdırılır və müvafiq laborator şöbələrinə göndərmək məqsədilə müstəntiqə təhvil verilir.

Paltarlar çıxarılmazdan əvvəl müxtəlif qrup əzələlərdə meyit qacması müayinə edilir.

Meyitin özünün müayinəsinə xarici əlamətlərə görə cinsin, yaşın, bədən quruluşunun, köklük dərəcəsinin, meyitin boyunun ölçülməsi və lazım gəldikdə onun çəkilməsi ilə başlanılır.

Bir yaşına qədər olan uşaqların və böyük şəxslərin etil spirtinin qəbul etmə vaxtının, miqdarının təyininə ehtiyac olduqda meyitlərin çəkilməsi vacibdir.

Meyit dəyişiklikləri müayinə olunur. Meyit soyuması bədənə açıq və paltarlarla örtülü hissələrində, əlin arxa səthi ilə yoxlanıb meyit istidir, bir qədər soyumuşdur, soyuqdur ifadələri ilə rəydə qeyd edilir. Ehtiyac olduqda iki dəfədən az olmayaraq bir-iki saat fasilə ilə rektal termometrlə düz bağırsaqda bədən hərarəti ölçülür. Meyit qacmasının olub-olmaması, onun yayılması və ifadə olunma dərəcəsi üz, boyun, yuxarı və aşağı ətraf əzələlərində təyin edilir. Meyit ləkələrinin olub-olmaması, onların bədənə hansı nahiyyələrində dəqiq olaraq yerləşməsi, xüsusiyyəti (çoxlu, yayılmış və s.), rəngi qeyd edilir; meyit ləkələri olmayan sahələr (paltarların və əşyaların izi) təsvir edilir, bədənə ayrı-ayrı nahiyyələrində meyit ləkələrinə küt mexanizmlə üç dəfə 2 kq/sm^2 qüvvə ilə təzyiq edilir və əvvəlki rəngin bərpa olunduğu vaxt (saniyə və dəqiqələrlə)

qeyd edilir. Buynuz qışanın quruması və tutqunlaşması, Beloqlazov (pişik gözlülük) əlamətinin və Larşe ləkələrinin olması təyin edilir.

Gecikmiş meyit əlamətləri (çürümə, yağmumlaşma, mumifikasiya, torf aşılması) olduqda, onların əlamətləri və ifadə olunma dərəcəsi qeyd edilir; çürümə sahələrinin olması, onların lokalizasiyası, ölçüləri və rəngi, milçək yumurtalarının və digər həşəratların olması, bitkilərin bitməsi qeyd edilir.

Ölümün baş verdiyi müddəti təyin etmək üçün müəyyən olunmuş qaydada məsləhət bilinən alət və laborator üsullardan istifadə olunur.

Dəri örtüklərinə baxılır, onların rəngi və xüsusiyyətləri (dəri qurudur, nəmdir, göyümtüldür, «qaz dərisidir» və s.), tüklənmə dərəcəsi (eyni zamanda baş tüklərinin uzunluğu, rəngi), iynə izlərinin, səpginin, şişkinliklərin, qartmaqların, xoraların, anadangəlmə və qazanılmış anatomik və digər fərdi xüsusiyyətlərin (çapıqlar, xallar, döymələr və s.) olması qeyd edilir. Lazım gəldikdə, məsələn şəxsiyyəti naməlum olan meyitin müayinəsi zamanı yazılı əksi tərtib edilməklə yanaşı, aşkar edilmiş anatomik və digər fərdi xüsusiyyətlərin miqyaslanma fotosəkli çəkilir.

Baş müayinə edilir, əlləmə zamanı kəllənin beyin və üz şöbəsinin vəziyyəti, hərəkətliliyin, deformasiyanın və başqa xüsusiyyətlərin olması qeyd edilir. Xüsusilə başın tüklü hissəsinə baxılır. Gözlərin açıq və ya qapalı olması göstərilir, qüzehli qışanın rəngi və bəbəklərin diametri təyin edilir, ağılı və birləşdirici toxuma qışasının vəziyyəti (avazıma, sarılıq, ekximozlar və s.), üzdə şişkinliyin olunması qeyd edilir. Ağız, burun dəliklərində və qulaqlarda ifrazatın olması və ifrazatın xüsusiyyəti göstərilir. Dodaqların haşiyə və selikli qışasına baxılır. Ağızın açıq, dişlərin qapanmış, dilin sıxılmış olub-olmaması qeyd edilir. Dişlərin rəngi və xüsusiyyətləri, qapaq və protezlərin eyni zamanda hansı metaldan olması, sayı göstərilir, olmayan dişlər qeyd edilir, damaqların alveol səthlərinin vəziyyəti təsvir edilir. Ağız boşluğunda qanın, qida kütləsi hissələrinin, toz və digər yad əşyaların olub-olmaması qeyd edilir.

Barotravmaya və ya yüksəklik xəstəliyinə şübhə olduqda qulaq güzgülərindən istifadə etməklə təbil pərdəsinin vəziyyəti müayinə edilir.

Boyun, döş, qarın, yuxarı və aşağı ətraflar, qoltuqaltı çuxurlar, süd vəzilərinin altındakı dəri büküşü, aralıq və arxa keçəcək nahiyələrinə baxılır.

Qadın meyitlərinin müayinəsi zamanı süd vəzilərinin forma və ölçüləri, gilə ətrafı sahələrin və qarının ağ xəttinin piqmentasiyası, süd vəzilərinə təzyiq etdikdə gilələrdən ifrazatın xaric olması, hamiləlik çapıqlarının və digər xüsusiyyətlərin olması təyin edilir.

Xarici cinsiyyət üzvləri müayinə edilir. Kişilərdə pülüyün, sidik kanalının xarici dəliyinin, xayalığın, qadınlarda aralıq, cinsiyyət dodaqları, uşaqlıq yoluna giriş, qızlıq pərdəsi və uşaqlıq yolunun vəziyyəti müəyyən edilir.

İfrazatın olub-olmaması, xəsarətlər, çapıqlar, yara və digər xüsusiyyətlər qeyd edilir. Arxa keçəcək müayinə edilir.

Skelet sümükləri əllənir. Patoloji hərəkətliliyin və ya deformasiyanın olması qeyd edilir.

Aşkar edilmiş bütün xarici xəsarətlər meyitin müxtəlif hissələrinə baxış zamanı ardıcıl olaraq və yaxud ayrıca «Xarici müayinə» bölməsinin sonunda təsvir edilir.

Xarici xəsarətlərin müayinəsi əvvəlcə adi gözlə aparılır, lazım gəldikdə isə lupalardan və ya stereomikroskopdan, əməliyyat mikroskopundan istifadə edilir. Müayinə elə dolğunluqda aparılmalıdır ki, alınmış faktiki nəticələr hadisə yerinin sonradan canlandırılmasını (xəsarətlərin əmələ gəlmə mexanizmini müəyyən etməyi, zədə alətinin növ, qrup və fərdi əlamətlərini aşkar edilməsini və s.) təmin etmiş olsun.

Hər xəsarət üçün ayrılıqda onun görünüşü (qançır, sıyrıq, yara), dəqiq istifadə edilərək göstərməlidir, eyni zamanda lazım gələrsə (nəqliyyat travması, odlu silah, deşilmiş-kəsilmiş xəsarətlər və s.) hər xəsarətin anatomik yerləşdiyi yeri, forması, ölçüləri (əvvəl şaquli sonra üfiqi ölçülər yazılır), bədən oxuna nisbətən istiqaməti, rəngi, kənar və uclarının xüsusiyyəti, sıyrıqların relyefinin xüsusiyyətləri, yara kanalının olması, iltihab və ya sağalma əlamətləri, ərp və çirklənmə, ətraf toxumaların vəziyyəti göstərməlidir. Eyni tipli xəsarətlərdən çox olduqda yuxarıda göstərilən tələblər gözlənilməklə onların ayrı-ayrı anatomik nahiyyələrdə təsvirində quruplaşdırmağa icazə verilir.

Xəsarətin lokalizasiyası təyin edilərkən uyğun anatomik nahiyyə və xəsarətin yaxın anatomik nöqtələrdən məsafəsi düzbucaqlı koordinat sistemindən aşağı kənarından ayaqların alt səthinə qədər olan məsafə də ölçülməlidir.

Xəsarətlərin forması həndəsi fiqurlara uyğun olaraq (üçbucaqlı, dairəvi, oval və s.) göstərilir.

Xəsarətlərin rəngini göstərmək üçün əsas rəng və çalarlardan istifadə edilir.

Xəsarətlərin ölçüləri, yalnız ölçü sistemi üzrə bərk materialdan olan xətteşdən (metal, plastmas, ağacdan) istifadə etməklə göstərilir.

Xəsarət nahiyyəsində olan ərp və çirklənmələrin müayinəsi zamanı, onların güman olunan xarakteri (qan, his, sürtgü yağı, rəng, qum və s.) və yerləşdiyi yer qeyd edilir.

Xəsarətlərin bilavasitə sərhədində olan toxumalar müayinə olunarkən ödem və qansızmaların olub-olmaması, onların rəngi, forması, intensivliyi, sərhədlərin aydın olması və ölçüləri qeyd olunur. Göstərilən dəyişiklikləri aşkar etmək üçün çarpaz şəkilli kəsik aparmaq məqsədə uyğundur.

Skelet sümüklərinin xəsarət və xəstəlik dəyişikliklərinin xarakter və xüsusiyyətlərini dəqiqləşdirmək üçün onların rentgenoloji tədqiqatını aparmalı, sonra yumşaq toxumalar kəsilməli və sümük, eləcə də ətraf yumşaq toxumalar yerində müayinə edilir. Lazım gəldikdə zədələnmiş sümük tam hissələrdən mişarlanmaqla kəsilib çıxarılır, sümük fraqmentləri yumşaq toxumalardan təmizlənir və sonrakı tədqiqat üçün yapışdırılır. Sınığın dəqiq yeri, səthi istiqaməti (ola bilsin, dərəcələrlə), yerdəyişmənin olması və xarakteri, eyni zamanda deformasiyanın növünü xarakterizə edən digər morfoloji xüsusiyyətər də (çatların xarakteri, yerləşməsi və istiqaməti müəyyən edilir, eləcə də sümüküstülüyünün və sümük səhifələrinin vəziyyəti, qəlpələrin olması və xüsusiyyətləri və s.) göstərilir.

Nəqliyyat travması və ya ona şübhə olduqda, müxtəlif hündürlükdən (o cümlədən yeriyərkən, ya duruş vəziyyətində) yıxılma zamanı, eyni zamanda küt əşyalarla törədilmiş xəsarətlərin olduğu digər hadisələrdə, dərin əzələlərdə qansızmaların, bağ və əzələlərdə cırılmaların, eləcə də sümüklərdə zədələrin baş verməsi imkanı inkar edilmədiyi hallarda bədən arxa səthinin yumşaq toxumalarında kəsiklər aparılmalı (ənsə qabarından fəqərələrin arxa çıxıntıları boyunca omaya qədər, sonra sağrıqlardan keçməklə bud və baldırların arxa səthlərində) və göstərilən xəsarətlərin olub-olmaması müəyyən edilir.

Hadisənin xüsusiyyətindən asılı olaraq bədən arxa səthinin toxumalarının müayinəsi meyitin daxili müayinəsi qurtardıqdan sonra aparıla bilər.

Xarici xəsarətlərin bədən hissələrində kontur sxemlərdə sxematik olaraq təsvir edilməli, paltar və ayaqqabılarda olan zədələr və xarakterik izlər də həmçinin uyğun sxematik şəkillərdə göstərilir.

Bədən üzərində olan xəsarətlərin fotosəkli çəkilir. Şəkillər həm ümumi (bədən ümumi görünüşü, xəsarətlərlə birlikdə), həm də ayrı-ayrılıqda çəkilməlidir (mütləq məştabdan istifadə edilir).

Bədəndə olan xəsarətlərin fotosəkilləri məhkəmə-tibb eksperti və yaxud onun rəhbərliyi ilə laborant tərəfindən çəkilir.

Əvvəlcədən müəyyən edilmiş və xarici müayinənin gedişində dəqiqləşdirilmiş rəşional kompleks laborator tədqiqatlara uyğun olaraq meyitin təşrihi zamanı dəyişilə və ya çirklənə bilən material götürülür (məsələn: sürtgü yağları, rənglərin və s. izlərin lüminessent tədqiqatı üçün, metal çöküntülərin və s. kontakt duffuziyon və yaxud spektroqrafik tədqiqatla aşkar edilməsi üçün dəri götürülür) və hamısı rəyin təsviri hissəsində qeyd olunur.

10.4. Meyitin daxili müayinəsi.

Meyitin daxili müayinəsi maksimal dolğun və hərtərəfli aparılmalıdır. Kəllə, döş və qarın boşluqları mütləq müayinə olunmalıdır. Fəqərə sütunu,

fəqərələrdə xəsarət və xəstəlik olan hallarda, eləcə də kəllə-beyin zədəsi, yol-nəqliyyat hadisələri, müxtəlif hündürlükdən yıxılma zamanı və digər hallarda göstəriş olduqda, müayinə edilir.

Meyitin hansı üsulla təşrih edilməsini, boşluq və üzvlərin müayinəsinin hansı üsul və ardıcılıqla həyata keçirilməsini, ölümün baş verdiyi şərait haqqındakı ilkin məlumatları, hadisənin konkret xüsusiyyətlərini, müayinənin məqsədlərini və uyğun tədris sənədlərini rəhbər tutaraq ekspert təyin edir.

Anatomik kəsiklər, yumşaq toxumaların ayrılması, daxili üzvlərin çıxarılması və müayinəsi ekspertin özü tərəfindən aparılır. Kəllənin, fəqərə sütununun mişarlanması və skeletin digər sümüklərinin çıxarılması sanitariya tərəfindən ekspertin rəhbərliyi və mütləq iştirakı ilə yerinə yetirilə bilər.

Pnevmotoraksa və yaxud hava (qaz) emboliyasına şübhə olduqda ilkin olaraq uyğun sınaqlar aparılmalıdır (plevra və ya ürək boşluqları su altında deyilir). Sınaqları keçirməzdən əvvəl rentgenoqrafiya edilməsi məqsədəuyğundur.

Cavan yaşda olan qadınların, naməlum şəraitdə ölmüş və yaxud aborta şübhə olan qadın meyitlərinin müayinəsi zamanı hava emboliyası sınaqları aparılmalıdır.

Ürəyin, ağ ciyərlərin, iri qan damarlarının zədələnməsinə şübhə olduqda və o hadisələrdə ki, ölümdən əvvəl tibbi müdaxilə (göstərilən daxili üzvlərdə cərrahi əməliyyat, punksiya, konyulanın yeridilməsi, damarların kateterizasiyası və s.) olmuşdur, hava emboliyası sınağının keçirilməsi mütləqdir.

Yumşaq toxumalarda kəsiklər, imkan daxilində, xarici xəsarətlərə, cərrahi yaralara, fistulalara, drenaj, kateter və konyula borularına, eləcə də yaralarda qoyulmuş və ya qalmış kənar cisimlərə toxunulmadan aparılmalıdır. Əzələlərin rəngi, dərialtı piy qatının ən zəngin hissədə qalınlığı, travmatik və ya patoloji dəyişikliklərin olub-olmaması qeyd edilir.

Boyun, döş və qarın boşluqları üzvləri çıxarılmazdan əvvəl yerində baxılmalıdır. Üzvlərin yerləşməsi, düzgünlüyü, inkişaf qüsurları, ağ ciyərlərin plevra boşluqlarını doldurma dərəcəsi, diafraqmanın duruş vəziyyəti, plevra və qarın boşluqlarında bitişmələrin olması (divar plevrası, periton, müsariqə, limfatik düyünlərin və günəş kələfi nahiyələrinin vəziyyəti), mədə və bağırsaq ilgəklərinin köpməsi və ya yapışması, yuxarı və aşağı boş venaların qanla doluluq dərəcəsi qeyd edilməlidir. Boşluqlardan və üzvlərdən kənar iynə gəlib-gəlməməsi göstərilir.

Lazım gəldikdə, tromboemboliyanın və ya tənəffüs yollarında yad cisimlərin olub-olmamasını təyin etmək üçün uyğun olaraq ağ ciyər arteriyasının əsas kötüyü və iri şaxələri, eləcə də qırtlaq və traxeya yerində açılıb baxılır.

Zəhərlənməyə şübhə olduqda yemək borusuna, mədəyə və bağırsaqlara liqatura qoyulur.

Suda boğulmaya şübhə olduqda alətləri, qabları, əlcəkləri və meyitin daxili üzvlərini planktonun təyini üçün material götürülənə qədər su ilə yumaq olmaz.

Bütün üzvlər ölçülür, səthdə və kəsiklərdə müayinə edilir. Onların konsistensiyası, anatomik quruluşu, rəngi, qanla doluluğu, spesifik iyi hərtərəfli müayinə edilməli, boşluqlu üzvlərdə möhtəviyyatın xarakter və həcmi qeyd edilir. Baş beyin, ürək, ağ ciyərlər (ayrı-ayrılıqda), qara ciyər, dalaq, böyrəklər (ayrı-ayrılıqda) tərəzidə çəkilir. Qalxanabənzer, çəngəlvari, mədəaltı, böyrək-üstü, hipofiz və epifiz vəziləri, onların patologiyası olduqda çəkilir.

Baş müayinə edilərkən yumuşaq örtüyün daxili səthi, rəngi, nəmliliyi, konsistensiyası, qanla doluluğu, qansızmanın olub-olmaması, əgər olarsa qansızmanın rəngi, forması və ölçüləri (qalınlığı və həcmi) qeyd edilməlidir, gicgah əzələlərinə həm səthi, həm də kəsiklərlə baxılır.

Alın, gicgah, təpə və ənsə sümüklərinin mişarlanma zamanı qalınlığı, eyni zamanda (kəllə-beyin travması zamanı) kəllənin boylama və köndələn ölçüləri də təyin edilməlidir. Kəllə tağının xəsarətləri müayinə edilir. Kəllə tikişlərinin vəziyyəti qeyd edilir. Sərt beyin qışasının gərginləşmə dərəcəsi və rəngi, onun sümüklərlə bitməsi, damar və ciblərinin qanla doluluğu; hörüm-çəyəbənzər qışaaltı möhtəviyyat və sisternlərin xarakteri təsvir edilir. Yarım-kürələrin simmetrikliliyi, qırış və şırımların ifadə olunma dərəcəsi, orağabənzer çıxıntının kənarının, beyincik çadırının və böyük ənsə dəliyinin beyinciyyə təzyiqindən törənən zolağın olub-olmaması qeyd edilir. Beyinin köndələn və boylama kəsiklərində beyin toxumasının və onun anatomik quruluşunun ümumi şəkli, xüsusilə kötük hissədə ifadə olunması, eləcə də onun nəmliyi və qansızmaların xüsusiyyətləri, xəsarətləri, deformasiyası patoloji dəyişiklikləri qeyd edilməklə baxılır. Atlanto-oksipital birləşmə nəhiyyəsi qansızmaların, bağların qırılmalarının, sınıqların olub-olmamasının təyini üçün müayinə olunur.

Mədəciklərin möhtəviyyatı, endidium və damar kələflərinin vəziyyəti təsvir edilməli və mədəciklərin genişləniş-genişlənməməsi təyin olunur. Beyin əsası damarları müayinə edilməli, aterosklerotik dəyişikliklərin, anevrizma və s. olması qeyd olunur. Hipofizin ölçüləri, onun toxumasının kəsikdə rəngi və şəkli qeyd edilir.

Kəllədaxili qansızmalar, yumşalma ocaqları, şişlər tapıldıqda onların pay hüdudunda dəqiq yerləşdiyi yer, ölçüləri, kütləsi, eni, subdural qansızmaların miqdarı və həcmi, səthində və kəsiklərdə şəkli və forması, onun yatağı ətrafındakı beyin maddəsinin vəziyyəti göstərilir.

Sərt beyin qışası çıxarıldıqdan sonra kəllə əsası sümüklərinə baxılmalı və onlarda olan xəsarətlərin xüsusiyyətləri qeyd edilməlidir. Əlavə boşluqlar (ciblər) açılır, onlarda möhtəviyyatın olub-olmaması qeyd edilir.

Kəllə tağı sümüklərini tam mişarlamaq lazımdır; sümüklər natamam mişarlandıqda kəllə tağının və əsasının zorla aralanması yol verilməzdir.

Onurğa beyni kanalının müayinəsi zamanı onda maye və qanın olması, onurğa beyninin vəziyyətinə və yerləşməsinə fikir verilir. Onurğa beyni sərt qışası ilə birlikdə çıxarılır. Qışaların şəkli və beyin toxumasının vəziyyəti ardıcıl köndələn kəsiklərdə (seqlərlər üzrə) təsvir edilir.

Fəqərələr və fəqərəarası disklər onurğa kanalı tərəfindən, onların edilməsi üçün müayinə olunur.

Boyunun magistral arteriyaları açılır, onlarda patoloji əyilmələrin, osteofitlərlə basılmaların, daxili qışaların cırılmalarının olub-olmaması qeyd edilir; qansızmaları inkar etmək üçün yumşaq toxumalara və boyunun sinir-damar dəstələrinə baxılır.

Dil, damaq badamcıqları, qırtlaq və yemək borusuna giriş, udlağın tənəffüsə aid hissəsi, qalxanabənzər ətraf vəziləri, limfa düyünləri müayinə edilir. Dilaltı sümüyün və qırtlaq qığırdaqlarının tamlığı yoxlanılır, xəsarətə şübhə olduqda onların rentgenoqrafiyası aparılır.

Döş boşluğu üzvlərinin müayinəsi ön, arxa və orta divararalığına baxışdan, timus vəzisinin, ağ ciyərlərin, ürəyin, aortanın, yemək borusunun və bronxların müayinəsindən ibarətdir.

Ağ ciyər plevrasına baxılır onun altında qansızmaların olub - olmaması və onların forması, ölçüləri, sayı, yerləşməsi qeyd edilir.

Tənəffüs yolu bronxların xırda şaxələnmələrinə qədər açılır, onlarda möhtəviyyatın olması, selikli qışasının rəngi və qanla doluluğu qeyd edilir. Ağ ciyərlərin səthindəki və kəsiklərdə rənginə, toxumasının havalılığına və qanla doluluq dərəcəsinə, sıxarkən kəsik səthindən axan mayenin xarakterinə, ocaqlı dəyişikliklərin olmasına və xarakterinə fikir verilir. Paratraxeal və bronxial limfa düyünləri təsvir edilir.

Ürəyin və aortanın açılma üsulu ekspertin özü tərəfindən seçilir. Bu üsul tac arteriyalarının bütün hissələrinin və miokardın bütün şöbələrdə müayinəsinə imkan verməlidir. Perikardın vəziyyəti, onun möhtəviyyatının miqdarı və xarakteri, ürək boşluqlarının qanla doluluğu və qan laxtalarının xarakteri, epikardın, endokardın, miokardın, tac arteriyaların, qapaqların, məməvari əzələlərin vəziyyəti təsvir edilir. Mədəciklərin divarlarının və mədəciklərarası çəpərin qalınlığı ölçülür. Aortanın kəsikdə (qapaqlarının üstündə) eni təyin edilməli, onun daxili qışasının vəziyyəti bütün hissələr boyu müayinə olunmalıdır. Ağ ciyər patologiyası olduqda ürəyin sağ və sol yarısının ayrılıqda çəkilir.

Mədə müayinə olunarkən, onun forması, möhtəviyyatın miqdarı və görünüşü (rəngi, qoxusu, konsistensiyası, olan qida hissəciklərinin və s. xarakteri), selikli qışanın vəziyyəti (rəngi, büküşlərin inkişaf dərəcəsi, qansızmaların, yaraların olması və s.) qeyd edilir. Bağırsaq bütün hissələrdə açılmalı,

müxtəlif şöbələrdə onun möhtəviyyatının xarakteri və miqdarı, rəngi, selikli qışasının vəziyyəti və digər xüsusiyyətləri təsvir edilir, soxulcanabənzər çıxıntının yerləşməsi və görünüşü qeyd edilir. Ölümün baş vermə müddətinin təyininə ehtiyac yarandıqda mədə və bağırsaqların müxtəlif şöbələrinin möhtəviyyatlarının xarakter və miqdarına xüsusi fikir verilməlidir.

Mədəaltı vəzi, qara ciyər, dalaq, böyrəküstü vəzilər müayinə olunarkən üzvün xarici görünüşünə (formasına, rənginə) toxumasını əllədikdə bərkliyinə, onun anatomik quruluşunun ifadə olunmasına, qanla doluluq dərəcəsinə, dalağın qışıntısının xarakterinə fikir verilməlidir. Üzvlər ölçülməli və çəkilməlidir. Öd kisəsi möhtəviyyatının görünüşü və miqdarı, onun selikli qışasının vəziyyəti, axacaqların keçiriciliyi qeyd edilir.

Böyrəklərin müayinəsi zamanı onların forması və ölçüləri təyin edilir, rəngi, toxumasının bərkliyi, kapsula soyulduqdan sonra səthinin xarakteri, qabıq, beyin və aralıq (yukstamedulyar) qatların ifadə olunması, ləyənlərin selikli qışasının vəziyyəti göstərilir. Sidik axarlarının keçiriciliyi və onların selikli qışasının vəziyyəti təyin edilir.

Sidik kisəsindəki sidiyin miqdarı, onun rəngi, şəffaflığı, selikli qışasının görünüşü və rəngi, konkretmətlərin olması qeyd edilir.

Qadınlarda uşaqlıq yolunun və onun tağlarının vəziyyəti, uşaqlığın, onun boynunun, həmçinin xarici dəliyinə forması təsvir edilir, uşaqlığın ölçüləri, konsistensiyası və səthinin vəziyyəti təyin edilir. Selik tıxacının olması, boynunun açılması (açılma dərəcəsi göstərilməklə) göstərilməli, ifrazat və xəsarətlər qeyd edilməli, uşaqlığın selikli və əzələ qatlarının vəziyyəti, eləcə də borular, yumurtalıqlar uşaqlıq ətrafı toxumalar damarlarla birlikdə müayinə edilir.

Uşaqlıqda kənar maye olduqda, o məhkəmə-kimya tədqiqatına göndərilir.

Kişilərdə prostat vəzi müayinə edilir, toxumanın konsistensiyası və görünüşü, toxum kisəciklərinin, sekretlə dolma dərəcəsi göstərilir, xaya toxumasının xüsusiyyətləri qeyd edilir.

Meyitin müayinə prosesində müvafiq tədqiqatlar aparılması üçün materiallar götürülür. Meyitin ekspertizasını aparmış ekspert, ekspertiza qarşısında həlli üçün qoyulmuş suallardan və hadisənin xüsusiyyətindən asılı olaraq, hansı tədqiqatların vacib olduğunu müəyyən edir. Materiallar ekspert tərəfindən götürülməli, onların qablaşdırılması isə kiçik tibb işçisi tərəfindən ekspertin rəhbərliyi və nəzarəti ilə aparılır.

Laborator müayinələr üçün aşağıdakıların götürülməsi vacibdir:

– zoraki ölümdə və ona şübhə olduqda (uzun müddət xəstəxanada müalicə olunmuş yaşlı şəxslərin və azyaşlı uşaqların ölüm halları istisna olmaqla), həmçinin qeyri-zoraki ölümlərdə meyitin üzv və boşluqlarından

spirt iyi hiss edildiyi hallarda, etil spirtinin olmasının və miqdarının təyini üçün qan və sidik, lazım gələrsə böyrək, baş beyin toxuması;

- xarici xəsarətlər və qanaxma ilə müşayiət olunan zoraki ölümlərdə, qətilərdə və onlara şübhə olduqda, cinsi cinayətlərdə və ya onlara şübhə olduqda, naməlum şəxslərin meyitləri müayinə edildikdə abo (h) və digər sistemlərdə antigen mənsubluğunun təyini üçün qan;

- bütün ölüm hallarında histoloji tədqiqat üçün üzv və toxumaların tikəcikləri; bərkitmə və kəsilmədən sonra zəruri hallarda tədqiqat aparılır, ya da kəsilmiş tikəciklər tədqiqat aparılmadan arxivdə saxlanılır;

- kimyəvi maddələrlə, göbələklərlə, zəhərləyici bitkilərlə zəhərlənmələrə şübhə olduqda və qida zəhərlənmələrində zəhərləyici maddələrin miqdarının təyini üçün meyitin üzv və toxumaları, müxtəlif qrup zəhərləyici maddələrin təyini məqsədilə məhkəmə-kimyəvi analizin aparılması üçün zəruri olan üzv və toxumalar müvafiq şöbələrə göndərilir.

- ifrazetmə dərəcəsini təyin etmək üçün öd və sidik; qətl zamanı və ya ona şübhə olduqda, cinsi cinayətlərdə əl barmaqlarının dirnaqaltı möhtəviyyatları, cinsi cinayətlərdə və ya onlara şübhə olduqda spermanın tapılması, uşaqlyq yolu epitelinin morfoloji xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi üçün uşaqlyq yolu möhtəviyyatından tampon və yaxmalar; qeyri-təbii yolla cinsi əlaqədə olmağa şübhə olduqda hər iki cinsdən olan meyitdən ağız boşluğunun selikli qışasından və düz bağırsaqdan tampon və yaxmalar;

Qətilərdə və yaxud onlara şübhə olduqda, cinsi cinayətlərdə və yaxud onlara şübhə olduqda, nəqliyyat travmalarında, başın tüklü hissəsinin zədələnməsində, naməlum şəxslərin meyitlərinin müayinəsində müqayisəli tədqiqat üçün tüklər:

- çürümə dəyişikliklərinə məruz qalmış, mumifikasiyalaşmış, parçalanmış və skeletləşmiş naməlum şəxslərin və lazım gəldikdə şəxsiyyəti məlum olan meyitlərin müayinəsi zamanı spesifik qrup antigenlərinin təyini üçün başın tükləri, dirnaqlar, sağlam böyük ağı diş (üst çənədə 6, 7, 8-ci dişlər) və əzələ toxuması;

- uşaqların bütün qəfləti ölüm (qeyri-zoraki) hallarında və yaşlıların qəfləti ölümlərinin uyğun hallarında zərurət yarandıqda bakterioloji və virusoloji tədqiqatlar üçün tənəffüs yollarından (qirtlaq, traxeya, bronxlardan) və ağ ciyərlərdən yaxmalar;

- infeksiya xəstəliklərində və yaxud bakterial qida zəhərlənmələrindən ölümə şübhə olduqda mikrobioloji və virusoloji tədqiqatlar üçün qan, daxili üzvlərin hissələri, üzvlərdən yaxmalar, xüsusi təhlükəli infeksiyalara şübhə olduqda material Azərbaycan respublikası səhiyyə nazirliyinin müəyyən etdiyi

qaydada sanitar-epidemioloji müəssisəsinin həkim-bakterioloqunun iştirakı ilə götürülməlidir;

- suda batmanın dəqiq kliniki şəkli olmadıqda diatom planktonunun təyini üçün böyrək tam şəkildə, əsas sümüyün cibindən maye, bud və ya bazu sümüyünün iliyindən 50-100 qr; sınaq üçün ekspert tərəfindən meyitdən ağ ciyər götürülür və eyni zamanda meyitin ekspertizasını təyin etmiş şəxs, meyitin tapıldığı su hövzəsindən 200-300 ml miqdarda suyun götürülüb tədqiqat üçün göndərilməsi barədə xəbərdar edilir;

- xəstəxanadan kənar aparılmış abortlardan ölümə şübhə olduqda histoloji tədqiqata uşaqlıq, uşaqlıq boruları, yumurtalıqlar və uşaqlıq ətrafı toxuma elementlərindən (müxtəlif nahiyələrdən) hissəciklər, məhkəmə-kimyəvi tədqiqatı üçün uşaqlığın möhtəviyyəti və divarlarından bir hissə, bioloji tədqiqata uşaqlıq yolunun və süd vəzilərinin ifrazatlarından tampon və yaxmalar, sepsislə fəsadlaşmış abort zamanı isə bakterioloji tədqiqat üçün əlavə olaraq material götürülür;

- odlu silah, çapıcı, kəsici, deşici-kəsici və küt alətlərlə törədilmiş xəsarətlərdən baş vermiş ölümlərdə tibbi-kriminalistik tədqiqat üçün paltar, dəri, sümük və qığırdaq hissələri xəsarətlərlə, parenximatoz üzvlər yara kanalı ilə götürülür və müayinəyə göndərilir;

- bioloji mənsubluğun, cinsin, yaşı və boyun təyini üçün skeletləşmiş və şəxsiyyəti məlum olmayan yanmış meyitlərin sümük qalıqları.

Müayinəyə göndərilməsi nəzərdə tutulan obyektlərin götürülməsi, qablaşdırılması və möhürlənməsi müvafiq qaydalara uyğun olaraq icra edilir. Müvafiq göndəriş blankı (blankları) doldurulur və həmin blanklarda məhkəmə-tibb ekspertizanın kim tərəfindən, nə vaxt təyin edildiyi və qərarın şöbə və bölmələrində həll edilməsi sualları göstərilir.

Meyitin müayinəsi qurtardıqdan sonra bütün daxili üzvlər ekspertin nəzarəti altında meyitin boşluqlarında yerləşdirilməli və təşrih kəsiyi, eyni zamanda əlavə aparılmış kəsiklər də tikilməlidir. Meyitə məxsus olmayan üzvlərin və ya kənar əşyaların meyitin boşluqlarında yerləşdirmək olmaz.

Müayinənin sonuna qədər və laborator tədqiqatlara material götürülənədək meyitə konservəedici maddələrin yeridilməsi qadağandır. Ekspertiza qurtardıqdan sonra meyitin konservasiyası yalnız ekspertizanı təyin etmiş şəxsin yazılı icazəsindən sonra icra edilə bilər.

Meyitin ekspertizasında ölümün zorakı olaraq xəsarətlərdən, zəhərlənmədən, xəstəxanadan kənar abortun fəsadlarından və s. baş verməsindən müəyyən məlumatı olduqda, ekspert təcili olaraq, ölümün səbəbi barədə ekspertizanı təyin etmiş şəxsi xəbərdar edir.

Mərhumun sağlığında kəskin yolxucu xəstəliklərlə (səpgili, qarın və qayıdan yatalaq, dizenteriya və s.) xəstələnməsi müəyyən edildikdə, təcili olaraq bu barədə rəhbərliyə və müvafiq Gigiyena və Epidemiologiya Mərkəzinə yazılı şəkildə xəbərdardlıq edir.

Yuxarıda göstərilənlərin tam və ətraflı müayinəsi üçün meyidin təşrih texnikasını bilmək lazımdır və meyidin məhkəmə-tibbi müayinəsi patoloji anatomik müayinədən fərqlənir və bu fərq meyidin hansı məqsədlə müayinəsindən asılıdır. Məhkəmə-tibbi müayinənin məqsədi istintaq orqanlarına kömək etməkdən ibarət olduğu halda, patoloq-anatomlar meyidi həkimləri təkmilləşdirmək məqsədi ilə, müayinə edirlər. Məhkəmə-tibb ekspertləri meyidin müayinəsinə apardıqda, müəyyən etdikləri, tapdıqları xüsusiyyətləri bir istintaq sirri kimi saxlayırsa, patoloq-anatom müalicə həkimlərinin iştirakı ilə meyidi müayinədən keçirir və geniş auditoriyada patoloji-anatomik konfranslarda, aşkar etdiklərini müzakirə edirlər. Meyidin məhkəmə-tibbi müayinəsində meyidin xarici müayinəsinə (paltarlara, yad maddələrə, meyit əlamətlərinə, paltarlarda olan izlərə, çirklənmələrə, zədələrə və s.) çox diqqət yetirildiyi halda, patoloji-anatomik müayinədətəşahür zamanı, xarici müayinədə bu məsələlər o qədər əhəmiyyət daşımır. Meyidin müayinəsinə dair sənədlərin tərtib edilməsində də fərq vardır.

Məhkəmə-tibbi ekspertləri tərtib olunan sənədi meyidin məhkəmə-tibbi müayinə ekspertizası rəyi (aktı) adlandırdığı halda, patoloq anatomlar həmin sənədi patoloji-anatomik müayinə protokolu adlandırır və bu sənədlərin tərtibində böyük fərq nəzərə çarpır.

Patoloji anatomik müayinədən fərqli olaraq meyidin məhkəmə-tibbi müayinəsində (ekspertizasında), xüsusən zorakı ölüm hadisələrində meyidin fotosəkli çəkilir. Meyidin fotosəklinin çəkilməsi, naməlum meyitlərin şəxsiyyətinin tanınmasında, meyiddə aşkar edilmiş xəsarətlər haqda dəqiq fikir yürütməkdə böyük rol oynayır. Meyiddə olan xəsarətlərin fotosəkillərindən tərtib edilmiş, fotosəhifə ekspert rəyinə əlavə edilir ki, bu da tərtib edilmiş rəyin keyfiyyətini artırmış olur. Daxili müayinə üçün təşrih edilən meyitlərin müayinəsində üç – baş, döş, qarın boşluğunun açılması mütləqdir. Fəqərə sütunu zədələnmələrində fəqərə sütunu kanalı da açılır. Yuxarıda göstərilən üç boşluqdan biri açılmadıqda, bu meyidin müayinəsinin tam olmadığına dəlalət edir və təkrarı ekspertiza üçün zəruriyyət yaradır.

Meyit müayinə üçün xüsusi hazırlanmış təşrih masası üzərinə uzadılır. Müayinə aparən məhkəmə-tibb eksperti onun sağ tərəfində durur. Adətən zədə yerləşən nahiyyədən (boşluqdan) müayinə başlayır. Hava emboliyasına, pnevmotoraksa şübhə olduqda əvvəl döş boşluğu açılır.

Kəllə boşluğunu açmaq üçün ənsə-boyun nahiyyəsinə taxta və ya metal yastıq (başaltı) qoyulur. Qabırğa bıçağı vasitəsilə, sağ gicgah sümüyünün

məməvari çıxıntısından, sol gicgah çıxıntısına qədər təpə qabarıqlarından keçərək, başın yumşaq toxumaları sümüyədək qövs şəklində kəsilir. Başın tükü uzun olan şəxslərdə, kəsik aparmazdan əvvəl tüklər köndələn olaraq iki yerə ayrılır. Başın tükü olmayan şəxslərdə, kəsiyin kəskin nəzərə çarpmaması üçün, yaxşı olar ki, kəsik təpə-ənsə sərhəddindən aparılsın. Kəsilmiş yumşaq toxumaların ön hissəsi qaşüstü qövslərə qədər, arxa hissə isə böyük ənsə dəliyinədək soyulub ayrılır. Kəllə qapağı sümüklərinin tamlığının pozulmasını dəqiqləşdirmək üçün, sümüküstlüyü kəsilib təmizlənməlidir. Gicgah əzələlərinin yuxarı hissəsi qövsvari kəsilərək yuxarıdan aşağıya doğru soyulur.

Bundan sonra kəllə qapağını çıxarmaq üçün o, mişarlanır. Bu məqsədlə sol ələ dəsmal bükməklə, kəllə başaltıya (yastığa) fiksə edilir, sağ əllə laylı mişar vasitəsi ilə kəllə qapağı mişarlanır. Mişarlanma xətti öndən göz çuxurundan 1-2sm yuxarı horizontal şəkildə, yanlarda gicgah pulundan, arxadan isə xarici ənsə qabarıqlarından bir qədər yuxarıdan keçir. Mişarlanma zamanı imkan daxilində beyin qışalarının və toxumasının zədələnməməsinə çalışmaq lazımdır.

Tam mişarlanmayan yerlər isgənə və çəkil vasitəsilə ayrılır, bu zaman çatların yaranması təhlükəsini nəzərə alaraq ehtiyatla hərəkət etmək lazımdır. Sonra çəkicin dəstəyinin qırmaqla qurtaracağından istifadə edərək alın sümüyün mişarlanmış kənarı yuxarı və arxaya qaldırılaraq kəllə qapağı çıxarılır. Kəllə qapağını müayinə etdikdə onun tamlığına, sümüklərin qalınlığına, kəllə tikişlərinin vəziyyətinə fikir verilir.

Xəsarətləri təsvir etdikdə (çatları, sınıqları, batıqlığı və s.) xarici və daxili səhifələr tərəfdən onların görünüşü və xarakteri qeyd olunur.

Sonra beynin sərt qışasını yoxlayır, onun tamlığı, nəmliyi, gərginliyi, doluqanlılığı xarici səthdən müəyyən edilir. Beynin sərt qışasını çıxarmaq üçün o, yan tərəfdən pinset vasitəsilə dartılır və qayçı ilə mişarlanma yerinin kənarı boyunca kəsilir və pinset vasitəsilə ön hissəsi qaldırılaraq onun orağabənzər çıxıntısının xəlbir sümüyünə, xoruzpipiyi adlanan yarığa birləşən yeri kəsilir və sərt qışa öndən arxaya doğru soyulur.

Beyin yarımkürələrini əhatə edən, yumşaq qışa müayinə edilir, onun vəziyyəti və xüsusiyyətləri (şəffaflığı, nəmliyi, qanla dolma vəziyyəti və s.) aydınlaşdırılır. Beynin qırış və sırımalarının vəziyyəti təsvir edilir.

Baş beyni çıxarmaq üçün əvvəl sol əli alın paylarının altına salıb böyük yarım kürələri kəllə əsasında yuxarıya və arxaya doğru qaldırılır, ön kəllə çuxurunda görmə çarpazı, yuxu arteriyaları, digər sinirlər, uzunsov beyin onurğa beyninə keçən sərhəddən kəsilir. Baş beyni çıxartmaq üçün sağ və sol tərəfdən beyin artımları kəsilir, kəsik türk yəhəri nahiyyəsindən gicgah sümüyünün daşlı hissəsinə müvafiq aparılaraq və bu zaman sol əl beynin altında olmalıdır, çünki tutulmasa beyin, beyin artımları nahiyyəsindən qırıla bilər. Bu nahiyyədə

bıçağı böyük ənsə dəliyinə salaraq onurğa beyin birinci boyun fəqərəsi səviyyəsində dərindən kəşilir. Bundan sonra baş beyin kəllə boşluğundan arxaya və yuxarıya doğru çıxarılır.

Çıxarılmış beyin çəkilir və əsas yuxarıya doğru olmaqla elə qoyulur ki, beynin arteriyalarını (onurğa, əsas, arxa, orta, ön beyin arteriyası və Vilizin arterial dairəsi) müayinə etmək asan olsun. Elə burada beynin əsasında beynin yumşaq qişasının vəziyyəti (qalınlaşmasını, tutqunlaşmasını və s.) təyin edilir. Sonra baş beyin çevrilir və ehtiyatla onun yuxarı səthi nəzərdən keçirilir.

Beynin müayinəsi müxtəlif üsullarla aparılır, onların içərisində i.Buyalskinin təklif etdiyi üsul daha rahat və əlverişlidir.

Dəri və dərialtı əzələdən azad edilmiş boyun hissəsi adi baxışla nəzərdən keçirilir, patoloji dəyişikliklərin olub-olmaması aydınlaşdırıldıqdan sonra, kürək-dilaltı əzələləri və döş-körpücük məməvari əzələlər hər iki tərəfdən aşağı hissədən kəsilib yuxarıya doğru qaldırılır. Beləliklə ümumi yuxu, daxili vidaçi vena, azan sinirin üzəri açılır. Onların vəziyyəti adi baxışla yoxlanıldıqdan sonra, lazım gələrsə, ümumi yuxu arteriyası, daxili vidaçi vena qayçı ilə açılır, onların içərisində olan dəyişikliklər öyrənilir. Ölümün növündən asılı olaraq boyun, döş, qarın boşluğu orqanları müxtəlif metodlar ilə xaric edilir. Şor metodu ilə ağız, boyun, döş və qarın boşluğu orqanları birlikdə (orqanokompleks) çıxarılır və ağız boşluğu orqanlarından başlayaraq ardıcılıqla müayinə edilir.

Virxov-Tsiqler metodu ilə adətən orqanlar, bədən hissələrinin topoqrafik yerləşməsinə görə, yəni kəllə boşluğundan başlayıb, qarın boşluğu orqanlarının müayinəsi ilə qurtarır. Orqanlar meyitdən xaric edilmədən yerində müayinə edilir.

Abrikosov metodu ilə orqanlar sistemlə xaric edilir.

- a. Ağız, boyun, döş boşluğu orqanları birlikdə;
- b. Bağırsaqlar (12 barmaq bağırsaqdan başqa) birlikdə;
- c. Dalaq ayrıca;
- d. Qaraciyər, 12 barmaq bağırsaq, mədə və mədəaltı vəz birlikdə;
- e. Böyrəküstü vəzlər, böyrəklər, sidik axarları və kiçik çanaq üzvləri, qarın aortası və aşağı boş vena ilə birlikdə çıxarılır;

Qarın və döş boşluğunun açılması üçün kəsik aparılmasından əvvəl bel nahiyyəsi altına dairəvi taxta yastıq qoyulur və nəticədə döş qəfəsi önə qabarıq, baş və boyun sallanmış bir vəziyyət alır, döş və qarın boşluğunun açılması üçün əlverişli duruş vəziyyəti alınmış olur.

Bədənin yumşaq toxumalarının kəsiyi qabırğa bıçağı vasitəsilə orta xətt üzrə qalxanabənzər qığırdağın yuxarı kənarı səviyyəsindən qasıq birləşməsinə qədər göbək həlqəsini soldan keçməklə (dairəvi bağın zədələnməməsi üçün). Boyun nahiyyəsində ancaq dəri örtüyünün kəsilməsinə, döş nahiyyəsində

sümüyə qədər yumşaq toxumaların kəsilməsinə, qarın nahiyəsində dəri və dərialtı piy təbəqəsinin (ola bilər əzələlər hissəsi kəsilmiş olsun) kəsilməsinə çalışmaq lazımdır.

Xarici kəsik aparıldıqdan sonra əvvəlcə qarın, sonra isə döş boşluğu açılır. Xəncərəbənzər çıxıntının altında aşağıda yerləşmiş orqanları zədələməmək üçün qarın divarının bütün qatları ehtiyatla kəsilir. Sol əlin orta və şəhadət barmaqlarını açılmış dəlikdən qarın boşluğuna salınır və qarının ön divarı qarın boşluğuna yeridilmiş barmaqlarla yuxarı qaldırılır və ehtiyatla (qarın boşluğu orqanlarını zədələməmək şərti ilə) həmin iki barmağın arası ilə yuxarıdan aşağıya doğru qasıq birləşməsinə qədər əzələ periton qışaları kəsilərək qarın boşluğu açılır. Qarın boşluğu açılarkən daxili üzvləri zədələməmək üçün düyməli bağırsaq qayçısından istifadə etmək məqsədəuyğundur.

Əgər qarın boşluğunda maye görünərsə (transudat, eksudat, qan) onda kəsik aşağıya doğru uzadıldıqca maye çömçə ilə boşaldılır.

Döş qəfəsini açmaq üçün sol əllə aralanmış qarnın yuxarı hissəsinin çoxu yuxarıya doğru dartılır. Bu zaman sol əlin baş barmağı daxili, digər barmaqlar isə qarın boşluğu örtüyünün xarici səthində (dəri tərəfdən) yerləşdirilir. Qabırğa kənarı boyunca davam edərək periton və əzələlər xəncərəbənzər çıxıntıdan həm sağ, həm də sol tərəfdə xaricə doğru istiqamətdə qabırğalara çatanadək kəsilir: bu zaman qaraciyərdən göbək həlqəsinə qədər dairəvi bağ kəsilir və qabırğa qövslərinin kənarı açılır. Bundan sonra döş qəfəsinin ön hissəsində yerləşən yumşaq toxumaların hamısının kəsilib soyulmasına çalışılmalıdır. Beləliklə, qabırğaların qığırdaq və 5-6 sm uzunluqda sümük hissəsi hər iki tərəfdə əzələ qışasından təmizlənməlidir. Boyuna çatdıqda boynun enli əzələsi dəri ilə birlikdə, çənə sümüyünün horizontal şaxələri və gicgah sümüklərinin məməvarı çıxıntıları açılana qədər hər iki tərəfdə ehtiyatla soyulur, bu zaman elə etmək lazımdır ki, boyun üzvləri, əzələlər zədələnməsin. Döş qəfəsinin ön hissəsi əzələ və dəridən, boynun ön və yan səthləri dəri və dərialtı əzələdən azad edilmiş olur. Müayinə zamanı kəsik aparılmış, boyun, döş və qarnın yumşaq toxumaları arasına qansızmaların, patoloji dəyişikliklərin olub-olmaması müəyyən edilir. Sağ əllə qarın boşluğuna daxil olaraq orqanların topoqrafik vəziyyəti, bitişmələr, qarın boşluğunda sərbəst maye toplanmasını (qan, eksudat və s.) aydınlaşdırmaq lazımdır. Bu zaman diafraqmanın hündürlüyü aydınlaşdırılır (sağda IV-sol tərəfdə isə V-qabırğa səviyyəsində durur).

Bundan sonra döş boşluğu açılır. Qabırğa bıçağı vasitəsi ilə yuxarıdan ikinci qabırğadan başlayaraq onuncu qabırğanın kəsilməsilə başa çatdırılır (qabırğa-qığırdaq sərhəddindən kəsilir) sonra aypara kəsiklər vasitəsi ilə döş sümüyü körpücük sümüyündən ayrılır. Sonra birinci qabırğaların qığırdaqları kəsilir və döş sümüyü və qabırğa qığırdaqları ilə birlikdə yuxarı qaldırılır və

diafraqma yuxarı qaldırılmış qabırğalardan və döş sümüyündən kəsilib ayrılır. Daha sonra döş sümüyü, qabırğaların qığırdaq hissəsi aşağıdan yuxarıya doğru yumşaq toxumalardan kəsilib ayrılır və döş sümüyü, qabırğaların qığırdaq hissəsi ilə birlikdə xaric edilir və döş boşluğu açılır. Orqanlar öz yerində vizual və əl ilə yoxlanılır, orqanların vəziyyəti, boşluqda yad maye və qan olması haqda məlumat əldə edilir.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsini (ekspertizasını) tamamlayıcı əlavə müayinələr üçün meyit hissələri, toxumalar və ifrazatlar götürülərək müvafiq şöbələrə (kimyəvi, bioloji, histoloji, botaniki, bakterioloji, rentgenoloji, spectral analiz və s.) göndərilir.

10.5. Meyitin restavrasiyası və süni yolla konservləşdirilməsi.

Məhkəmə-tibbi müayinə olunmuş meyitlərin restavrasiyası və müəyyən müddət çürümə prosesinə məruz qalmaması ekspert həkimlər üçün bir vəzifə olaraq qalmaqdadır. Ölənlərin yaxınları qəsdən və bədbəxt hadisə zamanı eyni şəkildə salınmış və çürümə prosesinə məruz qalmış meyitlərin daha yaxşı görsənməsi üçün müəyyən xahişlər və tələblər irəli sürür. Ən çox üzdə, boyunda və əldə olan dəyişikliklər restavrasiya olunur.

Məlumdur ki, meyiddə baş verən çürümə dəyişikliklərinin sürətinə və inkişaf dərəcəsinə ən çox aşağıdakı faktorlar təsir edir.

1. Ölümündən əvvəl və müayinədən sonra meyitin olduğu mühit və temperatur.
2. Daha çox mədə-bağırsaq yollarında və qanda artan meyitin mikroflorası.
3. Balzamlaşdırılması aparılmış meyitlərdə balzamlaşdırılmanın keyfiyyəti.

Meyitin çürüməsinin qarşısının alınması hələ çox qədim zamanlardan aparılır. Hələ Qədim Misirdə ölmüş şəxslərin meyitləri xüsusi yollarla balzamlaşdırılırdı. Bu günkü günə qədər meyitin balzamlaşdırılması nə hüquqi, nə də məhkəmə-tibbi cəhətdən həll olunmamışdır.

Süni konservasiyanın ən sadə üsulu damar daxilinə eyni nisbətdə 2-3 litr spirt və formalin məhlulunun yeridilməsidir.

Kəskin çürümə prosesinə məruz qalmış meyitin baş nahiyyəsi 24-48 saat ərzində soyuq və axar su altında saxlanılır. Meyit yaşıllığı baş və üzdə getdikcə itir və həmin nahiyyələr ağarır. Çürümə qazlarını xaric etmək məqsədilə boyunda, dodaqların iç səthində, qulaq seyvanlarının arxasında kəsiklər aparılır və həmin nahiyyələr və üz masaj olunur. Masserasiyaya məruz qalmış dəri əl ilə sığallanır, dəri efirlə və süleymanın spirtdə məhlulu ilə təmizlənir. Göz almalarına parlaqlıq vermək məqsədilə oraya 50%-li qliserin məhlulu yeridilir. Tükləri tökülübse parikdən istifadə etmək olar. Sifəti daha da gözəl-

ləşdirmək üçün kosmetik vasitələrdən istifadə olunur. Həyatla bir araya sığmayan xəsarətlər zamanı kosmetik əməliyyatlar və tikişlər qoymaq olar.

Ölmüş şəxsin xarici görünüşün qorunmasına müayinəyə başlamazdan əvvəl və ondan sonra çalışmaq lazımdır. Məhkəmə təbabəti bir elm kimi meyitin qorunması problemindən yan keçə bilməz və məhkəmə-tibb ekspertləri bu məsələlərdə çox diqqətli olmalıdır.

10.6. Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasının sənədləşdirilməsi “ekspert rəyi” və ya “meyitin məhkəmə-tibbi müayinə aktı”

Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasının nəticələri uyğun olaraq «Ekspert rəyi» (meyitin ekspertizası) və ya «Məhkəmə-tibbi müayinə aktı» adlanan sənədlərdə qeyd edilir.

«Ekspert rəyi» giriş, müayinə hissələrindən, diaqnoz və nəticədən ibarətdir. Giriş və müayinə hissələri «Ekspert rəyi»-nin protokol hissəsi adlanır.

Giriş hissədə aşağıdakılar göstərilməlidir: ekspertizanın keçirilmə tarixi, başlanma və qurtarma müddətləri; onun keçirilmə yeri və şəraiti; ekspertizanın keçirilməsi üçün qərarın olması, ekspertizanı təyin etmiş şəxsin soyadı və vəzifəsi, eləcə də ekspertizanın təyin edilmə tarixi, məhkəmə-tibb ekspertinin (ekspertlərinin) soyadı, adı və atasının adı, vəzifəsi və yeri, sənəti, sənəti üzrə iş stajı, ixtisaslaşma dərəcəsi, elmi dərəcəsi və elmi adı; mərhumun soyadı, adı, atasının adı, doğulduğu tarix (yaş); məhkəmə-tibb ekspertinin ona prosessual hüquq və vəzifələrini izah etmə və bilə-bilə yalan rəy vermə və ya rəy vermədən qəsdən boyun qaçırma və imtina etmə barədə məsuliyyəti elan etmiş şəxslərin soyadı, adı, atasının adı, vəzifəsi və iş yeri; ekspertiza qarşısında həlli üçün qoyulmuş suallar.

Məhkəmə-tibb eksperti qarşısında qoyulmuş suallar giriş hissədə dəyişiklik edilmədən göstərilir.

Giriş hissədə həmçinin ölümün baş vermə şəraiti də (qərardakı, hadisə yerinin müayinə protokolundakı, xəstəlik tarixindəki və müstəntiq tərəfindən ekspertizanın keçirilməsinin başlanmasına qədər təqdim edilmiş digər sənədlərdəki məlumatlar) əks etdirilir. Sənədlərin adı, nömrəsi və tərtib olunma tarixi göstərilir. Əgər məlumatın mənbəyi tibbi sənədlədirsə (xəstəlik tarixi, ambulator kitabça və b.), onda müalicə-profilaktika müəssisəsinin adı, xəstənin ora daxil olma tarixi və müalicədə olma müddəti haqqında olan məlumatlar, daxil olarkən vəziyyət və onun dinamikası, aparılmış müalicə tədbirləri, cərrahi müdaxilələr, analizlərin nəticələri, fəsadlar, yanaşı xəstəliklər, kliniki diaqnozlar göstərilir. Tibbi sənədlərin surətindən istifadə edilməsinə icazə verilmir.

Meyitin müayinəsi qurtardıqdan və «Ekspert rəyi»-nin protokol hissəsi tərtib olunduqdan sonra müstəntiq tərəfindən əlavə olaraq təqdim edilmiş sənədlərdəki məlumatlar nəticələrdən əvvəl göstərilməlidir.

«Ekspert rəyi»-nin təsviri hissəsi ekspert nəticələrini tərtib etmək və əsaslandırmaq üçün obyektiv əsas sayılır. O, özündə meyitin müayinə prosesini və bu zaman aşkar edilmiş bütün faktiki məlumatları (meyitlə təqdim edilmiş paltarlar, ayaqqabı və digər əşyaların təsviri; meyitin xarici və daxili müayinəsi; hava emboliyası, pnevmotoraks, yeni doğulmuş uşaq meyitlərində diri doğulmanın və s. aşkar edilməsi üçün aparılmış sınaqlar; ekspert tərəfindən xüsusi ləvazimatlardan istifadə etməklə aparılmış tədqiqatlar (məsələn, stereomikroskopdan və s.) və yaxud meyitin ayrı-ayrı üzv və nahiyələrinin müayinəsində tətbiq edilmiş xüsusi üsullar; məhkəmə-tibbi şöbə və bölmələrinə ekspertiza üçün göndərilmiş obyektlərin siyahısı və onların nəticələrinin nömrə və alınma tarixləri göstərilməklə qeyd edilməsi; ekspert tərəfindən keçirilmiş sınaqların ardıcılığı və alınmış nəticələr; digər ekspertiza növlərinin keçirilməsi üçün müstəntiqə verilmiş obyektlərin siyahısı cəmləşdirilir.

Təsviri hissəsinin quruluşunun tərtib olunma ardıcılığını ekspertizanın xüsusiyyətindən asılı olaraq, meyitin ekspertizasını aparmış məhkəmə-tibb eksperti müəyyən edir.

Təsviri hissədə meyitin müayinəsi zamanı aşkar edilmiş bütün faktiki əlamətlər obyektiv olaraq tam və məzmunlu şəkildə protokollaşdırılır.

Təsviri hissə məhkəmə-təbabəti sahəsində xüsusi biliyi olmayan şəxslər üçün başa düşülən şəkildə tərtib olunmalıdır. Xüsusi tibbi terminlərin işlədilməsindən qaçmaq mümkün olmadıqda, onların mənası izah olunur.

«Ekspert rəyi»-nin protokol hissəsi laborator tədqiqatlara göndərilən obyektlər qeyd edildikdən sonra məhkəmə-tibb eksperti (ekspertləri) və ekspertizada iştirak etmiş və giriş hissədə göstərilmiş şəxslər tərəfindən imza edilir.

Diagnoz meyitin bilavasitə müayinəsindən alınmış nəticələrə, laborator tədqiqatların nəticələrinə və müalicə-profilaktika müəssisələrinin tibbi sənədlərin (xəstəlik tarixi, ambulator kitabçası və s.) olduqda, onlardakı «Ekspert rəyi»-nin protokol hissəsindən sonra məhkəmə-tibbi diaqnoz yazılır kliniki məlumatlara əsaslanaraq tərtib edilir.

Diagnoz meyitin müayinəsi qurtardıqdan sonra tərtib edilir. Əgər onun tərtib olunması üçün laborator tədqiqatların nəticələri vacibdirsə, onda diaqnoz həmin nəticələr alındıqdan sonra tərtib edilir.

«Ekspert rəyi»-nin nəticələri ekspertiza ilə əlaqədar bütün tədqiqatlar qurtardıqdan sonra tərtib olunur.

Nəticələr ekspert qarşısında qoyulmuş suallara müvafiq olaraq tərtib olunur.

Məhkəmə-tibb ekspertinin çıxardığı nəticələr ekspertiza qarşısında qoyulmuş suallara verilən elmi-əsaslı, aydın cavablardan ibarətdir. Ekspert bu nəticələrə özünün xüsusi biliyinə, meyitin müayinəsi zamanı alınmış və protokol hissədə, diaqnozda qeyd edilmiş məlumatların hərtərəfli obyektiv analizinə və ümumiləşdirilməsinə, laborator tədqiqatların nəticələrinə, tibbi sənədlərin öyrənilməsinə və müstəntiq tərəfindən təqdim edilmiş digər sənədlərə əsasən gəlməlidir.

Nəticələr müxtəlif fikir yürüdülmədən dəqiq və aydın tərtib edilməlidir.

«Ekspert rəyi» məhkəmə-tibbi eksperti (ekspertləri) tərəfindən imza edilir və ekspertizanın bitməsinin tarixi göstərilir.

Əgər rəydə düzəliş və əlavələr edilsə, onda bu haqda sənədin sonunda uyğun qeydiyyat aparılmalı və ekspertin imzası, eləcə də möhürlə təsdiq edilir.

«Ekspert rəyi»-nə fotocədvəllər, xəsarətlərin sxematik təsvirləri və meyitin ekspertizası gedində digər ekspertlər tərəfindən keçirilmiş bütün ekspertiza rəyləri (maddi sübutların ekspertizası) da əlavə edilir. Həmin sənədlərə «Ekspert rəyi»-nin tərkib hissəsi hesab olunur.

«Ekspert rəyi» 2 nüsxədən az olmayaraq tərtib edilir, onlardan biri müəyyən olunmuş qaydada ekspertizanı təyin etmiş şəxsə və ya idarəyə verilir, digəri isə ekspertiza şöbələrinin arxivində saxlanılır.

Zəhərlənmiş meyitlərin müayinə xüsusiyyətləri.

Şəxsin zəhərlənmədən ölməsinə şübhə yarandıqda, meyidi müayinə edən ekspert, meyidin müayinə xüsusiyyətini nəzərdən qaçırmamalıdır. Birinci növbədə meyidin paltarlarına fikir verilməlidir. Toz halında olan zəhərli maddə intihar məqsədi ilə qəbul edildikdə, zəhər paltarlara səpələnmişsə, paltarların diqqətli müayinəsində qəbul edilmiş zəhər nümunəsi tapıla bilər. Meyidin paltarlarının cibindən zəhərli dərman maddəsinə aid olan resept tapıla bilər ki, bu da ekspert üçün ölümün səbəbini aydınlaşdıranda əhəmiyyətli ola bilər. Meyidin yarılməsi zamanı, təşrih masası və onun yaxınlığında zəhərli maddə və ya kəskin təsirə malik olan kimyəvi maddələr qoyulmamalıdır. Seksion masa, təşrih üçün istifadə edilən alətlər təmiz su ilə yuyulub təmizlənməlidir.

Kimyəvi, histoloji, bakterioloji müayinələr aparılması qabaqcadan nəzərə alınmalı və daxili üzvlərin götürülməsi üçün hazırlıq aparılmalıdır. Daxili orqanların laboratoriyalara göndərilməsi üçün istifadə ediləcək şüşə bankalar əvvəlcə təmiz, sonra isə distillə edilmiş su ilə yaxşıca yuyulmalı, qurudulmalıdır. Qida zəhərlənmələrinə şübhə olduqda isə qablar və pipetkalar və s. İstifadə edilən alətlər steril olmalıdır. Zəhərlənmələrə şübhə olan meyitlərin daxili müayinəsi aparıldıqda sudan istifadə edilməməlidir.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi aparılıb qutardıqdan sonra meyidin tualetinə fikir verilməlidir. Ekspert bilməlidir ki, müəyyən səbəblərdən asılı olaraq, meyit təkrar müayinədən keçirilə bilər. Bu səbəbə görə yad kimyəvi maddələrin, daxili orqanların tərkibinə daxil olunmasına yol verilməməli, kəllə, döş, qarın boşluqlarında tənəzi, pambıq kimi yad maddələr saxlanmamalıdır.

Meyitlərin məhkəmə-tibbi müayinəsi haqqında əsasnamədə şəxsin zəhərlənmədən ölməsinə şübhə törənmiş hadisələrdə meyidin müayinəsi texnikası haqqında göstəriş verilmişdir. Meyidin xarici müayinəsindən sonra, döş və qarın boşluqları, axırda kəllə boşluğu müayinə olunmalıdır. Daxili orqanlardan ilk növbədə ürək müayinə olunmalıdır. Zəhər ağızdan- peros qəbul olunmuşsa, ürək müayinə olunduqdan sonra, mədə-bağırsaq sistemi müayinədən keçirilir. Mədənin girəcək və çıxacağını bağladıqdan, liqatura qoyduqdan sonra mədə kəsilib götürülür və kiçik əyrilikdən açılır, möhtəviyyatın xüsusiyyəti, selikli qışada olan dəyişikliklər yoxlanılır. Yoğun və nazik bağırsaqlarda liqatura qoyduqdan sonra, ayrılıqda xaric edilib müayinə edilir. Mədə və bağırsaqlar təmiz qablarda müayinədən keçirilməlidir. Mədə və bağırsaqların müayinəsindən sonra, ağız və boyun üzvləri, daha sonra isə qalan digər daxili orqanlar ümumi qayda ilə müayinə edilir. Ürəyin müayinəsindən sonra, orqanların müayinə olunması, zəhərin hansı nəhiyədən, hansı orqandan orqanizmə daxil olmasından asılıdır. Məsələn, meyitin xarici müayinəsi aparıldıqda məlum olsa ki, zəhər ağızdan yox, cinsiyyət üzvlərindən yeridilmişdir, bu vaxt birinci növbədə cinsiyyət üzvlərinin müayinədən keçirilməsi məsləhətdir.

Bir çox zəhərli maddələrin orqanizmdə zəhərin xassəsini aydınlaşdırma biləcək xarakterik morfoloji dəyişiklik törətməməsi bizə məlumdur. Göstərilən səbəbdən asılı olaraq, müvafiq hadisələrdə zəhərlənmədən ölmüş adamın ancaq meyitin müayinədən keçirməklə ölümün səbəbini aydınlaşdırmaq qeyri-mümkün olduğundan, əlavə müayinə metodlarından istifadə edilməlidir.

Meyitin müayinəsində aşkar edilən morfoloji dəyişikliklərə əsasən, şəxsin zəhərlənmədən ölməsini təyin etdikdə belə, ölümün səbəbini dəqiqləşdirmək üçün daxili orqanların kimyəvi analizlərini aparmaq vacibdir.

Meyitin materiallarının göstərilməsi və məhkəmə-kimyəvi müayinəyə göndərilməsi haqda əsasnamədə göstərilmişdir ki, zəhərlənməyə şübhə olan meyitlərin ekspertizasında meyidin aşağıda göstərilən üzvlərindən azı 2,0kq daxili orqanlar götürülüb ayrı-ayrı qablara qablaşdırıb məhkəmə-kimyəvi laboratoriyaya göndərilməlidir.

1. Mədə və möhtəviyyatı.
2. Yoğun və nazik bağırsaq möhtəviyyatla bir metrə qədər.
3. Ödlə dolu öd kisəsi və qaraciyərin bir hissəsi.

4. Bir böyrək və sidiyin hamısı.
5. Baş beynin təxminən 1/3 hissəsi.
6. 200ml-dən az olmayan qan.
7. Ürək, dalaq, ağciyərin 1\4 hissəsi və ya zəhər yeridilən toxuma və üzvlər.

Zəhərlərin eyni təsirə malik olmamasına və orqanizmdən müxtəlif yollarla xaric olmasına görə, zəhərin daxili orqanlar arasında bölünməsi ayrı-ayrı zəhərlənmələrdə müxtəlif olur.

Şəxsin hansı zəhərin təsirindən ölməsini güman etməyə əsas olduğu hallarda, zəhərin təsir mexanizmini və başqa xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq, məhkəmə-kimyəvi müayinə üçün müxtəlif zəhərlənmələrdə müəyyən orqanlar götürülməlidir və orqanların götürülməsinin ümumi qaydaları göstərilməlidir.

Sianid turşusu və onun duzları ilə zəhərlənmələrdə mədə möhtəviyyatla, etil spirti ilə zəhərlənmədə qan 250 ml-dən az olmamaqla, metil, izoamil və s. turşularla zəhərlənmədə beynin bir hissəsi, mədə bağırsaqların möhtəviyyatı, qan, ağciyər və qaraciyərin bir hissəsi götürülür. Arsenlə xroniki zəhərlənmədə göstərilənlərdən əlavə tük, dırnaq, yastı sümüklərdən, civə ilə zəhərlənmələrdə yoğun bağırsaqların götürülməlidir.

Kimyəvi müayinə üçün götürülmüş orqanların konservləşdirilməsinə icazə verilmir. İsti yay aylarında çox uzaq yerə göndərmək lazım gəldikdə spirt və nitrit zəhərlənmələrindən əlavə, digər zəhərlənmələrdə, daxili orqanlar təmiz etil spirti içərisində göndərilə bilər. Bu vaxt daxili orqanlarla bərabər kontrol müayinə aparmaq üçün konservləşdirmə üçün istifadə edilmiş spirdən 300ml-ə qədər laboratoriyaya göndərmək lazımdır. Şəxsin zəhərlənmədən ölməsinə şübhə yarandıqda və meyitin kəskin çürümə prosesinə uğradığı hadisələrdə, ilkin və təkrari müayinə üçün meyit ekshumasiya edildikdə orqanlardan əlavə, məhkəmə-kimyəvi müayinə üçün tabutun və kəfəndə dəfn edilmiş meyidin altından, üstündən, yanlarından, baş və ayaq tərəfindən hər bankaya bir kq-a qədər torpaq götürülməlidir. Tabutun alt taxtasından, rəngindən, meyidin paltarından və kəfənin müəyyən hissələrindən götürülməsi və məhkəmə-kimyəvi laboratoriyaya göndərilməsi məsləhət görülür. Ola bilər ki, torpaq və tabutun, paltarların tərkibində zəhər olsun, basdırıldıqdan sonra meyidin orqanlarına daxil olsun.

FƏSİL XI. NAMƏLUM ŞƏXSLƏRİN, PARÇALANMIŞ VƏ SKELETLƏŞMİŞ MEYİTLƏRİN MÜAYİNƏSİ. EKSHUMASIYA

11.1. Naməlum şəxslərin, parçalanmış və skeletləşmiş meyitlərin müayinəsi.

Naməlum şəxsin meyitinin müayinəsi zamanı məhkəmə-tibbi ekspertinin qarşısında duran ən əsas məsələ ölən şəxsiyyətinin tanınmasıdır.

Naməlum şəxsin meyitinin müayinəsi zamanı ekspert şəxsə aid olan bütün fərdi əlamətləri dəqiq və ardıcıl qeyd etməlidir.

Naməlum şəxsin şəxsiyyətini təyin etmək mümkün olmasa, cinayətin üstünü açmaq demək olar ki, qeyri mümkündür. Buna görə də naməlum şəxslərin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı şəxsiyyətin tanınması cinayətin açılmasına çox böyük kömək edə bilər. Belə meyitlərin müayinəsi zamanı ölümün səbəbini, zədələrin xarakterini aydınlaşdırmaqla yanaşı şəxsiyyətin tanınmasında ona fərdilik verən hər bir əlaməti məhkəmə-tibbi eksperti aşkar edib, ətraflı təsvir etməlidir. Naməlum meyitlərin ekspertizasında baş nəhiyyəsinin təsviri təklif olunmuş sxemə əsaslanaraq aparılmalıdır.

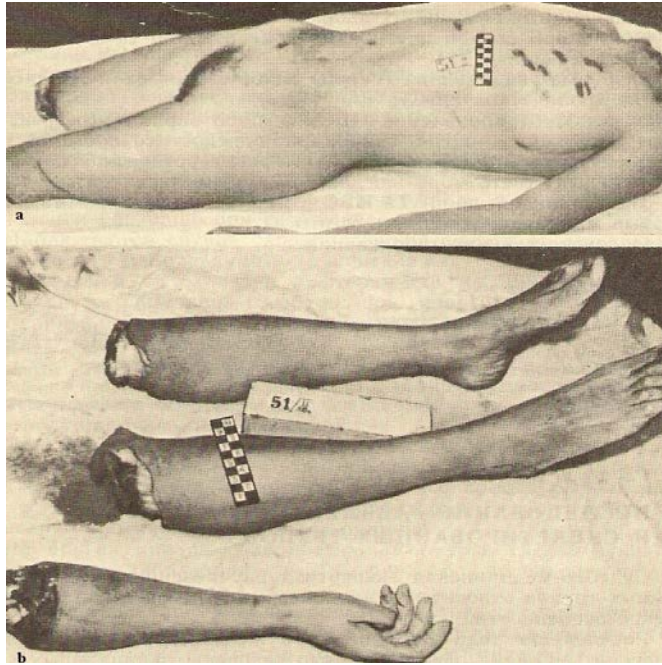
Meyitin daxili müayinəsində keçirilmiş xəstəliklərin, travmaların, cərrahi əməliyyatın olub-olmamasına fikir vermək lazımdır. Bəzi hallarda yuxarıda göstərilənlər tibbi sənədlərdə öz əksini tapır, bu da öz növbəsində şəxsiyyətin tanınmasında kömək göstərə bilər.

Meyitin xarici müayinəsi zamanı məhkəmə-tibb eksperti paltarları ətraflı təsvir etməlidir. Paltarda olan bütün əlamətlər rəngi, köhnə və təzəliyi (tikilişi, ölçüləri, paltarda olan yad maddə, ləkələr, xəsarətlər, hətta düymələrin sayı və s.) dəqiqliklə qeyd olunmalıdır.

Paltarlar soyundurulduqdan sonra bədən üzərində olan döymələr, xallar, çapıqlar, əgər varsa xəsarətlər dəqiq müayinə olunmalıdır və onların şəkli çəkilməlidir. Ümumiyyətlə həm paltarlı vəziyyətdə və həm də paltarsız meyitin fotosəkli mütləq çəkilməlidir. Meyitin sifətində həyatla bir araya sığmayan xəsarətlər varsa, onlar restavrasiya olunmalıdır. Meyiddə çürümə yaşıllığı olarsa bunun aradan qaldırılması üçün tədbirlər görülməlidir.

Meyitin yaşı təxmini təyin olunmalıdır. Yaşın təyində istifadə olunan metodlardan istifadə etməklə bədən mütəlif nəhiyyələrin rentgenoqramı çəkilməlidir.

Parçalanmış meyitlərin müayinəsi məhkəmə-tibbi ekspertizanın çətin və mürəkkəb növlərindən biridir. Meyitin bədəninin parçalanmasına kütləvi qırğın silahlarının, mərminin və digər odlu silahların təsirindən, avtomobil, dəmiryol travmalarında və s. hallarda rast gəlinir. Bütün bunlarla yanaşı meyit və ya canlı şəxs kriminal məqsədlərlə də parçalana bilər (şəkil 29).



Şəkil 29. Meyitin kriminal parçalanması (a, b)
(V.N.Kryükova görə)

Meyitin kriminal baxımdan parçalanması 2 yerə bölünür:

1. Defenziv parçalanma – belə parçalanma zamanı cinayətkarlar meyiti daha asan daşımaq məqsədilə və ya ölən şəxsiyyətinin tanınmaması məqsədilə hissələrə bölür (Şəkil 30).





Şəkil 30. Ayrı-ayrı hissələrə parçalanmış kişi meyidinin hadisə yerində ümumi və yaxından görünüşü (defenziv parçalanma).

2. Offenziv parçalanma – seksual qətilər zamanı daha çox rast gəlinir. Bu zaman cinayəti törətmiş şəxs meyitin və ya qətlə yetirməzdən əvvəl canlı şəxsin cinsiyyət üzvlərini, döşlərini, daxili orqanlarını və s. hissələrini kəsib atırlar. Belə parçalanmaları əsasən psixi pozğunluğu olan şəxslər törədir.

Meyit adətən iti alətlər vasitəsi ilə parçalanır. Meyitin bütün bədənini, ən çox isə başı və ətrafları kəsilir (Şəkil 30). Bir çox hallarda meyitin parçalanmış hissələri müxtəlif vaxtlarda və bir-birindən uzaq müxtəlif yerlərdə tapılır.

Məhkəmə-tibbi müayinəyə parçalanmış meyitin bütün hissələri və ya meyitin ayrı-ayrı hissələri göndərilə bilər. Çox vaxt ekspertizaya göndərilmiş hissələr çürümə prosesi nəticəsində dəyişikliyə uğrayır. Bəzən isə cinayətkar tərəfindən parçalanmış hissələr ölən şəxsiyyətini təyin olunmaması məqsədilə qəsdən tanınmaz hala salınır və ya eybəcərləşdirilir.

Parçalanma nəticəsində ekspertizaya toxuma fraqmentləri də göndərilə bilər. Belə hallarda fraqmentlər seroloji, mikroskopik müayinə olunmalıdır və həmin fraqmentlərin heyvana və ya insana mənsub olması təyin olunur.

Tam hissələr göndərildikdə isə (əl, ayaq, hər hansı orqan və s.) xarici müayinə ilə də ekspertizaya təqdim olunmuş hissənin anatomik-morfoloji xüsusiyyətlərinə görə onun növ mənsubluğunu təyin etmək olar. Parçalanmış ayrı-ayrı hissələr ekspertizaya təqdim olunduqda isə bu hissələrin bir meyitə və ya ayrı-ayrı meyitlərə məxsus olmasının təyin olunması daha çətindir. Bu məqsədlə onlar diqqətlə müayinə olunur, ölçülür və sonra müqayisəli uyğunlaşdırılır. Bütün hissələrin qan qrupu və qanın digər amillər təyin olunur.

Parçalanmış tikələrdən qan götürmək mümkün olmadıqda əzələlər, sümüklər və s. toxumalar müayinə olunur. Bu məqsədlə tüklərin müayinə nəticələrindən də istifadə etmək olar. Əgər müayinəyə meyitin bütün hissələri göndərilməzsə və gözləmək lazım gələrsə onlar soyuducuda və ən son halda formalində saxlanılır.

Parçalanmış və skeletləşmiş meyitlərin müayinəsi zamanı ən əsas məsələ ölən şəxsiyyətinin təyin olunmasıdır. Ekspert qarşısında öləninin yaşının, cinsinin, boyunun, hansı peşə ilə məşqul olmasının təxmini təyini barədə suallar qoyula bilər. Bu məqsədlə naməlum şəxslərin müayinəsi zamanı istifadə olunan metodlardan istifadə olunur. Məhkəmə-tibbi müayinəyə göndərilmiş hissələrin antropometrik göstəricilərindən qanın seroloji müayinəsindən, restavrasiya üsullarından və s. istifadə olunur.

Baş, boyun, sifət kəskin çürüməyə məruz qalarsa və eybəcər hala salınsa restavrasiya aparılmalıdır. Portretin restavrasiyası tək kəlləyə əsasən aparıla bilər. Bu zaman M.M. Qerasimovun təklif etdiyi üsuldən istifadə olunur.

Patoloji sümük dəyişikliklərinin sağlığında alınmış sümük xəsarətlərinin izlərini və yaşın təyini zamanı rentqenoqrafiyadan geniş istifadə olunur.

Dişlərin rənginin, sayının, formasının inkişaf anomaliyalarının, süni dişlərin və protezlərin olması kimi xüsusiyyətlərin öyrənilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir.

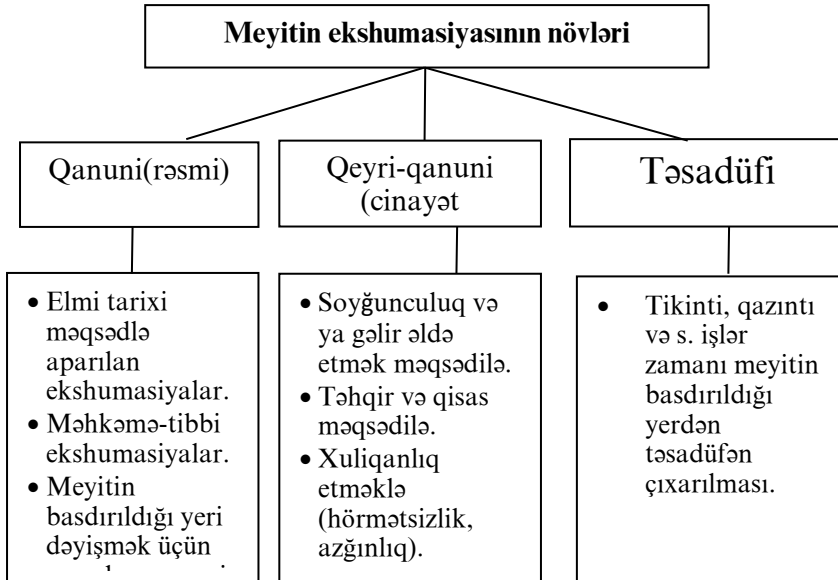
Şəxsiyyətin təyin olunması üçün meyitlə birlikdə gətirilmiş paltarların və digər əşyaların qorunub saxlanması vacibdir.

Məhkəmə-tibbi ekspertin qarşısında qoyulan əsas suallardan biri də ölümün səbəbinin təyiniyədir. Bu suala cavab vermək üçün xəsarətlər və onların həyati və ya ölümdən sonra yetirilməsi diqqətlə müayinə olunmalı və öyrənilməlidir. Bu zaman histoloji müayinələrin aparılması ekspertə böyük köməklik göstərə bilər. Parçalanmış və skeletləşmiş hissələrdə hər hansı bir zəhərin olub- olmamasını təyin etmək məqsədilə mütləq məhkəmə-kimyəvi analiz aparılmalıdır. Ölümün müddətinin təyin olunmasında parçalanmış hissələrin bölünmə vaxtına və meyit dəyişikliklərinin inkişaf dərəcəsinə (ilın fəslə və parçalanmış, skeletləşmiş hissələrin yerləşdiyi şərait nəzərə alınmaqla) əsaslanmaq lazımdır. Hissələrə ayrılmanın və ya parçalanmanın xarakterinin, səthinin vəziyyətinin, mexanizminin xüsusiyyətlərinin təyini istifadə olunmuş alətin xarakterini və növünü təyin etməkdə mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Kəsilmiş hissələrin yara kənarlarına, onların quruluşuna dəqiq və diqqətli fikir verilməlidir. Buna görə də xəsarət izləri ətraflı müayinə olunmalıdır.

11.2. Ekshumasiya.

Ekshumasiya latın dilində (exhumatio: ex – çıxarılma, humus – torpaq) – torpaqdan çıxarılma kimi tərcümə olunur. Ekshumasiya meyitin dəfn olunan yerdən çıxarılmasına deyilir. İnhumasiya isə torpağa basdırılma deməkdir.

Ekshumasiya meyitin dəfn olunan yerdən çıxarılması olub Azərbaycan Respublikası CPM-nin 237-ci maddəsi ilə tənzimlənmişdir. Meyidin qəbrdən çıxarılması yalnız məhkəmənin qərarı əsasında keçirilir. Ekshumasiyanın səbəbləri çox müxtəlifdir. Onlar aşağıdakı cədvəldə (cədvəl 2) göstərilmişdir.



Məhkəmə-tibbi baxımından aparılan ekshumasiyalar aşağıdakı səbəblərdən keçirilə bilər:

1. Meyitin ilkin məhkəmə-tibbi ekspertizasında öz həllini tapmamış sualların meydana çıxması zamanı;
2. Məhkəmə-tibbi ekspertizadan keçmədən basdırılmış və sonra da zoraki ölümə şübhə yarandığı hallarda;
3. Meyitin ilkin məhkəmə-tibbi müayinəsinə şübhə yarandıqda və əhəmiyyətli çatışmamazlaqlar olduqda;
4. Cinayətkar tərəfindən gizli basdırılmış və yaxud təsadüf nəticəsində aşkar olunmuş meyitlər tapılan zaman.

Ekshumasiya olunmuş meyitin müayinəsi adətən meyitxanada keçirilir, bəzi hallarda digər şəraitlərdə və hətta qəbirstanlıqda müayinə aparıla bilər. Bu zaman müayinə üçün lazimi şərait yaradılmalıdır. Müayinədən əvvəl ekspert işin şəraitini, əgər ilkin müayinə aparılıbsa onların nəticələrini dərinlən öyrənir.

Ekshumasiyadan əvvəl dəfn olunma yeri dəqiqləşdirilir və bu ölünün qohumları tərəfindən təsdiqlənir. Qəbr açıldıqdan sonra meyit qəbrdən çıxarılır (şəkil 31). Ekshumasiyanın gedişində qəbrin dərinliyi, ölənin şəxs tabutda basdırılıbsa, tabutun xarakterini, onun vəziyyətini, içində olanları dəqiq öyrənilməlidir.

Gizli basdırılmış meyitlərin ekshumasiyasında torpağın xarakterinə, basdırılma yerinin dərinliyinə ciddi fikir vermək lazımdır.

Ekshumasiya olunmuş meyitlərin müayinəsi meyitlərin ümumi müayinə qaydalarında olduğu kimi aparılır. Əgər meyitin ilkin müayinəsi aparılıbsa

bu zaman ekspert təşrih nahiylərindən anatomik kəsikləri götürülmüş üzv və toxumaların çatışmamazlıqlarını, tikişləri və s. nəzərə almalıdır. Həmçinin meyitin çürüyüb-dağılması nəticəsində baş vermiş dəyişiklikləridə qeyd olunmalıdır.



Şəkil 31. Ekshumasiya

Bir çox hallarda meyitdə baş verən dəyişikliklər qarşıya qoyulan sualları çətinləşdirir. Belə hallar ekshumasiyanın meyit dəfn olunduqdan uzun müddət keçdikdən sonra aparılan hallarında rast gəlinir.

Sümüklərdə olan mexaniki xəsarətlər ölənin şəxsin dəfnindən sonra uzun illər keçməsinə baxmayaraq ekshumasiya zamanı təyin oluna bilər və onların xarakteri, əmələ gəlmə mexanizmi təyin edilə bilər.

Təzə basdırılmış meyitlərin ekshumasiyası zamanı dərinin sirkə-spirt məhlulu ilə işlənməsi qançırların və dəri yaralarının ilkin görünüşünü qismən bərpa edə bilər. Məlumdur ki, bir çox maddələr meyitdə uzun müddət qala bilər. Ona görə də ekshumasiya olunmuş meyitin ekspertizasında laborator tədqiqat üsulları olan məhkəmə-kimyəvi, histoloji, tibbi kriminalistik, tibbi bioloji və s. mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Əgər zəhərlənmədən ölümə şübhə yaranarsa bədənin və ya tabutun ön, yan, üst və alt nahiyələrindən torpaq nümunələri götürülür. Hər nümunə üçün ən azı 500 q torpaq götürülməlidir. Məhkəmə tibbi müayinədən sonra meyit yenidən dəfn edilir.

FƏSİL XII. YENİDOĞULMUŞ UŞAQ MEYİTLƏRİNİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ MÜAYİNƏSİ

Ananın yenidoğduğu uşağı doğuş vaxtı və ya bilavasitə doğuşdan sonra qəsdən öldürməsi uşaqöldürmə adlanır. Bu cinayəti törətmiş ana Azərbaycan Respublikası Cinayət Məcəlləsinin 121-ci maddəsinə əsasən üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum edilməklə cəzalandırılır. Yenidoğulmuş uşaq meyitlərinin müayinəsi məhkəmə-tibbi ekspertizanın çətin və mürəkkəb sahələrindən biridir.

Əgər ana öz uşağını doğuş vaxtı və ya doğuşdan bilavasitə sonra öldürərsə və bunu anlaşıq vəziyyətdə, stress, psixoz və ya hər hansı bir psixi pozuntu səbəbindən edərsə bu zaman məhkəmə-tibbi psixatrik ekspertiza təyin olunmalıdır. Doğuşdan əvvəl və doğuşdan sonra baş verən psixozlara təxminən 2-10% hallarda rast gəlinir. Bu zaman ana özünə kömək məqsədilə, öz hərəkətlərini bilmədən uşağı öldürə bilər. Belə hallarda ana məsuliyyətdən azad olunur və ya onun cəzası yüngülləşdirilir.

Tədqiqatların nəticəsinə görə hamiləliyi ağır keçən, nəsində psixi xəstəliyi olan analar daha çox doğuşdan əvvəl və ya doğuşdan sonra baş verən psixozlarla xəstələnir. Müasir dövrə qədər alimlər tam qətiyyətlə belə halların baş vermə səbəbini izah edə bilmirlər.

Tibb kollecinin 16 yaşlı tələbəsi diri doğduğu uşağına manikür qayçısı vasitəsilə 26 kəsilməş yara xəsarəti yetirmişdir. Bu xəsarətlərdən biri sol döş boşluğuna sirayət edən xəsarət olmuşdur və elə bu xəsarət ölümə səbəb olmuşdur. Sonra isə ana uşağı xalata bükərək onu zibil qutusuna atmışdır.

Uşaq öldürmə hallarının tezliyinə müəyyən dərəcədə abortlara icazə verilməsi və ya qadağan edilməsi halları qarşılıqlı sürətdə təsir göstərir. Abortlar qadağan edilmiş dövlətlərdə kriminal abortların və uşaq öldürmə hadisələrin sayının kəskin artmasına rast gəlinir. Əhalinin maddi rifahının yaxşılaşması da uşaq öldürmə hallarının tezliyinə təsir göstərir.

22 yaşlı ana maddi vəziyyəti çətin olduğuna görə öz yenidoğduğu uşağını yaşayış binasının 5-ci mərtəbəsindən polietilen paketində aşağı tullamışdır və bundan sonra hadisə yerindən qaçmışdır. Xoşbəxtlikdən möcüzə nəticəsində uşaq sağ qalmışdır və düşdüyü yerdə möhkəm qışqırmışdır. Uşağın qışqırtı səsinə gələn binanın sakinləri təcili tibbi yardım çağırmışlar və uşaq reanimasiya şöbəsinə yerləşdirilmişdir. Həkimlərin səyi nəticəsində uşaq aldığı kəllə-beyin travmasından ölməmişdir və sağ qalmışdır.

Məhkəmə-tibbi praktikada yenidoğulmuş uşaq meyitləri müxtəlif şəraitlərdə tapıla bilər (meşə massivlərində, gölməçələrdə, dərin quyularda, zibil qutularında və s.). Uşaqöldürmə hallarında yenidoğulmuş uşaq meyitlərinin tapıldığı yer çox vaxt ölüm baş verdiyi yerlə üst-üstə düşür (passiv uşaqöldürmə hallarından başqa). Yenidoğulmuş uşaq meyitləri müxtəlif əşyalara və materiallara qoyularaq və ya bükülərək də atıla bilər. Belə hallarda uşaq meyiti tapıldığı yerin və onun üzərində olan əşyaların dəqiq və

ardıcıl məhkəmə-tibbi müayinəsini aparmaq lazımdır. Həmin əşyalar müayinə qurtardıqdan sonra hüquq-mühafizə orqanlarına təhvil verilməlidir.

Uşaqöldürmə termini ancaq anaların öz uşağını doğuş vaxtı və bilavasitə doğuşdan sonra öldürməsi hallarına aid olunur. Əgər təyin olunsun ki, uşaq yenidoğulmuş deyil, onda uşaq barəsində həll olunmalı olan bəzi xüsusi məsələlərin həll olunmasına ehtiyac olmur.

Məhkəmə-tibbi və hüquqi ədəbiyyatlarda uşaqöldürmənin iki növü qeyd olunur: aktiv uşaqöldürmə və passiv uşaqöldürmə.

Passiv uşaqöldürmə zamanı ana yenidoğulmuş uşağını baxımsız və köməksiz vəziyyətdə qoyur.

Aktiv uşaqöldürmə zamanı isə yenidoğulmuşu hər hansı bir xəsarət yetirilir (mexaniki, termiki və kimyəvi).

Yenidoğulmuşların meyitlərinin məhkəmə-tibbi müayinəsinin səbəbləri aşağıdakılardır:

- naməlum uşaq meyitləri;
- evdə doğularkən və doğulduqdan sonra ölənlər yenidoğulmuşların və müalicə müəssisələrinə aparılarkən ölənlər yenidoğulmuşların meyitləri;
- ananın və yaxın qohumlarının tibbi personaldan şikayyəti zamanı;

Yenidoğulmuş uşaq meyitlərinin məhkəmə-tibbi müayinəsinin xarakterik xüsusiyyətləri vardır. Yenidoğulmuş uşaqların meyitlərinin məhkəmə-tibbi ekspertizası zamanı ekspert qarşısında aşağıdakı suallar qoyula bilər:

1. Uşağın yenidoğulmuş olub-olmamasının təyini.
2. Uşağın vaxtında doğulmasının və yetkinliyinin təyini.
3. Uşağın yaşama qabiliyyətinin olub-olmamasının təyini.
4. Uşağın ana bətnində keçirdiyi müddətin təyini.
5. Uşaq doğulduqdan sonra yaşama müddətinin təyini.
6. Uşağın diri və ya ölü doğulmasının təyini.
7. Uşağa lazımı qulluğun olub-olmamasının təyini.
8. Yenidoğulmuşun ölümünün səbəbinin təyini.
9. Yenidoğulmuş uşağa xarici mühit faktorlarının təsirinin olub-olmamasının təyini.

12.1. Uşağın yenidoğulmuş olub-olmamasının təyini.

Yenidoğulmanın təyini neonatologiyada və mamalıqda məhkəmə təbabətində olduğu kimi deyil. Neonatologiyada və mamalıqda yenidoğulma 3-4 həftəyə bərabərdir. Məhkəmə-tibbi praktikada diri doğulan və doğulduqdan sonra bir günə gədər müddətə yaşayan uşaqlar yenidoğulmuş hesab olunurlar. Yenidoğulmanı göstərən əsas əlamətlər aşağıdakılardır:

- Şirəli, nəm göbək ciyəsinin olması.
- Uşağın bədən üzərində pendirəbənzər maddənin olması.

- Doğuş şişinin olması.
- Heç bir xəsarət olmadan uşağın bədənində qan izlərinin olması.
- Bağırsaqlarda ilkin nəcisin (mekoniumun) olması.

Yuxarıda göstərilən əlamətlər arasında göbək ciyəsinin müayinəsi böyük informativ əhəmiyyət kəsb edir. Yenidoğulmuşlarda göbək ciyəsi 50-60 sm uzunluqda, 1,5-2 sm qalınlığında, yumşaq konsistensiyalı, nəm, parlaq, şirəli və bozumtul-mavi rəngdə olur. Doğuşdan 6-12 saat sonra göbək ətrafı nahiyədə demarkasiya halqası görünməyə başlayır və 24 saatın sonunda tam formalaşır. Demarkasiya halqası əvvəlcə qırmızımtıl rəngdə olur sonra getdikcə qaramtıl rəng almağa başlayır. 2-3 gün sonra göbək ciyəsi quruyur və 6-7-ci gün düşməyə başlayır. Bu müddət 10-11 gündə ola bilər. Demarkasiya halqası əlamətləri olmayan, təzə, nəm göbək ciyəsi uşağın yenidoğulmuş olmasını göstərir.

Pendirəbənzər maddə uşağın bədəninin ən çox təbii büküşlərində (qasıqda, qoltuqaltında və s.) daha aydın görsənir. Pendirəbənzər maddə piy vəzilərinin ifrazatı olub, tərkibində xolesterin və yağ turşularının, epidermis hüceyrələrinin və yumşaq tüklərin qarışıqından ibarət olan bozumtul-ağımtıl rəngli kütlədir.

Yenidoğulmanı göstərən əlamətlərdən biri olan doğuş şişi dölün gəliş hissələrində daha çox təsadüf olunur (baş və sargı nahiyələri). Uşaq doğuş yollarından keçərkən sıxılmış nahiyələrdə yerli qan dövrəni pozulur və yumşaq toxumalara serroz-qanlı maye yığılır. Doğuş şişini kəsdikdə qırmızımtıl-sarımtıl rəngdə görünür. Normada doğuş şişi 2-3 gündən sonra heç bir iz buraxmadan sorulur. Bəzi hallarda yenidoğulmuşlarda kefalohematomalara da rast gəlinir. Kefatohematomalalar 2-4 həftə ərzində sorulur. Dar çanaq qadınlardan doğulmuş uşaqlarda daha çox təsadüf olunur və bu zaman kəllə sümüklərinin sümük üstlüyünün altına qansızma baş verir.

Yenidoğulmuşun bədənində xəsarətlər olmadıqda ləkə şəklində qan izlərinə rast gəlinir. Bu da uşağın yenidoğulmasını göstərən əlamətlərdəndir.

İlkin nəcis tünd yaşıl rəngli homoqen kütlə şəklində olur. İlkin nəcis əsasən 1-2-ci sutkanın sonunda bağırsaqlardan xaric olur.

12.2. Uşağın vaxtında doğulmasının və yetkinliyinin təyini.

Vaxtında doğulma və yetkinlik ayrı-ayrı məfhumlardır. Vaxtında doğulmuşlar 37-42 həftə (259-294 gün) müddətində doğulmuşlar hesab olunur. Yarımçıq doğulmuşlar isə 37 həftədən (259 gündən) tez doğulmuş uşaqlar hesab olunur.

Uşağın vaxtında doğulması dölün ana bətnində qaldığı müddətə, yetkinliyi isə dölün inkişaf dərəcəsinə əsaslanır.

Vaxtında doğulmanın göstəriciləri aşağıdakılardır:

- Çəkinin 3200 qram olması (3000 q-dan 3500 q-dək).

- Boyun 47-52 sm olması.
- Başın çevrəsinin 32-34 sm olması.
- Döş qəfəsinin dairəsinin 30-32 sm olması.
- Başın böyük çəp ölçüsünün 12-13 sm (çənə-ənşə) olması.
- Alın-ənsə ölçüsünün (burunun üst hissəsindən ənsə qabarına gədər) 10-11 sm olması.
- Təpəarası ölçünün 8-9,5 sm olması.
- Budun aşağı epifizində 5-7 mm. diametrində olan sümükləşmə nöqtələrinin (Bekliyar nöqtələri) olması.
- Aşıq sümüyündə (6,5-9 mm. diametrində) və daban sümüyündə (8-10,5 mm.) sümükləşmə nöqtələrinin olması.

Sümükləşmə nöqtələri bozuntul-mavi qıgırdaq toxuması fonunda dairə formasında qırmızımtıl törəmə kimi görünür. Sümükləşmə nöqtələrini meyit kəskin çürümə prosesinə uğrayan zaman da müşahidə etmək olar.

Vaxtında doğulmuş uşağın cifti oval formasında olub, 15-20 sm diametrində, 2 sm qalınlığında və 500 qram çəkisində olur.

Yetkinliyin əlamətlərinə vaxtında doğulmanın əlamətlərinə aid olanlardan (çəki, boy, başın və döşün ölçüləri və s.) başqa digər əlamətlərdə daxildir ki, onlara da aşağıdakıları aid etmək olar:

- Yaxşı inkişaf etmiş dərialtı piy qatına malik elastiki dəri.
- Başda 2-3 sm (1 sm-dən uzun) uzunluğunda seyrək tüklərin olması.
- Bəbək zarı olmayan genişlənmiş bəbəklərin olması.
- Burun və qulaq seyvanı qıgırdaqlarının elastiki və bərk olması.
- Dırnaqların əl barmaqlarında barmaq uclarından xaricə çıxmış, ayaq barmaqlarında isə barmaq uclarına çatmış olması.
- Oğlan uşaqlarında xayaların xayalıqda olması və qızlarda böyük cinsiyyət dodaqlarının kiçik cinsiyyət dodaqlarını örtmüş olması.

9 aylıq və boyu 45 sm, çəkisi 2500 qramdan çox olan uşaqlar yetkin hesab olunurlar.

12.3. Uşağın yaşama qabiliyyətinin olub-olmamasının təyini.

Yaşama qabiliyyətinin olması dölün ana bətnindən xaricdə həyatı davam etdirmək qabiliyyəti kimi başa düşülür.

Hüquqi və məhkəmə-tibbi ekspertiza baxımından çəkisi 1500 qram, boyu 40 sm, 8 qəməri ayı ana bətnində olmuş döl ana bətnindən kənarda heç bir tibbi şərait və xidmət olmadan yaşaya bilər.

Klinisistlər isə çəkisi ən azı 900-1000 qram, boyu 35 sm-dən az olmayan uşaqların xüsusi şəraitdə (temperatura, barokamerası yerləşdirməklə) yaşaya bildiklərini göstərir.

Yaşama qabiliyyətinə həyatla bir araya sığmayan eybəcərliklər və xəstəliklər, doğuş travmaları və başqa faktorlar təsir göstərir (cədvəl 3).

Cədvəl 3

Yaşama qabiliyyətinin, yetkinliyin və vaxtında doğulmanın
təxmini kriteriyaları

Yenidoğulmuş uşağın əlamətləri	Dölün ana bətnindəki qalma müddəti	Bədənin uzunluğu	Bədənin çəkisi
Vaxtında doğulma	10 ay	45-50 sm	2800-3000 q.
Yetkinlik	9 ay	45 sm	2500 q.
Yaşama qabiliyyəti (məhkəmə-tibbi baxımdan)	8 ay	40 sm	1500 q.
Yaşama qabiliyyəti (kliniki baxımdan)	7 ay	35 sm	1000 q.

Uşağın ana bətnində keçirdiyi müddətin təyini.

Yenidoğulmuşun ana bətnində qalma müddətini Qaze formuluna əsasən təyin etmək olar. Bu formul əsasən boyun uzunluğuna əsaslanır. Əgər dölün bədən uzunluğu 25 sm-dən çox olarsa, 5-ə bölünməli, 25 sm-dən az olarsa kvadrat kökü alınmalıdır. Alınmış rəqəmlər dölün ana bətnində keçirdiyi müddəti qəməri aylarla göstərir (10 qəməri ayı 280 günə bərabərdir).

Bətn daxili inkişafın birinci ayında rüşeym və qışalar əmələ gəlir. Dölün ölçüsü 1 sm olur.

İkinci ay döl insan forması almağa başlayır və uzunluğu 2 sm olur.

Üçüncü ay sümüklər yaxşı differensasiya olunur. Xarici cinsiyyət üzvlərindəki fərq təyin olunur. Dölün uzunluğu 9 sm, çəkisi isə 25 qram olur.

Dördüncü ay tüklər əmələ gəlir, sifət formalaşır, kəllə, çanaq və onurğa sümüklərində sümükləşmə nöqtələri əmələ gəlir. Dölün uzunluğu 16 sm, çəkisi 120 qram olur.

Beşinci ay piy vəziləri əmələ gəlir, dərialtı piy hüceyrələri inkişaf edir, bağırsaqda mekonium əmələ gəlir. Dölün uzunluğu 25 sm, çəkisi 300 qram olur.

Altıncı ay dölün bədənini qırmızımtıl-sarı dəri ilə örtülmüş görsənir. Dölün uzunluğu 30 sm, çəkisi 600 qram olur.

Yeddinci ayda başda olan tüklərin uzunluğu 0,5 sm-ə çatır. Dölün uzunluğu 35 sm, çəkisi 1200 qram olur.

Səkkizinci ayda dəri-altı piy toxuması yaxşı inkişaf edir. Dölün uzunluğu 40 sm, çəkisi 1600 qram olur.

Doqquzuncu ayda əl dırnaqları barmaq uclarına çatır. Burun və qulaq seyvanı qığırdaqları elastiki olur. Dölnün uzunluğu 45 sm, çəkisi 2600 qram olur.

Onuncu ayda bütün yetkinlik və vaxtında doğulma əlamətləri təyin olunur. Vaxtında doğulmuşların minimal uzunluğu (boyu) 45-47 sm, minimal çəkisi 2600 qram olur.

Uşaq doğulduqdan sonra yaşama müddətinin təyini.

Doğulduqdan sonra yaşama müddətinin təyini bir çox əlamətlərin ümumi qiymətləndirilməsi əsasında mümkündür. Göbək halqasında, göbək ciyəsində, Botal axacağındakı dəyişikliklər, mədə-bağırsaq yollarında havanın olub-olmaması yenidoğulmuşun yaşama müddətinin təyində əsas kriterilərdəndir. Mədədə havanın tapılması uşağın bir neçə dəqiqədən 30 dəqiqəyə gədər yaşamasını göstərir. Havanın bütün nazik bağırsaqlara dolmasına 4-6 saat, yoğun bağırsaqlara dolmasına isə 10-12 saat vaxt tələb olunur. Mekonium 1-3 sutka ərzində bağırsaqlardan xaric olur. Onun qalıqları isə 4-5-ci sutka ərzində bağırsaqlarda tapmaq olar. Botal axacağı 2 ay müddətinə bağlanır. 6-12 saat ərzində göbək ciyəsinin qarının ön divarına birləşən yerində demarkasiya halqası əmələ gəlir. Göbək ciyəsi ilk günlər qurumağa başlayır, 5-8-ci sutka qonur-qara rəngdə olur və həmin müddətdə də qopub düşür. Göbək ciyəsinin 10-11-ci gün düşməsinədə təsadüf olunur. Göbək ciyəsinin ayrıldığı yer 12-15-ci sutka tamamilə sağalıb, çapıqlaşır.

Yenidoğulmuşlarda doğuş şisi 1-2-ci sutkanın axırında, kefalohematoma isə 8-10-cu sutkada sorulur.

Bütün yuxarıda göstərilən əlamətlərə əsasən yenidoğulmuşun yaşama müddətini təyin etmək mümkündür.

12.4. Uşağın diri və ya ölü doğulmasının təyini.

Müasir dövrdə uşağın diri doğulması dedikdə bir çox əlamətlər əsas götürülür. Ancaq bunlardan ən əsas meyyar uşaq doğulduqdan sonra əgər həyat qabiliyyətlidirsə onda tənəffüs aktının baş verməsidir. Tənəffüs aktının olmasından başqa yenidoğulmuşda ürək döyünmələrin olması, göbək ciyəsinin pulsasiyası da əsas kriteriyalardandır.

Doğuşdan əvvəl, doğuş vaxtı, doğuşdan bilavasitə sonra nəfəsalma aktı başlamazdan əvvəl ölən uşaqlar ölüdoğulmuş hesab olunur.

Uşaq anadan olarkən ilkin qışqırması nəticəsində hava ağciyərlərə daxil olur və onları doldurur. Həmçinin hava müəyyən vaxtdan sonra mədə-bağırsaq yollarına da daxil olur.

Uşağın ölü və ya diri doğulmasını müəyyən etmək üçün həyati hidrostatik sınaqlardan və ağciyər toxumasının histoloji müayinəsindən istifadə olunur.

Hidrostatik sınaqlar ağciyərlərdə və mədə-bağırsaq yollarında havanın olub - olmasına əsaslanır. Meyit kəskin çürümə prosesinə məruz qalarsa bu sınaqlar öz əhəmiyyətini itirir.

Hidrostatik sınaqları aparmazdan əvvəl ağciyərlər öz anatomik yerlərində müayinədən keçirilməlidir.

Vaxtında doğulmuş və doğulduqdan sonra tənəffüs etmiş döldə:

- Ağciyərlər plevra boşluğunu doldurur və kənarları ürək kisəsini örtür.
- Diafraqma VI qabırğa səviyyəsində olur, döş qəfəsi qabarmış olur.
- Ağciyərlər kəsikdə tünd qırmızı rəngdə və adacıqlı görünür.
- Böyüdücü şüşə ilə kəsiklərə və tam ağciyəre baxdıqda plevra altında və alveollarda parlaq gümüşü sahələr şəklində (mərmər şəklində) hava qabarcıqları müşahidə olunur (Buşu-Xaberda sınağı). Kəsik səthindən həm qan, həm də qanlı köpük xaric olur.

Ölüdoğulmuş uşaqlarda diafraqma IV qabırğa səviyyəsində olur. Ağciyərlərin konsistensiyası bərk olub, qırmızı-qəhvəyi rəngdə olur. Onların həcmi kiçik olduğundan ancaq plevra boşluqlarının arxa hissəsini tutur və xarakterinə görə yapışmış olur.

Həyati ağciyərin hidrostatik sınağı (Qalen-Şreyer sınağı) ağciyərin xüsusi çəkisinə əsaslanır. Nəfəs almış və ya hava olan ağciyərlərin xüsusi çəkisi vahiddən az olur. Havasız ağciyərlərin xüsusi çəkisi vahiddən çox olur (1,05-1,06) və ona görə də belə ağciyər suda batır.

Ağciyər sınağı aparılmazdan əvvəl döş qəfəsi və boyun orqanlarına bir neçə yerdə liqatura qoyulur. Qırtlaq və nəfəs borusu yumşaq toxumalardan ayrılır və döş qəfəsinə daxil olan yerdən bağlanır (liqatura qoyulur). Döş qəfəsi açıldıqdan sonra qida borusuna diafraqma altında liqatura qoyulur. Boyun və döş boşluğu orqanları birlikdə çıxarılaraq, içində soyuq su olan qaba salınır. Havasız (nəfəs almamış) dölün ağciyərləri digər orqanlarla birlikdə suda batır və sınaq mənfəi sayılır. Əgər ağciyərlər suda batmazsa və suyun səthində üzərsə sınaq müsbət sayılır. Demək onda ağciyərlərə hava daxil olmuşdur və bu da uşağın nəfəs almasının göstərir. Ağciyərlərin bir hissəsi batıb, digər hissələri suda üzərsə, onda ağciyər kökü nahiyəsindən kəsilib, hissələrlə və ya paylarla suya salınır.

Çürümüş meyitlərdə, donmuş və donu açılmamış ağciyərlər, süni tənəffüs verilmiş uşaqların ağciyəri suda batmır və bu hal səhv olaraq müsbət sınaq kimi qiymətləndirilə bilər.

Ağciyərlərin ikincili atelektazi zamanı nəfəs almış yenidogulmuşun ağciyəri yapışmış olur və onlar suda batır. Müayinə zamanı bu nəzərə alınmalıdır. Mədə-bağırsaq (Breslau sınağı) sınağı ilk dəfə 1865-ci ildə alman mama-ginekoloqu B.Breslau tərəfindən aparılmışdır. Udqunma refleksii nəticəsində hava mədə-bağırsaq sisteminə daxil olur. Sınaq aparılmazdan əvvəl mədənin girəcəyinə və çıxacağına nazik və yoğun bağırsağın bir neçə yerinə liqatura qoyulur. Bağırsaqlar müsariqədən ayrılır və soyuq, şəffaf su olan qaba salınır. Təkcə mədənin üzməsinə və ya bütün kompleksin üzməsinə rast gəlinə

bilər. Əgər yalnız mədə suda üzərsə yaşama müddəti bir neçə dəqiqə, mədə və nazik bağırsaq üzərsə və ya hava ilə dolmuşsa yaşama müddəti 4-6 saat, əgər bütün mədə-bağırsaq kompleksi suda üzərsə yaşama müddətinin 12 saata bərabər olmasını göstərir. Mədə və bağırsaqlarda havanın olmasını onları suyun altında deşməklə də yoxlamaq olar. Deşilərkən onlardan hava qabarcıqlarının olması onlarda havanın olmasını göstərir. Meyitdə çürümə əlamətləri olarsa mədə-bağırsaq sınağı öz əhəmiyyətini itirir və onları həqiqi qəbul etmək olmaz.

Ağciyər və mədə-bağırsaq sınaqlarından başqa aşağıdakı sınaqları da aparmaq olar.

- Vent-Vreden sınağı – yenidoğulmuş uşaq meyllərində təbil boşluğunu su altında deşərkən onlardan hava qabarcıqlarının çıxması diri doğulmanı göstərir. Bu sınaq çürümə prosesinə məruz qalmış meyllərin müayinəsi zamanı da böyük əhəmiyyət kəsb edir.
- Dillon sınağı (rentgenoloji üsul). Diri doğulmuşlarda rentgenoloji müayinə zamanı ağciyər sahələri açıq görünür, mədə-bağırsaq sistemində isə hava aşkar edilir. Çürüməyə məruz qalmış uşaq meyllərində bu sınaq əhəmiyyət kəsb etmir.
- Elektrofarez üsulu. Bu üsul qan serumunda zülal fraksiyalarının dəyişməsinə əsaslanır. Bətdaxili həyatın müddətinin artması ilə əlaqədar albuminlər azalır, qlobulinlər isə tədricən çoxalır.

Uşağa lazımi qulluğun olub-olmamasının təyini.

Uşaq doğulduqdan sonra ona lazımi qulluğun göstərilməməsi uşağın həyatı üçün ağır nəticələrə və ölümə səbəb olar. Köməksiz vəziyyətdə qalmış uşağın yaşaması bir neçə saatdan, sutkaya gədər davam edə bilər.

Uşağa lazımi qulluğun olub-olmamasını aşağıdakı məlumatlara əsasən təyin etmək olar:

- Yenidoğulmuş uşaq meyllinin şəraitsiz yerlərdə (meşədə, sahələrdə, çuxurlarda və s.) tapılması.
- Bədəndə paltarların olmaması və ya onların ilin fəslinə uyğun gəlməməsi.
- Nahamar, saçaqlı göbək ciyəsinin olması. Bu onu göstərir ki, uşaq doğulanda göbək ciyəsi qopardılıb. Göbək ciyəsinin düz və hamar olması onun kəsilməsini göstərir. Göbək ciyəsinin ciftən ayrılması, bağlanıb-bağlanmaması, təmizlənilib-təmizlənməməsi müəyyən edilir. Əgər göbək ciyəsi bağlanıb-təmizlənilib, bunun nə ilə və hansı üsulla edilməsinə (liqatura, düyün, sargı, yod və s.) fikir verilir.
- Bədən səthində pendirəbənzər maddənin və qan izlərinin olması.
- Qidalandırmanı sübut edən əlamətlərin olmaması (mədədə çürümüş südün və süni qidaların olmaması).

12.5. Yenidoğulmuşun ölümünün səbəbinin təyini.

Yenidoğulmuşların ölümü zorakı və qeyri-zorakı olur. Qeyri-zorakı ölüm təbii, fizioloji və ya patoloji proseslə əlaqədar olaraq əmələ gələ bilər. Təbii, fizioloji ölüm aşağıdakı hallarda baş verə bilər:

1. Qeyri-tam inkişaf, vaxtından əvvəl doğulma, orqanizmin ana bətnindən xaricdə sərbəst yaşamağa uyğunlaşa bilməməsi.
2. Bətnxarici həyatı qeyri-mümkün edən inkişaf qüsurları. Belə qüsurlara daxili orqanların eventrasiyasını, ağciyərlərin aplaziyası, anensefaliya və başqa inkişaf qüsurlarını misal göstərmək olar.

Qeyri-zorakı ölüm müxtəlif və çoxlu patoloji təsirlərin nəticəsində meydana çıxır.

Bir sıra hallarda yetkin, vaxtında doğulmuş, həyat qabiliyyətinə malik döl nəinki gizli ev şəraitində, hətta müalicə müəssisələrində keçən doğuş zamanı ölü doğula bilər. Ölüdoğulmanın səbəbləri müxtəlifdir.

A. Dölün antenatal ölümünün səbəbləri.

1. Ana tərəfindən:

- a) hamiləliyin sonunda ümumi kəskin infeksiyalar, o cümlədən, qrip, qarın yatalağı, pnevmoniya və s;
- b) xroniki infeksiyalar, xüsusilə hamiləliyin gedişi zamanı malyariya və sifilis;
- c) hamiləliyin ikinci yarısının toksikozları, xüsusilə ödemli nefrotik sıradan olanlar;
- ç) böyrəklərin kəskin və xroniki iltihabları;
- d) qan dövranının pozulması ilə müşayiət olunan ürək qüsurları;
- e) hamiləliyin sonunda ananın aldığı travmalar;
- ə) kəskin zəhərlənmələr.

2. Döl tərəfindən:

- a) cift qan dövranının pozulması ilə müşayiət olunan çoxdöllülük;
- b) eybəcərlik;
- c) eritroblastoz;
- ç) vaxtından gec doğma.

3. Döl yumurtası tərəfindən:

- a) cift gəlişi;
- b) normal yerləşmiş ciftin qopması;
- c) göbək ciyəsinin dolanması;
- ç) göbək ciyəsinin həqiqi düyünü;
- d) çoxmayelik və azmayelik;
- e) ciftin anomaliyaları (infarkt və s.)

4. Səbəbi aydın olmayanlar:

B. Dölün intranatal ölümünün səbəbləri.

1. Ana tərəfindən:

- a) dar çanaqlıq (anatomik ölçüləri normal olub funksional cəhətcə dar olan çanaq daxil olmaqla);
- b) doğum fəaliyyətinin zəifliyi (birincili və ikincili);
- c) doğuş zamanı infeksiya (yerli və ümumi);
- ç) eklampsizm və eklampsiya;
- d) uşaqlığın yırtılmaları;
- e) uşaqlığın və uşaqlıq yolunun inkişaf anomaliyaları.

2. Döl tərəfindən:

- a) dölün köndələn və çəp yerləşməsi;
- b) dölün sağrı gəlişləri;
- c) dölün başının qeyri-düzgün xaric olması;
- ç) döldə eybəcərlik və inkişaf qüsurları;
- d) eritroblastoz;
- e) nəhəng döl (çəkisi 5000 q və daha artıq);
- ə) çoxdöllülük;
- f) dölün spontan doğulması zamanı aldığı travmalar, həyat üçün vacib orqanlara qansızma, beynin ödemi, toxumaların cırılması və s.

3. Döl yumurtası tərəfindən:

- a) dölyanı mayenin tez və vaxtından əvvəl xaric olması;
- b) çoxmayelik və azmayelik;
- c) cift gəlişi;
- ç) ciftin vaxtından əvvəl soyulması;
- d) göbək ciyəsi gəlişi və ya düşməsi;
- e) göbək ciyəsinin boyuna və ya bədənə sarınması;
- ə) göbək ciyəsinin qısa olması;
- f) göbək ciyəsinin həqiqi düynü;
- g) qısa damarlarının cırılması.

4. Dölün cərrahi travması və canlı döl üzərində dölü zədələyən cərrahi əməliyyatın aparılması.

5. Başqa, məlum olmayan səbəblər.

C. Dölün postnatal ölümünün səbəbləri.

- 1. Dölün intrakranial travmaları.
- 2. Həyatla uyğun gəlməyən eybəcərliklər.
- 3. Dölün asfiksiyası.

Hər bir ayrıca hadisədə ölüdoğulmanın səbəbləri qarşısı alına bilən və ya «qarşısı alına bilməyən» baxımdan təhlil edilməlidir.

Bu münasibətlə mənfi faktorlara aşağıdakıları aid etmək olar:

1. Doğuşun qeyri-düzgün aparılması:

- a) qeyri-düzgün diaqnostika ilə əlaqədar olaraq mama yardımının olmaması və ya onun qeyri-qənaətbəxş olması;

- b) cərrahi müdaxilənin və ya vəsaitin vaxtında tətbiq olunmaması;
- c) cərrahi müdaxilənin qeyri-düzgün seçilməsi;
- ç) texniki olaraq qeyri-düzgün aparılan müdaxilə.

2. Doğan qadının doğum müəssisəsinə gec çatdırıldığına görə lazım olan yardımı göstərməyin qeyri-mümkünlüyü.

3. Asfiksiya ilə doğulmuş dölün düzgün aparılmayan reanimasiyası.

Yenidoğulmuş uşaqların zorakı ölümü. Yenidoğulmuşun zorakı öldürülməsi doğuş prosesi zamanı və ya doğuşdan az sonra ananın onu öldürməsi şəklində rast gəlinir. Uşaqöldürmə aktiv və passiv olur. Passiv uşaqöldürmə zamanı ana uşağa qarşı heç bir zor tətbiq etmir, ancaq onu köməksiz qoyur, qayğı göstərmir. Uşaq tezliklə soyuğun təsirindən ölür.

Aktiv uşaqöldürmədə uşağı öldürmək məqsədilə ana müxtəlif vasitələr, aktiv hərəkətlər tətbiq edir. Ana belə zorakı hərəkətləri az hallarda doğuş zamanı, adətən isə uşaq doğulduqdan bilavasitə sonra və ya hər hansı vaxtdan sonra tətbiq edir.

Yenidoğulmuşların meyitini müayinə edərkən zorakı ölümü göstərən birbaşa və dolaylı əlamətlər aşkar edilə bilər. Zədələr aşkar edilərsə, həmin zədələrin doğuş prosesi zamanı ananın özünə yardım göstərmək məqsədi ilə etdiyi hərəkətlər nəticəsində əmələ gəlməsini və ya şüurlu surətdə törədilməsini differensiasiya etmək lazım gəlir.

Bəzən yenidoğulmuş suya, natəmiz yerlərə atıla bilər ki, bu zaman o, batma nəticəsində ölə bilər. Müayinədə batma zamanı baş verən ölümü göstərən əlamətlər tapılır. Həm makroskopik, həm də mikroskopik müayinə zamanı tənəffüs yollarında çirkab, nəcis və s. aşkar edilə bilər.

Ana döşü, əli ilə, hər hansı əşya ilə ağız-burun dəliklərini qapayarsa, ölüm baş verə bilər. Bilmək lazımdır ki, yenidoğulmuş doğuş yollarından azad olduqdan sonra üzü üstə yatağa düşə bilər və bunun nəticəsində boğular. Bəzən ana özü elə vəziyyətə düşə bilər ki, yenidoğulmuşu kömək edə bilməz və özünə gəldikdə dölü artıq ölmüş görə bilər. O, meyiti xəlvət yerə qoya və ya ata bilər. Mexaniki boğulmanın bu növündə xarakter əlamətlər olmadığına görə ekspert meyitin müayinəsinə əsasən ölümün səbəbini aydınlaşdırmaqda çətinlik çəkə bilər.

İlgəklə boğma hallarına uşaqöldürmədə tez-tez rast gəlmək olar. Müxtəlif əşyalar, əski, kəndir, bəzən paltarların bir hissəsi və ananın dəyişəyi ilgək rolunu oynaya bilər. Belə ilgəklər boyunda tapıldıqda və müsbət həyati sınaqlar zamanı diaqnostika çətinlik törətmir.

Yenidoğulmuşun boynunda göbək ciyəsindən əmələ gəlmiş ilgək tapıldıqda diaqnostika əhəmiyyətli dərəcədə çətinləşir. Belə ki, bətn daxili dövrdə də göbək ciyəsi dölün boynuna dolana bilər. Göbək ciyəsinin bir dəfə, iki dəfə

və hətta on dəfə dolanması müşahidə edilmişdir. Doğuş zamanı göbək ciyəsi dartılır və bu da boynu sıxaraq dölün ölümünə səbəb olur. Boğma əlamətləri bu və digər halda eynidir. Göbək ciyəsinin təsirindən boyunda solğun stranjulyasiya şırımı əmələ gəlir. Meyitin müayinəsi zamanı ağcyər və mədə-bağırsaq sınaqları müsbətdirsə, deməli, döl doğlduqdan sonra yaşamışdır, çünki göbək ciyəsi bətn daxilində boyuna dolanmışsa, döl dərin asfiksiya ilə doğulur və nəticədə ölüm baş verir (nəfəs almadan). Ancaq bu göstərişlər də nisbidir.

Ölüm əllə boğma nəticəsində baş verə bilər. Boğmanın bu növündə boyunun, üzün dərisində, ağız-burun dəliklərinin ətrafında barmaqların təzyiqindən əmələ gələn sıyrıq və qançirlara əsasən diaqnostika asanlaşır. Bəzən boyun əzələlərində qansızmalar aşkar olunur. Belə əlamətlərə rast gələrkən, bilmək lazımdır ki, doğuş aktı zamanı ana özünə kömək etmək məqsədi ilə də bu cür zədələr törədə bilər. Bunun üçün ağız boşluğu diqqətlə təftiş olunur, belə ki, selikli qışada özünə yardım üçün xarakter olan barmaqların təsirindən törədilən zədələr meydana çıxa bilər. Özünəyardım zamanı zədələr geniş və kobud olur. Bu zaman ağız bucağı cırılır, aşağı çənə oynaqı kisəsindən qopur, dil kökü, udlağın arxa divarı, fəqərələr ağır surətdə zədələyə bilər.

Mexaniki zədələr uaqöldürmədə mexaniki boğmaya nisbətən az təsadüf olunur. Başda olan küt alət zədələri kəllə sümüklərinin sınması ilə baş beyinin əzilməsi şəklində rast gəlir. Uşaq öldürmək məqsədilə küt aləti başa, başı küt alətə vurmaqla, başı əllər arasında sıxmaqla zədələr yetirilə bilər. Belə hallarda çox vaxt ana məlumat verir ki, doğuşu ayaqüstə keçirmiş və sürətli doğuş nəticəsində uşaq sürətlə doğuş yollarından çıxaraq göbək ciyəsi qırılmış və başı döşəməyə dəymişdir.

Sürətli doğuş xüsusən təkrari çox doğan qadınlarda rast gəlinir. 25-50 sm hündürlükdən düşmə zamanı 500-1000q yükün ağırlığı altında göbək ciyəsi qırıla bilər. Deməli, nəzəri olaraq sürətli doğuşun uşağın zədələnməsi ilə müşayiət olunması mümkündür. Belə hallarda müayinəni daha dəqiqliklə aparmaq məsləhətdir. Göbək ciyəsi orta hesabla 50sm uzunluqdadır. Orta boylu qadınlarda sürətli doğuş zamanı döl düşən məsafə o qədər də böyük olmur, buna görə də ölümə gətirib çıxaran kobud zədələnmə aşkar edilmir. Yumşaq toxumaların tamlığı saxlanıb, kəllə sümüklərinin tamlığının pozulması ilə gedən başın zədələnmələri doğuş aktı zamanı doğuş yollarında başın sıxılması nəticəsində də meydana çıxa bilər.

Doğuş travması tez-tez rast gələn haldır. İri ölçülü döl və darçanaqlılıq zamanı kəllə sümüklərində çat və sınıqlar, qışa altına və beyin toxumasına qansızma baş verir. Belə zədələrə vaxtından əvvəl doğulmuşlarda da rast gəlmək olar. Başqa ağır doğuş travması ilə doğulan dölün ölümü doğuşdan sonra tez baş verə bilər. Differensial diaqnostika üçün doğuş şişinin, kefalohema tomanının olması, təpə sümüklərində təpə qabarıqlığından başlanan

radial istiqamətdə çatların yerləşməsi nəzərə alınmalıdır. Bunlara əsasən doğuş travması diaqnozunu qoymaq mümkündür. Kəllə sümüklərinin geniş zədələnmələri, nizamsız çat və sınıqlar, dəri örtüyünün tamlığının pozulması ilə sümüklərin sıxılması kənar təsir üçün xarakterdir.

İti alətlərlə uşaqlıq dövründə hallarına az təsadüf edilir. Belə hallarda baş və boyun nahiyələrində çapılmış və ya kəsilmiş yaralar aşkar olunur. Diaqnostika çətinlik törətmir. Buna baxmayaraq, meyitin müayinəsi çox diqqətli aparılmalıdır.

Yenidoğulmuş uşaq meyitlərinin müayinəsi – Xarici müayinə.

Yenidoğulmuş uşaq meyitlərinin müayinəsi meyitlə gətirilmiş əşyaların ətraflı təsviri ilə başlanır və xüsusən onların üzərində qan, mekonium, pendirəbənzər maddə izləri və s. olmasına fikir verilir. Xarici əlamətlərə əsasən uşağın cinsiyəti müəyyən edilir. Meyitin bədəninin uzunluğu təyin edilir. Göbək ciyəsinə ciftlə bərabər göbək həlqəsinə yaxın yerdən ayırdıqdan sonra meyit tərəzidə çəkilir. Başın çevrəsi və kraniosirkul vasitəsi ilə başın digər ölçüləri müəyyən edilir: böyük çəp (çənə-ənsə), düz (alın-ənsə), eninə (təpəarası), həmçinin kürəkərası ölçünü və bud sümüklərinin burmaları arasındakı məsafə aydınlaşdırılır. Dəri örtüklərinin rəngi və vəziyyəti, üzərində pendirvari maddənin, qanın, mekoniumun olub-olmaması və kənar maddələrlə çirklənməsi, zərif tük örtüyünün lokalizasiyası qeyd edilir.

Meyit qacımasının olması müəyyən edilir (yenidoğulmuş yetkin uşaqlarda meyit qacıması yaşlı şəxslərə nisbətən sürətlə inkişaf edir və üç saatdan sonra bütün qrup əzələlərdə müşahidə edilir və tez bir müddətdə qacıma itir. Meyit ləkələri yenidoğulmuşlarda zəif inkişaf edir və ölümdən sonra yalnız 5-6 saatdan sonra yerini dəyişir. Başın müayinəsi zamanı onun konfiqurasiyası, doğuş şişinin olub-olmaması və lokalizasiyası, baş tükələrinin sıxlığı və uzunluğu, üzdə şişkinlik olub-olmamasını, gözdə bəbəkdir zərinin olub-olmaması (bəbək zər bətdaxili həyatın V ayında itir) müəyyən edilir. Qulaq və burun qığırdıqlarının elastikliyi əllə yoxlanılır. Ağız, burun ətrafında və boyun nahiyəsində xəsarətlərin olmasına xüsusi fikir verilir. Döş qəfəsinin çevrəsi ölçülür, əlləməklə qabırğaların tamlığı müəyyən edilir. Qarnın forması, ön divarının gərginlik dərəcəsi, dərinin rəngi qeyd edilir, göbək həlqəsi ilə xəncərəbənzər çıxıntı və qasıq birləşməsi arasındakı məsafə ölçülür. Göbək həlqəsi ətrafında dəridə iltihab ödəminin inkişaf dərəcəsi qeyd edilir. Demarkasiya həlqəsinin olması, onun eni, konsistensiyası müəyyən edilir (demarkasiya həlqəsi həyatın birinci gününün axırında görünməyə başlayır). Göbək ciyəsinin uzunluğu, diametri, sərbəst kənarının vəziyyəti (kəsilmiş, qırılmış), bağlanıb-bağlanmaması və nə ilə bağlanması qeyd edilir.

Xarici müayinənin sonunda sümükləşmə nöqtələri müayinə edilir. Bətn daxili həyatın X qəməri ayında əmələ gələn sümükləşmə nöqtələrini (Beklyar nöqtəsi) bud sümüyünün aşağı epifizində aşkar etmək üçün aşağı ətrafı diz oynaqından qatlayıb diz qapağından aşağı dəri və əzələlər qövsvəri kəsilir. Dəri və yumşaq toxumalar və diz qapağı ilə birlikdə yuxarıya doğru qatlanır və bud sümüyünün epifizinin ortasından eninə kəsiklər apararaq çəhrayımtıl-qırmızımtıl rəngli nüvə-sümükləşmə nöqtəsi tapılır. Daban və aşıq sümüklərində sümükləşmə V və VII qəməri ayda əmələ gəlir. Bu nöqtələri müəyyən etmək üçün kəsik ayaq altına paralel daban qabarından pəncənin ortasına keçir, ikinci halda birinci kəsikdən bir qədər yuxarıdan aparılır. Əgər cift meyitlə birlikdə gətirilibsə, onun çəkisi, diametri, qalınlığı, bərkliyi, rəngi, döl və ana hissələrinin vəziyyəti, paycıqların tamlığı, döl qışalarının olması qeyd edilir. Vaxtında doğulmuş uşağın cifti dairə və ya oval formada olub, diametri 15-20sm, qalınlığı 2,0 sm, çəkisi təqribən 500qram olar.

Daxili müayinə.

Yenidoğulmuş uşaq meyitlərinin müayinəsi, bir qayda olaraq boyun, döş və qarın boşluğunun müayinəsi ilə başlayır. Bu onunla izah olunur ki, uşağın diri və ya ölü doğulmasını təyin etmək üçün birinci növbədə ağciyər və mədə-bağırsaq sınaqları aparmaq lazımdır. Yenidoğulmuşlarda xarici orta kəsik alt dodaqdan başlanır və yumşaq toxumalar kəsilir. Göbək damarlarını daha asan müayinə etmək üçün qarının ön divarında göbəkdən 2,0 sm yuxarı kəsik iki şaxəyə ayrılır və qasıq бүкүşlərində davam etdirilir. Boyun nahiyyəsində ancaq dəri örtüyü, döş nahiyyəsində sümüyə qədər yumşaq toxumalar, qarın nahiyyəsində isə qarının ön divarının bütün təbəqələri kəsilir.

Qarının aşağı hissəsində əmələ gəlmiş üçbucaq formalı dəri-əzələ loskutu pinsetlə yuxarı qaldırılır və qaraciyərə gedən göbək venası dartılır və o, qayçı vasitəsi ilə boylama istiqamətdə açılır, göbək arteriyası isə bıçaqla köndələn kəsiklərlə kəsilərək müayinə edilir.

Döş sümüyünü çıxarmamışdan əvvəl şkalpel və ya qayçı ilə alt çənə orta xətt boyunca kəsilir, ağız diafraqması əzələləri çənə kənarlarından ayrılır, dil pinsetlə tutulub önə çəkilib, ağız boşluğu və qırtlaq girəcəyinə baxılır. Daha sonra qırtlaq qığırdaqlarının bilavasitə altında traxeyaya və qida borusuna birlikdə liqatura qoyulur. Döş boşluğu böyüklərin meyitlərindən fərqli olaraq daha geniş açılır. Ağciyərlərin plevra boşluqlarında yerləşmə vəziyyəti qeyd edilir. Vaxtında doğulmuş və doğulduqdan sonra tənəffüs etmiş yeni doğulmuş uşaqlarda ağ ciyərlər döş boşluğunu tamamilə doldurur, onların kənarları III qabırğa səviyyəsində durur, bir-birindən təxminən bir (1sm) aralıda yerləşir, ağciyər toxuması yumşaq olur. Ölü doğulanlarda ağciyərlər plevra boşluqlarını

doldurmur, onurğa sütununa yapışmış olur, əllədikdə bərk konsistensiyalı, kəsik səthində isə qırmızı-qəhvəyi rəngdə olur.

Çəngələbənzər vəzinin ölçüləri və çəkisi müəyyən edilir – vaxtında doğulmuşlarda onun ölçüləri $6,0 \times 4,0 \times 2,0$ sm, çəkisi 13 qram olur. Döş boşluğu orqanlarını xaric etməzdən əvvəl, döş və qarın boşluğundakı üzvlərə (6) yerdə liqatura qoyulur: mədənin girəcəyinə və çıxacağına, üç yerdə nazik bağırsaqlara və yoğun bağırsaq qutaracağına. Bundan sonra boyun və döş boşluğu orqanokompleksi ayrılır. Orqanokompleksləri içərisi şəffaf soyuq su ilə dolu qabın içərisinə salınır (Hidrostatik sınaq). Hidrostatik sınaqları apardıqdan sonra meytdən xaric edilmiş digər daxili orqanların müayinəsi əsasən yaşlı şəxslərin meyitlərinin müayinəsi kimi keçirilir, lakin bəzi fərqli xüsusiyyətlərə malikdir.

Ürəyin müayinəsi zamanı onun sağ yarısının sol yarısından böyük olmasına fikir verilir. Ürəkdən çıxan iri damarların düzgün yerləşməsi müəyyən edilməlidir. Ağciyər arteriyasının konusu açıldıqdan sonra Botal axacağı müayinə edilməlidir. Bunun üçün aorta açılmamışdan əvvəl ağ ciyər arteriyalarının şaxələrinin aralanan yerindən bir qədər yuxarıda yerləşən axara zond yeridilir. Zond sağdan sola, aşağıdan yuxarıya istiqamətdə yeridilir. Botal axacağının tamlığını saxlamaq məqsədilə aorta konusunun kəsiyini aortanın qalxan hissəsinə qədər davam etdirmək olmaz. Qalxan aorta Botal axacağı səviyyəsində kəsilməmiş saxlayıb şkalpel vasitəsi ilə qeyd olunan nahiyyədən yuxarı ön divarı çətilir, buradan qayçı vasitəsilə aorta qövsünün qabarıq səthinə daha yaxın kəsik davam etdirilir, sonra aortanın enən hissəsi kəsilir. Axırda əvvəce zonda müvafiq Botal axacağı açılır. Qulaqcıqların müayinəsi zamanı oval dəliyin vəziyyətinə və qulaqcıqarası çəpərə fikir verilir.

Kəllənin açılma texnikası

Başın yumşaq toxumalarının kəsilmə texnikası yaşlılardakı kimi aparılır. Başda olan həlməşiyi xatırladan doğuş şişinin vəziyyəti, kefalohemotomanın olub-olmaması, lokalizasiyası, qalınlığı qeyd edilir. Başın forması, deformasiyanın olub-olmaması, xarakteri təyin edilir. Böyük və kiçik əmgəklər xətkəslə ölçülür. Kəllə sümüklərində sınıq olub-olmaması aydınlaşdırılır.

Kəllə sümükləri qayçı vasitəsilə kəsilir. Qayçının iti ucu ilə lambdayabənzər tikiş nahiyyəsi dəşilir, sonra qayçının küt ucu dəliyə salınır, təpə və alın sümüklərindən keçmək şərti ilə üfqi kəsik aparılır. Alın sümüyünün ortasında kəsik arxaya doğru çevrilir, oxabənzər tikiş boyu, ondan 1,0 sm aralı keçməklə alın və təpə sümükləri kəsilir. Kəsik lambdayabənzər tikişə yaxın dayandırılır, sümük loskutu arxaya doğru qatlanıb, beyin yarımkürələrinin üzəri açılır. Eyni formada “pəncərə” tipli kəsik əks tərəfdə də aparılır və digər beyin yarımkürəsinin üzəri açılır. Yeni doğulmuşlarda sərt

beyin qışası kəllə sümüklərinə möhkəm birləşmiş olduğundan, sümüklərlə birlikdə sərt beyin qışası da kəsilir. Beyin yarımkürələrini çıxarmazdan əvvəl beyin və onun qışaları təftiş edilir. Kəllədaxili qansızmalar olarsa, onların lokalizasiyası, axmış qanın miqdarı və xarakteri qeyd edilir. Bıçağın dəstəyi ilə beyin yarımkürəsini orağabənzər çıxıntıdan ehtiyatla aralayıb, çıxıntının və boylama sinusa açılan yuxarı beyin venalarının tamlığı müəyyən edilir. Beyincik çadırının və Qalen venalarının tamlığını təyin etmək üçün sol əlin göstərici və orta barmaqları ilə beynin ənsə payları ehtiyatla yuxarı qaldırılıb baxılır. Sonra şkalpel vasitəsilə beyin ayaqcıqları və beyin sütunu kəsilməklə ayrı-ayrılıqda beyin yarımkürələri xaric edilir. Yenidən diqqətlə orağabənzər çıxıntıya və beyincik çadırına baxılıb, onların tamlığı müəyyən edilir. Şkalpel vasitəsi ilə beyincik çadırı kəsildikdən sonra, arxa kəllə çuxurunda onun altına qansızma olub-olmaması qeyd edilir və şkalpeli bacardıqca daha dərin böyük ənsə dəliyinə yeridib uzunsov beyni kəsməklə beyincik uzunsov beynlə birlikdə xaric edilir.

Sonra beynin çəkisi təyin edilir. Yeni doğulmuş uşaqlarda beyin jeleyəbənzər konsistensiyaya malik olduğundan, müayinə başlamazdan əvvəl onu 10%-li formalin məhlulunda fiksə etmək – bərkitmək məqsədəuyğundur.

Yeni doğulmuş uşaq meyitlərinin müayinəsi zamanı mütləq onurğa kanalı açılmalıdır. Bunu üçün daxili orqanlar çıxarıldıqdan sonra I boyun fəqərəsindən IV bel fəqərəsinə kimi, köndələn çıxıntıların fəqərə cisminə birləşən yerində fəqərə qövsləri kəsilir. Sonra yenə şkalpelle öndə III və IV bel fəqərələrinin cisimləri aralanır, boyun şöbəsində isə I fəqərənin ön qövsü eninə kəsilir. Pinset vasitəsilə III bel fəqərəsinin cismi tutulub I boyun fəqərəsinə qədər bütün fəqərə cisimləri yuxarı qaldırılır. Fəqərələrin tamlığı, onurğa kanalındakı möhtəviyyat qışaların altına qansızmanın olub-olmaması, sərt beyin qışasının görüntüsü onurğa beyninin vəziyyəti aydınlaşdırılır. əlavə laborator müayinələr üçün orqan və toxumalar götürülmür və təşrih sənədləşdirilir.

FƏSİL XIII. QƏFLƏTİ ÖLÜM

Tez baş verən və yaxud qəfləti ölüm dedikdə zahirən sağlam görünən şəxsin gözlənilmədən orqanizmin daxilində gedən gizli xəstəlik nəticəsində ölməsi başa düşülür. Qəfləti ölüm növünə görə qeyri-zorakı ölümə aid olunur. Müasir dövrdə qəfləti ölüm hallarına məhkəmə-tibbi təcrübədə çox rast gəlinir. Belə ölüm çox zaman hüquq mühafizə orqanları əməkdaşlarında, həmçinin ölən şəxsin qohumlarında zorakı ölümə şübhə yaradır. Qəfləti ölüm nəticəsində ölmüş şəxsin zəhərlənmədən, elektrotravmadan, aspirasiyadan ölməsinə şübhə yaranır. Buna görə də qəfləti ölümlərdə meyitlər zorakı ölümün olub-olmamasını təyin etmək məqsədi ilə mütləq məhkəmə-tibbi müayinədən keçirilməlidir.

Bəzi hallarda qəfləti ölüm hallarında meyitin bədənində qançır, sıyrıq, əzilmiş yara, kəllə sümüklərinin sınığı kimi xəsarətlər tapıla bilər. Belə xəsarətlər şəxs qəfləti ölüm zamanı yerə yıxılan anda da yetirilə bilər.

Bir çox alimlər ani ölümlə qəfləti ölümün eyni anlayış olmasını göstərir. Bir çoxları isə onları fərqli məfhum olduğunu söyləyir. M.İ. Avdeyev ani ölüm dedikdə şəxsin kiçik zaman intervalında ölməsi fikrini söyləyir. Qəfləti ölüm dedikdə isə bir neçə on dəqiqə və hətta saatlar ərzində ölümün baş verməsi fikrini qeyd edir. Onun fikrincə qəfləti ölüm zamanı hətta gizli keçən xəstəliklərdə özünü ilkin simptomlarla biruzə verə bilər.

Bizim fikrimizcə qəfləti ölüm və ani ölüm arasında elə bir əsaslı fərq yoxdur. Onlar hər ikisi eyni xəstəliklərdə müşahidə oluna bilər, fərq yalnız ölümün baş vermə müddətində ola bilər. Məhkəmə-tibbi praktikada meyitin təşrihindən əvvəl qəfləti ölüm hallarında ölümün xarakteri və klinik təzahürləri haqqında fikir söyləmək çox çətindir.

Qəfləti ölüm insan həyatının bütün yaş dövrlərində müşahidə olunur, lakin onların rastgəlmə tezliyi müxtəlif yaş qrupları üzrə eyni səviyyədə deyil. Ən çox qəfləti ölüm erkən uşaq yaşlarında və 40-45 yaşdan yuxarı dövrlərdə rast gəlinir. Qəfləti ölümə səbəb olan bir çox xəstəliklər müəyyən yaş dövrü üçün xarakterikdir, məsələn: erkən uşaqlıq dövründə qəfləti ölümə ən çox bronxopnevmoniyalar və həzm sisteminin infeksiya xəstəlikləri səbəb olur. Yaşlılarda ən çox qəfləti ölümə ürək-damar və tənəffüs sisteminin xəstəlikləri səbəb olur.

13.1. Uşaq yaşlarında qəfləti ölümün əsas səbəbləri.

Uşaq yaşlarında baş verən qəfləti ölümlərin əsas səbəbləri infeksiya xəstəlikləri, mərkəzi sinir sisteminin patologiyaları, anatomik anomaliyalar, allergiyalar və digər patologiyalar ola bilər. Uşaqların həyatının ilk illərində tənəffüs sistemi orqanlarının gizli keçən iltihabi xəstəlikləri ölümə daha çox

səbəb olur. Həzm sisteminin infeksiyon xəstəlikləri də qəfləti ölümə nəticələnə bilər. Yeniyetmə və gənclərdə qəfləti ölüm hallarına çox az rast gəlinir. Bu yaşlarda ölüm, ürəyin işemik xəstəliklərindən (kəskin tac-damar çatışmamazlığı, ürəyin revmatik dəyişiklikləri), tənəffüs və mərkəzi sinir sisteminin xəstəliklərindən, yoluxucu xəstəliklərdən baş verə bilər. Cavan yaşlarda qəfləti ölümə səbəb olan xəstəliklərin morfoloji əlamətləri az nəzərə çarpır. Ona görə də bu zaman laborator müayinə üsullarından (histoloji, biokimyəvi, mikrobioloji və s.) mütləq istifadə olunmaqla meyitin dolğun məhkəmə-tibbi müayinəsi aparılmalıdır.

Cavan yaşlarında qəfləti ölümün səbəbləri

Cavan yaşlarında qəfləti ölüm çox az rast gəlinir. Bu yaşlarda ölüm ürəyin kəskin işemik xəstəliyindən, o cümlədən onun kəskin tac damar çatışmazlığı formasından, həmçinin ürəyin revmatik dəyişikliklərindən, tənəffüs və mərkəzi sinir sistemi xəstəliklərindən, yoluxucu xəstəliklərdən baş verə bilər.

Cavan yaşlarda qəfləti ölümün fərqli xüsusiyyəti ondadır ki, bu hadisələrdə ölümü törədən xəstəliyin morfoloji əlamətləri az nəzərə çarpır. Bu da laborator tədqiqat üsullarından (histoloji, mikrobioloji, kimyəvi, histokimyəvi, biokimyəvi və s.) mütləq istifadə edilməklə, meyidin ciddi məhkəmə-tibbi müayinəsi zərurətini qarşıya qoyur.

Orta və ahlı yaşlarda ölümün səbəbləri sırasında əsas yeri ürəyin işemik xəstəliyinin (UİX) bütün formaları, hipertoniya xəstəliyi və onların müştərək kombinasiyaları tutur.

Ürəyin işemik xəstəliyi və yaxud ürəyin koronar xəstəliyi miokardın arterial qanla təchiz olunmasının bir qədər və ya kəskin funksional pozğunluğu şəklində özünü biruzə verir. Belə funksiya pozğunluğu həmişə olmasa da, çox vaxt tac arteriya sistemindeki patoloji proseslərlə əlaqədar olur. Beləliklə, ürəyin işemik xəstəliyinin əsasında miokardın normal fəaliyyəti üçün zəruri olan arterial qanın miqdarı ilə xəstəlik dəyişikliklərinə məruz qalmış tac arteriyaları ilə nəql olunan qanın miqdarı arasında uyğunsuzluq durur.

Beynəlxalq Səhiyyə Təşkilatının (BST) təklifi əsasında tərtib edilmiş xəstəliklərin təsnifatında UİX tac arteriyalarının üzvi dəyişiklikləri (stenozlaşdırıcı ateroskleroz, tromboz) və ya onların funksional pozğunluqları (spazm, tonus tənziminin pozulması) nəticəsində inkişaf etmiş həm kəskin keçən, həm də xroniki patoloji vəziyyət kimi qəbul edilmişdir.

- Göstərilən klassifikasiya çərçivəsində aşağıdakı klinik formalar ayırd edilir: miokard infarktı (iriocaqlı-transmural, xırdaocaqlı-qeyri transmural, subendokardial, intramural). Miokard infarktı kəskin, residivləşən və təkrar ola bilər.

- Stenokardiya (gərginlik stenokardiyası, ilk dəfə inkişaf edən, progressivləşən, sakitlik stenokardiyası);
- İnfarktdan sonrakı (postinfarkt) kardioskleroz, miokardın ocaqla distrofiyası;
- Ürək ritminin pozulması;
- Kəskin koronar çatmamazlıq – ürək çatmamazlığı – ürəyin birincili dayanması;

Bu ÜİX-nin yuxarıda sadalanan istənilən formasını ağırlaşdırır, sürətli və ya ani ölümə gətirib çıxara bilər.

Ürəyin kəskin və daha artıq müddət davam edən, bəzən qəfləti ölümə qurtaran xroniki gedişli forması da olur. ÜİX-nin daha çox məhkəmə-tibbi əhəmiyyət kəsb edən formaları miokard infarktı (bütün variantlarda), stenokardiya və kəskin tac damar çatmamazlığıdır, hansılar ki, daha tez-tez qəfləti ölüm törədir.

ÜİX-də ölümün əsas səbəbi çox vaxt ürəyin ritm pozğunluğu, xüsusən də miokardın kəskin işemiyası fonunda baş vermiş mədəciklərin fibrillyasiyası olur. Miokard infarktında qəfləti ölümə ən çox kardiogen şok səbəb olur.

ÜİX-in morfoloji substratını tac arteriyaların aterosklerozu təşkil edir. Məlumdur ki, 40 yaşdan sonra ateroskleroz qaçılmazdır. Lakin heç də hamıda ateroskleroz “yaşlılığın əlaməti” olub ÜİX-nin klinik təzahürlərinə zəmin yaradan amil deyildir.

ÜİX-ə düçar olmuş və qəfləti ölmüş şəxslərdə tac arteriyaların aterosklerozu 20-30 il əvvəl başlamış olur və morfogenezin fibro-blastik tipi adlanan bədxassəli formasında daha tez tempdə inkişaf edir. Bu da tac arteriyaların daha tez daralmasına – stenozlaşmasına gətirib çıxardır.

Koronar aterosklerozun ağır yükü və sürətli tempi ürək-damar sisteminin xarici və daxili mühitin dəyişən şəraitlərinə uyğunlaşmasını aşağı salır. ÜİX-dən baş vermiş qəfləti ölümə koronar sistemdə xəstə ürəyin uyğunlaşma imkanları çərçivəsindən kənara çıxmış kompleks təsirlərə qarşı gedən kəskin dəyişikliklərin nəticəsi kimi baxmaq olar.

ÜİX-in inkişafında və onun törətdiyi qəfləti ölümə çoxsaylı risk amilləri mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bunlar arterial hipertenziya, piylənmə və siqaret çəkməkdir.

Risk amillərindən başqa, ÜİX-dən qəfləti ölümlərin baş verməsində xarici mühit amillərinin fiziki, psixososial gərginlik, alkoqol intoksikasiyası, meteoroloji şəraitin kəskin dəyişilmələri də böyük rol oynayır.

Görünür ki, qəfləti ölümün baş verməsində sadalanan amillərdən hər hansı biri və ya onların kombinasiyası deyil, ürək-damar sistemində yaranmış hal həlledici rol oynayır. ÜİX-ə düçar olmuşların ürək-damar sistemi koronar qan dövranının davamsız kompensasiya vəziyyətində olur. Bu fonda xarici

təsir koronar qan dövranının ölümcül dəyişikliklərinin bir növ işəsalma mexanizmi rolunu oynayır.

Kişilərdə qəfləti ölümlər qadınlara nisbətən daha tez-tez rast gəlinir.

ÜİX-dən baş vermiş ölümdə diaqnozun qoyuluş sxemi nümunəsi aşağıdakı kimi olur:

- 1) xəstəliyin forması (kəskin ÜİX, xroniki ÜİX, xroniki ÜİX-nin kəskinləşməsi);
- 2) ÜİX-in əsas təzahürləri, başqa sözlə onun morfoloji xarakteristikası ilə variantları (miokardın kəskin infarktı, kəskin koronar çatmamazlıq, miokardın kəskin işemiyası, aterosklerotik və ya postinfarkt kardioskleroz);
- 3) ÜİX-in miokardda ağırlaşmaları (işemiya, miokardın cırılması, tromboz və s.);
- 4) yanaşı gedən xəstəliklər.

Məhkəmə-tibbi təcrübədə qəfləti ölümlərin səbəbləri içərisində ikinci yeri tənəffüs üzvlərinin xəstəlikləri tutur. Burada əsas yeri pnevmoniyalar təşkil edir. Erkən uşaq yaşlarında pnevmosistli, sitomeqaliyalı, interstisial bronxit və pnevmoniyalar, böyüklərdə isə, xüsusilə tosğun və xroniki alkoqolizmə düçar olmuş şəxslərdə, iriocaqlı paylı fibrinoz pnevmoniyalara (kruppoz, fridlender pnevmoniyaları) rast gəlinir.

Müxtəlif lokalizasiyalı bədxassəli şişlər də qəfləti ölümün səbəbi ola bilər. Şişin dağılması nəticəsində damar divarının zədələnməsi şiddətli qanaxmalar törədə bilər (ağciyər xərçəngində ağciyər qanaxması, mədə və bağırsaq şişlərində mədə-bağırsaq qanaxması və s.). Həyati vacib orqanlarda yerləşən şişlərə, baş beyin və onurğa beyin şişlərinə massiv qansızmalar da qəfləti ölümə səbəb ola bilər. Bədxassəli şişlər ön divararalığı orqanlarının sıxılmasına, tənəffüs yollarının qapanmasına gətirib çıxara bilər. Bəzən şiş xəstəlikləri ağciyər arteriyasının trombemboliyası ilə ağırlaşır.

Vərəm, xüsusilə də onun fibroz-kavernoz forması qəfləti ölüm törədə bilər. Meyitin müayinəsində kavernadakı eroziyalaşmış qan damarından ağciyər qanaxması, vərəm prosesinin bronxogen disseminasiyası, ya da ürəyin hipertirofiyalaşmış sağ mədəciyinin dekompensasiyası nəticəsində kəskin ürək-ağciyər çatışmazlığı əlamətləri aşkar edilir.

Yoluxucu xəstəliklər içərisində ən çox qəfləti ölüm verən qripin toksik formasıdır. Meyitin təşrihində hemorragik traxlobronxit, ağciyərlərdə xırda və iriocaqlı qansızmalar, uzun sürən prosesdə isə irinli əriyib-dağılma və nekroz ocaqları aşkar olunur. Bununla yanaşı, morfoloji olaraq istər təzə, istərsə də onların orqanizasiyaya uğramasının müxtəlif mərhələlərində yayılmış subdural hematomalar şəklində özünü biruzə verən hemorragik meningit də

müşahidə edilir. Orqanizasiyaya uğramış hemotomalarda hemosiderinin çökməsi qan dövranının təkrar pozuntularından xəbər verir.

Cədvəl 4

Orta yaşlı şəxslərdə daxili üzvlərin morfometrik göstəriciləri

Üzvlər	Çəkisi (qr)		Uzunlu ğu (sm)	Eni (sm)	Qalınlığı (sm)
	Kişi	Qadın			
Baş beyin	1350	1250	16	14	11
-beyin qabığı					0,5
Ürək	310	275	9	9-10	3,5-4
- sol mədəciyin divarı - sağ mədəciyin divarı - sol atrio-ventikulyar dəliyin perimetri - sağ atrio-ventikulyar dəliyin perimetri					1,0-1,3 0,3-0,4 8,0-10,5 10,0-12,5
Qara ciyər	1600		26-28	Sağ pay: 20-22 Sol pay: 13-16	7-9
Ağ ciyər	Sağ: 480-570 Sol: 325-360		26	16	9
Mədəaltı vəz	90-105		23	3,5	2
Böyrək	150		12	6	4
qabıq maddənin qalınlığı					0,5
Dalaq	150	180	11	7	3,5
Soxulcanabənzər çıxıntı			8	Diametri-0,8	
Uşaqlıq	Doğmamış qadınlarda – 40-50 Doğmuş qadınlarda – 80-90		6-8	4	2-3
Yumurtalıq		5-8	3	1,5	1,0
Xaya	20-30		4	3	2
Hipofiz	0,5		1	1,0-1,5	0,5
Qalxanabənzər vəz (hər payı)	35		3	1,5	0,5
Böyrəküstü vəz	10		5	2-3	2
Timus (10-15 yaşda)	36		8-16		

Nəfəs borusunun, ağciyərlərin, baş beyin hissələrinin və qanın bakterioloji tədqiqatı nəinki qripin diaqnozunu təsdiq etməyə, eyni zamanda onun antigen təbiətini müəyyən etməyə imkan verir. Sonuncunun isə profilaktik tədbirlərin keçirilməsində əhəmiyyəti çox böyükdür.

Məhkəmə-tibbi təcrübədə qəfləti ölümün səbəbləri içərisində ikinci yeri tənəffüs üzvlərinin xəstəlikləri tutur. Müxtəlif lokalizasiyalı bəd xassəli şişlər, vərəm xəstəliyi, bir sıra sürətli inkişaf edən yoluxucu xəstəliklər, parazitər xəstəliklər də qəfləti ölümə səbəb olan patologiyalara aiddirlər.

13.2. Ürək –damar sistemi xəstəlikləri zamanı qəfləti ölüm halları.

Ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX).

Ürəyin işemik xəstəliyi və ya ürəyin koronar xəstəliyi miokardın arterial qanla təchiz olunmasının az və ya kəskin funksional pozğunluğu şəklində özünü biruzə verir. Belə pozğunluqlar çox vaxt ürəyin tac arteriyalarındakı proseslərlə əlaqədar olur. Ürəyin işemik xəstəliklərinin əsasında miokardın normal fəaliyyəti üçün zəruri olan qanın miqdarının lazımi miqdarda olmaması durur.

Ürəyin işemik xəstəliyi haqqında daha geniş təsəvvür yaratmaq üçün xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatının 10-cu baxışında (XBT-10) ürəyin işemik xəstəliklərinin təsnifatını göstərməyi lazım bilir.

Ürəyin işemik xəstəlikləri (120-125).

Qeyd. 121-125 rubrikalarında xəstələnmənin statistikasını üçün istifadə edilən «vaxt müddəti» anlayışında, işemik xəstəliyin tutmasından-xəstənin tibb müəssisəsinə daxil olduğu vaxta qədər keçən müddət götürülür. Ölümün statistikasını üçün isə bu vaxt işemik xəstəliyin başladığı andan ölümün baş verdiyi vaxta qədər keçən müddəti əhatə edir.

Daxil edilib: hipertenziyası qeyd olunmaqla (110-115)

Hipertenziya olmasını göstərmək zərurəti meydana çıxarsa əlavə koddan istifadə edilir.

120 Stenokardiya (döş inağı)

Qeyri-stabil stenokardiya

Şiddətlənən stenokardiya

İlk dəfə baş verən gərginlik stenokardiyası

Proqressiv gərginlik stenokardiyası

Aralıq koronar sindromu

Sənədlər əsasında təsdiqlənmiş spazm ilə gedən stenokardiya

Angiospastik stenokardiya

Prinsmetal stenokardiyası

Spazm ilə şərtlənən stenokardiya

Variantlı stenokardiya

120.8 Stenokardiyanın digər formaları

Gərginlik stenokardiyası

120.9. Dəqiqləşdirilməmiş stenokardiya

ƏGO stenokardiya

Cardiac stenokardiya

Anginoz sindrom

Döşdə işemik ağrılar

121 **Miokard infarktı**

daxil edilib: Miokard infarktı, kəskin forma kimi dəqiqləşdirilmiş (və ya xəstəlik başlandıdan 4 həftə (28 gün) və ya bundan az müddət davam etdiyi müəyyənləşdirilmiş) (123.-)

miokard infarktı:

- əvvəllər keçirilmiş (125.2)
- xroniki forma kimi müəyyənləşdirilmiş və ya xəstəlik başlandıdan 4 həftədən(28 gündən) artıq vaxt keçdikdə (125.8)
- sonradan baş verən (122.-)

infarktdan sonrakı miokardial sindrom (124.1)

121.0 **Miokardın ön divarının kəskin transmural infarktı**

Ön (divarın) ƏGO

Ön-zirvə

Ön-yan

Ön-septal

} (kəskin) transmural infarktı

121.1. **Miokardın aşağı divarının kəskin transmural infarktı**

Miokard aşağı divarının kəskin transmural infarktı

Miokardın (kəskin) transmural infarktı:

- diafraqmal divarın
- ƏGO aşağı (divarın)
- aşağı-yan
- aşağı-arxa

121.2. **Miokardın digər dəqiqləşdirilmiş lokalizasiyalarının kəskin Transmural infarktı**

(Kəskin) transmural (-ı):

- zirvə-yan
- bazal-lateral
- yuxarı-yan
- ƏGO, yan (divarın)
- arxa (həqiqi)
- arxa-bazal
- arxa-yan
- arxa-septal
- ƏGO arakəsmə

121.3 **Miokardın dəqiqləşdirilməmiş lokalizasiyalı kəskin transmural infarktı**

Miokardın transmural infarktı,ƏGO

- Miokardın kəskin subendokardial infarktı**
 Miokardın qeyri-transmural infarktı, ƏGO
- 121.9 Dəqiqləşdirilməmiş kəskin miokard infarktı**
 ƏGO (kəskin) miokard infarktı
- 122 Təkrar miokard infarktı**
Daxil edilib: residiv verən miokard infarktı
- 122.0 Miokardın ön divarının təkrar olunan infarktı**
 Təkrar (kəskin) infarkt (-i):
- ƏGO, ön (divarın)
 - ön-zirvə
 - ön-yan
 - ön-septal
- 122.1 Miokardın aşağı divarının təkrar infarktı**
 Təkrar (kəskin) infarkt
- diafraqmal divarın
 - ƏGO aşağı (divarın)
 - aşağı-yan
 - aşağı-arxa
- 122.8 Miokardın digər dəqiqləşdirilmiş lokalizasiyalı təkrar infarktı**
 Miokardın təkrar (kəskin) infarktı:
- Zirvə-yan
 - Bazal-lateral
 - ƏGO, yan (divarın)
 - Arxa (həqiqi)
 - Arxa-bazal
 - Arxa-yan
 - Arxa-septal
 - ƏGO arakəsmə
- 122.9 Miokardın dəqiqləşdirilməmiş lokalizasiyalı təkrar infarktı**
- 123 Kəskin miokard infarktının bəzi cari ağırlaşmaları**
- 123.0 Hemoperikard-kəskin miokard infarktının yaxın ağırlaşması kimi**
- 123.1 Qulaqcıqlararası arakəsmənin qüsurlu-kəskin miokard infarktının cari ağırlaşması kimi**
- 123.2 Mədəciklərarası arakəsmənin qüsuru-kəskin miokard infarktının cari ağırlaşması kimi**
- 123.3 Hemoperikard əmələ gəlmədən, ürək divarının cırılması-kəskin miokard infarktının cari ağırlaşması kimi**

- 123.4 Vətər xordasının cırılması-kəskin miokard infarktının cari ağırlaşması kimi**
- 123.5 Məməciyəbənzər əzələnin yırtılması-kəskin miokard infarktının cari ağırlaşması kimi**
- 123.6 Ürək qulaqcığı və mədəciyinin trombozu, kəskin miokard infarktının cari ağırlaşması kimi**
- 123.7 Kəskin miokard infarktının digər cari ağırlaşmaları**
- 124 Ürəyin kəskin işemik xəstəliklərinin digər formaları**
- 124.0 Miokard infarktına gətirib çıxarmayan tac damar trombozu**
 Tac (arteriyaların) (venaların) miokard infarktına gətirib çıxarmayan:
- Emboliası
 - Okkluziyası
 - Trombemboliası
- 124.1 Dressler sindromu**
 Postinfarkt sindrom
- 124.8 Ürəyin kəskin işemik xəstəliyinin digər formaları**
 Koronar (tac damar):
- Çatmamazlıq (-ği)
 - Yarıtmamazlıq (-ği)
- 124.9 Ürəyin dəqiqləşdirilməmiş kəskin işemik xəstəliyi**
- 125 Ürəyin xroniki işemik xəstəliyi**
- 125.1 Ürəyin aterosklerotik xəstəliyi**
 Koronar (arteriyaların):
- Ateroması
 - Ateroskleroza
 - Xəstəliyi
 - Skleroza
- 125.2 Əvvəllər keçirilən miokard infarktı**
 Müalicə olunan miokard infarktı
 Hal hazırda heç bir simptom olmadığı halda, EKQ və digər xüsusi metodların köməyi ilə əvvəllər miokard infarktı keçirildiyinin aşkar edilməsi
- 125.3 Ürək anevrizması**
 Divar Mədəcik anevrizması
- 125.4. Tac arteriyaların anevrizması**
 Tac damarının qazanılmış arteriovenoz fistulu
- 125.5. İşemik kardiomiopatiya**
- 125.6. Miokardın sptomsuz işemiyası**

125.8. Ürəyin xroniki işemik xəstəliklərinin digər formaları

121-122 və 124.-rubrikalarında verilən, xroniki forma kimi göstərilən və ya xəstəlik başlanandan 4 həftədən (28 gündən) artıq davam etdiyi müəyyən olunan istənilən hal

125.9. Ürəyin dəqiqləşdirilməmiş xroniki işemik xəstəliyi

Ürəyin (xroniki) işemik xəstəliyi, ƏGO

Ürəyin işemik xəstəliyi kəskin (davamətmə müddəti 8 həftədən çox olmayan) və ya xroniki formada ola bilər. ÜİX-i nəticəsində qəfləti ölüm hallarına çox rast gəlinir. Məhkəmə-tibbi baxımdan daha çox qəfləti ölümə səbəb olan ürəyin işemik xəstəlikləri arasında miokard infarktı (bütün formaları), stenokardiya və kəskin koronar çatışmazlığı mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Ürəyin işemik xəstəliklərində ölümün əsas səbəbi əksər hallarda ürəyin ritm pozğunluğu, xüsusən də miokardın kəskin işemiyası fonunda baş vermiş mədəciklərin fibrilyasiyası olur. Miokard infarktı zamanı qəfləti ölümə ən çox kardiogen şok səbəb olur.

Son illərdə aparılmış tədqiqatların nəticəsinə görə ÜİX-i nəticəsində baş vermiş qəfləti ölümlərdən 2-5 saat davam edən miokardın hipoksiyası dövrü müşahidə olunur. Bu dövr ərzində kardiomyositlərdə əhəmiyyətli dəyişikliklər baş verir. İlk növbədə kardiomyositlərin ocaqlı nekrozları inkişaf edir ki, bunu da faza-kontrast və qütblü mikroskopiya yolu ilə aşkar etmək olar. ÜİX-nin morfoloji əsasını tac arteriyalarının ateroskleroza təşkil edir. Lakin həmişə ateroskleroz ürəyin işemik xəstəliklərinin klinik təzahürlərinə zəmin yaradan amil olmur.

Ürəyin işemik xəstəliklərinin inkişafına bir çox risk amilləri təsir göstərir. Bunlara arterial hipertenziyanı, piylənməni, siqaret çəkməni, alkoqol intoksikasiyasını, fiziki və psixososial gərginliyi, meteoroloji şəraitin kəskin dəyişməsini misal göstərmək olar.

Kişilərdə qadınlara nisbətən qəfləti ölümə daha tez-tez rast gəlinir. ÜİX-i nəticəsində baş verən qəfləti ölüm hallarında patoloq anatomların təcrübəsindən istifadə etmək lazımdır.

Kardioskleroz.

Kardioskleroz ürək əzələsində birləşdirici toxumanın çoxalmasıdır. Adətən kardioskleroz ikincili prosesdir. Kardiosklerozun ocaqlı və diffuz formaları ayırd olunur. **Ocaqlı kardioskleroz** zamanı ürək əzələsində müxtəlif ölçülərdə ağımtıl çapıqlar əmələ gəlir. Belə çapıqlar adətən miokard infarktından sonra formalaşır. Belə çapıqlar bəzən ürək əzələsinin dərinliklərini əhatə edir və bir çox hallarda onlardan ürəyin xroniki anevrizması formalaşır. Belə çapıqların periferiya hissəsində miokard qalınlaşır (regeneration hiper-

tofiya). **Diffuz kardioskleroz** və ya miofibroz miokardın stromasında əmələ gələn birləşdirici toxuma nəticəsində diffuz qalınlaşması və kobudlaşması ilə xarakterizə olunur. Belə hallarda birləşdirici toxuma əzələ liflərini örtmüş və ya qapamış kimi görsənir. Kardiosklerozun morfogenezinə görə 3 növü ayırd olunur. infarktdan sonrakı, əvəzedici və miokarditik. infarktdan sonrakı kardioskleroz adətən iriocaqlı olur. Miokarditik kardioskleroz diffuz (miofibroz), əvəzedici isə kiçik ocaqlı olur.

Ateroskleroz.

Ateroskleroz (yunanca: athere-sıyıq, sıyıgabənzər kütlə, sklerosis-bərkimə, birləşdirici toxumanın inkişafı) xroniki xəstəlik olub orqanizmdə piy və zülal mübadiləsinin pozulması ilə əlaqədar elastiki və əzələ-elastiki tipli arteriyaların daxili qatında (intima) lipid və zülalların ocaqlar şəklində toplanması və birləşdirici toxumanın inkişafı ilə xarakterizə olunur. Ateroskleroz əsasən iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə daha çox yayılmışdır. Əhali əsasən həyatının 2-ci dövründə bu xəstəliyə düçar olur. Müasir dövrdə ateroskleroza orta və cavan yaşlarda da rast gəlinir. Bir çox dünya ölkələrində ateroskleroz ölümə və əlilliyə səbəb olur. Ateroskleroz xəstəliyini ilk dəfə 1904-cü ildə F.Marşan, 1911-ci ildə isə rus patoloqanatomu N.Aneçkov öyrənərək təbabətə daxil etmişdir. Ona görə də ateroskleroza Marşan-Aneçkov xəstəliyi də deyirlər.

Etioloji patogenetik və morfoloji xüsusiyyətlərinə görə aterosklerozun aşağıdakı növləri ayırd edilir.

1. Ateroskleroz (metabolik ateroskleroz)
2. Arterioskleroz və ya hialinoz (məsələn: hipertoniya xəstəliyi zamanı arteriolların divarında inkişaf edən dəyişikliklər.
3. İltihabi arterioskleroz (məsələn: sifilitik,vərəm)
4. Allergik artetioskleroz (məsələn:düynüli periarterit)
5. Toksik arterioskleroz (məsələn:adrenalin təsirindən)
6. Arteriyaların birincili mediakalsinozu (məsələn: Menreberd xəstəliyi.)
7. Qocalıq ateroskerozu

Ateroskleroz polietioloji xəstəlikdir, onun inkişafında mübadilə (ekzo. endogen), hormonal, hemodinamik, sinir, damar, etnik və irsi amillər daha böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Bir çox hallarda aterosklerozun klinik-morfoloji formalarında öyrənmək lazım gəlir. Bunlar aşağıdakılardır:

1. Aortanın ateroskerozu
2. Ürəyin tac damarlarının ateroskerozu (ürək forması, ürəyin işemik xəstəliyi)

3. Beyin arteriyalarının ateroskleroza (beyin forması, serebrovaskulyar xəstəlik)
4. Böyrək arteriyalarının ateroskleroza (böyrək forması)
5. Bağırsaq arteriyalarının ateroskleroza (bağırsaq forması)
6. Ətrafların ateroskleroza (ətrafların arteriyalarının ateroskleroza)

Ən çox aorta, ürək, baş beyin və böyrək formalı aterosklerozlara və onların müştərək inkişaf formalarına rast gəlinir.

Ateroskleroz xəstəliyində və onun ağırlaşmalarından baş verən qəfləti ölüm hallarında meyitlərin müayinəsi aparılarkən məhkəmə-tibb eksperti, patoloji anatomik müayinələrin nəticələrinə həmçinin şəxsin sağlığında onun adına tərtib olunmuş xəstəlik və ambulator kartlara dərinlən fikir verməlidir.

Yuxarıda qeyd olunan xəstəliklərdən başqa hipertoniya, miokardit, ürək qüsurları, ağciyər arteriyalarının tromboemboliyası nəticəsində qəfləti ölüm hallarına rast gəlinir.

13.3. Tənəffüs üzvlərinin xəstəlikləri nəticəsində baş verən qəfləti ölüm halları.

Məhkəmə-tibbi praktikada tənəffüs üzvlərinin xəstəlikləri nəticəsində baş verən qəfləti ölüm hallarına tez-tez təsadüf olunur. Tənəffüs sisteminin xəstəlikləri müasir metodların köməyi ilə diaqnozlaşdırıla bilər və bu xəstəliklərin çoxu aydın təzahür edən simptomatika ilə gedir. Ağ ciyərlərin bəzi xəstəlikləri simptomusuz keçir və ya əksinə olaraq kəskin inkişaf edərək bir çox hallarda qəfləti ölümə nəticələnir. Belə xəstəliklərə bronxopnevmoniya, bronxial astma, fibrinoz pnevmoniyaları və s. misal göstərmək olar. Yaşlı şəxslərdə bronxopnevmoniya temperatursuz, gizli inkişaf edir, tənəffüs və ürək-damar çatmazlığına gətirib çıxarır. Südəmə uşaqlarda bronxopnevmoniya tez inkişaf edərək, qısa zaman müddətində ölümə səbəb ola bilər. Qəfləti ölümə həmçinin ağ ciyər qanaxmaları da səbəb ola bilər. Bu qanaxmalar ağciyərlərin fibroz-kavernoz vəramində, bronxoektaziya xəstəliyində, ağ ciyərin şişlərində, absesində və s. müşahidə olunur.

13.4. Mərkəzi-sinir sisteminin xəstəlikləri nəticəsində baş verən qəfləti ölüm halları.

Mərkəzi-sinir sisteminin xəstəlikləri nəticəsində baş verən qəfləti ölüm halları baş-beyinin sıxılması simptomları (qusma, huşun itməsi) ilə müşahidə olunur. Belə əlamətlər zəhərlənmələr və kəllə-beyin travmaları nəticəsində inkişaf edən klinik əlamətlərə oxşar olduğuna görə adətən zorakı ölümə şübhə yaranır. Belə xəstəliklərə hemorragik paximeningiti, subaraxnoidal qansızma-

ları, anevrizmaları, müxtəlif lokalizasiyalı şişləri, absesləri və s. misal göstərmək olar. Epilepsiya nəticəsində baş verən qəfləti ölüm hallarına da təsadüf olunur. Bu zaman ölüm qıcolma tutmaları zamanı asfiksiyadan və ya beyin qan dövrünün kəskin pozulması nəticəsində baş beyinin ödemi və şişməsindən baş verə bilər.

13.5. Mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri nəticəsində baş verən qəfləti ölüm halları.

Mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri nəticəsində baş verən ölüm hallarına da tez-tez rast gəlinir. Belə xəstəliklərə mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi, hemorragik pankreatiti misal göstərmək olar.

Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi bəzən kəskin qanaxmalarla müşahidə olunur. Belə qanaxmalar zamanı bağırsaq arteriyalarının trombozu və emboliası baş verə bilər və bu da bağırsaqların müəyyən hissələrinin nekrozlaşmasına gətirib çıxara bilər.

Hemorragik pankreatit nəticəsində baş verən qəfləti ölümlərin diaqnostikası bəzi çətinliklər törədir. Bəzi hallarda pankreas vəzində baş verən autolitik dəyişikliklər hemorragik pankreatitlə səhv salına bilər. Ölümdən sonra baş verən autolizin pankreatitdən fərqi ondan ibarətdir ki, autoliz zamanı ətraf piy hüceyrələrində nekroz müşahidə olunmur və vəz toxuması yumşalmış halda olur. Son diaqnostika histoloji müayinənin nəticəsinə əsaslanmalıdır. Qadınlarda hamiləliklə və doğuşla bağlı qəfləti ölüm hallarına təsadüf olunur. Hamiləliyin birinci yarısında uşaqlıqdan kənar hamiləlik zamanı uşaqlıq borularının cırılması nəticəsində baş verən qanaxmalardan ölüm baş verə bilər. Qəfləti ölüm eklampsiya nəticəsində də baş verə bilər. Hətta birinci tutma hallarında da ölüm baş verə bilər. Eklapsiyanın morfoloji əlamətləri ilk növbədə özünü qara ciyərdə baş verən dəyişikliklərdə göstərir. Bu zaman qara ciyər böyüyür kəsikdə sarı rəngdə olur, həmçinin onun kapsulu altında qansızmalar tapılır. Bundan başqa baş beyində, böyrəklərdə qansızma müşahidə oluna bilər. Doğuş zamanı qəfləti ölüm atonik qansızmalardan, uşaqlığın cırılmalarından, hava emboliasının nəticəsi olaraq baş verə bilər.

13.6. Yoluxucu və parazitar xəstəliklər nəticəsində baş verən qəfləti ölüm halları.

Yoluxucu xəstəliklər arasında taun, vəba, qara yara, epidemik qripp, toksiki dizenteriya, qarın yatalağı, səpkili yatalaq qəfləti ölümə səbəb ola bilər. Yoluxucu xəstəliklərdə və xüsusəndə xüsusi təhlükəli infeksiyalarda ölüm

halları baş verərsə bu zaman meyitin təşrihi sanitar-epidemioloji qaydalara ciddi riayət etməklə aparılmalıdır.

Qəfləti ölümün səbəbləri arasında bir sıra parazitar xəstəliklərin adını qeyd etmək olar. Belə xəstəliklərə askaridozu, sistiserkozu, exinokokkozu, trixinellyozu misal göstərmək olar. Belə xəstəliklər zamanı qəfləti ölüm parazitlərin insan bədəninə mexaniki və toksiki təsiri nəticəsində baş verir.

BÖLMƏDƏ ACIQLANAN SUALLAR

1. Ölümün məhkəmə-tibbi təsnifatı. Ölümün baş verməsinin təyini.
2. ilkin və gec baş verən meyit əlamətləri.
3. Hadisə yerinin müayinəsi və müayinəsinin sənədləşdirilməsi.
4. Naməlum şəxslərin meyitlərinin müayinəsi. Parçalanmış meyitlərin müayinə xüsusiyyətləri. Ekshumasiya.
5. Meyitlərin məhkəmə-tibbi müayinəsinin aparılma səbəbləri.
6. Meyitin restavrasiyası.
7. Ölümün baş vermə müddətinin təyin edilməsi.
8. Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertiza rəyi.
9. Yeni doğulma anlayışı. Uşağın yeni doğulmuş olmasının, vaxtında doğulmasının və yetkinliyinin təyini.
10. Uşağın diri və ya ölü doğulmasının təyini.
11. Qəfləti ölüm.

III BÖLMƏ.

MEXANİKİ FAKTORLARIN TƏSİRİNDƏN BAŞ VERƏN ZƏDƏLƏNMƏLƏR VƏ ÖLÜM HALLARI

FƏSİL XIV. MƏHKƏMƏ-TİBBİ TRAVMATOLOGİYA

14.1. Xəsarətlər və travmatizm haqqında anlayış

Travmatologiya - (yunanca-travma-yara, xəsarət və loqos-elm deməkdir) zədələnmələr, onların diaqnostikası, müalicəsi və profilaktikası haqqında elmdir.

Zədələnmələr, xəsarətlər insan həyatında çox tez-tez təsadüf olunur. Travmatologiyanın əhatə dairəsi çox geniş olduğundan bu elmlə təkcə travmatoloqlar deyil, həmçinin neyrocərrahlar, oftalmoloqlar, stomatoloqlar, səhiyyənin təşkilatı işi ilə məşğul olan mütəxəssislər və s. məşğul olurlar. Məhkəmə-tibb ekspertlər də travmatologiya elmini dərinlən öyrənir. Məhkəmə-tibbi travmatologiya məhkəmə təbabəti elminin əsas bölmələrindən biridir.

Məhkəmə təbabətində xəsarət və ya travma dedikdə hər hansı bir xarici mühit amilinin təsiri nəticəsində insan orqanizmində olan üzv və toxumaların anatomik tamlığının, yaxud fizioloji funksiyasının pozulması və bunun nəticəsi olaraq sağlamlığın bu və ya digər formada dəyişilməsi və ya ölümə səbəb olan hal nəzərdə tutulur.

Travmalar və ümumiyyətlə mexaniki təsirdən baş verən zədələnmələr zorakı ölümün ən çox rast gəlinən səbəbidir. Bütün ölüm hallarının səbəbi arasında mexaniki zədələnmələr üçüncü yer tutur (ürək-damar sistemi və onkoloji xəstəliklərdən sonra). 14-45 yaş qrupuna daxil olan insanlar arasında isə mexaniki zədələnmələr ölümün səbəbi olaraq birinci yeri tutur.

Zorakı ölüm və ya sağlamlığın pozulması zamanı istintaq və məhkəmə orqanları bədənə yetirilən xəsarətlərin xarakterini, sağlamlığa zərərvermanın dərəcəsini və ya ölümün səbəbini təyin etmək üçün məhkəmə-tibbi ekspertiza təyin edir və yuxarıda göstərilən sualların həlli üçün məhkəmə-tibb ekspertləri zədələnmələrin mexanizmi, morfologiyası, növləri, əmələ gəlmə səbəbləri haqqında biliklərə yiyələnəlməlidir. Bütün bu biliklər sahəsində onlar xəsarətlər zamanı onların qarşısında qoyulmuş suallara obyektiv və dolğun cavab verə bilərlər.

Xarici mühit amillərinin xarakterindən asılı olaraq xəsarətlər aşağıdakı 4 qrupa bölünür:

1. Fiziki.

Mexaniki (küt və iti alət zədələnmələri, odlu silah və mərmir zədələnmələri).

Yüksək və aşağı temperaturun təsiri

Elektrik (texniki və atmosfer elektriki) təsiri

Şüa enerjisinin təsiri

Yüksək və aşağı atmosfer təzyiqinin təsiri (barotravmalar)

2. Kimyəvi - bu amillərin təsiri nəticəsində zəhərlənmə nəticəsində sağlamlığın pozulması və ölüm baş verə bilər. Kimyəvi amillərin aşağıdakı növləri var.

Zəhərli kimyəvi preparatlar (məsələn zərərverici həşəratları qırmaq üçün).

Dərman maddələri.

Məişətdə işlədilən dərman maddələri

Döyüş zəhərləyici maddələri

3. Bioloji

Heyvan zəhərləri

Bitki zəhərləri

Mikroorqanizmlərin təsiri

4. Psixiki - (Emosional şok, güclü psixiki həyəcan, stress və s.)

Ədəbiyyatlarda çox vaxt travmatizm terminindən də istifadə olunur.

Oxşar əmək və məişət şəraitində əhəlinin ayrı-ayrı qruplarında rast gəlinən travmaların cəmi travmatizm adlanır.

Travmatizmin aşağıdakı 5 növü var.

1. Nəqliyyat travmatizmi.

Yol-nəqliyyat

Dəmiryol-nəqliyyatı

Su-nəqliyyat

Hava-nəqliyyat

2. İstehsalat travmatizmi

Sənaye

Kənd təsərrüfatı

3. Məişət travmatizmi

4. İdman travmatizmi

5. Hərbi travmatizm müharibə dövründə

- a. döyüş travması

- b. döyüşdən kənar travma sülh dövründə

Məhkəmə-tibbi praktikada travmatizmin növlərinin rastgəlmə tezliyi müxtəlifdir. Gündəlik həyatda ən çox təsadüf olunan məişət və yol-nəqliyyat travmatizmi hadisələridir. Bütün bunlar nisbi xarakter daşıyır. Belə ki, ərazisində müharibə gedən ölkələrdə hərbi travmatizm daha çox rast gəlinə bilər.

Qeyd olunduğu kimi xəsarətlərin öyrənilməsi ilə bir çox başqa tibb sahələrində məşğuldur.

Məhkəmə təbabətində xəsarətlərin öyrənilməsinin özünə məxsus xüsusiyyətləri vardır. Xəsarətlərin məhkəmə-tibbi araşdırılması zamanı qarşıya çıxan və həll olunmalı olan məsələlərə aşağıdakıları aid etmək olar.

- Canlı şəxsdə və meyiddə xəsarətlərin müəyyən edilməsi və onlara məhkəmə-tibbi diaqnozun qoyulması.
- Xəsarətin yaranma mexanizminin, şəraitinin müəyyən edilməsi.
- Xəsarət yetirən faktorun (silah, alət, əşya) müəyyən edilməsi və onların xüsusiyyətlərinin aydınlaşdırılması.
- Xəsarətlərin həyatiliyinin (meyiddə) müəyyən edilməsi.
- Xəsarətlərin yetirilmə müddətinin, ardıcılığının müəyyən edilməsi.
- Xəsarətlərin yetirilmə istiqaməti və hansı qüvvə ilə yetirilməsinin təyini.
- Xəsarətlərin sağlamlığa zərərurma dərəcəsinin təyin olunması. Onların əmək qabiliyyətinə və ümumiyyətlə sağlamlığa təsir etməsinin müəyyən edilməsi.

Sağlamlığın pozulması ya orqan və toxumaların anatomik tamlığının itirilməsi, ya da fizioloji funksiyalarının itirilməsi ilə xarakterizə oluna bilər. Dialektik mənada anatomik tamlıq və fizioloji funksiya eynilik təşkil edir. Belə ki, anatomik tamlığın itirilməsi orqan və toxumaların fizioloji funksiyasının itirilməsinə də səbəb olur və ya əksinə olaraq fizioloji funksiyaların itirilməsi son nəticədə orqan və toxumaların anatomik tamlığının itirilməsinə də səbəb olur (cədvəl 5).

Cədvəl 5

Xəsarətlərin anatomik və fizioloji təsnifatı

Funksional xəsarətlər	Anatomik xəsarətlər
1. Daxili orqanların sirkələnməsi (ürəyin, baş beyinin və s.). 2. Refleksoqen zonalara zərbə nəticəsində əmələ gələn şok. 3. Ağrı. 4. Tənəffüs funksiyasının pozulması (mexaniki asfiksiya).	1. Sıyrıqlar. 2. Qançırqlar. 3. Yaralar. 4. Əzələlərin, dərialtı və dəri toxumasının əzilmələri, didilmələri. 5. Çıxıqlar. 6. Sınıqlar. 7. Bağların cırılması. 8. Daxili orqanların cırılmaları. 9. Daxili orqanların əzilmələri (didilmələri). 10. 10. Bədənin ayrı-ayrı hissələrinin qopması (tam, hissəvi).

Hüquqi baxımdan xəsarətlər qəsdən və ehtiyatsızlıqdan törədilə bilər. Məhkəmə-tibb eksperti bədəndə olan xəsarətləri müayinə edir və xəsarətin qəsdən və ya ehtiyatsızlıqdan törənməsinin təyini onun səlahiyyətlərinə daxil deyil.

Məhkəmə-tibbi praktikada bəzən ekspert meyitə xəsarət yetirilməsi ilə rastlaşılır. Bu zaman onları ölümdən sonrakı xəsarətlər adlandırırlar. İnsan öldükdən sonra orqanizm heç bir funksiyanı yerinə yetirmir və ona görə də ölümdən sonrakı xəsarətlər anatomik xarakter daşıyır.

Ölümdən sonra yetirilən xəsarətlər qəsdən, ehtiyatsızlıqdan və təsadüfən yetirilə bilər.

Qəsdən meyitə yetirilmiş xəsarətlər kriminal məqsədlər olmadan da yetirilə bilər.

Təsadüfi, ölümdən sonrakı xəsarətlərə çox müxtəlif hadisələrdə rast gəlinə bilər və ekspertlər üçün belə hallar çətinlik törədir. Onlara aşağıdakı halları aid etmək olar.

- Zoraki və ya qeyri-zoraki xəsarət alaraq ölmüş şəxsin meyitinə nəqliyyat vasitələri ilə əzilməsi, meyitin hündürlükdən düşməsi, suda qalması və s.
- Meyitlə ehtiyatsız davrama zamanı onun maşından düşməsi, maşında aparan zaman tərpənməsi zamanı.
- Məhkəmə-tibbi və patoloji-anatomik təşrih zamanı (kəllə qapağının açılması zamanı tam kəsik aparılmadan güc tətbiq etməklə onun açılmasında, döş və boyun orqanlarının kompleks şəkildə çıxarılması zamanı boyunun dərisi, dilaltı sümük və qırtlaq qığırdaqları, qabırğalar, döş sümüyü, onurğa sütunu zədələyə bilər).
- Meyitin ekshumasiyası zamanı bir çox hallarda meyit basdırıldıqdan sonra bu və ya digər səbəbdən meyitin yerləşdiyi qutunun (tabutun) qapağının torpağın təsirindən çürüyüb meyitin üzərinə düşməsi nəticəsində və ya digər əşyaların təsiri nəticəsində ölümdən sonrakı xəsarətlər yetirilə bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, belə hallarda çox vaxt alın, burun və göz yuvası sümükləri təsirə məruz qalır. Qabırğaların bir və ya iki tərəfli sınığı əmələ gələ bilər.

Kriminal məqsədlər olmadan, ölümdən sonra qəsdən törədilmiş xəsarətlər məhkəmə-tibbi və patoloji anatomik müayinələr zamanı, meyitin süni konservləşdirilməsi zamanı, meyitdən qan götürülərkən, transplantologiya məqsədilə meyitdən dəri və digər orqanların götürülməsi zamanı baş verə bilər. Bütün göstərilən ölümdən sonrakı xəsarətlər ölümün konstataşyası (ölüm faktının həkim təsdiqi) təyin olunduqdan sonra törədildiyindən və müvafiq sənədlərdə onlar öz əksini tapdığından belə xəsarətlərin təyininə ehtiyac duyulmur.

Bəzi hallarda bioloji ölüm baş verməsinə baxmayaraq reanimasiya tədbirlərinin göstərilməsi nəticəsində də ölümdən sonrakı xəsarətlər yetirilə bilər. Kəbub göstərilmiş reanimasiya tədbirləri nəticəsində döş sümüyünün,

qabırğaların sınığı kimi ölümdən sonrakı xəsarətlər yetirilə bilər. Bioloji ölüm baş verdikdən dərhal sonra yetirilən xəsarətlərin həyati xəsarətlərdən (şəxsin sağlığında yetirilən xəsarətlər) fərqləndirmək çətin olduğundan belə hallarda məhkəmə-tibb ekspertləri çox böyük çətinliklərlə üzləşə bilər. Bu zaman yetirilmiş xəsarətlərin morfoloji xüsusiyyətləri həyati xəsarətlərin xüsusiyyətlərindən demək olar ki, heç nə ilə fərqlənir. Kriminal məqsədlə qəsdən törədilmiş ölümdən sonrakı xəsarətlərə cinayətkarın ölümün səbəbini qeyri-zoraki ölüm kimi simmulyasiya etmək məqsədilə meyiti hərəkətdə olan qatarın relsləri altına (ölümün dəmiryol travması nəticəsində baş verməsini sübuta yetirmək üçün) atmasını göstərmək olar. Bəzən cinayətkar şəxsi öldürdükdən sonra ona xəsarət yetirir (cinsiyyət orqanlarını kəsir, gözlərini çıxarır).

Cinayətin izini itirmək məqsədilə bir çox hallarda cinayətkar meyiti hissələrə parçalayır və onu müxtəlif ərazilərdə gizlədir və ya basdırır.

14.2. Canlı şəxslərdə və meyiddə xəsarətlərin yetirilmə müddətinin təyini

Xəsarətlərin yetirilmə müddətinin və həyatiliyinin təyin olunması məhkəmə-tibb eksperti qarşısında qoyulan əsas suallardandır.

Sıyrıqlara və qançırlara əsasən xəsarətlərin yetirilmə müddətinin təyin olunması məhkəmə-tibb eksperti üçün o qədər də çətin deyil, ona görə ki, onların sağalma müddətinə görə xəsarətlərin yetirilmə müddətinin təyini çoxdan məlumdur. Çapıqların və sınıqların müddətinin təyin olunması isə bir qədər çətinidir.

Yaraların sağalma müddətini və ya çapıqlaşmanı təyin etmək üçün ilk növbədə belə yaralanmalara aid olan tibbi sənədlər öyrənilməlidir. Sonra xəsarət almış şəxsdən xəsarətin nə vaxt və hansı şəraitdə alması barədə məlumatlar toplanır. Alınmış məlumatlar ekspertin sənədlərində qeyd olunur. Bundan sonra xəsarət almış şəxsin özü müayinə olunur. Müayinə gündüz və təbii işıqlanma şəraitində aparılmalıdır ki, çapıq toxumasının təbii rəngini dəqiq müəyyən etmək olsun.

Çapıq toxumasının dəqiq yerləşdiyi nahiyyə, onun ölçüsü, forması, rəngi, sıxlığı, hərəkliyi, səthinin və kənarlarının xarakteri, piqmentasiya səviyyəsi, tərkibində yad cisimin olub-olmaması, ətraf toxumaların vəziyyəti qeyd olunur.

Palpasiya vasitəsilə çapıq toxumasının altında yerləşən dərialtı toxumalar, əzələlər, sümüklər müayinə olunur. Çapıq toxumasının yerləşdiyi nahiyyədə hansı funksional dəyişiklik törətməsi təyin olunur. Çapıq toxumasının müayinəsi zamanı lupadan istifadə etmək daha məqsədə uyğun olardı. Lazım olarsa kapilyaroskopiyadan da istifadə olunur.

Çapıq toxumasının morfoloji xüsusiyyətlərinə əsasən yaranın əmələgəlmə mexanizmi, müddəti və xəsarət alan şəxsin məlumatlarının düzgünlüyü haqqında nəticə çıxarmaq olar.

Təzə əmələ gəlmiş çapıq toxuması qırmızımtıl və ya çəhrayımtıl rəngdə olur və yumşaq, parıltılı nisbətən ətraf dəridən bir qədər yuxarı səviyyədə olur.

İlkin olaraq çapıq toxumasının hərəkililiyi məhdud və sıxlığı zəif olur. Getdikcə çapıq toxuması avazımağa başlayır, ölçüləri kiçilir və daha da hərəkətli olur (əgər yerləşdiyi nahiyədə toxumalarla birləşməyibsə). Atrofiya prosesi nəticəsində çapıq toxuması daha zəif nəzərə çarpır və əksinə hipertrofiyaya uğramış çapıq toxuması isə daha çox dəri səviyyəsindən hündürə çıxır və uzun müddət belə vəziyyətdə qalır.

Çapıq toxumasının xüsusiyyətləri yaranın və ya xəsarətin əmələgəlmə səbəbindən, yerləşdiyi nahiyədən, xəsarətin həcmindən onun əmələgəlmə şəraitindən, orqanizmin fərdi xüsusiyyətlərdən və s. asılıdır.

Əzilmiş və əzilmiş-cırılmış yaralar cərrahi müdaxilə olmadan sağalarkən kənarları və səthi düzgün olmayan çapıq toxumasının əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Bu zaman əmələ gələn çapıq toxuması nisbətən sərt olur və dəri səviyyəsindən hündürə çıxır. Çapıq toxumasının ölçüləri və forması müəyyən dərəcədə yaranın ölçü və formasına uyğun gəlir. Yaranın irinləməsi nəticəsində əmələ gələn çapıq toxuması öz morfoloji xüsusiyyətlərini itirir.

III, IV dərəcəli termiki yanıqlar və donmalar zamanı çapıq toxuması ancaq yanıq və donmuş nahiyələrdə əmələ gəlir. Yanıqların və donmaların dərəcəsi dərinləşdikcə çapıqlar daha da kobud olur və toxumalar deformasiyaya uğrayır. Bu zaman çapıqlar qeyri-düzgün formada olur, kənarları pigmentasiyaya uğrayır və toxumaları özünə doğru dartır. Yanıq nahiyəsi boyundan başlayaraq döş nahiyəsinə qədər olarsa və buna oxşar digər analoji hallarda çapıq toxuması pərdəli (zarlı) və yelpikvari formada olur. Oynaq olan nahiyələrdə dərin çapıqlar kontrakturaların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Elektrik yanıqları zamanı əmələ gələn çapıqlar nazik, yumşaq və ağımtıl rəngdə olur. Çapıq toxumalarının kənarları qeyri-bərabər olur, əllədikdə sərtlik və hərəkilik hiss olunur.

Odlu silah yaralarından sonra, əmələ gələn çapıqların xarici görünüşü zədələnmələrin növündən və atəş məsafəsindən çox asılıdır.

Yaxın məsafədən açılan atəş zamanı cərrahi işlənmiş giriş dəliyi sağalarkən oval, ulduzvari, şuaşəkilli və ya qeyri-müəyyən formada olub, nisbətən dartılmış, az hərəkətli olur. Çıxış dəliyində yaranın ölçüləri çapığın ölçülərindən böyük ola bilər (əsasən tam dirənmiş vəziyyətdə atəş zamanı). Çapıq toxumasında çox vaxt hisin impregnasiyası müşahidə olunur.

Uzaq məsafədən atəş zamanı əmələ gələn giriş dəliyi sağalarkən özündən sonra oval formalı, elə də böyük olmayan çapıq toxuması əmələ gətirir. Çıxış dəliyində əmələ gələn çapıq toxuması isə qeyri-müəyyən formada, iri ölçülü olur və çapıq toxuması kənarlardan mərkəzə doğru dartılmış olur.

Çapıq toxumasının odlu silah yaralarından sonra əmələ gəlməsi barədə hər hansı bir məlumat olarsa və ya ekspert bundan şübhələnersə, mütləq rentgenoqrafik müayinə aparılmalıdır. Bu zaman giriş dəliyindən əmələ gəlmiş çapıq toxumasının ətrafında metalizasiya həlqəsi tapıla bilər (cədvəl 6).

Cədvəl 6

Əmələgəlmə müddətindən asılı olaraq dəridə olan çapıq toxumasındakı dəyişikliklər (İ.M. Serebrennikova görə)

Çapıq toxumasının müddəti	Çapıq toxumasının xüsusiyyətləri		Digər əlamətləri
	Rəngi	Sıxlığı	
1-ci ay	Çəhrayımtıl, sonra isə qırmızımtıl-göyərmiş	Yumşaq	Yastı, düz, incə, nazik qabıqla örtülmüş
2-ci ay	Qırmızımtıl, bənövşəyi çalarla	Bir qədər bərk	Qabarıq, az hərəkətli
3-cü ay	Qırmızımtıl, göyümtüllük getdikcə azalır	Bütün gedişi boyu bərk	Qabarıq, hipertrofik xarakterli
4-6-cı ay	Göyümtüllük itir və çəhrayımtıl rəng alır	Vaxt keçdikcə yumşalır	Qabarıq, dartılmış və bəzən dəri səviyyəsində
7-ci aydan 1,5 ilə gədər	Çəhrayımtıl-avazımsız qəhvəyi çalarla vaxt keçdikcə ağımtıl rəng olur	Həm sərt və həm də yumşaq ola bilər	Səthi qeyri-düzgün və ya hamar, parıltılı, dəri və ya dəri səviyyəsindən aşağı olur
1,5 ildən yuxarı	Çox vaxt ağımtıl, ağ və bəzən qəhvəyi	Yumşaq və ya bütün gedişi boyu sərt	Nazik, atrofiyalaşmış, parıltılı, bəzən qabarıq

İnsan skeletini təşkil edən sümüklərin sınıqlarının müddətinin təyin olunması məhkəmə təbabətinin tam həllini tapmamış problemlərindən biridir.

Məhkəmə-tibbi praktikada sınıqların müddətinin təyin olunmasında müstəsna hallarda klinik məlumatlardan istifadə olunur (cədvəl 7).

Sümük sınıqlarının regenerasiyası yaşdan, xəsarətin ağırlıq dərəcəsindən, hansı sümüyün zədələnməsindən, hansı fiksasiyaedici aparatlardan istifadə olunmasından və s. asılıdır.

Cədvəl 7

Skelet sümüklərinin müxtəlif lokalizasiyalı sınıqlarının orta bitişmə (sağalma) müddəti

Sümüyün adı və sınıq səviyyəsi	Bitişmə müddəti
1	2
Onurğa sütunu	
Boyun fəqərələrinin cismi	14-18 həftə
Boyun fəqərələrinin çıxıntıları	8-9 həftə
Döş fəqərələrinin cismi	18-22 həftə

Döş fəqərələrinin çıxıntıları	5-6 həftə
Bel fəqərələrinin cismi	18-22 həftə
Bel fəqərələrinin çıxıntıları	5-6 həftə
Oma və büzdüm sümüyü	8-11 həftə
Çanaq	
Çanaq həlqəsinin ardıcılığının pozulmaması ilə çanaq sümüklərinin sınıqları	14-18 həftə
Çanaq həlqəsinin ardıcılığının (tamlığının) pozulması ilə çanaq sümüklərinin sınıqları	20 həftə
Sirkə kasasının (çanaq çuxuru) sınıqları	14-20 həftə
Döş qəfəsi	
Döş sümüyü	3-4 həftə
Qabırğalar	3-4,5 həftə
Yuxarı ətraf sümükləri	
Körpücük sümüyü	6-8 həftə
Kürək sümüyü	4,5-7 həftə
<i>Bazu sümüyü:</i>	
▪ başı	4-6 həftə
▪ cərrahi boyun	6-8 həftə
▪ anatomik boyun hissəsi	4-6 həftə
▪ diafiz (yuxarı 1/3-i)	12 həftə
▪ diafiz (orta 1/3-i)	12 həftə
▪ diafiz (aşağı 1/3-i)	10 həftə
▪ xarici kondilus	4-6 həftə
▪ daxili kondilus	4-6 həftə
▪ ikibaşlı təpə	4-6 həftə
▪ kondilusdan yuxarı	8-10 həftə
▪ kondilusdan aşağı	6-8 həftə
<i>Dirsək sümüyü:</i>	
▪ dirsək çıxıntısı	6 həftə
▪ tac çıxıntısı	4 həftə
▪ diafiz (yuxarı 1/3-i)	6 həftə
▪ diafiz (orta 1/3-i)	6 həftə
▪ diafiz (aşağı 1/3-i)	6 həftə
▪ bizvari çıxıntı	3 həftə
<i>Mil sümüyü:</i>	
▪ başı	4 həftə
▪ boynu	4 həftə
▪ diafiz (yuxarı 1/3-i)	8 həftə
▪ diafiz (orta 1/3-i)	8 həftə
▪ diafiz (aşağı 1/3-i)	8 həftə
▪ tipik yerdən	3-4 həftə
<i>Saidin hər iki sümüyü:</i>	
▪ diafiz (yuxarı 1/3-i)	12 həftə
▪ diafiz (orta 1/3-i)	12 həftə
▪ diafiz (aşağı 1/3-i)	12 həftə
<i>Bilək sümüklərinin sınıqları:</i>	
▪ qayığabənzər sümük	8 həftə
▪ aypara sümük	6-8 həftə
▪ üçvəchli sümük	6 həftə
▪ noxudabənzər sümük	4 həftə
	6 həftə

▪ digər sümüklər	4 həftə
Əl darağı sümükləri	
<i>Barmaq falanqaları:</i>	5-6 həftə
▪ 1-ci barmağın proksimal falanqasının əsası ▪ yerdə qalan (digər) barmaqların falanqaları	3-4 həftə
Aşağı ətraf sümükləri	
<i>Bud sümüyü:</i>	20-24 həftə
▪ bud sümüyü boynu ▪ dəlik sahəsi ▪ diafiz (yuxarı 1/3-i) ▪ diafiz (orta 1/3-i) ▪ diafiz (aşağı 1/3-i) ▪ kondiluslar	8-12 həftə 12-16 həftə 12-16 həftə 12-16 həftə 6-8 həftə
Diz qapağı sümüyü	6 həftə
▪ köndələn sınığı ▪ qəlpəli sınığı ▪ yan sınıqları	8-10 həftə 4-6 həftə
Qamış sümüyü	8-12 həftə
▪ xarici kondilus ▪ daxili kondilus ▪ diafiz (yuxarı 1/3-i) ▪ diafiz (orta 1/3-i) ▪ diafiz (aşağı 1/3-i) ▪ içəri topuq ▪ arxa kənarı	8-12 həftə 10-14 həftə 10-14 həftə 10-14 həftə 4-6 həftə 4-6 həftə
İncik sümüyü	4-6 həftə
▪ başı ▪ diafiz ▪ xarici topuq	4-6 həftə 4-6 həftə
Baldırın hər iki sümüyü	14-16 həftə
▪ diafiz (yuxarı 1/3-i) ▪ diafiz (orta 1/3-i) ▪ diafiz (aşağı 1/3-i)	14-16 həftə 14-16 həftə
Ayaq daraqarxası sümükləri	6-8 həftə
▪ aşıq sümüyü ▪ daban sümüyü ▪ qayıqabənzər sümük ▪ kubabənzər sümük ▪ pazvari sümük	8-10 həftə 6-10 həftə 6-10 həftə 4 həftə 4-6 həftə
Ayaq daraq sümükləri	3 həftə
Ayaq barmağı falanqaları	

14.3. Həyatı və ölümdən sonra yetirilən xəsarətlərin differensial diaqnostikası

Mexaniki xəsarətlər zamanı məhkəmə-tibb eksperti xəsarətlərin həyatiliyini mütləq təyin etməlidir. Əgər xəsarətlər insan sağ olarkən

yetirilmişdirsə (həyati) onda yetirilmiş xəsarətlərin müddəti təyin olunmalıdır.

Xəsarətlərin həyati və ya ölümdən sonra yetirilməsini təyin etmək üçün toxuma və orqanlarda baş verən dəyişikliklər dərinə və diqqətlə öyrənilməlidir. Əgər xəsarətlər bilavasitə bioloji ölüm baş verdikdən sonra yetirilərsə onda onların həyati və ya ölümdən sonra yetirilməsinin təyin olunması çox çətinədir. Ona görə ki, orqanizmdə olan bir çox orqan və toxumalar bioloji ölüm baş verdikdən sonra da fəaliyyət göstərir, öz yaşama qabiliyyətini saxlayır. Orqan və toxumalar filogenetik baxımdan nə qədər qədim olsalar onların bioloji ölüm baş verdikdən sonra daha uzun müddət yaşama qabiliyyətini saxlayırlar. Belə toxumalar ölüm baş verdikdən müəyyən müddət sonra da yetirilən xəsarətlərə canlı toxumalar kimi reaksiya göstərə bilirlər.

Xəsarətlərin həyatiliyini göstərən şübhəsiz əlamətlərdən biri sağalmadır (sırıqların üzərində qartmağın əmələ gəlməsi, qançırın öz rəngini dəyişməsi, yaraların səthinin granulyasiyası və s.)

Canlı orqanizmin xarici mühitin mexaniki, termiki, kimyəvi təsirlərinə qarşı universal cavab reaksiyası iltihabdır.

Döş və qarın boşluğunda fibrinin tapılması bu boşluqlarda olan xəsarətlərin həyatiliyini sübut edir. Kəllə-beyin travmaları zamanı müəyyən vaxt ərzində eritrositlərin hemolizi baş verir, leykositlər reaksiya əmələ gəlir, beyin sərt qişası ilə birləşməyə çalışan hematomaların rəngi dəyişir.

İri arterial damarların zədələnməsi zamanı qan yüksək təzyiqlə damarlardan xaric olur və bu da paltarların, dərinin, qonşu orqanların qanla hopmasına səbəb olur.

Xəsarətlərin həyatiliyinin təyin olunmasında laborator müayinələrin çox böyük əhəmiyyəti var. Histoloji müayinə ilə zədələnmiş nahiyədə olan qanın formalı elementlərindəki dəyişikliklərə (formalı elementlərin zədəyə qarşı reaksiyası) əsasən xəsarətlərin həyatiliyi təyin oluna bilər.

Bir çox fermentlərin təsir mexanizmində, aktivliyində travmadan 5-7 dəqiqə sonra dəyişikliklər baş verir və bu dəyişiklikləri biokimyəvi və histokimyəvi müayinələrlə təyin etmək olar.

Arteriyaların trombozu – xəsarətlərin həyati gedişini göstərir.

İ.P.Şişkin və M.M.Solunskovoy əlaməti: travmadan sonra qan dövrəsinin davam etməsi eritrositlərin limfatik damarlara hərəkətinə səbəb olur. Regional limfatik düyünlərin sinuslarında eritrositlərin tapılması müvafiq xəsarətin həyatiliyini sübut edir.

D.İnce və A.Arvey əlaməti: sümük toxuması ilə emboliya – mikroskopik ölçülü sümük qırıntılarının ürəyin sağ hissəsində və ağciyər arteriyalarının şaxələrində tapılması. Bu əlamət sümük sınıqlarının həyatiliyini göstərir və ölüm baş verdikdən uzun müddət sonra da müşahidə edilə bilər.

E.Z.Bronşteyn əlaməti: kəllənin pazvari cibinə qansızma. Ən çox kəllənin zədələnmələri zamanı rast gəlinir.

14.4. Mexaniki zədələnmələr zamanı ölümün səbəbləri

Mexaniki zədələnmələr zamanı ölümün başvermə səbəbi çox müxtəlif ola bilər. Bu səbəbləri 2 qrupa bölmək olar: birincili (birbaşa və ya bilavasitə) və ikincili (ağırlaşmalar nəticəsində).

Birincili səbəblərə travmadan dərhal sonra orqanizmin həyati vacib funksiyalarının itirilməsini aid etmək olar, eləcə də orqanizmin anatomik tamlığının kobud və həyatla bir araya sığmayan dərəcədə pozulmasına başın qopması, döş qəfəsinin parçalanması, qaraciyərin parçalanması, ürəyin cırılması və s. Səbəblər də aiddir. Belə xəsarətlərin təyin olunması elədə çətinlik törətmir.

Qanitirmə, pnevmo və hemotoraks, beyinin və ürəyin zədələnmələri, emboliya və s. ölümün birincili səbəblərinə aiddir. Ölümün ikincili səbəblərinə isə infeksiyalar (irinli peritonit, meningit, plevrit, sepsis), intoksikasiyalar, kəskin böyrək və qara ciyər çatmamazlıqları, bağırsaq keçməməzliyi, postravmatik iri qan damarlarının anevrizması və s. aiddir.

Qanitirmə.

Xəsarətlər zamanı ölümün baş verməsinə nəinki itirilmiş qanın miqdarı, həmçinin qanın hansı sürətlə itirilməsi də təsir göstərir. Bəzi hallarda insan zəif (qanın axma sürəti zəif olur) qanaxma nəticəsində bədəndə olan qanın yarısını itirməsinə baxmayaraq sağ qala bilər. Əksinə, sürətli qanaxma zamanı itirilən qanın miqdarının az olmasına baxmayaraq (200-400 ml) ürəyin daxili təzyiqinin düşməsi və beyində qanın azalması nəticəsində ölüm baş verə bilər. Ürəyə yaxın iri damarların zədələnməsi zamanı (aorta) belə hallara daha çox rast gəlinir.

Yaşlı şəxsin orqanizm də təqribən 5-6 litr (bədənin ümumi çəkisinin 1/13 hissəsi qədər) qan olur. Qanın 2-2,5 litrinin tez bir zamanda itirilməsi ölümə nəticələnə bilər. Uşaqlar qanitirilməyə daha həssasdır. Uşaqlarda qan bədən çəkisinin 1/16-1/20 hissəsini təşkil edir. Yenidoğulmuşların 50-60 ml qan itirməsi ölümə səbəb olur. Qadınlar kişilərə nisbətən qanitirməyə qarşı daha dözümlü olur.

İri damarların zədələnməsi zamanı arterial təzyiqin çox sürətlə enməsi nəticəsində ölüm ürək mədəciklərinin fibrilyasiyası nəticəsində də baş verə bilər və bu zaman bədəndə azqanlılıq hələ tam inkişaf etməyə imkan tapmır.

Kəskin qanitirmələr zamanı ürəyin sol mədəciyinin endokard qışası altında zolaqlı qansızmalar tapılır (Minakov ləkəsi, 1895 il). Minakov ləkələri ürəyin sol mədəciyində diastola mərhələsində arterial təzyiqin düşməsi nəticəsində baş verən subendokardial qansızmalardır. Bəzi alimlər bunu azan sinirin qanazlığı zamanı baş verən anoksiya nəticəsində qıcıqlanması ilə əlaqələndirir (V.P.Desyatov). Bundan başqa kəskin qanitirmə nəticəsində

ölən şəxslərin meyitlərində meyit ləkələri zəif inkişaf edir, dəri və görünən selikli qışalar avazımış olur.

Həyati vacib orqanların qanla və ya hava ilə sıxılması, beyinin hematomalarında, ödemində təsadüf olunur. Beyinə 100-150 sm³ həcmində qanaxma zamanı beyinin sıxılması nəticəsində ölüm baş verə bilər. Bundan başqa ürəyin tamponadası və ikitərəfli pnevmotoraks zamanı ölüm baş verə bilər.

Emboliya.

Bunların bir neçə növü var. Hava emboliyası boynun iri venalarının yaralanmasında, kriminal abortlarda (əsasən də uşaqlıq boşluğuna sabunlu, köpüklü maddələr yeridilərkən) təsadüf edilir.

Emboliyanın gedişi havanın hansı miqdarda və hansı sürətlə damarlara keçməsindən asılıdır. 5-10 sm³ həcmində damarlara daxil olmuş hava qanda həll ola bilər. 15-20 sm³ həcmdə havanın sürətlə damarlara daxil olması ürək mədəciklərinin fibrilyasiyasına səbəb ola bilər, bu da ölümün baş verməsiylə nəticələnə bilər. Hava emboliyasının diaqnostikası Suntsov sınağına əsasən təyin olunur. Bu sınağı aparmaq məqsədilə əvvəlcə ürək kisəsi su ilə doldurulur. Sonra isə sağ mədəcik su altında iynə və ya bıcaq vasitəsi ilə dəşilir. Bu zaman hava qabarcıqlarının çıxması sınağın müsbət olmasını göstərir.

Piy emboliyası borulu sümüklərin zədələnməsi zamanı, dəri səthinin yanıqlarında və piy toxumasının əzilib, dağılmasında rast gəlinir. Bu zaman piy hüceyrələri kiçik venalara keçir və qan dövrəni vasitəsi ilə ürəyə, ağciyərlərə və digər iri arteriyalara qədər gəlib çıxır. Piy adətən havaya nisbətən zəif sorulur, əsasən sağ mədəcikdə və ağciyər arteriyalarında tapılır. Piy hüceyrələri ağciyər baryerini keçə bilmir. Ağciyər arteriyalarının, beyin damarlarının, ürəyin, qaraciyərin, böyrəklərin piy emboliyasına daha çox təsadüf olunur. Piy emboliyasının təyini mikroskopik yolla aparılır. Histoloji müayinə zamanı Sudan III preparatı ilə boyanmış ağciyər tikələrində piy hüceyrələri açıq-qırmızı rəngdə görsənir.

Toxuma emboliyası daxili orqanların və əzələlərin iri həcmli zədələnməsi zamanı müşahidə olunur. Ağciyər damarlarında zülal hissələrinin tapılması toxuma emboliyasını göstərir.

Qaz emboliyası yüksək təzyiq olan yerdən aşağı və ya normal təzyiq olan yerə keçid zamanı baş verir. Bu zaman azot həll olunmuş vəziyyətdən qaz halına keçir (Kesson xəstəliyi zamanı).

Tromboemboliya.

Travmatik və qeyri-travmatik səbəblərdən ola bilər. Travmatik tromboemboliya travma nəticəsində zədələnmiş damarlarda trombun əmələ gəlməsi və sonrada həmin trombun qan dövrəsinə daxil olması ilə əlaqədardır. Qeyri-travmatik tromboemboliyalar damardaxili qanın laxtalanması ilə əlaqədar əmələ gəlir. Tromboemboliyadan ölmüş şəxslərin meyitlərinin

müayinəsi zamanı ağciyər kötüyünə və sağ mədəciyə diqqətlə baxmaq lazımdır. Ağciyər toxumasını sıxdıqda arteriyalardan xırda trombların çıxması tromboemboliyanın olmasına dəlalət edir.

Massiv qanaxma nəticəsində əmələ gələn aspirasion asfiksiya.

Qanaxma nəticəsində əmələ gələn aspirasion asfiksiya boynun kəsilmiş yaralarında, burun və kəllə əsası sümüklərinin zədələmələrində qanın tənəffüs yollarına düşməsi nəticəsində baş verir.

12 yaşlı qız şam yeməyi zamanı ət parçasının tənəffüs yollarına düşməsi nəticəsində boğulmağa başlamışdır. Qızın anası həkim olduğundan aqonal mərhələdə olan qızına traxeotomiya etməyi bacarmışdır. Uşaq özünə gəldikdən sonra kəsilmiş traxeyadan ət parçası xaric olmuşdur. Hadisə yerinə çağırılmış təcili-tibbi yardım həkimləri qızı xəstəxanaya apararkən çox böyük səhvə yol vermişlər. Onlar qızı arxası üstə və yarımoturaq vəziyyətdə məşində xəstəxanaya aparmaq istəmişlər. Bu zaman damarlardan axan qan tənəffüs yollarına daxil olmuş və aspirasion asfiksiya nəticəsində qız ölmüşdür. Bu halın baş verməməsi üçün qız qarnı üstə və başı bir qədər yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə uzadılmalı idi.

Qanlı baş verən aspirasion asfiksiyalar zamanı tənəffüs yollarında və ağciyərdə qan kütlələri tapılır.

Travmatik şok.

Ümumiyyətlə şok orqanizmin qıcığa qarşı verdiyi reaksiyadır. Şok erektil, torpid və terminal mərhələlərdən ibarətdir. Mexaniki xəsarətlər zamanı hemorrargik və ağrı şoku ola bilər.

Travmatik şokun diaqnostikası şok üçün xarakterik olan klinik əlamətlərə əsasən mümkündür.

Meyitin təşrihi zamanı travmatik şokun diaqnostikası aşağıdakı morfoloji əlamətlərə əsaslanı bilər.

İlk saatlarda.

- Travmadan sonra ölümə nəticələnən kobud xəsarətlərin olması.
- Kəskin qanıtirmə əlamətlərinin olması.
- Qanın patoloji depolaşması.

Bədənin ağır xəsarətləri meyit müayinə olunarkən çətinlik çəkmədən təyin olunur. Kəskin qanıtirmə daxili boşluqlarda, paltarlarda, dəridə və s. yerlərdə qanın tapılmasına və meyiddə baş verən dəyişikliklərə əsasən təyin oluna bilər. Qanın patoloji depolaşması daxili orqanlarda (əsasəndə dalaq və qaraciyərdə) müşahidə olunur.

Bütün bunlarla yanaşı travmatik şokun diaqnozu təkcə meyitin məhkəmə-tibbi təşrihinə və histoloji müayinələrin nəticələrinə əsasən qoyula bilməz. Əgər məhkəmə-tibb ekspertində travmatik şokun klinik əlamətləri haqqında məlumatlar yoxdursa, onda travmatik şok diaqnozu təxmini olaraq qoyula bilər.

İnfeksiyon ağırlaşmalar.

Mexaniki zədələnmələr zamanı ölümə nəticələnən infeksiyon ağırlaşmalarına osteomieliti, irinli meningiti, ensefaliti, perikarditi, plevriti, peritoniti, pnevmoniyayı, sepsisi, qazlı qanqrenanı (anaerob), tetanusu və s. misal göstərmək olar.

Kraş sindrom (uzun müddətli sıxılma sindromu).

Əsasən kütləvi qəzalar (mənzillərin uçması, nəqliyyat travmalar və s.) zamanı müşahidə olunur. Bu zaman sıxılmaya məruz qalmış nahiyyələrdə əzələlərin və digər toxumaların parçalanmış hissələri qana sorulur. Bu zaman böyrək çatışmazlığı inkişaf edir.

14.5. Zədələnmələrin təsnifatı.

Zədələnmələrin travmatoloqlar tərəfindən istifadə olunan təsnifatı məhkəmə-tibbi məqsədlər üçün kifayət etmir. Məhkəmə-tibbi ekspertizada xəsarətlər xəsarət yetirən alətin xüsusiyyətlərinə, xəsarətin xarakterinə və növünə görə də təsnif olunur (cədvəl 8).

Cədvəl 8

Mexaniki zədələnmələrin təsnifatı (A.V.Kaplan, V.F.Pojarski, V.M.Lirsməna görə)

Zədələnmələrin növü	Zədələnmələrin xarakteri	Misal
Təcrid olunmuş (ayrıca) zədələnmələr	Bədənin bir nahiyyəsinin, bir daxili orqanın, dayaq-hərəkət aparatının bir segmentinin zədələnməsi.	Sağ bud sümüyün açıq sınığı. Dalağın cırılması.
Çoxsaylı zədələnmələr	Eyni boşluqda yerləşən iki və daha çox orqanın zədələnməsi (eyni funksiyalı istiqaməti olan) və ya dayaq-hərəkət aparatının eyni anatomik sahəsində yerləşən iki və daha çox segmentinin zədələnməsi.	Qabırğaların çoxsaylı sınıqları. Qaraciyərin, dalağın, mədəaltı vəzin çoxsaylı cırılmaları.
Müştərək və ya mürəkkəb zədələnmələr	Müxtəlif boşluqlarda yerləşən (müxtəlif funksiyaya malik) iki və daha çox orqanın zədələnməsi və ya daxili orqanların müxtəlif anatomik nahiyyələrdə yerləşən dayaq-hərəkət aparatının iki və daha çox segmenti ilə birlikdə zədələnməsi.	Başın, döşün, çanaq halqasının müştərək küt travması.
Kombinəlunmuş zədələnmələr	İki və daha çox xəsarət amillərinin təsirindən törənən zədələnmələr (mexaniki, termiki, radiasion və s.)	Döş qəfəsinin, qarının, aşağı ətrafların kombinəlunmuş mexaniki və termiki travmaları.

Xəsarətlərin zədələyici alətin xüsusiyyətlərinə görə təsnifatı:

1. Küt alət təsirindən əmələ gələn zədələnmələr.
2. İti alət təsirindən əmələ gələn zədələnmələr.
3. Odlu silah zədələnmələri.
 - Əmələgəlmə və ya yetirilmə səbəbinə görə zədələnmələrin bölgüsü.
 - İnsan bədəninin hissələri ilə.
 - Heyvan bədəninin hissələri ilə.
 - Əl bərk-küt alətləri ilə.
 - Nəqliyyat vasitələri ilə.
 - Hündürlükdən yıxılma nəticəsində.
 - İşləyən maşın mexanizmləri və hissələri ilə.
 - İti alətlərlə.
 - Odlu silah (güllə, qırma, mərmə, qəlpə və s.) ilə.
 - Partlayıcı maddələrlə.

Zədələnmiş toxumaların növünə görə zədələnmələrin bölgüsü.

- Dərinin və yumşaq toxumaların zədələnmələri.
- Bağların zədələnmələri.
- Oynaqların zədələnmələri.
- Sümüklərin zədələnmələri.
- Daxili orqanların zədələnmələri.
- Müştərək zədələnmələr.

Qeyd olunduğu kimi zədələnmələrin xarakterinə görə anatomik və ya funksional üstünlük təşkil etməsinə görə bölünür.

Bütün göstərilənləri nəzərə alaraq xəsarətlər aşağıdakı kimi təsnif oluna bilər.

- Xəsarətin növünə görə – küt, iti alətlə və odlu silah zədələnmələri.
- Xəsarətin əmələ gəlmə səbəbinə görə – insan, heyvan bədəninin hissələri və s.
- Xəsarətlərin sayına görə – tək, çoxlu.
- Xəsarətlərin xarakterinə görə – anatomik və ya funksional pozğunluğun üstünlük təşkil etməsinə görə.

14.6. Mexaniki xəsarətlərin əmələ gəlməsinin əsas xüsusiyyətləri

Xəsarət yetirən alətin xüsusiyyətlərindən (kəsici, deşici, deşici-kəsici, çapıcı, istənilən səthə malik küt alət, odlu silah mərmiləri) və zədələnən toxumaların xarakterindən (dəri, dərialtı toxuma, əzələ, bağ, daxili orqanlar, dayaq-hərəkət aparatı) asılı olmayaraq xəsarətlərin əmələ gəlməsinin ümumi qanuna uyğunluğu var.

1. Xəsarət yetirən alətin insan bədəninin hissələri və paltarları ilə kontaktı zamanı demək olar ki, əksər hallarda izlər qalır. Xəsarət yetirən alətin

üzərində epitel hüceyrələri, əzələ toxuması, qan elementləri, paltarların lifləri və hissələri tapıla bilər.

2. Xəsarət yetirən alətlə kontakt zamanı eyni zamanda xəsarət yetirən alətin xüsusiyyətlərini əks etdirən izlər və əlamətlər də xəsarət almış şəxsin paltarlarında və bədənində əks oluna bilər. Bunlara paltarlarda, dəridə, yumşaq toxumalarda, sümükdə və s. tapılmış çirklənmə izləri (metal, yağlı maddələr, boya izləri kərpic qırıntıları və s.) misal göstərmək olar.
3. Küt, iti alətlərin və ya odlu silah mərmilərinin bioloji toxumalara təsiri nəticəsində onların zədələnməsinə səbəb olur. Orqan və toxumaların zədələnməsi bir neçə fazada baş verir:
 - a) kiçik yükləmə fazası
 - b) həddən artırıq yükləmə fazası
 - c) həddi yükləmə fazası
 - d) dağılma fazası

Əvvəlki iki fazada toxuma və orqanlarda zədələnmələr müşahidə olunmur, lakin zədə yetirən alətin üzərində müəyyən kontakt izləri müşahidə oluna bilər. 3-cü fazadan sonra həddindən artıq kiçik cırılmalar və çatlar müşahidə olunur. 4-cü fazada isə kritik həddən sonra kiçik həcmli zədələnmələrin birləşməsi nəticəsində irihəcmli zədələnmələr əmələ gəlir.

Sümüklərin məsələn, döş qəfəsinin, fəqərələrin, çanağın irihəcmli dağılmaları bir neçə mərhələdə formalaşır. Məsələn, hörümçəybənzər sınığın əmələ gəlməsindən əvvəl ilkin olaraq lokal sınıq, ikinci mərhələdə radial səpələnən çatlar və 3-cü mərhələdə ekvatorial sınıq əmələ gəlir.

Onu da qeyd etmək lazımdır ki, zədələnmələrin mərhələlərlə baş verməsi nəinki sümük toxumasında, həmçinin yumşaq toxumalarda da müşahidə olunur məsələn, bərk küt alətin bucaq altında dəri səthinə təsiri zamanı ardıcılıqla aşağıdakı zədələnmələr əmələ gəlir.

- Sıyrıq- əşyanın sürüşməsi nəticəsində.
 - Yara- zədələnməyə məruz qalan dəri hissəsinin sıxılması, əzilməsi və cırılması nəticəsində.
 - Yerdəyişmə nəticəsində dərinin, onun altında yerləşən toxumalardan soyulması.
4. Mexaniki zədələnmələrin əmələ gəlməsinin əsas şərtlərindən biri də müəyyən çəkiyə, sürətə və kinetik enerjiyə malik olan zədə yetirən alətin və ya əşyanın olmasıdır. Lakin, həmişə xarici təsir nəticəsində zədələnmələr əmələ gəlmir. Bu onunla izah olunur ki, ya kinetik enerjinin miqdarı az olur, ya da təsir göstərən kinetik enerjinin əksər hissəsi toxumaların yerdəyişməsinə sərf olunur. (qarın divarının ön hissəsi). Zədələnmələrin əmələ gəlməsi üçün əsas amil "dayaq" və ya fiksasiya

olmaq üçün bir nöqtənin olmasıdır. Yumşaq toxumaların zədələnməsi zamanı dayaq funksiyasını onların alt hissəsində yerləşən sümüklər oynayır.

5. İstənilən bioloji proseslərin pozulması maddələrin müqavimətinə əsaslanır. Toxumaların dağılmasına əsas səbəb olan aşağıdakı mexanizmlər nəticəsində baş verir.

- Sıxılma.
- Dartılma.
- Əyilmə.
- Yerdəyişmə.
- Burulma.

Sıxılma.

Sıxılma dedikdə insan bədənində bir-birinə əks istiqamətli təsir göstərən iki qüvvə nəzərdə tutulur. Əksər hallarda sıxıcı səthlərdən yalnız biri hərəkətdə olur, digəri isə tərpənməz qalır. Sıxılma iki hərəkətli əşya arasında da baş verə bilər. Çox zaman bədənə sıxan əşyaların hərəkət sürəti az olur. Zərbədən fərqli olaraq sıxıcı təsir göstərən əşyaların təmas müddəti kifayət qədər çox olur. Xəsarətlərin ağırlığı və həcmi ən çox xəsarət yetirən əşyanın kütləsi və onun insan bədənə ilə təmas səthinin sahəsi ilə müəyyən olunur. Sıxılma zamanı ilk növbədə sümüklər və daxili orqanlar zədələnir. Xəsarət alan nahiyyə isə deformasiyaya uğrayaraq formasını dəyişir.

Dartılma.

Yaranma mexanizminə görə dartılma sıxılmanın əksidir. İnsan bədənində münasibətdə dartılma zamanı qüvvənin təsiri mərkəzdən qaçan istiqamətdə yönəlir. Dartılma zamanı əsasən cırılmış yaralar törənir və bədənə ayrı-ayrı hissələrə qopub ayrılması müşahidə olunur.

Əyilmə.

Bu bədənə elə deformasiya növüdür ki, bu zaman onun köndələn en kəsiyində əyilmə halları baş verir.

Həndəsi baxımdan əyilmənin insan bədənində tətbiqinin izahı çox asandır, məsələn: hər hansı bir sümüyün əsas ox xətti deformasiyadan əvvəl düz xətti olur, əyilmədən sonra isə əyri formada olur.

- Xəsarətlərin əmələ gəlmə mexanizmi xəsarət yetirən alətin hansı istiqamətdə təsir yetirməsindən, deformasiyanın növündən və şəxsin yaşından asılıdır.
- Xəsarətlərin əmələ gəlmə mexanizmi zərbənin gücündən asılıdır. Zərbə nə qədər qüvvətli yetirilərsə, zədələnmələrin həcmi və ağırlığı bir o qədər böyük olacaq.

Zərbə.

Hərəkət edən əşya ilə insan bədəninin qarşılıqlı təsiri nəticəsində baş verən toqquşma zərbə adlanır. Zərbə nisbətən qısa müddət ərzində qüvvətli toqquşma nəticəsində baş verir. Zərbənin qüvvəsindən, istiqamətindən səthinin forma və ölçülərindən, yetirildiyi nəhiyənin anatomik strukturundan asılı olaraq və digər amillərdən asılı olaraq müxtəlif xəsarətlər əmələ gələ bilər. Adətən zəif zərbələrin təsiri nəticəsində küt alətlərin təsirindən sıyrıq və qançırıqlar, qüvvətli zərbələrdən isə yaralar, sümük sınıqları, daxili orqanların zədələnməsi və s. kimi xəsarətlər əmələ gəlir. Küt əşyalarla yetirilmiş zərbələr zamanı sümük sınıqlarının kənarlarının girintili-çıxıntılı olması küt alətin təsirini göstərir.

Zərbə nəticəsində silkələnmə də baş verə bilər. Zərbə nəticəsində silkələnmə səthi böyük olan əşyalarla yetirilən qüvvətli zərbə zamanı, hündürlükdən yıxılma zamanı, nəqliyyat travmaları zamanı meydana gəlir. Bu zaman ən çox silkələnməyə daxili orqanlar məruz qalır. Daxili orqanların zərbə nəticəsində silkələnməsi özünü yüngül və ağır şəkildə göstərə bilər. Daxili orqanların ağır dərəcədə silkələnməsi onların xarakterik zədələnməsinə gətirib çıxara bilər. Bu zaman belə orqanları fiksə edən bağlarda, orqanların parenximasında və kapsulunun altında, ətraf toxumalarda çoxlu qansızmalar müşahidə olunur. Bədənin qüvvətli silkələnməsi zamanı daxili orqanların partlaması, yerdəyişməsi, qopması, dağılması müşahidə oluna bilər.

FƏSİL XV. KÜT ALƏTLƏR TƏSİRİNDƏN TÖRƏNƏN XƏSARƏTLƏR

Məhkəmə-tibbi təcrübədə zədələnmələr təkcə anatomik-funksional xüsusiyyətlərinə görə deyil, həmçinin zədələyici, həm də xəsarət yetirən alətin morfoloji əlamətlərinə görə də qiymətləndirilir. Xəsarət törədən alətin müəyyən edilməsi xəsarətin əmələ gəlmə səbəbini müəyyən etmək üçün çox vacibdir. Məhkəmə-tibbi praktikada küt alətlərin təsirindən baş verən xəsarətlərə daha çox rast gəlinir.

Küt alət-əşya və ya silah dedikdə ucu, kənarları iti olmayan əşyalar nəzərdə tutulur. Küt alətlər bərk səthə malik olduğundan belə adlandırılır. Öz formalarına görə küt alətlər çox müxtəlif olur. Küt alətlər bir çox xüsusiyyətlərə malik olurlar ki, onlardan yastı səthli, sferik səthli, silindrik səthli, iki və üçbucaqlı, tinli və s. misal göstərmək olar. Küt alətlərlə zədələnmələrə silahsız insanın yetirdiyi xəsarətlər, hərəkət edən nəqliyyat, maşın və mexanizmlərin hərəkətdə olan hissələri, hündürlükdən yıxılma nəticəsində baş verən xəsarətlər, əksəriyyət istehsalat və idman travmatizmi də aid olunur.

Küt alətlərin təsirindən sıyrıqlar, qançırılar, yaralar, sınıqlar, çıxıqlar, burxulmalar, bədənin hissələrə parçalanması və s. kimi mexaniki zədələnmələr əmələ gəlir.

Sıyrıq.

Sıyrıq dedikdə dərinin tamlığının məməyəbənzər qata qədər pozulması nəzərdə tutulur. Daha dərin xəsarətlər yara adlanır. Bir çox hallarda dərin sıyrıqları səthi yaralardan ayırmaq çətin olur. Nəzərə almaq lazımdır ki, sıyrıqlardan sonra çapıq toxuması əmələ gəlmir. Xəttili sıyrıqlar cızıq adlanır. Sıyrığın əmələ gəlməsinin biomexanikası ondan ibarətdir ki, zədə yetirən alətin tangensial təsiri nəticəsində epidermis qatının soyulması və daha dərinə yerləşmiş dəri qatlarına doğru yerdəyişməsi baş verir. Küt alət təsirindən yetirilmiş sıyrıqlar bədən səthinin istənilən səthində yerləşə bilər. Sıyrıqların ölçüləri lap kiçik nöqtəvari ölçüdə, həmçinin 10 və bəzən 100 sm-ə çata bilər. Sıyrığın sahəsi bədən səthi ilə kontaktda olan küt alətin səthindən və bu dinamik kontaktın davam etmə müddətindən asılıdır.

Sıyrıqların forması öz müxtəlifliyi ilə seçilir və xəsarət yetirən alətin səthinin formasından, sıyrığın əmələ gəlmə mexanizmindən çox asılıdır. Küt alətin bədən səthinə toxunan səthinin formasından asılı olaraq zolaqlı, xətli, girintili-çıxıntılı və s. sıyrıqlar əmələ gəlir. Bir çox hallarda zərbə və sıxılma zamanı əmələ gələn sıyrıqların forma və relyefi küt alətin səthini əks etdirir (şəkil 32).



Şəkil 32. Avtomobil pedalinin təsirindən əmələ gəlmiş sıyrıqlar

Sıyrıqların sağlması əsasən bir neçə mərhələdə gedir. Travmadan 1 saat sonra sıyrığın dibi nəm, parlaq olur, zədələnmiş dəri səthindən aşağıda yerləşir. Bir neçə saat sonra sıyrığın dib hissesi qurumağa başlayır və vaxt keçdikcə qartmaqla örtülür. Qartmağın əmələ gəlməsi 3-4 günə qədər davam edir. İlk sutkanın sonunda qartmaq zədələnmiş dəri səthi səviyyəsinə çatır, sonra isə ondan yuxarı qalxır. 4-5 gün sonra sıyrığın periferik hissələrində epitelizasiya prosesi nəticəsində qartmağın kənarları qopmağa başlayır. 7-12 gün sonra epitelizasiya prosesi başa çatır və qartmaq düşür. Sıyrıqdan sonra əmələ gələn normal iz və çəhrayımtıl rəng 2-ci həftənin sonunda tamamilə itir və sıyrıq olan nəhiyə digər dəri səthindən olan nəhiyələrdən seçilmir. Qeyd olunan müddətlər orta hesab olunur. Belə ki, sıyrıqların sağalma prosesi onların ölçülərindən, lokalizasiyasından (dərinin müxtəlif nəhiyyələrində dərinin qalınlığı müxtəlif olduğundan), zərərçəkmişin yaşından, orqanizmin vəziyyətindən (immun sistemin vəziyyəti, maddələr mübadiləsinin pozulması, şəkərli diabet və s.) asılıdır. Sıyrıqlar böyük məhkəmə-tibbi əhəmiyyətə malikdir. Onlar aşağıdakılardır:

1. Sıyrığın olması zədənin olmasını sübut edir.
2. Sıyrıq xəsarətin yetirilmə müddətini təyin etməyə imkan verir.
3. Sıyrıqların lokalizasiyası, forma və ölçüləri bəzi hallarda zorakı hərəkətlərin xarakterini müəyyən etməyə imkan verir, məsələn, zorlama və zorlamaya cəhd zamanı budun daxili səthindəki sıyrıqlar; boyunda dırnaqların törətdiyi əllə boğma halı üçün xarakterik olan aypara formalı sıyrıqlar və s. bunlara misal ola bilər.
4. Sıyrığa əsasən xəsarət yetirən alətin istiqamətini təyin etmək olar (əgər bu zaman bədən hərəkət etməzsə)
5. Sıyrığın formasına görə xəsarət yetirən alətin səthinin forma və relyef haqqında fikir söyləmək olar.

Meyitlərin müayinəsi zamanı bəzi hallarda sıyrıqların həyatiliyini təyin etmək lazım gəlir. Ölümdən sonra əmələ gələn sıyrıqlar sərt, sarı və sarımtıl qəhvəyi

rəngdə olur, səviyyəsi isə dəri səthindən aşağıda yerləşir. Onları sərtliyinə və rənginə görə bəzən “perqament ləkəsi” də adlandırırlar.

Qançır.

Küt əşyaların bədən səthinə şaquli və ya ona yaxın istiqamətdə təsirindən dəridəki və dərialtı yumşaq toxumalardakı damarların cırılması nəticəsində əmələ gəlir. Damarların zədələnmiş hissəsindən çıxan qan yumşaq toxumalara hopur və qançır şəklində təzahür edir. Əgər qan təkcə dərialtına toplanarsa onda dərialtı qansızmalar əmələ gəlir. Qanın dərialtı toxumalara yığılması zamanı dərialtı hematoma əmələ gəlir.

Qançır yuxarıda qeyd olunduğu kimi bədən hər hansı bir hissəsinin dərisinə küt alətlə perpendikulyar və ya ona yaxın istiqamətdə təsiri zamanı əmələ gəlir. Bu zaman dəri, dərialtı piy qatı, əzələlər onların altında yerləşən sümüklərə sıxılır və sıxılma deformasiyasına məruz qalırlar. Bu zaman arteriola, venula kimi kiçik qan damarları dartılır və cırılırlar (şəkil 33, 34).

Qançır ən çox küt alətlərin təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Sıyrıqlar kimi onlar da müxtəlif lokalizasiyalarda yerləşə bilər. Qançırın forma və ölçüləri çox vaxt zədə yetirən küt alətin səthinin forma və ölçülərindən asılıdır. Demək olar ki, küt alətin yetirdiyi bir zərbə nəticəsində, elə bir qançır əmələ gəlir. Lakin bəzi hallarda ölçüsü uzun olan əşyalarla (dəyənək və s.) güclü zərbə zamanı 2 eyni istiqamətdə yerləşən qançır əmələ gələ bilər. Əmələ gəldikdən sonrakı ilk saatlarda qançır tünd qırmızı rəngdə olur, sonra isə qırmızımtıl-göyümtül rəng alır.



Şəkil 33. Avtomobil bəmperinin təsirindən əmələ gəlmiş qançır



Şəkil 34. Yumruqla zərbə nəticəsində əmələ gəlmiş qançır

Bu, oksihemoqlobinin reduksiya olunmuş hemoqlobinə keçməsi ilə izah olunur. Sonra qan laxtalanır, qanın formalı elementləri parçalanır, reduksiya olunmuş hemoqlobin methemoqlobinə, sonuncu isə tədricən yaşıl rəngli

verdohemoxromogenə çevrilir. Verdohemoxromogen parçalanaraq biliverdinlə əvəz olunur. Bu müddət ərzində zədələnmiş toxumaların vaskulyarizasiyası bərpa olunur və biliverdin bilirubinə keçir (5-6 gün) və nəticədə qançır sarı rəngdə olur. Bəzən iri ölçülü və dərin qançırlar müxtəlif rəngli olur. 6-8 gündən sonra belə qançırlar 3 rəngli olur: sarıqəhvəyimtil (periferiya), yaşıl (orta), tünd qırmızımtıl göy (mərkəzi hissə). Çox da iri olmayan qançırlar 7-10 gün ərzində itib gedir. Qançırların rənginin dəyişmə vaxtı və sağlması onu ölçüsündən, zərərçəkənin yaşından, orqanizmin fərdi xüsusiyyətlərindən, qançırın yerləşdiyi nahiyyədən və s. asılıdır. Gözün qüzehli qışasında, konyuktivasında, dodaqların selikli qışasında olan qançırlar öz tünd qırmızı rəngini dəyişmədən sorulub itir. Əksər hallarda qançırın başlanğıc rəngi tədricən saralır. Sıyrıqlar kimi qançırlar da mühüm əhəmiyyətə malikdir. Qançırın olması zədə faktını sübut edir, zərbənin yerini göstərir, xəsarətin müddətini təyin etməyə imkan verir, əksər hallarda zədə yetirən küt alətin səthinin forma və ölçülərini əks etdirir, zərbənin istiqamətini təyin etməyə imkan verir və s.

Hematoma.

Güclü zərbələr, toxumaların, orqanların qapalı zədələnməsi, sümüklərin qapalı sınığı zamanı laxtalanmış və ya duru qanın toxuma boşluqlarında toplanması zamanı hematomalar əmələ gəlir. Hematomalar yerləşməsindən və həcmindən asılı olaraq, bəzən üzvlərin sıxılması əlamətləri ilə müşahidə olunur. Epidural və subdural hematomalar xüsusi ilə təhlükəlidir (şəkil 35).



Şəkil 35. Baş beyinə massiv qansızma (hematoma)

Yaralar (vulnus).

Mexaniki təsir nəticəsində dərinin məməyabənzər qatından dərin hissələri əhatə edən zədələnmələr yara adlanır. Həmçinin selikli qişaların bütün qatlarının və yumşaq toxumaların tamlığının pozulması nəticəsində də yara əmələ gəlir. Bərk küt alətlərin təsirindən əzilmiş, cırılmış, əzilmiş-cırılmış, dişlənmiş yaralar əmələ gəlir. Belə yaralar dərin, dərialtı toxumanı, əzələni və ümumiyyətlə sümüyə qədər hissələri əhatə edə bilər.

Əzilmiş yara (v.contusum). Əzilmiş yaralar adətən alt hissədə sümük yerləşən dəri və yumşaq toxuma nahiyələrində əmələ gəlir. Küt alət zərbələri nəticəsində yumşaq toxumalar zərbə səthi və sümük arasında qalaraq əzilir. Əzilmiş yaraların forması müəyyən dərəcədə xəsarət yetirən alətin səthinin formasından asılıdır. Tipik hallarda əzilmiş yaraların kənarları kələ-kötür, girintili-çıxıntılı, qançırlı, sıyrıntılı, əzilmiş, bir qədər ətraf toxumalardan ayrılmış bucaqları küt formada olur. Əzilmiş yaraların əsas əlamətlərindən biri yara kənarları arasında dib hissədə toxuma liflərinin olmasıdır. Belə toxuma lifləri çox zaman elastik liflərdən ibarətdir. Digər toxuma elementlərindən fərqli olaraq elastik liflər dartılmaya daha davamlı olur. Əzilmiş yaraların dib hissəsində zədə yetirən əşyanın hissələri tapıla bilər (şəkil 36).



Şəkil 36. Çəkil təsirindən əmələ gəlmiş əzilmiş yara.

Cırılmış yaralar (v.lafatum) Yaranma mexanizminə görə cırılmış yaralar dartılma nəticəsində törənir. Dartılma zamanı qüvvənin təsiri insan bədənində münasibətdə mərkəzdən qaçan istiqamətdə yönəlir. Cırılmış yaralar küt əşyalarla bədən səthinə iti bucaq altında və ya ona toxunan istiqamətdə yetirilən zərbələr zamanı və həmçinin sümük sınıqları vasitəsi ilə dərinin dartılması hallarında əmələ gəlir. Ona görə də cırılmış yaralar əsasən sümük sınıqları olan nahiyələrdə, bədən

hissələrinin qopmuş kənarları boyu müşahidə edilir. Əşyanın hərəkəti istiqamətində cırılmış yaralar xətti və qövsvari formada olur, yaranın kənarları nisbətən qançırsız, sıyrıqsız, əzilməmiş və nisbətən hamar olur.

Cırılmış yara küt alətlə toxunan istiqamətdə yetirilən zərbə nəhiyəsində yerləşərkən onun başlanğıc hissəsi çox vaxt əzilməni xatırladır. Belə hallarda onlar çox vaxt əzilmiş-cırılmış yaralara oxşayır. Cırılmış yaralara əsasən zədələnmələrin əmələ gəlmə mexanizmini və əşyanın hərəkət istiqamətini təyin etmək olar.

Əzilmiş-cırılmış yaralar. Əmələ gəlmə mexanizminə və morfoloji əlamətlərinə görə belə yaralar əzilmiş və cırılmış yaralar arasındakı mövqeyi tutur. Əzilmiş-cırılmış yaraların kənarları nisbətən hamar olur, lakin əzilmiş yaralarda olduğu kimi yara kənarları sıyrıqlı və qançırlı olur. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, yara kənarında sıyrıntılar bərabər sürətdə olmur. Belə ki, xəsarət yetirən əşyanın hərəkəti istiqamətində sıyrıqlar daha çox olur. Sıyrılmış nəhiyədə bədən səthi üzrə sürüşən əşyanın çıxıntı hissələrinin təsirindən daha dərin xətti, paralel cızıqlar əmələ gələ bilər. Əşyanın hərəkəti istiqamətində yaranın kənarı digər kənara nisbətən daha çox soyulmuş olur. Bəzi hallarda bu soyulmuş kənar qopur və onun altında «cib» əmələ gəlir. Belə yaraların dərinliyində toxuma liflərinə rast gəlmək olar (şəkil 37).



Şəkil 37. İtinli, küt əşya (dəmir masanın kənarı) təsirindən əmələ gəlmiş əzilmiş-cırılmış yara.

Dişlənmiş yaralar (v.morsum) Belə yaralar insan və heyvanların dişlərinin təsiri nəticəsində yaranır. Dişlənmiş yaralar bir çox hallarda iki qövs formasında olur və çox hallarda dişlərin səthinin formasını əks etdirir. İdentifikasiya zamanı bədən hissələrinin hansı dişlərlə dişlənməsini təyin etmək olar. Bəzi hallarda güclü dişləmələr zamanı (çox vaxt heyvanlar tərəfindən) dərinliyi və yumşaq toxumaların parçaları qoparıla bilər. Belə zədələnmələrin tez bir zamanda şəkillərinin çəkilməsi məqsəduyğun hesab olunur.

Sınıqlar (fractures).

Sınıq dedikdə sümüyün və qığırdaq toxumasının anatomik tamlığının pozulması nəzərdə tutulur. Sınıqlar tam və natamam olur. Bundan başqa sınıqlar açıq (xəsarət nəticəsində dərinin tamlığı pozularsa) və qapalı (xəsarət nəticəsində dərinin tamlığı pozulmayıbsa) olur.

Əmələ gəlmə mexanizminə görə sınıqlar xəsarət yetirən əşyanın təzyiq etdiyi yerdə və ya zərbə dəyən yerdə əmələ gələn sınıqlara (yerli və ya kontakt, birbaşa) və güvvə tətbiq olunan yerdən müəyyən bir məsafədə əmələ gələn sınıqlara (konstruksion sınıqlar) bölünür.

Dayaq hərəkət aparatının zədələnmələri, o cümlədən sınıqların xarakterinə görə məhkəmə-tibb eksperti xəsarətlərin növü, mexanizmi, xəsarət yetirən əşyanın xarakteri, istiqaməti və təsir qüvvəsi haqqında fikir söyləyə bilər.

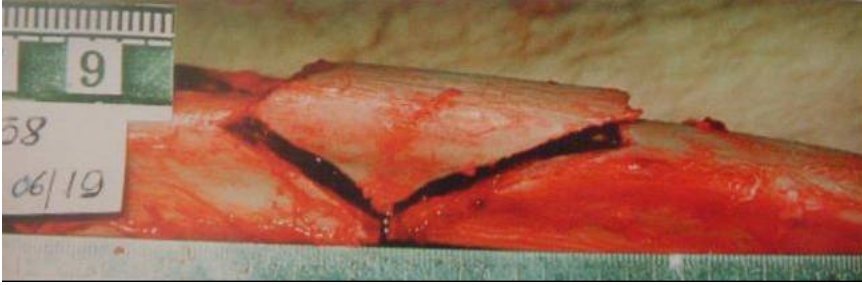
Skelet sümüklərinin quruluşunun mürəkkəbliyinə baxmayaraq istənilən sümüyə mürəkkəb kompozit material kimi baxmaq olar. Ona görə də uzun borulu, yastı və qısa sümüklərin zədələnməsinin morfoloji əlamətlərini birləşdirmək olar. Kəllənin, onurğanın, döş qəfəsinin çanağın, borulu sümüklərin, zədələnməsi zamanı əsas təsir mexanizmi əyilmə nəticəsində baş verir. Qeyd olunduğu kimi əyilmə dartılma və sıxılma kimi əsas mexanizmlərdən ibarətdir. Beləliklə, məhkəmə-tibbi eksperti dartılma və sıxılma prosesini, digər faktorları nəzərə almaqla, xarakterizə edən morfoloji əlamətləri dərinədən öyrənməklə, retrospektiv olaraq zədələnmələrin əmələ gəlmə mexanizmini təyin edə bilər.

Uzunborulu sümüklərin sınıqları.

Müasir dövrdə öyrənilmişdir ki, böyüklərin sümükləri sıxılmaya dartılmadan daha davamlıdır. Ona görə də uzunborulu sümüklərin sınması dartılma nəhiyəsindən başlayır və sıxılma nəhiyəsində başa çatır. Uzunborulu sümüklərin tez-tez rast gəlinən sınıq növünün biri də rotasiya (burulma) nəticəsində yaranır. Bu zaman vintşəkilli sınıqlar əmələ gəlir. Belə sınıqlar təsbit edilmiş ətrafın və ya çanağa nisbi təsbit edilmiş ətrafın çevrəsində bədənin burulması nəticəsində əmələ gəlir. Vintşəkilli sınıq hissəsindən xəyalən perpendikulyar xətt keçirməklə rotasiyanın hansı istiqamətdə törənməsinin müəyyən etmək mümkündür.

Uzunborulu sümüklərin xarici zərbəyə qarşı müqaviməti sümüyün növündən, zərbənin istiqamətindən, cinsdən, yaşdan, bədəndə olan xəstəliklərdən və s. amillərdən asılıdır. Uzunborulu sümüklərdə sınıqlar zamanı sınığın əvvəlində onun trayektoriyası diafizə nisbətdə əksər hallarda düz xətt formasında və köndələn istiqamətdə yerləşir. Sınığın kənarlarında düzxətli və ya qövsvari çatlar əmələ gəlir. Sümüyün yan səthlərində ilkin zədə olan yerdə dağılma trayektoriyası dişli və giritili-çıxıntılı xətt formasını alır. Sümüyün sıxılma formasında trayektoriyası çox

vaxt yandan baxdıqda üçbucaqlı hissə əmələ gətirməklə ikiləşir (Messeser üçbucağı) (şəkil 38).



**Şəkil 38. Uzunborulu bud sümüyünün bəmper sınığı
(Messeser üçbucağı.)**

Sıxılma zamanı pazabənzər sümük qəlpəsinin əmələ gəlməsi elə Messeser üçbucağı adlanır. Pazabənzər qəlpənin əsası zərbə yerini, zirvəsi isə onun istiqamətini göstərir Sümüyün sıxılma zonasında sınıq səthi həmişə iridişli, gərilmə zonasında isə kiçik dişli olur.

Hündürlükdən yıxılan zaman borulu sümüklərin (bud, qamış, mil) boylama oxu boyunca güclü qüvvənin təsiri olduğundan pərçimlənmiş sınıqlar əmələ gələ bilər.

Bir çox hallarda uzunborulu sümüklərin oynaqdaxili sınıqlarına rast gəlinir. Belə sınıqlar aşağıda göstərilən üç mexanizmdən birinin təsirindən törənir.

1. Sümüklərdən birinin həddindən artıq əyilməsi və ya gərilməsi nəticəsində.
2. Basılmış (kompression) sınıqlar oynaqda fiksə olunmuş sümüyün uzunluğu boyu güc tətbiq olunan zaman əmələ gəlir.
3. Sümüyün uzunluğu boyu yüklənməsi zamanı onun oynaq hissəsinin ayrılması baş verə bilər. Bu o halda baş verə bilər ki, digər sümüyün oynaq çıxıntısı paz kimi təsir göstərsin.

Uzunborulu sümüklərin sınıqlarının analiz edilməsi travmanın əmələ gəlmə mexanizminin müəyyənləşdirilməsinə düzgün şərait yaradır.

Yastı sümüklərin sınıqları.

Kəllə sümüklərinin zədələnmələri çatlamalar, tikişlərin aralanması, basılmış, sıxılmış, dəşilmiş, qəlpələnmiş, dairəvi sınıqlar şəklində müşahidə oluna bilər (şəkil 39).



Şəkil 39. Kəllə tağı sümüklərinin hörümçək toruna bənzər sınığı

Çatlar kəllə sümüklərinin hər iki tərəfinə çıxan və ya kompakt maddənin bir səhifəsində ola bilər. Çatlar çox vaxt küt və ya iti əşyaların sümüyün içərisinə paz kimi daxil olaraq onun çatlamasından əmələ gəlir. Belə hallarda çatın istiqaməti təsir edən qüvvənin istiqamətinə uyğun gəlir. Çox hallarda çatların şaxələnməsi baş verir ki, bu zaman çatın zirvəsi qüvvə təsir edən istiqamətə yönələn iti bucaq əmələ gətirir.

Köndələn istiqamətdə kəlləyə təsir zamanı təpə sümüyü və gicgah sümüyünün pullu hissəsi deformasiyaya uğrayır və eyni zamanda kəllə əsasına keçən çatlar əmələ gəlir. Bir çox hallarda çatlar gicgah sümüyünün piramidasının ön kənarı ilə irəliləyərək türk yəhərinə, orta kəllə çuxuruna yayıla bilər.

Sıxılma və zərbə nəticəsində bəzən deformasiya ilə yanaşı əmələ gələn çatlar təsir edən qüvvənin istiqamətinə uyğun olur. Xarici görünüşdə belə çatlar dişli, mişarlanmış formada olur və nisbətən mərkəzi hissədə kənarlardan qabarıq nəzərə çarpır.

Çatlar həmçinin qüvvə tətbiq olunan yerdən müəyyən bir məsafədə əmələ gələ bilər. Ənsə qabarı nahiyyəsinə zərbə zamanı gicgah sümüyünün pullu hissəsində uzununa çatların əmələ gəlməsi və ənsə nahiyyəsinə yastı səthə malik alətlə sürətli zərbə zamanı ön kəllə çuxurunda alın sümüyünün orbital hissəsində əmələ gələn çatlar buna misal ola bilər.

Tikişlərin aralanması çox vaxt çatların əmələ gəlməsi zamanı onlarla birlikdə müşahidə edilir, yaranma mexanizminə görə də çatlardakına oxşayır.

Küt alətlərlə zəif qüvvə ilə yetirilən zərbə zamanı kəllə sümüklərində içəri basılmış sınıqlar əmələ gələ bilər. Bu zaman sümük qəlpələri həm bir-biri ilə, həm də ətrafdakı zədələnməmiş sümük toxuması ilə əlaqəni saxlamış olur. En kəsiyinin sahəsi 10-16 sm² dən böyük olmayan əşyalarla yetirilən qüvvətli zərbə nəticəsindədeşilmiş sınıqlar əmələ gəlir.

Bir çox hallarda kəllə sümüklərinin xarici səhifəsində əmələ gələndeşilmiş sınıqlar, küt əşyanın zərbə yetirən səthinin ölçülərinə uyğun gəlir. Kəllə sümüklərinin qəlpəli sınıqları ağır, iri küt əşyaların (nəqliyyat hissələri zərbəsindən, hündürlükdən yıxılma) təsirindən başın ağır əşyalarla sıxılmasından əmələ gəlir. Göstərilənlərdən görüldüyü kimi qəlpəli sınıqlar kifayət qədər böyük qüvvənin təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Lakin çox da böyük olmayan küt və ya iti alətlərlə yetirilən çoxsaylı zərbələr zamanı da belə sınıqlar əmələ gələ bilər. Bu zaman başda çoxsaylı zərbələrə uyğun, həmin alətlərin təsiri üçün xarakterik olan çoxlu sayda yaralar müşahidə olunur.

Ümumiyyətlə onu qeyd etmək lazımdır ki, kəllə sümüyündə əmələ gələn sınıqlar sümüklərin bərkliyindən, möhkəmliyindən, zədələnmələrin əmələ gəlmə mexanizmindən, yaşdan, cinsdən və s. amillərdən asılıdır.

Çanağın zədələnmələri.

Çanaq nahiyyəsi insan bədəninin ağırlıq mərkəzi hesab oluna bilər. Çanağın zədələnmələrinə tez-tez rast gəlinir. Çanağın travmaları çanaq həlqəsinə düz və bucaq altında zərbələr zamanı daha çox əmələ gəlir. Hündürlükdən yıxılma, nəqliyyat travmaları zamanı çanağın zədələnmələrinə, çanaq nahiyyəsinin sıxılma və ya kompressiyası öndən, arxadan, yandan, diaqonal istiqamətdə öndən və arxadan əmələ gələ bilər. Həmçinin bu istiqamətlərdə yetirilən zərbə nəticəsində də zədələnmələr əmələ gələ bilər. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, çanaq həlqəsinin ön hissəsi daha nazikdir. Ona görə də bu hissənin zədələnmələrinə daha çox rast gəlinir. Çanağın zədələnmələri çox vaxt onların deformasiyası ilə birlikdə müşahidə olunur. Bərk küt əşyalarla yarlardan yetirilən zərbələr nəticəsində çanaq sümüklərinin sınıqları qüvvənin təsir yerində əmələ gəlir.

Çanaq sümükləri massiv əzələ toxumaları ilə əhatə olduğundan onların klinik və seksion diaqnostikası çətinliklər törədir. Meyitin müayinəsi zamanı çanaq həlqəsinin ön hissəsinin kəsilməsi nəinki çanaq sümüklərini, həmçinin çanaq orqanlarının müayinəsinə yaxşı şərait yaradır. Çanaq sümüklərinin ölümlə nəticələnməyən zədələnmələrində uşaqlarda və qadınlarda bir çox funksional pozğunluqlar əmələ gələ bilər (yerişin, duruşun pozğunluqları, doğma funksiyasının çətinləşməsi və s.).

Onurğa sütununun zədələnmələri.

Yenidoğulmuşlarda onurğa sütunu düz xətt formasında olur. Yaşa dolduqca onurğa sütununun yüklənməsi nəticəsində fizioloji olaraq onun boyun, döş, bel və oma şöbələrində ayrılıqlar əmələ gəlir. Belə ayrılıqlar qoca şəxslərdə daha çox özünü büruzə verir.

Biomexaniki nöqtəyi nəzərdən onurğa sütunu hərəkətsiz fəqərələrdən və hərəkətli fəqərəarası disklərdən ibarət elastik mili xatırladır. Onurğa sütununun

ayrı-ayrı şöbələrinin sınıqları istər nəticələrinə, istərsə də rast gəlmə tezliyinə görə bir-birindən fərqlənir. Onurğa sütununun zədələnmələri onun ox xətti boyu fizioloji ayrılıqlarına uyğun yuxarı və aşağı nahiylərdən yüklənməsi nəticəsində əmələ gələ bilər. Qüvvənin öndən, arxadan və yandan təsiri zamanı onurğa sütunun həddindən artıq gərilməsi, əyilməsi baş verir. Onurğa sütununun yuxarı döş nahiyyəsi səviyyəsində arxadan və arxa yandan yetirilən zərbə nəticəsində köndələn və arxa çıxıntıların sınıqları müşahidə olunur. Onurğa sütunu həddindən artıq düzlənməyə məruz qalarkən fəqərəarası disklərin cırılmaları ön köndələn bağların cırılmaları və sümük çıxıntılarının sınıqları müşahidə olunur. Onurğa sütununun həddən artıq əyilməsi müşahidə olunur. Onurğa sütununun həddindən artıq əyilməsi zamanı (bu ən çox onurğa xətti boyu yüklənmə nəticəsində əmələ gəlir) adətən fəqərələrin cisminin kompression sınıqları əmələ gəlir.

FƏSİL XVI. HÜNDÜRLÜKDƏN YIXILMA

Hündürlükdən yıxılma zamanı alınan xəsarətlər mürəkkəb və çətin diaqnoz olunan travma növlərindəndir. Bu hündürlükdən yıxılmanın baş vermə şəraitinin, mexanizminin müxtəlifliyi və bu zaman yetirilən xəsarətlərin çoxsaylı və müxtəlif xarakterli olması ilə əlaqədardır.

Hündürlükdən yıxılma ən çox bədbəxt hadisə nəticəsində baş verir. Özünə qəsd və qətl məqsədilə də hündürlükdən yıxılma hallarına rast gəlinir.

Hündürlükdən yıxılma hadisələri yıxılmadan əvvəl insana təkanın və ya sürətləndirici zərbənin verilib-verilməməsindən asılı olaraq 2 qrupa bölünür:

1. Aktiv yıxılma – bu zaman yıxılan şəxs özü və ya yıxılmazdan əvvəl kənar şəxs tərəfindən sürətlənmiş zərbə və ya təkan ala bilər. Hündürlükdən yıxılan şəxs özü yıxılmazdan əvvəl, qaçmaqla və ya hər hansı bir əşyaya toxunmaqlada yıxılmanı sürətləndirə bilər. Bu sürətləndirmə kənar şəxs tərəfindən də edilə bilər (arxadan itələmə).
2. Passiv yıxılma – bu zaman yıxılan şəxsə heç bir təkan və ya sürətləndirmə edilmir.

Yıxılma başlanan yerlə insan bədəninin düşdüyü səthi birləşdirən yol və ya xətt düşmə trayektoriyası (uçuş trayektoriyası) adlanır (şəkil 40).



Şəkil 40. İnsan bədəninin hündürlükdən yıxılma və yerə dəymə mexanizmi.

- 1- baş üzərinə yıxılma; 2- bədən arxa səthinə yıxılma;
- 2- 3- ayaqüstə yıxılma; 4- bədən ön səthinə yıxılma.

Əgər yıxılma zamanı bədən zədələnməsi ancaq düşdüyü səthin təsirindən əmələ gələrsə belə yıxılmaya sərbəst yıxılma deyilir.

Yıxılma zamanı bədən hər hansı bir maneəyə (balkon, nərdivan, şüşəbənd və s.) dəyərsə və bu zaman ilkin xəsarətlər yetirilərsə onda belə

yıxılma «pilləli» yıxılma adlanır. Sərbəst yıxılma hallarına «pilləli» yıxılmaya nisbətən daha çox rast gəlinir.

Müasir dövrdə yıxılmanın növləri müxtəlif cür təsnif olunur. Ən çox aşağıdakı yıxılmalara rast gəlinir.

- Səth üzərinə yıxılma və ya öz boyu hündürlüyündən yıxılma;
- Pilləkanvari yıxılma;
- Çox hündür olmayan məsafədən yıxılma (10 m-ə gədər);
- Yüksək hündürlükdən yıxılma (10 m-dən çox);
- Qapalı mühitdə yıxılma (ventilyasiya, lift şaxtasında və s.).

16.1. Səth üzərinə yıxılma.

İnsan ayaq üstə duran zaman və ya gəzərkən, qaçarkən olduğu səthə yıxılması nəticəsində müxtəlif cür xəsarətlər ala bilər. Səth üzərinə yıxılma aktiv və passiv ola bilər.

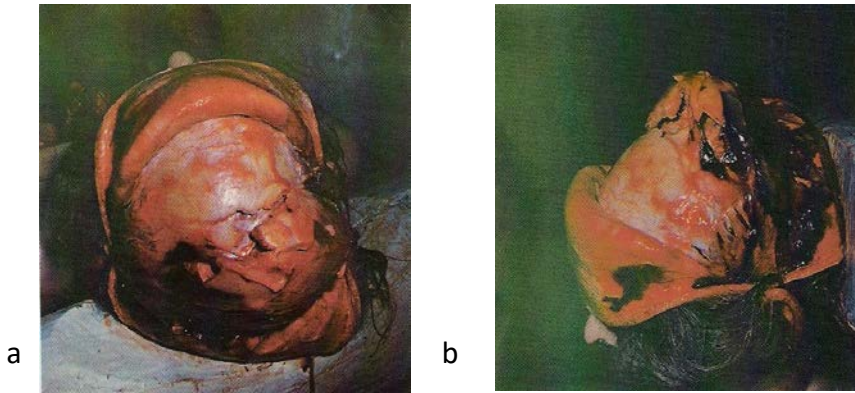
Səth üzərinə yıxılma zamanı başın yerə dəyməsi nəticəsində kəllə-beyin travmaları kimi ciddi xəsarətlər əmələ gələ bilər.

Səth üzərinə yıxılma zamanı baş nahiyyəsinin zədələnmələri öz müxtəlifliyi ilə seçilir. Bu zaman başın dərisinin səthi sıyrıq və qançırlarına, həmçinin iri həcmli yaralara, subdural və subaraxnoidal qansızmalara, baş beyinin əzilməsi kimi xəsarətlərə də təsadüf olunur. Zədələnmələrin xarakteri yıxılan şəxsin çəkisindən, boyundan, başının quruluşundan, səthə dəymə nahiyyəsindən, səthin formasından, yıxılmanın növündən (sərbəst və ya təkanla yıxılma) və s. amillərdən asılıdır.

Səth üzərinə yıxılma zamanı başın yumşaq toxumalarının və kəllə sümüklərinin zədələnməsinin xarakteri başın dəydiyi səthin, yerin xüsusiyyətlərindən çox asılıdır. Bərk səthə (asfalt, beton) yıxılma zamanı çox vaxt kəllə sümüklərinin sınıqları kimi ciddi xəsarətlər əmələ gələ bilər. Bu, bərk maddələrin amortizasiya etmə qabiliyyətinin olmaması ilə əlaqədardır. Başda hər hansı bir geyimin olması və ya tükləri özü az da olsa amortizasiya funksiyasını yerinə yetirir və onların olması kəllə-beyin travmalarının əmələ gəlməsini azalda bilər.

Dayandığı səthin üzərinə yıxılma zamanı baş verən kəllə-beyin travmalarında baş beyinin və onun qışalarının səthə toxunma nahiyyəsinə nisbətən əks-zərbə nahiyyəsində daha iri həcmli zədələnmələr baş verir. Küt alətlərlə zərbə zamanı göstərilən hala daha az təsadüf olunur.

Məhkəmə-tibbi praktikada daha çox başın ənsə nahiyyəsi üzrə səthə yıxılma hallarına təsadüf olunur. Arxası üstə yıxılma zamanı ən çox ənsə qabarı nahiyyəsi zədələnir (səkil 41). Kələ-kötür və ya çıxıntılı səthi olan yerə arxası üstə yıxılan zaman ənsə qabarından aşağı nahiyyələrin xəsarətlərinə də rast gəlmək olar. Ənsə qabarının səthə dəyməsi nəticəsində sağ və sol istiqamətdə simmetrik yayılan çatlar əmələ gəlir. Bəzən bu çatlar gicgah sümüyünün piramidinə və ənsə dəliyinə doğru yönəlir. Zərbə nahiyyəsində beyinciğin əzilmə-



Şəkil 41. Baş üzərinə yıxılma nəticəsində əmələ gəlmiş xəsarətlər.
a- başın yumşaq toxumalarına qansızma ilə müşahidə olunan kəllə tağı
sümüklərinin sınıqları; b- baş beyinin xaric olması ilə müşahidə olunan kəllə
tağı sümüklərinin yayılmış dağılmaları
(A.A.Soloxinə görə)

Ön tərəfə yıxılma zamanı burun sümüklərinin, dişlərin, çənənin və alnın xəsarətləri əmələ gəlir. Yan tərəfi üstə yıxılma zamanı gicgah sümüyünün çatlarına, həm zərbə və həm də əks-zərbə nahiyyəsində qansızmalara, beyin toxumasının əzilmə ocaqlarına təsadüf olunur.

Bəzi hallarda məhkəmə-tibbi praktikada küt alətlə yetirilmiş xəsarətlərlə öz boyu hündürlüyündən yıxılma zamanı alınan xəsarətləri differensiasiya etmək lazım gəlir (cədvəl 9).

Cədvəl 9

Başın ənsə nahiyyəsinə səthə yıxılma və bərk küt alətlə zərbə zamanı əmələ gələn zədələnmələrin differensial-diaqnostik əlamətləri

Əlamətlər	Səth üzərinə və ya öz boyu hündürlüyündən yıxılma	Geniş səthi olan bərk küt alətlə ənsə nahiyyəsinə zərbə
Əks-zərbə nahiyyəsində beyinə və onun qışalarına qansızma	Olur	Olmur
Ön dişlərin zədələnməsi	Olmur	Olur
Boyunun səthi və dərin əzələlərinin ocaqlı qansızması	Olmur	Olur

16.2. Pilləkənvari yıxılma.

Pilləkənvari yıxılma dedikdə pilləkənlərdən və ya onun pillələrindən yıxılma başa düşülməlidir. Evlərdə, binalarda, küçələrdə pilləkənvari yıxılma hallarına tez-tez təsadüf olunur. Belə yerlərin pilləkənlərində meyitlərin tapılması bir çox hallarda istintaq orqanları işçilərində bir çox şübhələrin yaranmasına səbəb olur. Belə hallarda məhkəmə-tibb eksperti qarşısında ölümün səbəbinin və zədələnmələrin baş vermə mexanizminin tapılması barədə mühüm əhəmiyyət kəsb edən suallar qoyula bilər. İnsan belə şəraitdə, yəni pilləkənlərdə qəfləti ölüm nəticəsində, hər hansı bir maddədən zəhərləndiyi halda (məsələn alkoqolla) ölə bilər. Bundan başqa ölənlər şəxs xəsarəti digər yerlərdə aldıqdan sonra da belə yerlərə gələ bilər və ya onu gətirib ata bilərlər (avtomobil travmalarından sonra). Həmçinin zərərçəkmiş pilləkənlərdən yıxılma və münəfiqə zəminində də xəsarət ala bilər.

Pilləkənlərdən yıxılmanın aşağıdakı variantlarına çox təsadüf olunur:

- Pilləkənlər arası sahəyə və ya meydançaya yıxılma;
- Pilləkənlərin aşağı pillələrindən ön və arxası üstə yıxılma;
- Pilləkənlərin orta pillələrindən ön və arxası üstə yıxılma;
- Pilləkənlərin yuxarı pillələrindən ön və arxası üstə yıxılma.

İnsan ən çox arxası üstə pilləkənlərdən yıxılarkən çoxsaylı və ciddi xəsarətlər alır. Önə yıxılma zamanı insan instinktiv olaraq əllərini önə atır və zərbənin gücünü bir gədər azaldır. Pilləkənlərdən yıxılma zamanı alınan xəsarətlərin xarakteri nəinki yıxılma hündürlüyündən, həmçinin bədənə verilmiş əlavə sürətləndirmənin və ya təkanın olub-olmamasından çox asılıdır. Bu təkan kənar şəxs tərəfindən oluna bilər.

Pilləkənlərin aşağı pillələrindən arxası üstə yıxılma zamanı ənsə nahiyəsinin qançırlarına, sıyrıqlarına, əzilmiş yaralarına və kəllə qapağı sümüklərinin çatına, sınığına təsadüf olunur.

Pilləkənlərin orta pillələrindən yıxılma zamanı baş, pilləkən meydançasına, gövdə isə pilləkənlərin tininə dəyə bilər. Bu zaman nəinki ənsə nahiyəsinin zədələnmələrinə, həmçinin kürəkarası və fəqərə sütunu əzələlərinin əzilməsinə, qansızmasına da rast gəlinir. Qabırğaların və kürək sümüyünün ayrılıqda sınıqları da əmələ gələ bilər.

Pilləkənlərin yuxarı pillələrindən arxası üstə yıxılma zamanı başın aşağı pilləkənlərin tininə dəyməsi nəticəsində üfüqi yerləşmiş və aşağı kənarları sıyrılmış əzilmiş yaralar əmələ gəlir. Bədənin arxa nahiyəsinin sıyrıq və qançırlarının həcmi daha çox və iri həcmli olur. Qabırğaların pilləkənin tininə dəyməsi nəticəsində ayrı-ayrı qabırğaların sınıqları əmələ gələ bilər.

16.3. Çox hündür olmayan məsafədən yıxılma (10 metrə qədər hündürlükdən yıxılma).

10 metrə qədər hündürlük yaşayış binalarının 1-3-cü mərtəbəsinin səviyyəsinə uyğun gəlir. Belə yıxılmalar zamanı alınmış xəsarətlərin ağırlıq dərəcəsi bədənin hansı nahiyyəsi üstə yixılmadan çox asılıdır. 10 metrə qədər hündürlükdən yıxılma qısa zaman fasiləsində (1-2 saniyəyə) baş verdiyindən bədən yüksək sürət almağa və fırlanmağa imkan tapmır.

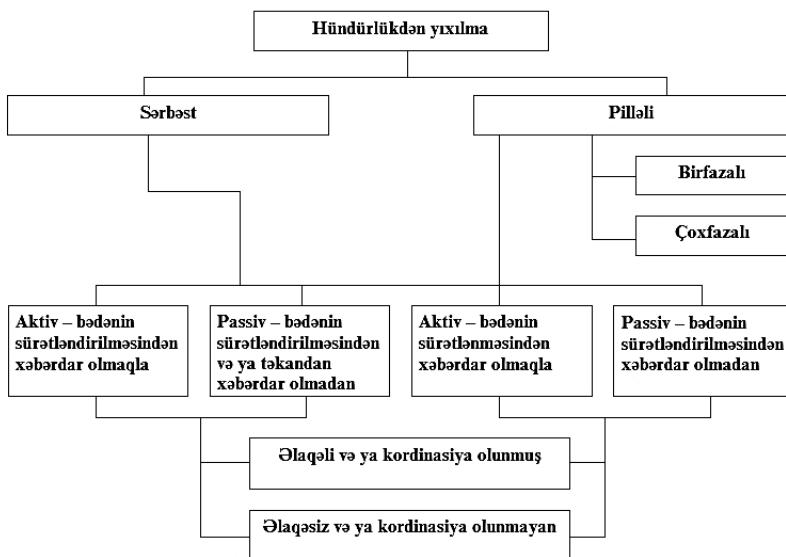
Belə hündürlükdən yıxılma zamanı səthlə təmas aşağı ətraflar, sağrı nahiyyəsi, əllər, gövdə ilə olarsa, qançırılar, sıyrıqlar, yaralar və bəzən sümük sınıqları əmələ gələ bilər, lakin bu nahiyyələr üstə yıxılma zamanı adətən ölüm baş vermir.

İnsan belə hündürlükdən başı üstə yıxılan zaman çox ciddi xəsarətlər əmələ gəlir və bu zaman ölüm də baş verir. Başı üstə yıxılmalarda yumşaq toxumaların zədələnməsinə, kəllə sümüklərinin sınıqlarına (əsasən kəllə əsası) rast gəlinir. Baş beyinin epidural və subdural hematomaları, subaraxnoidal qansızmaları, beyin maddəsinə və mədəciklərinə qansızma müşahidə olunur. Açıq və ya qapalı kəllə-beyin travmaları şəxsin ölümünə səbəb ola bilər.

16.4. Yüksək hündürlükdən yıxılma və ya 10 metrdən çox olan hündürlükdən yıxılma.

Hüquq mühafizə orqanları yüksək hündürlükdən yıxılma zamanı ölüm baş verərkən ölümün qətl, intihar yoxsa bədbəxt hadisə nəticəsində baş verməsinin təyininə çox böyük çətinlik çəkirlər. Bəzi hallarda isə bunu təyin etmək mümkün olmur.

Sxem 3



Bədənin ayrı-ayrı hissələrinin zədələnməsinin həcmi və miqdarı bir çox amillərdən asılıdır. Bunlar bədənin uçuş vaxtı və yerə dəyən andakı kinetik enerjisindən, səthin formasından, bədənin səthə dəymə həcmindən və hansı nəhiyə üzrə dəyməsindən, orqanizmin fərdi xüsusiyyətlərindən, yaşıdan, çəkiddən daha çox asılıdır (sxem 3).

Yıxılma zamanı kinetik enerji və ya zərbənin gücü formulu ilə hesablanır.

$$E = \frac{mV^2}{2}$$

Yıxılma sürət formulu ilə hesablanana bilər.

$$V = \sqrt{2gh}$$

g – sərbəstdüşmə təcilidir və $9,8 \text{ m/s}^2$ – na bərabərdir.

h – hündürlüyü göstərir.

m – kütlədir.

Düsturdan görünür ki, hündürlük nə qədər çox olarsa bədən yerə dəyən zaman daha çox zərbə impulsu alır. Həmçinin çəki çoxaldıqca da zədələnmələrin intensivliyidə çoxalır.

Riyazi hesablamalar və eksperimentlər göstərmişdir ki, yüksək hündürlükdən yıxılan insan 12-ci saniyədən bərabər sürətli hərəkət etməyə başlayır və bu sürət 65 m/s -yə bərabər olur (216 km/saat). Paraşütlə atmosferin aşağı təbəqələrində düşmə zamanı bu sürət bir qədər çox ola bilər, bəzən isə $82,7 \text{ m/s}$ -yə (298 km/saat) ola bilər.

Zərbənin gücü oynaqların, orqanların və bədəndə olan paltarların hesabına baş verən amortizasiya hesabına azala bilər. Bədənin bir neçə nəhiyəsi üstə (məsələn iki ayaq, iki əl və s.) düşmə zamanı kinetik enerjinin böyük sahələrə paylanması baş verir və bu da zədələnmələrin azalmasına səbəb olur.

Zədələnmələrin həcmi və ağırlıq dərəcəsi həmçinin bədənin düşdüyü səthin, yerin xüsusiyyətlərindən və insan düşən zaman qarşısına çıxan maneələrdən asılıdır.

1944-cü ildə 21 yaşlı ingilis pilotu N.S. Elkimeyd 5485 metr hündürlükdə yanan təyyarədən özünü atmışdır. Onun düşdüyü yerdə dərin qar örtüyü olmuşdur və bunun nəticəsində o, heç bir ciddi xəsarət almamışdır (Gennesin rekordlar kitabı, 1988-ci il).

Tibb akademiyasının 20 yaşlı tələbəsi 5-ci mərtəbənin pəncərəsindən özünü atmışdır. Yerə düşən anda o, həyatda butulka yığan kişinin kürəklərinə düşmüşdür və nəticə etibarilə heç bir xəsarət almamışdır. Kişi isə onurğa sütununun sınıqları diaqnozu ilə xəstəxanaya yerləşdirilmişdir və bir neçə gün sonra ölmüşdür.

Hündürlükdən yıxılma zamanı travmatik təsir zərbə və sürtünmə hesabına baş verir.

Zərbə nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər yerli və uzaqlaşmış olmaqla iki yerə bölünür. Yerli xəsarətlər heç bir əlaqə olmadan bədən nahiyəsinin səthlə kontaktı zamanı yaranır. Uzaqlaşmış və ya səbəbli xəsarətlər burulma, sıxılma, dartılma, sürüşmə, əyilmə kimi deformasiyalar nəticəsində əmələ gəlir. Göstərilən deformasiyalar zərbənin təsirindən əmələ gəlir və əsasən zərbə nahiyəsindən uzaq yerlərdə təzahür edir. Belə zədələnmələri konstruksion xəsarətlər də adlandırırlar. Belə zədələnmələrin əmələ gəlməsi onunla əlaqədardır ki, ilkin zərbə nəticəsində bədən bu və ya digər zərbə yetirilən nahiyəsinin hərəkəti müəyyən vaxtdan sonra dayanır, lakin digər bədən hissələri və daxili orqanlar anatomik xüsusiyyətlərindən asılı olaraq əmələ gəlmiş inersion hərəkətlər nəticəsində yerdəyişməsinə davam etdirir.

Sürtünmə nəticəsində ancaq yerli xəsarətlər formalaşır.

Yerli və ya lokal zədələnmələr hündürlükdən yığılmanın hansı mərhələsində əmələ gəlməsinə görə birincili və ikincili zədələnmələrə bölünür.

Birincili lokal xəsarətlər bədən yerin səthinə ilkin dəyməsi zamanı əmələ gəlir. İkincili lokal zədələnmələr isə ilkin zərbədən sonra bədən vəziyyətinin dəyişməsi nəticəsində əmələ gəlir (bədən şəquli vəziyyətdən üfiqi vəziyyətə keçərkən). Sonuncular əsasən, birincili yerli zədələnmələrlə eyni vaxtda müşayiət olunur. İkincili yerli zərbədən sonra konstruksion və ya uzaq zədələnmələrə az təsadüf olunur, çünki artıq belə zədələnmələrin əmələ gəlməsinə kifayət qədər enerji qalmır. Enerjinin çox hissəsi birincili yerli təsir zamanı öz qüvvəsini itirir.

Pilləli yığılma zamanı sərbəst yığılmada olduğu kimi bədən yer səthinə dəyməsi nəticəsində əmələ gələn zədələr birincili xəsarətlərə aid olunmur. Onlar ikincili xəsarətlər hesab olunur (uçuş zamanı bədən yer səthinə çatanadək hər hansı bir yerə dəyməsindən asılı olaraq hətta üçüncü və daha çox da ola bilər). Pilləli yığılma zamanı alınan birincili xəsarətlər konstruksion və ya uzaq xəsarətlərlə az hallarda müşahidə olunur.

Sərbəst yığılmada olduğu kimi pilləli yığılma zamanı da bədən düşdüğü səthlə kontaktı zamanı əlavə xəsarətlər də əmələ gələ bilər. Onları üçüncü yerli xəsarətlərə aid etmək olar.

Hündürlükdən yığılmanın hər bir fazasında zədələnmələrin əmələ gəlməsinin öz mexanizmi var və bunlar yığılmanın növündən asılıdır. Bədən şəquli vəziyyətdə ayaqlar üstə düşməsi zamanı əmələ gələn birincili və ya lokal xəsarətlərə ayaq altının qansızmaları, əzilmiş yaraları, daban, aşıq sümüklərinin çox vaxt simmetrik sınıqları ilə müşayiət olunur. Xarici müayinə zamanı çox vaxt bu sınıqlar hiss olunmur.

Bud-çanaq oynaq sümüklərinin, döş və bel fəqərələrinin, kəllə əsas sümüklərinin sınıqları isə bədən inersion hərəkətləri nəticəsində əmələ gəlir və konstruksion sınıqlara aid olunur. Ayaq üstə yığılma zamanı bəzən kəllə əsas sümüklərinin başın onurğa oxuna uyğun istiqamətində hərəkəti nəticəsində böyük ənsə dəliyi ətrafında həlqə şəkilli sınıqlara rast gəlinir. Bu sınıqlar beyin qışalarının və beyin maddəsinin əzilməsi və cırılması ilə müşayiət

olunur. Yüksək hündürlükdən yıxılma zamanı tez-tez hallarda I və II qabırğaların döş sümüyünə birləşən yerinə yaxın, XI və XII qabırğaların isə onurğa ətrafı xətlərə uyğun sınımasına təsadüf olunur.

Ayaq üstə yıxılma zamanı daxili orqanlarda əmələ gələn zədələnmələr bədənin ümumi silkələnməsi nəticəsində baş verir. Bunlardan ən çox qarın və döş boşluğu orqanlarının bağ aparatına qansızmalar, plevranın cırılmaları, ağciyər kökündə qansızmalara, qaraciyərin, böyrəklərin, ürəyin zədələnmələrinə təsadüf olunur.

Əgər ayaq üstə yıxılma zamanı ikincili zərbə bədənin arxa hissəsinin səthə dəyməsi nəticəsində baş verərsə bu zaman kürəyin və gövdənin yan səthlərinin qançırlarına, sıyrıqlarına, kürəyin səthi və dərin əzələlərinə qansızmalara, qabırğaların və kürək sümüyünün sınıqlarına, başın ənsə nahiyyəsinin yaralarına, kəllə sümüklərinin sınıqlarına və beyin maddəsinin zədələnməsinə təsadüf olunur.

Ayaq üstə yıxılma zamanı ikincili zərbə bədənin ön səthi üzrə baş verərsə (birincili zərbədən yəni şəxs səthə düşdükdən sonra ön səth üzrə yıxılarsa) onda xəsarətlər bədənin ön səthində əmələ gələcəkdir. Gövdənin ön səthinin və sifətin sıyrıqlarına, qançırlarına, əzilmiş yaralarına, həmçinin üz skeleti sümüklərinin və qabırğaların döş qəfəsinin ön səthi üzrə qeyri-düzgün sınıqlarına rast gəlinir. Boyunun ön səthində zərbə nəticəsində qalxanabənzər qığırdağın buynuzlarının ikitərəfli sınıqları və dilaltı sümüyün buynuzlarının sınıqları əmələ gələ bilər.

Nəhayət, əgər yıxılan şəxs ayaq üstə yerə dəydikdən sonra bədənin yan səthləri üstə yıxılarsa, bu zaman ikincili xəsarətlər zərbə alan nahiyyələrdə daha çox özünü büruzə verir. Bu zaman bəzə və said, kəllə əsası, çanaq sümüklərinin yuxarı hissəsinin, qabırğaların sınıqlarına və həmçinin bədənin yan hissələrinin sıyrıqlarına, qançırlarına, əzilmiş yaralarına, beyin maddəsinin zədələnmələrinə təsadüf olunur.

Baş üzərinə yıxılma zamanı birincili və ya kontakt xəsarətlər başın ayrı-ayrı nahiyyələrində (ən çox təpədə) yumşaq toxumaların qansızması, sıyrıqları, əzilmiş yaraları, toxumaların cırılması və didilməsi şəklində müşahidə olunur. Kəllə əsası və kəllə qapağı sümüklərinin çox qəlpəli sınıqları əmələ gəlir və kəllə qapağında əmələ gələn sınıqlar «hörümçək toruna» bənzər formada olur.

Sümük qəlpələri hissəvi olaraq yaralardan xaricə çıxır və ya beyin maddəsinə daxil olur. Lokal xəsarətlərə həmçinin beyin maddəsinin əzilməsi, dağılması, başın deformasiyası, alt çənənin açıq sınıqları aid oluna bilər.

Baş üzərinə yıxılmalarda konstruksion xəsarətlər qrupuna ən çox boyun və döş fəqərələrinin kompression sınıqlarını, bağların cırılmasını, onurğa beyinin hissəvi və tam zədələnməsini, daxili orqanların zədələnməsini göstərmək olar.

Konstruksion xəsarətlərin əmələ gəlməsi və morfoloji xüsusiyyətləri başın zərbə alma mexanizmindən asılı olaraq bir-birindən fərqlənir. Belə ki, başın kəskin qatlanmasında aşağı boyun fəqərələrinin cisminin kompression

sınıqlarının, başın düzlənmə və ya açılma vəziyyətində orta boyun fəqərəarası disklərinin cırılmasının, onların fəqərə qövsələrinin və kiçik çıxıntılarının sınıqlarının əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Başın yerə dəyməsindən əmələ gələn inersion qüvvənin təsiri nəticəsində qabırğaların, döş sümüyünün sınıqları və daxili orqanların zədələnmələri əmələ gəlir.

Gövdə üstə yığılmalarda xəsarətlərin xarakteri bədənin hansı səthi üzrə (yan, ön, arxa səth ilə) yığılmasından asılıdır. Bu zaman əmələ gələn xarici və daxili xəsarətlər arasında uyğunsuzluq müşahidə olunur.

Belə ki, bədən səthində olan kiçik həcmli sıyrıqlar, qançırılar, əzilmiş yaralar, olduğu halda daxilində yumşaq toxumalarda massiv qanaxmalar, sümüklərdə çoxsaylı sınıqlar, daxili orqanlarda cırılmalar müşahidə oluna bilər. Qabırğaların bir neçə anatomik xətlər üzrə iki tərəfli sınıqları, çanaq, kəllə sümüklərinin qəlpəli sınıqları əmələ gəlir. Daxili orqanların massiv qanıtırmələri ilə kobud zədələnmələri baş verir. Baş və ayaq üstə yığılmadan fərqli olaraq gövdə üstə yığılmalarda adətən ikincili xəsarətlər əmələ gəlmir.

Bədənin hansı nahiyyəsinin ilkin zərbə almasını təyin etmək üçün zərərçəkmişin paltarlarının və aldığı xarici xəsarətlərin diqqətli və dəqiq müayinəsi məhkəmə-tibbi ekspertinə böyük köməklik göstərə bilər.

Paltarların və xarici xəsarətlərin müayinəsi zamanı onlarda yad cisimlərin (torpaq hissələrinin, qumun, gilin, bitkilərin, otun və s.) tapılması şəxsin yığıldığı səthin xarakteri haqqında məlumatlar verə bilər.

16.5. Qapalı yerlərdə yığılma.

Qapalı yerlərdə yığılma hallarına çox az rast gəlinir. Ən çox rast gəlinən yerlərdən lift şaxtasını, ventilyasiya şaxtalarını, kömür şaxtalarını və s. misal göstərmək olar.

Belə yerlərdə yığılma hallarında zərərçəkmişin aldığı xəsarətlərin xarakteri hündürlükdən, şaxtanın və ya qapalı mühitin dibinin xüsusiyyətlərindən, şəxsin yığılma mexanizmindən və s. asılıdır. Çox vaxt cinayətkarlar cinayətinin izini itirmək məqsədilə meyiti belə yerlərə atırlar. Bu zaman məhkəmə-tibb ekspertləri ölümdən əvvəl və sonra yetirilmiş xəsarətləri təyin etməlidir. Hündürlükdən yığılma nəticəsində əmələ gəlmiş xəsarətlərin həyati olub-olmaması da təyin olunmalıdır. Qapalı mühitlərdə və ya yerlərdə yığılma zamanı yığılan şəxs və ya onun meyiti müxtəlif xəsarətlər ala bilər. Ventilyasiya şaxtalarına yığılma zamanı şaxta çox dar olarsa şəxs şaxtanın dar yerlərində ilişib qala bilər. Yığılma mexanizmindən asılı olaraq bu zaman bədəndə divarlara sürünmə nəticəsində çoxlu sayda zolaqşəkilli sıyrıqlar və qançırılar əmələ gəlir. Digər yığılma növlərindən fərqli olaraq qapalı mühitdə yığılma zamanı daxili orqanların və sümüklərin zədələnməsi az olur, lakin dəri örtüyünün zədələnmələri çox saylı olur.

FƏSİL XVII. NƏQLİYYAT TRAVMALARI

Nəqliyyat vasitələrinin sürətli inkişafı ilə əlaqədar olaraq nəqliyyat travmatizminin sayı xeyli artmışdır.

Nəqliyyat vasitələrinin növündən asılı olaraq nəqliyyat travmatizmi 3 əsas qrupa bölünür:

1. Yol nəqliyyat travmaları;
2. Hava nəqliyyat travmaları;
3. Su nəqliyyat travmaları.

Yol nəqliyyat vasitələri təkərli və təkərsiz olmaqla iki qrupa bölünür. Təkərli vasitələr relsli (qatar, tramvay və s.) və relssiz (avtomobil, motosiklet və s.) olur. Təkərsiz vasitələr tırtıllı (traktor, tank və s.) və tırtılsız (xizəkli və başqa formalı) olmaqla qruplaşdırılır.

Hava travmatizminə (aviasiya travmatizmi) vintmotorlu təyyarə və helikopterlər, reaktiv təyyarələrlə, motorsuz uçan aparatlarla yetirilən travmalar aid olunur.

Su travmatizmi (su-nəqliyyat travması) - müxtəlif növ vintmotorlu və motorsuz olan suüstü və sualtı nəqliyyat vasitələrinin təsiri nəticəsində əmələ gələ bilər.

Nəqliyyat hadisələrinin hansı səbəbdən əmələ gəlməsinin təyini məhkəmə-tibb ekspertinin səlahiyyətlərinə aid olmasa da «nəqliyyat travması» terminindən geniş istifadə olunur. Nəqliyyat vasitələri ilə törənmiş xəsarətlər morfoloji xüsusiyyətlərinin müxtəlifliyinə görə fərqlənilir. Nəqliyyat travmaları mexaniki, termiki, kimyəvi faktorların birgə və ayrı-ayrılıqda təsiri nəticəsində əmələ gələ bilər. Buna görə də nəqliyyat vasitələri ilə törənmiş xəsarətləri sərbəst və qrup şəklində birləşdirmək məqsədəuyğun olardı.

Nəqliyyat travmaları müxtəlif növ xəsarətlərlə müşahidə olunur. Bunlara əsasən sıyrıqlar, qançırılar, deformasiyalar, əzilmələr, parçalanmalar və s. aid olunur. Nəqliyyat travmaları nəqliyyat vasitələrinin növünə görə bir neçə qrupa bölünür:

1. Avtomobil travması;
2. Motosiklet travması;
3. Rels nəqliyyat vasitəsinin travması (dəmiryol travması);
4. Traktor travması;
5. Su nəqliyyat travması;
6. Aviasiya travmaları.

17.1. Avtomobil travması

Avtomobil travması dedikdə sürücüyə, piyadaya, sərnəşinə avtomobil hissələrinin və ondan kənarda yerləşən əşyaların (yer örtüyü, dirəklər və s.) birgə təsiri başa düşülür.

XIX əsrin sonu elmdə və texnikada böyük dahi kəşflər olmuşdur. Belə kəşflərdən biri də avtomobilin kəşf olunması idi. 1885-ci ildə Daymler tərəfindən daxili mühərrikin kəşf olunması avtomobil sənayəsinin inkişafını daha da sürətləndirdi. Müasir dövrdə bütün dünyada istehsal olunan avtomobillərin sayı 100 milyon ədədə yaxındır. Avtomobili ilk dəfə kəşf olunarkən insanlar bu hadisəyə həsədlə, xoşbəxt fikirlərlə yanaşırdılar. Avtomobil vasitələrinin təsiri nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər bu gün çox böyük aktual problem olmuşdur. Avtomobil vasitələri gündəlik insan həyatının bir hissəsi olmaqla yanaşı, həm də təhlükə mənbəyinə çevrilmişdir.

1941-1945-ci illərdə ABŞ-rı Yaponiya və Almaniya ilə müharibədə döyüş zamanı 250 min insan itirmişdi. Həmin illər ərzində ABŞ-da avtomobil yollarında 350 min insan həlak olmuş, 3,5 milyon insan isə müxtəlif dərəcəli bədən xəsarətləri almışdır. Bütün dünyada avtomobil travmalarının sayı getdikcə artmaqdadır.

Avtomobil travması yol-nəqliyyat qəzaları zamanı baş verir (cədvəl 10). Buna görə də avtomobil travmaları zamanı kompleks zədələnmələr əmələ gəlir.

Avtomobil travmaları zamanı alınan xəsarətləri 3 qrupa bölmək olar:

1. Spesifik xəsarətlər;
2. Xarakterik xəsarətlər;
3. Qeyri-xarakter xəsarətlər.

Spesifik xəsarətlərə avtomobilin hər hansı bir hissəsi ilə ilkin zərbə nəticəsində əmələ gələn kontakt xəsarətlər aid olunur. Belə kontakt xəsarətlər zamanı avtomobilin bədəninə dəyən nahiyyələrində avtomobilin hissələrinin konturlarını özündə əks etdirən xəsarətlər əmələ gəlir. Bəzi hallarda belə xəsarətlər avtomobilin bədənə toqquşan hissələrinin və detallarının ölçülərinə tam uyğun gəlir.

Xarakterik xəsarətlərə müxtəlif növ avtomobil travmaları zamanı rast gəlinən və travmaların əmələgəlmə mexanizmi ilə əlaqəli olan xəsarətlər aid olunur.

Qeyri-xarakterik xəsarətlər təkcə avtotravmalar zamanı deyil, digər kütləvi alətlə zədələnmələrində də təsadüf olunan xəsarətlərdir.

Sözsüz ki, spesifik və xarakterik xəsarətlər məhkəmə-tibb eksperti üçün daha böyük əhəmiyyət kəsb edir. Belə xəsarətlərə əsasən məhkəmə-tibb eksperti avtomobil travmasının növü, onun əmələgəlmə mexanizmi və şəraiti haqqında, zərərçəkmişin və avtomobilin travma alınan zaman vəziyyəti (duruşu) haqqında, avtomobilin növü və s. haqqında qarşıya qoyulmuş sualların cavabını tapa bilər.

Avtomobil travmalarının növləri və onların variantları

Avtomobil travmalarının növləri	Travmaların əmələgəlmə variantları
1. Hərəkət edən avtomobillə insanın toqquşması nəticəsində əmələ gələn travmalar;	Toqquşma zamanı: a) avtomobilin ön hissəsilə; b) avtomobilin yan hissəsilə; c) avtomobilin arxa hissəsilə.
2. Avtomobilin təkərlərinin təsiri nəticəsində əmələ gələn travmalar;	Tam bədən üzərindən keçmə: a) bir tərəfli ön, arxa və ya hər iki təkərlə keçmə; b) ön təkərlərlə, arxa təkərlərlə və ya ön və arxa təkərlərlə keçmə. Natamam bədən üzərindən keçmə: a) ön təkərlərlə; b) arxa təkərlərlə.
3. Hərəkətdə olan avtomobildən yığılma nəticəsində əmələ gələn travmalar;	Yığılma zamanı: a) avtomobilin kabinəsindən; b) avtomobilin kuzasından (önə, yana, arxaya); c) avtomobilin ayaqqoyulandan yığılma.
4. Avtomobilin daxilində (kuzoda, kabinədə) olan hissələrə dəymə nəticəsində törənən travmalar;	Salonda və kuzovda olan hissələrin təsiri zamanı: a) sürücüyə; b) ön oturacaqda oturan sərnəşinə; c) arxada oturan sərnəşinə; d) salonda və kuzovda olan sərnəşinə.
5. Bədənin avtomobil hissələri və başqa hissələrlə sıxılmasından əmələ gələn travmalar;	a) iki avtomobillə sıxılma; b) avtomobil və digər nəqliyyat vasitələri ilə sıxılma; c) avtomobil və hərəkət etməyən əşya (divar, dirək və s.) arasında qalaraq sıxılma; d) avtomobil və bərk səth (qrunt) arasında sıxılma; e) avtomobilin hissələri (qapı və rama) arasında sıxılma; f) avtomobilin hissələri və avtomobildə olan yük arasında qalmaqla sıxılma.
6. Kombinə olunmuş avtomobil travmaları;	a) hərəkət edən avtomobilin insanla toqquşması və sonradan təkərlərin bədən üzərindən keçməsi; b) hərəkət edən avtomobildən yığılma və sonra təkərlərin bədən üzərindən keçməsi; c) avtomobilin salonunda və kuzovunda alınan zədələnmələrdən sonra yığılma və təkərlərin altında qalma; d) digər kombinə olunmuş variantlar.

Avtomobil travmaları müxtəlif mexanizmlərin eyni vaxtda və ya xəsəratlərin əmələgəlmə mexanizmlərinin bir-birini tez baş verən ardıcılıqla əvəz etməsi ilə səciyyəlidir. Belə mexanizmlər çox müxtəlifdir.

Ümumi təsnifata görə avtotravmalar 6 əsas hissəyə bölünür:

1. İnsanın hərəkət edən avtomobillə toqquşması;
2. Hərəkət edən avtomobilin təkərlərinin altında qalma;
3. Hərəkət edən avtomobildən insanın yığılması;
4. Avtomobilin salonunda və kuzasında zədələnmə;

5. Bədənin avtomobil və başqa bir əşya arasında sıxılması;

6. Kombinə olunmuş avtomobil travmaları.

Avtotravmalar zamanı aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalarda məhkəmə-tibb eksperti ilkin olaraq xəsarətlərin avtotravmaya xas olan xüsusiyyətlərini yoxlamalıdır.

Avtomobilin hər hansı bir hissəsinin izləri ilə əks olunan qansızmalar, əzilmələr, bədənin zərbə alan nahiyyələrinin ağır deformasiyası, dərinin dartılması nəticəsində əmələ gələn yırtıqlar, sıyrıqlar, çatlar, avtomobilin bəmperinin insan bədəninə dəyməsi nəticəsində əmələ gələn bəmper-qansızmalar, əzilmələr və bəmper-sınıqlar, qabırğaların, omanın və skeletin başqa hissələrinin simmetrik sınıqları, avtomobil təkərlərinin izlərinin bədəndə əks olunması avtotravmalar üçün xarakterik zədələnmələrdir.

Xəsarətlərin avtotravmaya məxsus olmasını təyin etdikdən sonra, avtotravmanın mexanizmini müəyyən etmək lazımdır.

Xəsarətlərin yaranma mexanizmindən və fazalarından asılı olaraq avtotravmalar aşağıdakı kimi təsnif olunur.

1. İnsanın hərəkət edən avtomobillə toqquşması;

- a) avtomobil hissələrinin bədənə toqquşması (avtomobil hissələrinin bədənə zərbəsi və bədənin silkələnməsi);
- b) bədənin avtomobilin üzərinə düşməsi və yığılması;
- c) bədənin yol səthi üzərinə atılması və düşməsi (səthlə zərbə);
- d) bədənin səth üzərində sürüşməsi (səthə sürtünmə);

2. Hərəkət edən avtomobilin təkərlərinin altında qalma;

- a) təkərin bədənə toqquşması (təkərlə zərbə);
- b) təkərlə itələnmə, bəzən bədənin fırlanması (təkərə və yol örtüyünə sürtünmə);
- c) təkərin bədənin üzərinə çıxması (təkərin sürtünməsi və yol örtüyünə sürtünmə);
- d) təkərin bədən üzərindən keçməsi (sıxılma və dartılma);
- e) bədənin sürüklənməsi (yol örtüyünə və səthə sürtünmə);

3. Hərəkət edən avtomobildən yığılma;

- a) insanın avtomobil hissələri ilə toqquşması (avtomobil hissələrinə zərbə);
- b) yol örtüyünə yığılma (səthlə zərbə və bədənin silkələnməsi);
- c) yol örtüyü və səth üzərində sürüşmə (səthə sürtünmə);

4. Avtomobilin içində zədələnmələr,

- a) kabinanın hissələri ilə bədənin toqquşması (bədənə silkələnməsi və zərbə);

b) kabinanın hissələrinin yerdəyişməsi nəticəsində bədən sızılması (sızılma);

5. İnsan bədəninin avtomobil və başqa bir əşya arasında sızılması.

a) avtomobilin hissələrinin bədənə sürülməsi (avtomobil hissələri ilə zərbə);

b) bədən müxtəlif əşyalarla sızılması (sızılma);

6. Kombinə olunmuş zədələr. Belə zədələnmələr əsas travma növlərinin kombinasiyası ilə müəyyən edilir.

7. Digər avtotravma növləri. Konkret olaraq avtoqəza növünün xüsusiyyətlərinə görə müəyyən edilir.

İnsanın hərəkət edən avtomobillə toqquşması.

İnsanın hərəkət edən avtomobillə toqquşması zamanı əmələ gələn zədələnmələr bir neçə fazadan ibarət olduğuna görə müəyyən ardıcılıqla baş verir (şəkil 42):



Şəkil 42. İnsanın hərəkət edən avtomobillə toqquşması

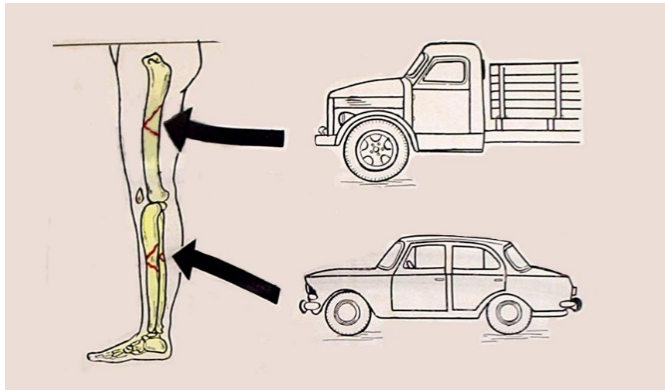
1. avtomobillə ilkin və ya bilavasitə kontakt – zərbə;
2. bədən avtomobilin korpusuna atılması zamanı alınan zərbə;
3. bədən yerə dəyməsindən alınan zərbə;
4. bədən yer üstündə sürünməsi.

Bu və ya digər fazalarda alınan zədələnmələr kompleks şəkildə avtotravmanın xüsusiyyətlərini xarakterizə edir.

Kontakt xəsarətlərin həcmi əsasən avtomobilin sürətindən və ölçüsündən asılıdır. Belə xəsarətlərin yayılması zərbə yetirən avtomobilin hündürlüyündən də asılıdır. Kontakt zədələr adətən avtomobilin toqquşan hissəsinin formasını əks etdirir. Fəraların zərbəsi nəticəsində dairəvi və ya aypara formasında qançırılar, kapotun üz hissəsinin təsirindən kvadrat və ya xəttvari qançırılar,

bamperlə zərbədən bəmper-qançırılar, bəmper - əzilmələr və bəmper-sınıqlar əmələ gəlir. Bəmper sınıqlar adətən köndələn olur, lakin köndələn-qəlpəli sınıqlara da rast gəlinir.

Bəmper-sınıq avtomobilin bəmperi ilə zərbə nəticəsində əmələ gələn xarakterik sınıqlardır (şəkil 43). Əgər belə sınıqlar ayağın aşağı hissəsində əmələ gələrsə bu bəmperin aşağı hissədə yerləşməsinə işarə edir. Bəmper sınıqları morfolojiyasına görə borulu sümüklərin qəlpəli sınıqlarıdır. Belə sınıqlar zamanı sınıq xətləri üçbucaq formasını əmələ gətirir ki, bu üçbucağın əsası avtomobilin zərbə yetirən hissəsinə tərəf yönəlmiş olur. Məhkəmə-tibbi ekspert bəmper sınıqlarla rastlaşarkən, diqqətli müayinə zamanı əksər hallarda zərbənin istiqamətini müəyyən edə bilər. Bəmper sınıqlar avtomobil sürətlə hərəkət edən zaman əmələ gəlir.



Şəkil 43. Yüklə və minik avtomobillərin bəmperlərinin aşağı ətrafdakı zədələrin yerləşmə səviyyələri ilə uyğunluğunun sxematik təsviri (Ş.M.Musayevə görə).

Avtoqəzalar zamanı ilkin zərbə güclü olarsa bədənin ümumi silkələnməsi baş verir ki, bu da ağciyərin kökünə, aorta ətrafı toxumalara, epikard altına, qaraciyər aparatına, böyrəklərə və dalağa qansızmaların əmələ gəlməsi ilə nəticələnir. Əgər güclü zərbə bədənin arxa hissəsindən təsir edərsə bu zaman onurğa sütununda və onurğa ətrafı toxumalarda zədələnmələr əmələ gəlir. Belə vəziyyətdə zərbə zamanı toxumaların cırılması, onlara qansızmalar, köndələn çıxıntıların sınıqları, fəqərələrin sınıqları əmələ gələ bilər.

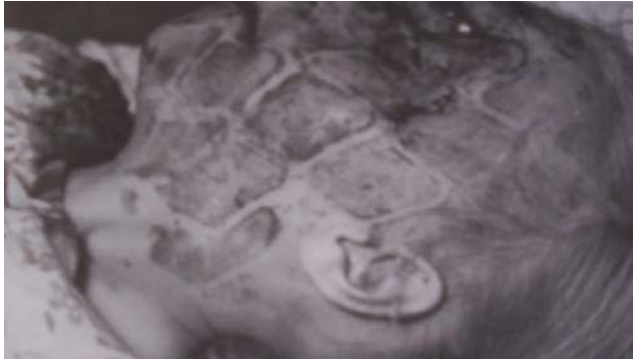
Avtomobilin qabağa çıxmış və ya qabarıq hissələrinin hərəkət edən, ayaqüstə dayanan insana zərbəsi nəticəsində zərərçəkmiş səth üzərində sürüklənməyə məruz qala bilər. Bunun nəticəsində ayaqqabıların altında «sürüşmə izləri» tapılır. Bu izlərə əsasən zərbənin istiqamətini təyin etmək olar.

Yol örtüyü və ya səthə zərbə zamanı alınan zədələnmələrin xarakteri zərbənin və sürünmənin gücündən, yolun vəziyyətindən, formasından (asfalt, beton, hamar, kələ-kötür, daşlı və s.) asılıdır. Ən çox xəsarətlər başda və ətraflarda müşahidə olunur. Sifətə zərbə zamanı sifətin önə çıxmış hissələrinin

əzilmiş, sıyrılmış xəsarətləri əmələ gəlir. Diz, dirsək və əl-ovuc nahiyyələrində sıyrılmış dəri fonunda çoxlu paralel sıyrıqları xatırladan sürtünmə izləri əmələ gəlir. Başın yol örtüyünə dəyməsi nəticəsində kəllə-beyin travması, beyinin silkələnməsi, kəllə sümüklərinin sınıqları kimi xəsarətlər əmələ gələ bilər.

Hərəkət edən avtomobilin təkərlərinin təsiri nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər mürəkkəb topoqrafiyaya və mexanizmə malik olur. Zərbənin və xəsarətlərin mürəkkəbliyi zərbənin sıxılma, dartılma, sürtünmə kimi təsirlərin nəticəsində əmələ gəlməsinə əsaslanır. Zədələrin əmələ gəlməsi bir neçə fazadan ibarətdir. Əvvəlcə təkərlə ilkin kontakt zamanı zərbə yetirilir. Təkərin bədənin sürtülməsi nəticəsində bədənin avtomobilin hərəkəti istiqamətində fırlanması baş verir. Təkər bədən üzərindən keçərkən bədənin sürtünməsi, dartılması və sıxılması baş verir. Göstərilən bütün mexanizmlərin hər birində özünə məxsus morfoloji dəyişikliklər əmələ gəlir.

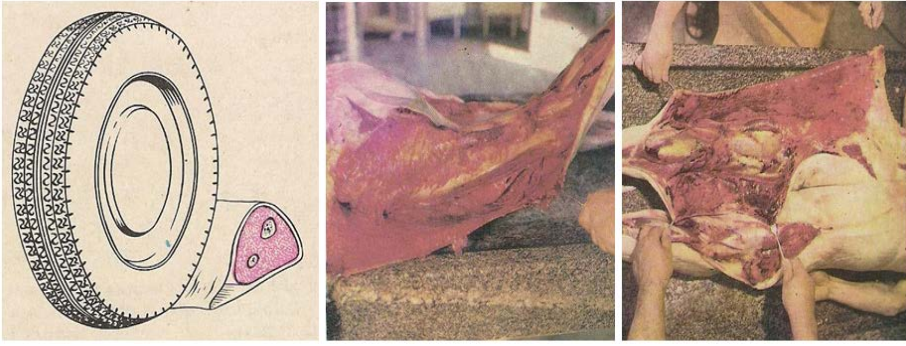
Təkərin bədən üzərindən keçməsinə göstərən xarakter əlamətlərdən biri bədən səthi üzərində avtomobilin təkərlərinin naxış izlərinin qalmasıdır (şəkil 44).



Şəkil 44. Bədən üzərində protektorun izi (A.A.Soloxinə görə)

Təkərin əksi paltarlarda kir şəklində iz qoyur. Təkərin bədənin üzərindən keçdiyi nahiyyəsində deformasiyalar əmələ gəlir. Adətən zədələrin eni təkərin eni ilə bir ölçüdə olur. Təkərin bir neçə dəfə diyirlənməsi zamanı zədə sahəsi böyüyür. Təkərin üzərində olan spesifik naxışlara əsasən avtomobilin markasını təyin etmək olar. Ümumiyyətlə meyitdə və onun paltarlarında avtomobilin hər hansı bir hissəsinin (bolt, qayka, təkər izi, radiator izi və s.) izlərinin tapılması böyük məhkəmə-tibbi və kriminalistik əhəmiyyət kəsb edir.

Təkərin bədən üzərində fırlanması nəticəsində dərinin hərəkət istiqamətində yumşaq toxumalardan qopub ayrılması baş verir. Ayrılmış həmin dəri boşluqları sonradan qanla dolur. Bunlar cibəbənzər boşluqlar adlanır (şəkil 45).



Şəkil 45. Təkərin ətraf üzərindən keçməsi nəticəsində əmələ gələn dərinin cibəbənzər cırlmaları (A.A.Soloxinə görə)

Bu əlamət avtomobil travmaları üçün spesifik sayılır. Bu əlamətin əmələ gəlməsi avtomobilin həcmindən, sürətindən, yolun örtüyünün xüsusiyyətlərindən və s. amillərdən asılıdır.



Şəkil 46. Təkərin baş üzərindən keçməsi nəticəsində başın kobud deformasiyası

Təkərlərin baş üzərindən keçməsi nəticəsində başın kobud deformasiyası əmələ gəlir (şəkil 46). Bu zaman baş beyinin əzilib-dağılması, kəllə qapağı və əsası sümüklərinin sınıqları, baş beyinin açıq sınıqlardan və cırılmış yaralardan xaricə çıxması müşahidə oluna bilər. Kəllə sümüklərinin sınıqlarının və çatlarının xarakterinə əsasən zərbənin istiqaməti təyin oluna bilər.

Avtomobil təkərlərinin döş qəfəsindən və qarından keçməsi nəticəsində daxili orqanların yerdəyişmələri, dərinin yırtıqları, qabırğaların sınıqları, kürək sümüklərinin sınıqları əmələ gəlir. Təkərlər döş qəfəsindən bütünlüklə keçdikdə qabırğaların ikitərəfli sınıqları müşahidə edilir. Avtomobilin bədəne dəyməsi nəticəsində əmələ gələn qabırğa sınıqları çox zaman birtərəfli olur.

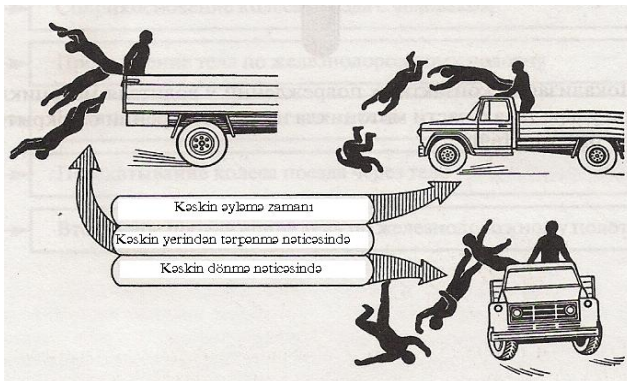
Avtomobil təkərlərinin bədən üzərindən keçməsi və onun ön hissəsi ilə yetirilən zərbə zamanı əmələ gələn qabırğa sınıqları bir-birindən fərqlənir. Təkərlərin bədən üzərindən keçməsi nəticəsində əmələ gələn qabırğa sınıqları daha çox qüvvənin yetirildiyi yerdən kənarda, qabırğanın daha çox əyrilik olan hissələrində baş verir. Qabırğaların xarici sümük səhəfində sümük xətti düz və aydın, daxili sümük səhəfində isə sınığın kənarları parçalanmış və aydın olmur. Döş qəfəsinə zərbə zamanı isə sınıq zərbə nəhiyyəsində baş verir. Döş qəfəsinə zərbə nəticəsində əmələ gələn qabırğa sınıqları ikitərəflidə ola bilər, lakin onlar zərbə dəyən tərəfdə çox olur, əks tərəfdə isə bir-neçə ədəd ola bilər. Bu zaman daxili sümük səhəfindəki sınıq xətti düz, xarici sümük səhəfində isə parçalanmış sümük defektləri ilə təzahür edir.

Avtomobil təkərlərinin bədən üzərindən keçməsi zamanı qüvvətli sıxılma nəticəsində çanaq sümüklərinin sınması əmələ gəlir (zərbə nəticəsində çanaq sümüklərinin sınmasına nadir hallarda rast gəlinir). Çanaq üzərindən təkərlərin keçməsindən çanağın ikitərəfli, ikili şaquli sınığı, çanaq orqanlarının basılıb xaricə çıxması və onların yerdəyişməsi əmələ gəlir.

Avtomobil travmaları zamanı əgər zərərçəkmiş ilkin zərbəni avtomobilin hər hansı bir hissəsi ilə aldıqdan sonra və ya səthə yıxıldıqdan sonra alarsa və bu alınan xəsarətlərdən sonra təkərlər bədən üzərindən keçərsə avtomobil travmasının növlərinin məhkəmə-tibbi təyini həddindən artıq çətin olur. Belə hallarda bəzən xəsarətlərin ardıcılığının təyin olunması mümkün olmur. Hadisə yerinin dəqiq və təkrar müayinə olunması və digər ekspertiza sənədləri məhkəmə-tibb ekspertinə böyük köməklik göstərə bilər.

Bədənin yumşaq toxumalarının dartılması nəticəsində onların səthi qatlarının soyulması, qopması və cırılmış, tikələrə parçalanmış yaraların əmələ gəlməsi müşahidə olunur (Stanislavski əlaməti).

Hərəkətdə olan avtomobildən yıxılma halları avtomobil döngələrdə sürətlə hərəkət edərkən, ani dayanmalarda və avtomobilin kəskin sürətlə yerindən tərpədilməsində daha çox təsadüf olunur. Bu zaman alınan xarici və daxili xəsarətlərin uyğunsuzluğu və xarici xəsarətlərin əsasən birtərəfli yerləşməsi hərəkətdə olan avtomobildən yığılaraq səthə zərbə yetirilmə üçün xarakterikdir.



Şəkil 47. Avtomobildən yıxılmanın fazaları

Belə şəraitdə yığılmalarda zədələnmələrin əmələgəlmə mexanizmi 3 fazada baş verə bilər (şəkil 47):

1. İnsanın yığılan anda avtomobilin hissələrinin təsirindən zədələnməsi;
2. Yolun üstünə yığılma və yol səthi ilə kontakt (asfalt, beton, süxur və s.) zamanı alınan zədələnmələr;
3. Yolun üstü ilə sürüşmə zamanı alınan zədələnmələr.

Bir çox hallarda avtomobildən yığılma zamanı birinci fazaya təsadüf olunmur, çünki yığılan şəxs avtomobilin hissələri ilə kontakt da olmur. Əgər avtomobilin hissələri ilə xəsarət yetirilərsə, onda həmin xəsarətlərin xarakteristikası yığılma variantlarından, avtomobilin hissələrinin ölçüsündən, formasından, sürətdən və həmçinin zərbənin istiqamətindən daha çox asılıdır.

Baş üzəri ilə yer səthinə yığılmalarda ağır kəllə-beyin travması, kəllə sümüyünün çoxlu sayda qəlpəli sınıqları, beyin qışalarına qansızmalar əmələ gəlir. Başın həddindən artıq əyilməsi hallarında kəllə-beyin travmaları onurğa sütununun sınıqları ilə müşayiət olunur.

Ayaqlarla yerə yığılmada ayaq pəncəsi sümüklərinin tipik sınıqları, baldır və bud sümüklərinin konstruksion sınıqları əmələ gəlir.

Gövdə və sağrı nahiyələri ilə yer üzərinə dəymələrdə kəllə sümüklərinin, qabırğaların, çanaq sümüklərinin, yuxarı ətraf sümüklərinin sınıqları və daxili orqanların zədələnmələri müşahidə olunur. Bu zaman əmələ gələn xarici xəsarətlər zərbə yetirilən istiqamətdə olur.

Avtomobilin salonunda yaranan xəsarətlər.

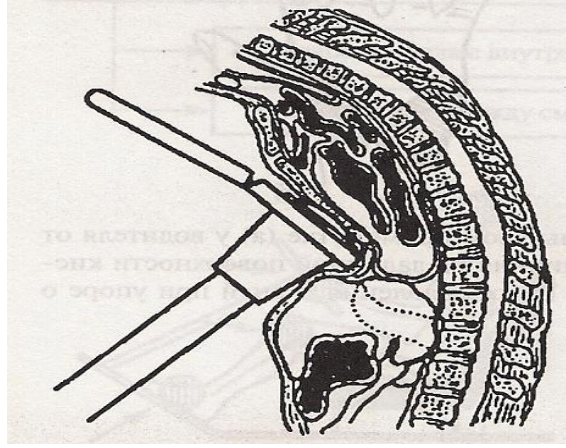
Belə xəsarətlər nəqliyyat vasitələri bir-biri ilə toqquşduqda, avtomobil hər hansı bir maneəyə dəydikdə, qəflətən dayandıqda və s. hallarda əmələ gələ bilər. Belə avtotravmalar zamanı zədələrin həcmi əsasən avtomobilin sürətindən, avtomobilin interyeri və içindəki əşyalardan, sürücü və sənişinlərin zərərçəkən şəxs kimi yerlərinin vəziyyətindən asılıdır.

Avtomobilin qəflətən dayanması zamanı bədən önə əyilir və bəzən sürət çox olduqda zərərçəkən şəxs avtomobilin ön şüşəsindən bayıra da çıxma bilər. Avtomobil qəflətən dayanan zaman daxili orqanlar təzyiqə məruz qalır. Bu avtomobilin hərəkət sürətindən, tormozlama yolundan və vaxtından asılıdır. Belə ki, 60 km/saat sürətlə hərəkət edən avtomobilin qəflətən dayanması zamanı parenximatoz üzvlərin çəkisi təzyiq nəticəsində 17 dəfə 100 km/saat sürətlə hərəkət zamanı qəflətən dayanmalarda isə 28 dəfə «artmış» olur.

İlkin zərbə nəticəsində uzun, döş qəfəsinin ön səthinin, diz və baldır oynaqlarının əzilməsi müşayiət olunur.

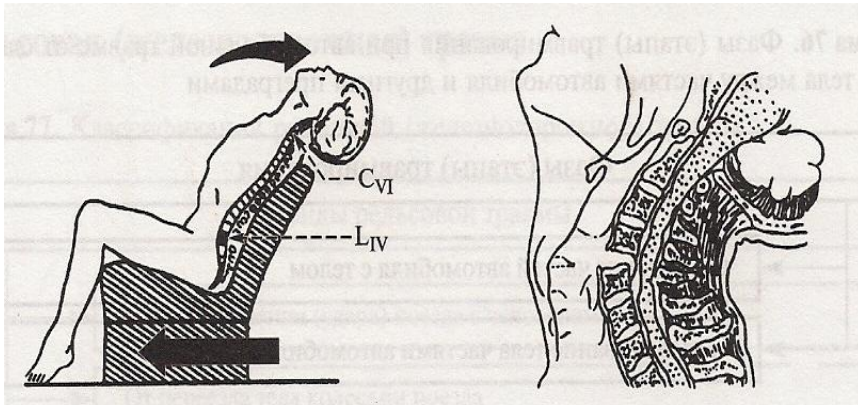
Sükanın təsiri nəticəsində sürücünün döş qəfəsində əmələ gələn xəsarətlər dairəvi formada olur (şəkil 48). Bu zaman döş qəfəsi sümüklərinin sınıqları, ayaq darağı sümüklərinin idarəetmə cihazlarına (pedal, qaz, tormoz) dəyməsi nəticəsində qapalı sınıqlar, dizlərin avtomobil interyerinin önə çıxan hissələri ilə kontaktından sınıması və əzilməsi, oma sümüyünün sınıqları və burxulmaları müşahidə olunur. Sənişinlərdə belə morfoloji

zədələr qeydə alınmayacaq, lakin onlarda da diz qapaqlarının və oma sümüyünün qapalı sınıqları qeydə alına bilər. Zərbənin təsirindən bədənün ümumi silkələnməsi fonunda daxili orqanların cırılması əmələ gələ bilər.



Şəkil 48. Sükanın döş qəfəsinə təsiri

Avtomobilin salonunda olan şəxslərin zərbənin öndən və maşının arxasından endirilməsindən asılı olaraq ön və arxaya əyilməsi baş verir (şəkil 49). Belə hallarda onurğanın boyun şöbəsinin izlələnmiş zədələnmələr əmələ gəlir. Bir çox müəlliflər bunu «qamçıvari» zədələr adlandırır. Onlar boyunu qamçının oxuna, başı bu oxun sonundakı düyünə, onurğanın döş hissəsini isə qamçının dəstəyinə bənzədirlər.



Şəkil 49. Fəqərələrdə qamçıvari sınığın əmələ gəlməsi

Arxadan zərbə zamanı boyun ixtiyarsız olaraq dala qatlanır, öndən zərbə zamanı isə önə qatlanma baş verir. Belə hallarda onurğanın boyun şöbəsi həddindən artıq bükülür və ya açılır. Belə vəziyyətdə fəqərələrin

sınıqları, çıxıqları, bağların dartılması, əzələlərin və damarların zədələnməsi əmələ gələ bilər.

Avtomobilin salonunun və onun hissələrinin sınması nəticəsində müxtəlif cür zədələr əmələ gələ bilər ki, hətta belə zədələr dəşici, dəşici-kəsici və kəsici xarakterli ola bilər. Belə qeyri-spesifik xəsarətlər əsasən sənişinlərin və sürücünün əllərində, üzündə, sinəsində yerləşməklə avtomobilin şüşələrinin sınması nəticəsində əmələ gəlir. Belə travmalar zamanı hadisə yerinin, iş materiallarının, meyitin və paltarların müayinəsindən alınmış nəticələr ümumilikdə qiymətləndirilməlidir.

İnsan bədəninin avtomobil və başqa bir əşya arasında və yaxud başqa bir avtomobillə sıxılması zamanı bədənə sıxılması baş verir. Bu zaman yetirilən xəsarətlərin həcmi və xarakteri təzyiqin gücündən (kütlə və sürət), kontaktda olan sahənin ölçüsündən, sıxılma vaxtı zərərçəkmişin pozasından asılıdır. Güclü sıxılma nəticəsində çoxlu sayda sınıqlar, daxili orqanların zədələnmələri müşahidə oluna bilər. Kombinə edilmiş avtotravmalar əsas travmadan digərlərinə keçən kompleks xəsarətlərdən ibarət travma növüdür. İnsanın hərəkət edən avtomobillə toqquşmasından sonra təkərlərin altında qalmasını buna misal göstərmək olar.

Avtomobil travmalarında aparılan məhkəmə-tibb ekspertizalarda məhkəmə-tibb eksperti hadisənin baş vermə şəraiti, hadisə yerinin müayinə sənədlərini, hadisə ilə əlaqədar aparılmış digər ekspertiza məlumatlarını öyrənməlidir. Zərərçəkmişin paltarları, xəsarətlərin topoqrafik xüsusiyyətlərinə dərinlən fikir vermək lazımdır.

Ekspert praktikasında yuxarıda göstərilən mexanizmlərə daxil olmayan atipik avtotravmalar da rast gəlinə bilər. Məsələn, əlin, qolun pəncərədən çıxarılması hallarında qarşıdan gələn avtomobillə qopardılması və s.

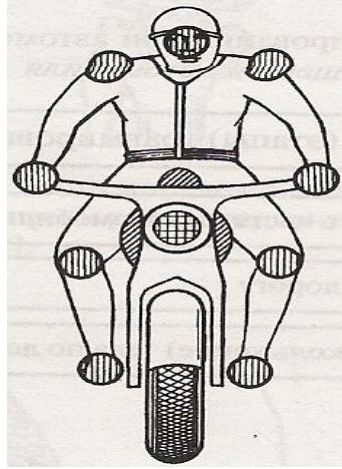
17.2. Motosiklet travmaları.

Motosiklet travmaları yol qəza hadisəsi nəticəsində sürücüdə, sənişində və piyadada əmələ gələn kompleks zədələnmələrdir. Motosiklet zədələnmələrinin 6 növü ayırd edilir: 1) insanın hərəkət edən motosikletlə toqquşması; 2) hərəkət edən motosikletin təkərləri altında qalma; 3) hərəkət edən motosikletdən yığılma; 4) motosikletin hərəkət edən avtomobillə toqquşması; 5) motosikletin hərəkətsiz maneə və ya əşya ilə toqquşması; 6) kombinə olunmuş və atipik motosiklet zədələnmələri. Bu və ya digər motosiklet zədələnmələri zamanı alınan xəsarətlərin mexanizmi müxtəlifdir (şəkil 50).

Piyadalarda xəsarətlər hərəkətdə olan motosikletin təkərləri, ön və yan hissələrinin zərbəsindən, həmçinin piyadanın ilkin zərbə aldıqdan sonra kənara atılaraq yerə (asfalt, beton və s.) yığılmasından və ya başqa bir maneyə toxunmasından (dirək, divar, yolkənarındakı arakəsmələr və s.) sonra da əlavə olaraq xəsarət ala bilər. Bundan əlavə piyadanın yolun səthi ilə sürüklənməsində baş verə bilər. Belə vəziyyətdə ən çox aşağı ətrafların

qançırları, sıyrıqları, sınıqları, əzilmələri əmələ gəlir. Baldır sümüklərinin sınıqları adətən köndələn, çəpinə, vintşəkili və qəlpəli olur. Başın yer səthinə dəyməsi nəticəsində sıyrıqlar, qançırlar, qansızmalar, kəllə sümüyünün sınıqları kimi xəsarətlər meydana çıxı bilər. Səth üzərinə yıxılmalarda qabırğaların və oma sümüyünün bir tərəfli sınıqları müşahidə olunur.

Motosiklet təkərlərinin insan bədənini üzərindən keçməsi zamanı yetirilən xəsarətlərin xüsusiyyətləri avtomobil təkərlərinin yetirdiyi xəsarətlərlə eynidir, lakin bu zaman xəsarətlərin həcmi və miqyası avtomobildəkinə nisbətən az olur.



Şəkil 50. Motosiklet travmaları zamanı ən çox zədələnən sahələr

Yüksək sürətlə hərəkət edən motosikletin hərəkətsiz əşyalarla toqquşması zamanı sürücü və sərnəşin inersiya ilə irəli hərəkət edərək motosikletin hissələrinə, maneələrə, yol səthinə dəyir və ya motosikletdən yıxılır. Motosiklet alçaq maneələrə dəyən zaman sürücü və sərnəşin motosikletin oturacağından ayrılıraq (uçaraq) yolun üzərinə düşə bilər. Belə hallarda bədənini zədələnmələri hansı nahiyyənin yerə dəyməsindən, motosikletin sürətindən, yol səthinin xüsusiyyətlərindən asılıdır. Bu zaman kəllə-beyin travmaları, yaralar, sınıqlar, qançırlar və sıyrıqlar əmələ gələ bilər.

Motosikletin başqa növ nəqliyyat vasitələri ilə toqquşmalar arasında avtomobillə toqquşma hallarına daha çox təsadüf olunur. Belə toqquşmalar zamanı motosiklet kəskin dayanır, motosikletçinin bədənini inersiya ilə irəli uçaraq avtomobilin üzərinə, sonra isə yerə yıxılaraq zərbə alır. Bəzən motosikletin sürücüsü və sərnəşini avtomobilin üzərinə yıxılmadan bir baş yerə yıxılaraq xəsarət ala bilər (şəkil 51). Belə hadisələr zamanı alınan xəsarətlər geniş və əhəmiyyətli dərəcədə ağır olur. Bu kəllə sümüyünün sınıqları, kəllə-beyin travmaları, ətrafların və qabırğaların sınıqları, döş qəfəsi və qarın boşluğu orqanlarının zədələnmələri şəklində təzahür edə bilər. Belə

toqquşmalarda aşağı ətrafların, ən çox da baldırın tam və ya hissəvi amputasiyaları da müşahidə oluna bilər.

Hərəkət edən motosikletin hərəkətsiz əşyalarla toqquşması zamanı yetirilən xəsarətlər adətən hərəkət edən motosikletdən yıxılma zamanı yetirilən xəsarətlərə oxşardır, çünki belə hallarda bədən inersiya ilə irəli hərəkət edərək ya maneələrə dəyir, ya da yerə yığılaraq yolun üstü ilə sürüklənir.

Dəmiryol travmaları, relstipli nəqliyyat vasitələri ilə törənən xəsarətlərdir. Avtomobil travmalarından sonra dəmiryol travmaları rastgəlmə tezliyinə görə II yeri tutur. Hərəkətdə olan relstipli nəqliyyat vasitələrin hissələri ilə törədilən xəsarətlər həddindən artıq ağır və iri həcmli olur. Belə travmaların əksəriyyətində zərərçəkmişlərin çoxu hadisə yerində həlak olur.

Dəmiryol travmalarının əmələgəlmə şəraiti çox müxtəlif ola bilər. Belə travmalar şəxs dəmiryol relslərində gəzərkən lokomotivin onun bədənindən keçməsi nəticəsində, hərəkət edən belə nəqliyyat vasitələrin vaqonlarından yıxılma nəticəsində, nəqliyyat vasitəsinin kəskin dayanması nəticəsində vaqonun içində əmələgələn zədələnmələr, iki relstipli nəqliyyat vasitəsinin toqquşması və ya onların relsdən çıxması nəticəsində meydana gələ bilər və s.



Şəkil 51. Motosikletin aşması nəticəsində baş vermiş xəsarətlər

17.3. Dəmiryol travması.

Ölümün genezinə görə dəmiryol travmaları çox vaxt bədbəxt hadisədir, lakin qətl və intihar hallarına da təsadüf olunur. Bundan başqa məhkəmə-tibbi praktikada qətlə bədbəxt hadisə kimi imitasiya etmək məqsədi ilə cinayətkarlar öldürdükləri şəxsin meyitini relslərin üzərinə qoya və ya vaqondan ata bilərlər.

Dəmiryol travmalarının aşağıdakı növləri ayırd olunur:

- Hərəkət edən dəmiryol nəqliyyat vasitəsi ilə yetirilən zərbə;
- Hərəkət edən dəmiryol nəqliyyat vasitəsinin təkərinin bədən üzərindən keçməsi;

- Hərəkət edən dəmiryol nəqliyyat vasitəsindən yıxılma;
- Belə vasitənin vaqonları arasında sıxılma;
- Dəmiryol nəqliyyat vasitəsinin vaqonunun içində dəmiryol hadisələri zamanı baş verən xəsarətlər;
- Kombinə olunmuş travma növləri.

Dəmiryol travmalarının növləri praktiki olaraq avtomobil travmalarında olduğu kimi eyni cür əmələgəlmə mexanizminə malikdir. Bu zaman zərbə, sıxılma, silkələnmə, sürülmə tipli zədələnmələr meydana çıxır. Lakin dəmiryol travmalarının xarakteri və zədələnmələrin morfologiyası avtomobil travmalarından kəskin fərqlənir və bu da nəqliyyat vasitəsinin özünün konstruktiv xüsusiyyətlərindən, belə travmaların əmələgəlmə şəraitindən asılıdır (sxem 4).

Sxem 4

Dəmiryol travmalarının fazaları və zədələnmələrin mexanizmi

Hərəkət edən qatarın adamla toqquşması nəticəsində yaranan xəsarətlər	Qatarın hissələrinin insanla toqquşması	Qatarın hissələri ilə zərbə və sürünmə nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər
	İnsanın qatarın hissələrinə dəyərək dəmiryol xəttinə yıxılması	Dəmiryol xəttinin zərbəsi nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr
	Bədənin dəmiryol xətti üzərində hərəkət etməsi	Dəmiryol xəttinə sürünmə nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər
Qatarın təkərlərinin bədən üzərindən keçməsi nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər	Qatarın təkərlərinin insan bədənini ilə toqquşması	Qatarın təkərlərinin təsirindən əmələ gələn zərbə və sürünmə nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr
	Bədənin dəmiryol xətti üzərində hərəkət etməsi	Dəmiryol xəttinin təsirindən əmələ gələn zərbə və sürünmə nəticəsində alınan zədələnmələr
	Qatar təkərlərinin bədən üzərinə çıxması	Sıxılma nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr
	Qatar təkərlərinin bədən üzərindən keçməsi	Sıxılma nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr
	Dəmiryol xəttində bədəninə yetirilən ikincili xəsarətlər	Dəmiryol xəttinə sürünmə nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər
Hərəkət edən qatarda insanın yıxılması nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər	Bədənin qatar hissələri ilə toqquşması	Qatarın hissələrinin zərbəsi nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər
	İnsanın dəmiryolu xətti üzərinə yıxılması	Dəmiryol xəttinin zərbəsi nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr
Qatarın içərisində olan hissələrin təsiri nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər	Bədənin dəmiryol xətti üzərində hərəkət etməsi	Dəmiryol xəttinə sürünmə nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər
	Bədənin qatarın yerini dəyişən daxili hissələri arasında sıxılması	Sıxılma nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr
Qatarın hissələri arasında və qatarın hissələri ilə digər əşyalar arasında insanın sıxılması nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər	Qatar hissələrinin insanla toqquşması	Qatarın xarici hissələrinin zərbəsi nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr
	Bədənin qatarın xarici hissələri və digər maneələr arasında qalaraq sıxılması	Sıxılma nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr

Dəmiryol travmaları iki qrupa bölünür:

1. Tipik dəmiryol zədələnmələri;

2. Atipik dəmiryol travmaları.

Tipik dəmiryol travmaları özü iki qrupa bölünür:

A. Dəmiryol vasitəsinin təkərlərinin insan bədənindən keçməsi ilə əlaqədar olan tipik zədələnmələr;

B. Dəmiryol vasitəsinin təkərlərinin bədən üzərindən keçməsi ilə əlaqədar olmayan zədələnmələr.

Tipik rels tipli nəqliyyat zədələnmələri təkərlərin bədən üzərindən keçdikdə əmələ gəlir (şəkil 52).



Şəkil 52. Vaqon təkərlərinin boyun nahiyyəsindən keçməsi nəticəsində başın bədənədən ayrılması (A.A.Soloxina görə)

Bədənin parçalanması, bədən hissələrinin bir-birindən ayrılması dəmiryol travması üçün xarakter xəsarətlərdir. Belə nəqliyyat vasitəsi ilə törənən amputasiyalarda kəsik sahəsində enli zolaq formalı sıyrıq, qara rəngli yağlı maddə tapılır. Bu maddə təkər və relslərin üzərindən silinib çıxaraq yara sahəsinə hopur. Bəzi hallarda təzyiq altında qalmış orqanların əzilib parçalanmasına, sümüklərin qəlpələnməsi hallarında dərinin tamlığı pozulmamış qalır. Təkərlərin altında qalmış dəri səthində relstipli nəqliyyat travması üçün xarakterik olan enli qurşaq formasında sıyrıq müşahidə olunur.

Hərəkət edən nəqliyyatdan yıxılma və nəqliyyatın müəyyən qabarıq hissələrinin zərbəsindən törənmiş zədələr tipik hesab olunmur. Sıxılma zolağı və ya təzyiq zolağı 8-14 sm enində olur. Əgər bədənin ikiyə bölünməsi baş verərsə, onda bu zolaqların hər iki tərəfdən aralanması baş verir. Sıxılma zolağının dərinliyi 0,2 sm qədər olur. Sıxılma zolağı əvvəlcə açıq çəhrayımtıl-bənövşəyi rəngdə, sonra isə quruma nəticəsində onlar tünd qəhvəyi rəng alaraq perqament sıxlığını alır. Adətən sıxılma zolaqları dəqiq sərhədə malik olur. Onlar bədənin zədələnmiş nahiyyəsini ya kəmər formasında tam əhatə edə bilər və ya açıq qala bilər. Sıxılma zolağı olan nahiyyəni kəsdikdə dəri avazımış və qansızmasız olur və bəzən damarlardan qanaxma müşahidə olunur. Massiv

qansızmalar sıxılma zolaqlarının periferik hissəsində zədələnmiş yumşaq toxumalarda və bədən və ya onun hissələrinin ikiyə bölünmüş hissələrində müşahidə olunur.

Sürtünmə zolaqları epidermisi soyulmuş və relsdə olan sürtkü yağları ilə çirkənlənmiş, sıxılma və ya təzyiq zolaqlarının periferiyasında yerləşir. Onlar təkərlərin diskinin yan hissələrinin təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Əgər zədələnmiş nahiyyə paltarla örtülü olarsa, onda sürtünmə zolaqları paltarlarda əmələ gəlir. Başın boyun hissəsi nahiyyəsində relsin altında qalması nəticəsində onu tam və hissəvi gövdədən ayrılması baş verə bilər. Döş qəfəsinin və başın həyati zədələnmələri zamanı massiv qanaxmalar müşahidə olunur, həmçinin təzyiq və sürtünmə zolaqları da əmələ gəlir.

Daxili orqanlarda qansızmalar, parçalanmalar, sümüklərdə sınıqlar müşahidə olunur. Bədən çoxlu kiçik hissələrə parçalanması onun təkərlərin hərəkəti istiqamətində sürünməsi zamanı baş verir. Bu zaman bədən parçalanmış ayrı-ayrı hissələri və cırılmış paltarlar dəmiryol xətti üzərində, onun kənarlarında tapıla bilər. Həmçinin belə hissələr dəmiryol xəttindən bir neçə yüz metr aralı məsafələrdə də tapıla bilər.

Yuxarıda göstərilən xarakterik əlamətlərə əsasən dəmiryol zədələnmələrinin təyin olunması məhkəmə-tibb ekspertinə elə bir çətinlik törətmir. Əsas çətinliklər belə zədələnmələrin həyatiliyin təyində meydana çıxma bilər. Xəsarətlərin həyatiliyi üçün spesifik olan əlamətlərdən istifadə etməklə bu suala cavab vermək olar.

17.4. Traktor travmaları.

Traktor travmalarına ən çox kənd təsərrüfatı işlərində bədbəxt hadisələr zamanı rast gəlinir. Belə növ traktorlar tırtıllı və təkərli traktorlara bölünür. Təkərli traktorların təsiri nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr əsasən avto-travmalara oxşardır. Tırtıllı traktorların yetirdiyi xəsarətlər xarakterik xüsusiyyətlərə malikdir. Belə zədələnmələr bəzən traktorun markasını və tipini təyin etməyə imkan verir. Avtomobillərdən fərqli olaraq təkərli traktorlar qeyri hamar yerlərdə hərəkət etdiyinə görə onlar asanlıqla aşma çevrilə bilər. Bu zaman traktorun sürücüsü və sənişinlər müxtəlif kombinə olunmuş zədələnmələr ala bilərlər.

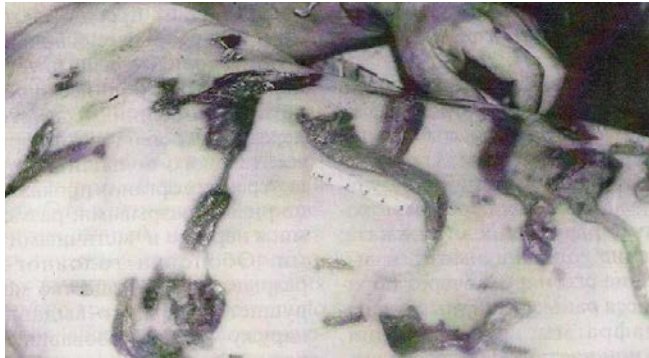
Təkərli traktorların insan bədənində yetirdiyi xəsarətlərin əmələ gəlmə şəraiti və mexanizmi avtomobil travmalarına oxşardır, belə ki, hərəkət edən traktorlar piyadanın bədənində zərbə yetirə bilər, onun bədənində üzərindən keçə bilər və yaxud piyadanı hər hansı bir əşyaya sıxa bilər. Sürücü və sənişinlər traktorun hərəkəti zamanı traktorun salonundan, traktora qoşulmuş digər maşın və qoşqulardan yığılaraq, yaxud elə traktorun salonunda xəsarət ala bilərlər.

Beləliklə, traktor travmalarını aşağıdakı kimi təsnif etmək olar:

1. Hərəkət edən traktorun hissələri ilə yetirilən xəsarətlər;

2. Traktorun tırtılı və ya təkərinin bədən üzərindən keçməsi zamanı əmələ gələn xəsarətlər;
3. Hərəkət edən traktordan və yaxud onun qoşqusundan yığılma zamanı əmələ gələn xəsarətlər;
4. Traktorun salonunda əmələ gələn xəsarətlər (traktorun əsasən çevrilməsi zamanı əmələ gələn xəsarətlər);
5. Traktorla hər hansı bir hərəkətsiz əşyaya sıxılma zamanı yaranan xəsarətlər;
6. Kombinə olunmuş traktor travmaları;
 - A) Zərbə və bədən üzərindən keçmə;
 - B) Yığılma və bədən üzərindən keçmə;
- 7) Traktor qoşqularının təsirindən əmələ gələn xəsarətlər;
- 8) Digər hallar.

Tırtıllı traktorun kiçik sürətlə (10-15 km/saat) hərəkət etməsi bu növ traktor travmalarına az rast gəlinməsinə səbəb olur. Belə traktorlarla ilkin zərbə zamanı zərbə nəhiyəsində yüngül xəsarətlər əmələ gəlir. Traktorun tırtılının bədən üzərindən keçməsi zamanı xarakterik xəsarətlər əmələ gəlir. Bu zaman əksər hallarda şəxsin hadisə yerində ölümünə səbəb olan həyatla bir araya sığmayan çoxlu sayda xəsarətlər törənir (şəkil 53).



Şəkil 53. Traktorun tırtılının təsirindən bədən üzərində əmələ gəlmiş çoxsaylı sıyrıqlar və yaralar (A.A.Soloxinə görə)

Traktor travmasının bu növü ilə baş verən xəsarətlərin xarakteri daha çox tırtılın quruluşundan və onun bədən üzərindən yuvarlanıb, diyirlənib keçməsi xüsusiyyətindən asılıdır. Tırtıl bir biri ilə diyircəklə birləşən tırtıl halqalarından təşkil olunmuş qapalı metal zəncirdən ibarətdir. Bu halqaların dayaq səthində tırtılın uzununa köndələn istiqamətdə çıxıntılar-şporlar yerləşir. Eyni markalı traktorlarda bu şporlar arasındakı məsafə təxminən eynidir. Şporun xüsusi təzyiqi tırtılınkindən 30-40 dəfə çoxdur. Ona görə də, məzh şporlar daha ağır və tırtılın uzunluğu boyu quruluşundan, düzümündən asılı olan spesifik xəsarətlər törədir.

Düzümünə görə şporlar fasiləli və fasiləsiz formalarda olur. Tırtılın bədən üzərindən keçməsi xüsusiyyətcə avtomobilin bədən üzərindən keçməsindən fərqlənir. Belə ki, əvvəlki cədvəldə nəzərinizə çatdırdığımız avtomobil təkərinin bədən üzərindən keçməsinin ikinci fazası traktor travmasında müşahidə olunmur, üçüncü və dördüncü fazalar tamamilə fərqli şəkildə təzahür edirlər. Tırtılın bədən üzərindən yeriməsi zamanı şporlar paltarlara ilişərək bədəni sanki tırtılın altına dartır. Tırtılın bədən üzərindən diyirlənməsi fasiləli ardıcılıqla baş verir: tırtıl halqaları maneəyə rast gəldikdə traktorun bütün kütləsi diyirlənərək bədənə fiksə olunan halqalar qrupunu keçənədək bir müddət hərəkətsiz dayanır. Kiçik sürətlə hərəkət edən traktor bədəni yavaş- yavaş, uzun müddət sıxır.

Şporların təsirindən bədəndə keçdiyi həddə perpendikulyar olan zolaqlı sıyrıq və qançırılar əmələ gəlir. Adətən sıyrığın bir kənarında traktorun hərəkət istiqamətinin əksinə yönələn epidermis dilimi müşahidə olunur.

Əksər hallarda tırtıllı traktorun bədən üzərindən keçməsi zamanı sıyrıq və qançırılardan əlavə, geniş cırılmış-əzilmiş yaralar nəzərə çarpır. Bu yaraların bir kənarında ətraf toxumalardan geniş ayrılaraq əmələ gələn dilim görünür. Yaranın dərinliyinin torpaq, ot izləri ilə çirklənməsi müşahidə olunur.

Həmin travmalar zamanı bədənin qüvvətli sıxılması sümüklərin çoxlu sayda sınıqlarına və daxili orqanların dağılmasına səbəb olur. Xəsəratlərin həcmi traktorun bədən üzərindən keçməsi istiqamətindən asılıdır – köndələn keçid zamanı bədənin bir və ya iki nahiyyəsində, uzununa keçid zamanı isə bütün nahiyyələrdə kobud, ağır, ölümcül xəsarətlər törənir.

Əksər hallarda tırtılın baş üzərindən keçməsi kəllənin deformasiyasına, kəllənin açıq sınıqlarına, baş beyin əzilməsinə, beyin toxumasının əmələ gəlmiş yaradan və təbii dəliklərdən bayıra sıxışdırılaraq çıxarılıb tökülməsinə, gövdə üzərindən keçməsi – qabırğaların çoxsaylı, ikitərəfli sınıqlarına, çanaq sümüklərinin sınıqlarına, daxili orqanların dağılıb yerinin dəyişməsinə, ətrafların üzərindən keçməsi isə uzun borulu sümüklərin xıncım-xıncım olmuş sınıqlarına səbəb olur. Sonuncu halda mərkəzi kələ-kötür sümük qırıntılarından ibarət, pilləli xarakterə malik, eni şporun qalınlığına uyğun olan sınıqlar törənir. Tırtıllı traktorun bədən üzərindən keçməsi zamanı yaranan çoxsaylı kobud xəsarətlərə baxmayaraq bədənin ikiyə ayrılması, parçalanması baş vermir. Çox nadir hallarda ətrafların və başın qoparaq bədənə ayrılması müşahidə oluna bilər.

Traktorun bədəni hərəkətsiz bir əşyaya sıxması çox nadir hallarda təsadüf edilən traktor travması növü olub, bu zaman əsasən döş qəfəsini və qarnın sıxılmasından qabırğaların ikitərəfli, çoxsaylı sınıqları, daxili orqanların əzilməsi və yerinin dəyişməsi müşahidə olunur.

Traktordan yığılma sonrakı məqamda traktorun bədən üzərindən keçməsi ilə nəticələnmirsə, adətən ağır xəsarətlər törənmir.

Traktor tırtılının bədən səthi üzərindən keçməsinə Azərbaycan məhkəmə-tibbi ekspertizasının təcrübəsində çox nadir hallarda təsadüf olunur.

20 yanvar 1990-cı ildə, Sovet ordusu Bakı şəhərinə daxil olan zaman tanklar dinc əhalinin üzərinə yeriyərək, onların bir çoxunu öz tırtılları altına almış və bədən səthləri üzərindən keçərək həyatla bir araya sığmayan ağır xəsarətlər törətmiş, ətrafların amputasiyasına səbəb olmuş və onların həlak olması ilə nəticələnmişdir. Hadisə yerindən meyitxanaya gətirilən meyitlərin müayinəsi zamanı məhkəmə-tibb ekspertləri tırtılın təsirindən yuxarıda təsvir olunan bütün xəsarətləri həlak olanların meyitləri üzərində müşahidə etmişlər.

17.5. Aviasiya travmaları.

Hava nəqliyyat vasitələri yüklərin və insanların nəql olunmasında əhəmiyyətli yerlərdən birini tutur. Aviasiya travmaları dedikdə havada uçan aparatlarda (təyyarələr, helikopterlər, aerostatlar, planerlər, idarə edilən hava kürələri, dirijabıllar və s.) alınan kompleks zədələnmələr başa düşülür. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, aviasiya travmaları avtomobil və dəmiryol travmalarına nisbətən daha az təsadüf olunur. Lakin aviasiya qəzalarının əsas xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, belə qəzalar zamanı çoxlu sayda insan tələfatı olur.

Hava nəqliyyatı travmaları arasında ən çox təyyarələrdə baş vermiş travmalara rast gəlirik. Belə travmalar müxtəlif şəraitlərdə alınə bilər. Onlar aşağıdakılardır:

1. Uçuş zamanı alınan travma:
 - a. təyyarə və hərəkət etməyən əşyalarla toqquşma;
 - b. partlayış;
 - c. yanğın;
 - d. zəhərlənmə;
 - e. hermetizasiyanın pozulması;
 - f. katapultedilmə;
2. Təyyarədən yerə yıxılma:
 - a. təyyarənin yerə dəyməsi nəticəsində;
 - b. partlayış və yanğınla nəticələnən zərbə zamanı;
3. Təyyarənin yerdə olduğu zaman alınan travmalar:
 - a. xəsarət alan şəxsin təyyarədə olduğu zaman (partlayış, yanğın, zəhərlənmə);
 - b. xəsarət alan şəxsin təyyarədə olmadan aldığı xəsarətlər (təyyarənin altında qalma, təyyarənin qanadı ilə toqquşma, vintin pərləri ilə zərbə, reaktiv mühərrikin içərisinə doğru sorulma və s.);
4. Kombinə olunmuş hallarda.
5. Qəzaların atipik variantları.

Müxtəlif növ aviasiya travmalarında zədələyici faktorlar öz müxtəlifliyi ilə seçilir. Bunlara termiki, kimyəvi, barometrik, mexaniki və s. faktorları göstərmək olar.

Aviasiya qəzalarının baş vermə səbəbləri çox müxtəlifdir. Bunların arasında texniki nasazlıq, təyyarənin havaya qalxarkən, uçuş zamanı və xüsusəndə yerə enərkən hava şəraitinin pis olması əsas səbəblərdəndir.

Təyyarə uçuş vaxtı yüksək hündürlükdə (8000 metr) uçan zaman hermetizasiyanın pozulması baş verərsə sərnişinlərdə və heyət üzvlərdə barotravmalar əmələ gəlir. Belə hallarda meyitin müayinəsi zamanı barotravmalar üçün xarakterik morfoloji əlamətlər tapılır.

Yüksək sürətlə hərəkət edən təyyarənin zərbə ilə yerə düşməsi nəticəsində hava burulğanı əmələ gəlir, təyyarə dağılır, onun hissələri bir birindən aralanaraq ayrı-ayrı yerlərə səpələnir. Bu zaman heyət üzvlərində və sərnişinlərdə küt alət təsirindən əmələ gəlmiş zədələnmələrə xarakterik xəsarətlər tapılır. Bu zaman onlarda bədən hissələrə parçalanması, sümüklərin və daxili orqanların dağılması kimi xəsarətlər müşahidə edilə bilər.

Aviasiya qəzaları zamanı əsas zədələyici faktorlardan biri də yanacaq çəninin partlaması nəticəsində əmələ gələn zərbə dalğasıdır. Təyyarə yerə zərbə ilə dəyərkən və nadir hallarda uçuş zamanı da belə hallara rast gəlinir. Uçuş zamanı təyyarənin partlaması baş verərsə onun hissələri və içərisində olan sərnişin, heyət üzvlərinin bədən qalıqları 6-10 km² məsafəyə qədər yayıla bilər. Bu da meyitlərin qalıq hissələrinin tapılmasında böyük çətinliklər yaradır.

Təyyarənin daxilində yanğın baş verərsə əsas zədələyici faktor üzvi və qeyri-üzvi maddələrin (paltar, taxta hissələri, polimer maddələr) yanması nəticəsində əmələ gələn kimyəvi faktor olur. Ölənlərin qanında karboksihemoglobin miqdarı 60%-dan çox olarsa, ölümün səbəbini dəm qazı ilə zəhərlənmə olmasını söyləmək olar.

7-11 km hündürlükdə uçan təyyarədə hermetizasiyanın pozulması zamanı partlayış dekompressiyası əmələ gəlir. Atmosfer təzyiqinin ani sürətlə kəskin düşməsi ölümcül barotravmalara səbəb ola bilər. Bu zaman təbil pərdəsinin cırılması, orta və daxili qulaq boşluqlarına qansızmalar, ağ ciyərlərdə emfizema, kiçik bronxlara və alveollara qansızma və onların cırılması əsas diaqnostik əlamətlərdəndir.

Təyyarə zərbə ilə suya dəyərkən bəzi hallarda suda batma nəticəsində ölüm baş verə bilər.

Aviasiya travmaları zamanı əsas çətinliklərdən biri də, parçalanmış meyitlərin identifikasiyasıdır. Bu zaman parçalanmış şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı bütün identifikasiya metodlarından istifadə olunmalıdır.

Aviasiya qəzaları zamanı bəzi hallarda məhkəmə-tibbi ekspertin qarşısında heyyyət üzvlərinin və sərnəşinlərin qəzadan əvvəl və qəza zamanı hansı funksional vəziyyətdə olması haqqında suallar da qoyula bilər. Belə sualların həlli həddindən artıq çətindir və məhkəmə-tibbi ekspertlərlə yanaşı texniki sahədə çalışan ekspertlər də belə ekspertizalarda iştirak etməlidir.

Aviasiya travmaları zamanı aparılan ekspertizalarda məhkəmə-tibbi ekspertləri daha çox aşağıdakı suallarla qarşılaşır:

1. Zədələnmələrin xarakteri, mexanizmi və həyatiliyinin təyini.
2. Zədələyici faktorların təyini.
3. Ölümün səbəbinin təyini.
4. Ölənin şəxsiyyətinin identifikasiyası.

Aviasiya travmalarının növündən asılı olaraq məhkəmə-tibbi ekspertləri qarşısında digər suallarda qoyula bilər.

17.6. Su nəqliyyatı travmaları.

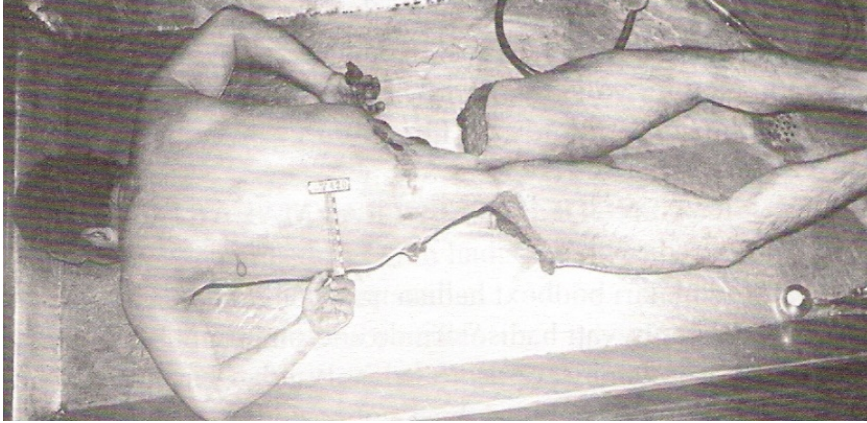
Su nəqliyyat vasitələri ilə yetirilən zədələnmələr sərnəşinlərdə, heyyyət üzvlərində və həmçinin suda və liman tikintisi zonasında çalışan şəxslərdə su nəqliyyat qəzaları zamanı yetirilə bilər.

Su nəqliyyat vasitələri sualtı və su üstü ola bilər. Su üstü vasitələri ilə yetirilən zədələnmələr, adətən mexanizminə görə küt alətlərlə yetirilən xəsarətləri xatırladır. Belə vasitələr üçün zərbə, sıxılma, dartılma və sürülmə nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər xarakterikdir.

Gəmi ekipajının üzvləri çox zaman yükdoldurma və boşaltma prosesi zamanı xəsarət alırlar. Bu zaman döş qəfəsinin, başın, çanağın, daxili orqanların skelet sümüklərinin xəsarətlərinə rast gəlinir. Xəsarətlərin ağırlıq dərəcəsi yükün formasından, çəkisindən, şəxsin duruş vəziyyətindən asılıdır.

Tufanlı hava şəraitinə düşən gəmidə alınan xəsarətlər çox müxtəlifdir. Bortla körpü arasına düşən şəxs müxtəlif xarakterli xəsarətlər alır. Bu zaman xəsarətlər təkcə sıxılma nəticəsində deyil, həmçinin bədən silkəlməsi nəticəsində meydana çıxır. Qırılmış trosun güclü təsirindən əmələ gələn xəsarətlər kiçik zərbə səthinə malik küt əşyaya xas olan xəsarətləri xatırladır. Qayıqların çevrilməsi zamanı, bir gəmidən digər gəmiyə keçərkən dənizçilər və sərnəşinlər suya yıxılaraq boğula bilər. Bəzi gəmilərdə hərəkət edərkən (60-70 km/saat) arxa hissədə «ölü zona» deyilən məsafə yaranır. Bu məsafə gəminin arxa hissəsində 100-200 metr məsafədə ola bilər. Böyük sürətlə hərəkət edən gəminin yan hissəsində su çəpəri əmələ gəlir və vintin güclü fırlanması nəticəsində 2-3 metr ətraf məsafədə olan bütün əşyalar dartılaraq vintin ətrafına doğru çəkilir. Əgər insan bu zaman suyun içində olarsa, belə vintlərin və ya su altı qanadların təsirindən xəsarət ala bilər. Sualtı qanadların

təsirindən başın bədənədən ayrılması, bədənənin hissələrə parçalanması kimi xəsarətlər əmələ gələ bilər. Avar vintlərinin törətdiyi xəsarətlər, vintlərin sayından, hər bir vintdə olan pərlərin saylarından, fırlanma sürətindən, xəsarət alan zaman şəxsin sudakı duruş vəziyyətindən asılıdır (şəkil 54).



Şəkil 54. Avar vintlərinin törətdiyi xəsarətlər (R.M.Yusifliyə görə)

Vintlərin təsirindən çapılmış və əzilmiş yaralar əmələ gəlir. Bəzi hallarda bədənənin hissələrə ayrılması müşahidə olunur.

Belə şəxslərin meyitlərinin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı xəsarətlər aşkar olunmuşsa, onların həyatiliyi, xarakteri, mexanizmi təyin olunmalıdır. Bundan başqa meyit suda tapılırsa suda boğulmanın həyatiliyi də təyin olunmalıdır.

FƏSİL XVIII. İTİ ALƏTLƏRLƏ YETİRİLMİŞ XƏSARƏTLƏR

İti kənarı və iti ucu olan və yaxud hər iki xarakterik xüsusiyyətə malik olan alətlər və ya müəyyən məqsədlər üçün xüsusi hazırlanmış müxtəlif iti əşyalar, iti alətlər, həmin alətlərin təsiri nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr isə iti alət xəsarətləri adlanır. İti alət təsirindən yetirilmiş xəsarətlərin xarakterindən və əsas xüsusiyyətlərindən asılı olaraq məhkəmə təbabətində iti alətlər aşağıdakı kimi qruplaşdırılmışdır:

1. Kəsici alətlər.
2. Deşici alətlər.
3. Deşici- kəsici alətlər.
4. Çapıcı alətlər.
5. Mişarlayıcı alətlər.

İti alətlərin aşağıdakı müxtəlif növləri var (şəkil 55).



Şəkil 55. İti alətlər

İti alətlərin təsirindən aşağıdakı xəsarətlər əmələ gəlir: kəsilmiş, deşilmiş, deşilmiş-kəsilmiş, çapılmış və mişarlanmış yaralar.

18.1.Kəsilmiş yaralar.

Kəsilmiş yaralar iti kənarlı hər hansı bir kəsici alətin bədən səthi üzərində təzyiqlə hərəkəti nəticəsində əmələ gəlir. Həmin təzyiqin zəif və ya qüvvətli olması və ülgücün itiliyindən asılı olaraq, yara səthi, yaxud dərin ola bilər. Kəsici alətlərin iti kənarı «ülgücü» olur və bu ülgücün təzyiqlə bədən səthi üzrə hərəkəti zamanı kəsilmiş yara əmələ gəlir. Kəsici alətlərin çox müxtəlif növləri var. Ən çox rast gəlinən kəsici alətlərə ülgücü, iti kənarlı bıçaqları, şüşəni və s. göstərmək olar.

Kəsilmiş yaralar üçün aşağıda göstərilən bir sıra xarakterik əlamətlər vardır:

1. Yara kənarı düz və hamar olur. Əgər, kəsici alətin kəsici kənarı nisbətən küt və nahamar olarsa, yaranın kənarları qeyri-hamar formada olub, küt əşya ilə yetirilən əzilmiş yaranı xatırlada bilər.

2. Kəsilmiş yaraların ucları iti olur. Əgər xəsarət yetirən alət, yaradan çıxarılan zaman istiqamətini dəyişərsə, bu zaman uclardan biri yeni kəsiyin əmələ gəlməsi ilə əlaqədar «qaranquş quyruqucuğu» formasında ola bilər və bu çox vaxt alətin hərəkət istiqamətini göstərir (Şəkil 56).



Şəkil 56. Boyun və döş qəfəsinin ön hissəsində «qaranquş quyruqucuğu» formasında olan yaralar

3. Kəsilmiş yaraların uzunluğu demək olar ki, həmişə onun dərinliyindən və enindən böyük olur (Şəkil 57). Kəsilmiş yaraların dərinliyi kəsici alətin iti kənarının itiliyindən, təzyiq gücündən, zədələnmiş toxumanın xüsusiyyətlərindən asılıdır. Yaranın dərinliyi həmçinin yara olan nahiyyənin altında sümüklərin olub-olmamasından və əgər varsa hansı dərinlikdə olmasından da asılıdır. Məsələn, əldə sümük dəriyə yaxın yerləşdiyi üçün bu nahiyyədə əmələ gələn kəsilmiş yaralar dərin olmur (Şəkil 58).



Şəkil 57. Qarnın ön divarında kəsilmiş yara



Şəkil 58. Əlin arxa səthində olan kəsilmiş yara

4. Kəsilmiş yaraların kənarlarını yaxınlaşdırdıqda onlar bütün uzunluğu boyu üst-üstə düşür və kənarları asanlıqla bir-birinə yaxınlaşır. Dərinin elastikliyinə və əzələlərin yığılma qabiliyyətinə görə yara kənarları tez bir zamanda bitişir, yara çox vaxt birincili sağalır və yerində zərif, incə çapıq toxuması qalır.

5. Kəsilmiş yaralar ən çox xətti formada olur, lakin kəsik xətti dəri бүküşlərindən keçərsə, yara ziqzaqvari formada olur. Kəsici alətlərlə iti bucaq altında zərbə yetirilərsə, bu zaman yara dilim, parça, loskut şəkilli olur.

6. Adətən kəsilmiş yaralar çoxlu miqdarda xarici qanaxma ilə müşayiət olunur. Qanaxmanın həcmi yara nəhiyəsində olan damarların kalibrindən və müddətindən asılıdır. Magistral arteriyaların kəsilməsi zamanı (məsələn, bazu, bud və yuxu arteriyaları) massiv qanıtirmə nəticəsində tez bir zamanda ölüm baş verə bilər. Məsələn, Yasamal rayonu ərazisində bir otaqda yanğın baş vermişdir. Yuxuda olan iki gənc oğlandan biri tüstü və yanğın içərisində çətinliklə şüşəli qapını tapmış, sonra isə sağ ayağı ilə qapının şüşəsini sındıraraq, bayıra çıxmaq istəmişdir. Yetirilmiş güclü zərbədən sınmış şüşə parçaları həm baldır, həm də bud nəhiyəsində böyük sahələri əhatə edən kəsilmiş yaraların əmələ gəlməsinə səbəb olmuşdur. Şüşə parçaları bud nəhiyəsində dərialtı toxumanı və əzələni, iri arteriya və venaları kəsmişdir. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsində yaranın dərinliyində bud arteriyasının kəsilmiş olduğu aşkar edilmişdir. Ölümə səbəb bud arteriyasının kəsilməsi nəticəsində baş verən kəskin qanıtirmə olmuşdur (Şəkil 59).

7. Kəsilmiş yaralar bütün gedişi boyu eyni dərinlikdə olmur. Belə ki, kəsiyin orta hissəsində yaranın dərinliyi böyük olur, eləcə də kəsilmiş yara kəsici alətin təsiri nəticəsində əmələ gəlmişdirsə, yaraların ön və orta hissələrində tüklərin kəsilməsi müşahidə edilir, son hissəsinin üzərində isə, tüklər adətən zədələnmir.



Şəkil 59. Budun orta 1/3 hissəsində bud arteriyasının kəsilməsi ilə müşayiət olunan yara.

Yuxarıda göstərilən əlamətlərə əsasən məhkəmə-tibb ekspertləri elə bir çətinlik çəkmədən kəsilmiş yaraları təyin edə bilər.

Yaranın dibində, kənarlarında, uclarında hər hansı bir mikrohissəciklər tapılırsa onlar mütləq müayinə olunmalıdır. Yaranın formasına, kənarlarına, uclarına və kənar toxumaların vəziyyətinə fikir vermək lazımdır.

Cavan bir qadının meyiti yarızirzəmidə yerləşmiş otaqda tapılmışdır. Meyitin ətrafında böyük qan gölməçəsi əmələ gəlmişdir. İstintaq işinin gedişində qadının otağın pəncərəsinin şüşəsini qırıb evə girmək istəyərkən, şüşənin ona xəsarət yetirməsi nəticəsində ölməsi versiyası formalaşdı. Qadının sağ bud nahiyəsinin içəri səthində dibi bud arteriyasında qurtaran kəsilmiş yara təyin olunmuşdur. Bud arteriyasının kəsilməsi massiv qanıtırmaya səbəb olmuşdur və bu da ölümlə nəticələnmişdir. Eyni zamanda şübhəli şəxs qismində ölmüş qadının rəfiqəsi saxlanılmışdır. Son olaraq qadını evə onun saxlanılmış qadın tərəfindən yola salındığı aydınlaşdırılmışdır. Yaranın müayinəsi zamanı onun dibində və kənarlarında şüşənin mikrohissəcikləri tapılmışdır. Hadisə yerinin və yaradan tapılmış hissəciklərin müayinəsi hadisənin bədbəxt hadisə nəticəsində baş verməsini sübut etmişdir.

Bildiyimiz kimi xəsarətin ehtiyatsızlıqdan və ya qəsdən törədilməsi, həmçinin intihar məqsədilə törədilməsinin təyini məhkəmə-tibb ekspertinin səlahiyyətlərinə aid deyil. Lakin bəzi hallarda xəsarətin şəxsin öz əli ilə və yaxud kənar şəxs tərəfindən törədilməsi sualları da qoyula bilər.

Bunu aydınlaşdırmaq üçün yaranın hansı nahiyədə yerləşməsinin və xüsusiyyətlərinin böyük əhəmiyyəti var. Kənar şəxsin əli ilə yetirilmiş kəsilmiş yaralar aşağıdakı xüsusiyyətlərə malikdir.

Qətl məqsədi ilə xəsarətlər ən çox boyun nahiyəsinə yetirilir (şəkil 60). İnsan üçün özünü qorumaq, yaşamaq instinkti xarakterik olduğundan, ona xəsarət yetirən zaman əgər imkan olarsa, o özünü qorumağa çalışır. Özünü müdafiə məqsədilə şəxs kəsici aləti əlləri ilə tuta bilər və onun əllərində kəsilmiş yaralar əmələ gələ bilər (şəkil 61). Sərxoş adamlarda və uşaqlarda bu əlamətlər

müşahidə olunmaya bilər və onlara birbaşa boyunun ölümcül xəsarəti yetirilə bilər. Kənar şəxsin əli ilə yetirilmiş (xəsarətlər) kəsilmiş yaralar aşağıdakı xüsusiyyətlərə malik olur.



Şəkil 60. Boyun nahiyyəsinin kəsilmiş yarası (qətl).



Şəkil 61. Özünü müdafiə zamanı əlin ovuc səthinin kəsilmiş yaraları

Xəsarətlər əsasən eyni dərinlikdə, üfuqi istiqamətdə olur. Yara bucaqlarında çətilmələr, “quyruqcuqlar” olmur, xəsarət alan şəxs çox zaman üfuqi vəziyyətdə olduğundan, boyunda eninə istiqamətdə qanaxma izləri aşkar olunur, boyun fəqərələrinin sümük üstlüyünü və ya özünü zədələyərək, kifayət qədər dərinliyə malik olan kobud xəsarətlər müşahidə edilir.

Boynun şəxsin öz əli ilə törədilmiş kəsilmiş yaraları üçün aşağıdakı əlamətlər xarakterikdir:

1. yaranın bir qədər çəp istiqamətdə yerləşməsi; 2. Sol tərəfdəki xəsarətin bir qədər dərin olması; 3. əksərən yara bucaqlarında, xüsusən də sol tərəfli çərtilmələrin “quyruquqlar”ın olması. Göstərilən əlamətlər dəridə yaranın davamı olaraq, xəsarət yetirən alətin hərəkət istiqamətini göstərir; 4. Xəsarətin yetirilməsi anında əksər hallarda şəxs şaquli vəziyyətdə olduğu üçün, dirsək çuxuru, said, bilək, dizaltı nahiyyə və s. nahiyyələrdə onun bədəni boyunca qanın şaquli istiqamətdə axma izlərinin nəzərə çarpması olur.

Boyun nahiyyəsində olan yaranın şəxsin özü və ya başqası tərəfindən törədilməsini aydınlaşdırdıqda, yaranın müayinəsindən əlavə hadisə yerinin müayinəsi, meyitin paltarlarında olan qan izlərinin forması və lokalizasiyası, meyiddə müdafiə izlərinin olub-olmaması köməklik göstərə bilər.

Uzanmış vəziyyətə nisbətən, ayaqüstə durmuş vəziyyətdə şəxsin özü tərəfindən boyunda kəsiyin aparılması rahat olduğundan, intihar məqsədilə kəsik, adətən göstərilən vəziyyətlərdə aparılır. Buna görə də şəxsin paltarlarında qan axıntı şəklində olur.

Başqası tərəfindən boyun üzvlərinin kəsilməsi, çox zaman şəxsi yerə yıxdıqdan sonra və ya şəxs yatarkən aparıldığına görə, meyitin paltarlarının arxa hissəsi, əsasən kürək nahiyyəsi qana bulanmış olur.

İntihar məqsədilə yetirilən xəsarətlər bədənin əlçatan nahiyyələrində olur, boyun və dirsək çuxuru nahiyyəsinə nisbətən said və mil-bilək oynaqında və onlara yaxın nahiyyələrdə kəsiklərin aparılmasına təcrübədə çox təsadüf edilir (şəkil 62). İntihar məqsədilə dirsək çuxurunda, mil-bilək oynaqında aparılmış kəsik, adətən, sol qolda (solaxay şəxslərdə isə əksinə sağ qolda) yerləşir, kəsik mil-bilək oynaqının önündə olur, yaranın sayı birdən artıq, düz xətt formasında, bir-birinə paralel istiqamətdə yerləşmiş olur. Bir çox hadisələrdə əsas yaraların başlanğıcında, yaxınlığında, səthi yaralar, çərtilmələr müşahidə edilir. Qolların hər ikisində kəsiklər aparılmış olduqda sol qolda törədilmiş kəsiklər, sağ qoldakına nisbətən dərin olur. Əgər hər iki qolda dərin kəsiklər aparılmışsa, həmin hadisənin qətl olduğu haqda fikir söyləmək olar, çünki bir əldə dərin yaralar olduqda, həmin qolda əzələ və vətərlər kəsildiyi üçün, digər qolda dərin kəsiklərin aparılması mümkün deyildir. Kəsik aparılmış qolun isti və ya ilıq suda saxlanması intihar üçün xarakterikdir. İsti və ya ilıq su kəsilmiş damarların büzüşməsinin və trombozlaşmasının qarşısını aldığına görə, qan dayanmadan axmış olur. İntihar məqsədilə dirsək çuxuru və ya mil-bilək oynaqları nahiyyəsində bir ədəd kəsiyin aparılmasına nadir hallarda təsadüf edilir.

Təsadüfən kəsici alətin (belə əşya ən çox şüşə qırıntısı və ya parçası olur) təsirindən törənmiş yara, adətən bir ədəd olur və bir qolda və ya bir ayaqda yerləşir. İntihar edən şəxs istədiyi yolla məqsədinə nail ola bilmədikdə, intiharın başqa yollarından da istifadə edə bilər.



Şəkil 62. Saidin kəsilmiş yaraları (intihar)

Bu zaman yetirilən xəsarətlər bədənün əlçatan nahiyyələrində (boyun, said, dizaltı nahiyyə və s.) olur (şəkil 62). Özünə qəsd etmək istəyən adam çox vaxt çox iti kənarı olan alətlərdən istifadə edir. Xəsarət yetirilən nahiyyə əsasən paltardan azad olunur. Qəsd məqsədi ilə boyuna yetirilən xəsarətlərdə səthi və bir-birinə paralel yerləşmiş çərtilmələr olur, yara kanalı bir gəddər çəp istiqamətdə yerləşir. Bütün yuxarıda deyilənlərə əsasən xəsarət yetirən alətin növü haqqında da bir nəticəyə gəlmək olar.

Kəsici alətlərin təsirindən yetirilmiş xəsarətlərin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı yaranın kənarlarına, dibinə, kənarların metalizasiyasına, yarada yad cisimlərin olub-olmamasına dərindən fikir vermək lazımdır. Yarada hər hansı bir yad cismin tapılması zamanı, həmin cismin hansı materialdan hazırlanması təyin olunmalıdır. Bəzi hallarda, belə halların təyini cinayət işlərinin gedişi zamanı həlledici rol oynaya bilər, yaranın kənarları, bucaqları və dibindəki xüsusiyyətlərə əsaslanaraq, alətin növü və nəzərə çarpan kəsilmiş yaranın mexanizmi barədə fikir söyləmək olar.

18.2. Deşilmiş yaralar.

Deşilmiş yaralar iti kənarı olmayan iti uclu əşyaların (məsələn, ucu itilənmiş ağac və ya taxta parçası və s.) və ya ağac budağının ucunun yonularaq itilənməsi, deşici alətlərin (biz, mıx, mismar, iynə, bağlı qayçının ucu, süngü, stilet və s.) təsiri nəticəsində əmələ gəlir (şəkil 63).

Deşici alətlərin iti kənarı olmadığına görə onların iti ucu dərini zədələyərək bədənə daxil olur. Ümumiyyətlə, deşici alətlərin kənarlarının olub-olmamasından asılı olmayaraq uc hissəsi konusu xatırladır – tədricən incəlir və itiləşir. Bəzən deşici alətlərin (rus süngüsü, vintaçan və s.) ucu tədricən incəlməklə yastılaşır. Deşici alətlər formasına görə konusvari, silindrvari, piramid formalı (üçbucaqlı, dördbucaqlı, çoxbucaqlı) adlandırılır. Deşici alətlərdə də başqa alətlər

kimi intihar, qətl məqsədilə istifadə edilə bilər, təsadüfən zədələnmələr də baş verə bilər.



Şəkil 63. Stiletlə yetirilmiş bədənin çoxsaylı deşilmiş yaraları

Deşilmiş yaraların forma və ölçüsü əşyanın ucunun bədənə daxil olan hissəsi ilə eynilik təşkil edir. Deşilmiş yaralar giriş dəliyindən, yara kanalından və bəzən isə, hətda çıxış dəliyindən də ibarət olur. Deşilmiş yaraların müayinəsi zamanı lupadan istifadə etmək daha məqsədə uyğundur. Yara kanalı dar və dərin olur. Yaranın dərinliyi demək olar ki, həmişə digər ölçülərdən çox olur. Deşici alətin giriş dəliyi dərinin elastikliyinə əsasən bir müddət keçdikdən sonra çox az nəzərə çarpır. Deşici alətlərin təsiri nəticəsində daxili orqanlar və damarlar zədələnsə bu güclü qanaxmaya səbəb ola bilər. Əgər deşici alətin ucu çoxtinli olarsa (üçtinli, dördtinli və s.) tinlərin bucaqlarına uyğun yaralar əmələ gəlir. Bunlar üçbucaq, kvadrat və s. formada ola bilər. Deşici əşya bataraq yumşaq toxumaların dərinliyinə qədər işlədikcə toxumaları aralayaraq sıxışdırır və bəzən cırrır. Toxuma çatışmazlığı olmadığından və yumşaq toxumaların, xüsusən dərinin elastikliyi və yığılması səbəbindən zədə, onu əmələgətirən alətin diametrindən çox kiçik olduqda, xarici müayinədə dəri üzərində nöqtə formasında kiçik yara müşahidə edilir. Çox kiçik diametrli deşici alət iri damarları zədələmədikdə, cüzi həтта nəzərdən qaçırıla biləcək qanaxma törədir. Belə kiçik yaraları aşkar etmək üçün istər hadisə yerində meyitə baxış keçirdikdə, istərsə də meyitxanada meyitin xarici müayinəsində ekspertlər çox diqqətli olmalı, bəzi büküş yerlərinə (qoltuqaltı nahiyəyə, qadınlarda süd vəzilərinin altına) xüsusilə fikir verməli, diqqət ayırmalıdırlar. Kiçik diametrli deşici alət zədələnmələrində, adətən çox vaxt ölümə səbəb, zədənin törətdiyi ağırlaşmalar (peritonit, plevrit, sepsis və s.) olur.

Kəllə sümüklərində və ümumiyyətlə yastı sümüklərdə dəşici alətin törətdiyi yaraların forma, ölçüsü əşyanın formasına və ölçüsünə uyğun gəlir. Öz kəllə boşluğuna bir neçə mismarı çəkiclə vurub yeritmək və buna oxşar hadisələrin ruhi xəstə tərəfindən törədilməsinə təcrübədə təsadüf edilmişdir. Belə ki, süd vəziləri (xərçəng xəstəliyi səbəbi ilə) amputasiya edilmiş gənc qadın əvvəlcə başına 3 ədəd mismar yeritmiş, lakin bundan ölmədiyi üçün, qayçı ilə döş qəfəsinə xəsarət yetirərək, özünü öldürmüşdür.

Boşluqlu orqanların xəsarətlərində (mədə, bağırsaqlar, sidik kisəsi və s.) yara çox çətinliklə təyin olduğundan belə orqanları suyun altında müayinə etmək lazımdır.

Deşilmiş yaraların müayinəsi zamanı xəsarət yetirən əşyanın növünü, formasını, zərbənin sayını və istiqamətini, əşyanın bədənə daxil olan hissəsinin forma və ölçüsünü müəyyən etmək olar. Silindr və ya konusvari, təxminən 4-5 mm diametrli dəşici alətlər bədənin dərinliyinə daxil olduqca, yaranın kənarlarının içəriyə doğru basılmasına və nəticədə yara kənarı epidermis təmliyi pozulmasına səbəb olur. Yaranın kənarlarında sıyrıq həlqəsi əmələ gəlsə güllə yarasını xatırladır. Toxuma çatmamazlığının olmaması, kor yaralanmalarda yara kanalı dibində güllənin görünməməsi yaranın dəşici alət yarası olmasını göstərir. Silindr və ya konusvari dəşici alətlərin yarası dairəvi olur. Dəşici alət hesab edilən çəngəl, dişlərinin sayı qədər bir xətt üzrə bir-birinə paralel və bir-birindən təxminən eyni məsafədə durmuş dairəvi yaralar törədir.

18.3. Deşilmiş-kəsilmiş yaralar.

Dəşici və kəsici alətlərin törətdiyi kombinə olunmuş xəsarətlərdən ibarət olub, məhkəmə-tibbi praktikada daha çox rast gəlinən iti alət zədələnmələrindən biridir. Deşilmiş-kəsilmiş yaralar dəşici-kəsici alətlərin təsirindən əmələ gəlir (şəkil 64).

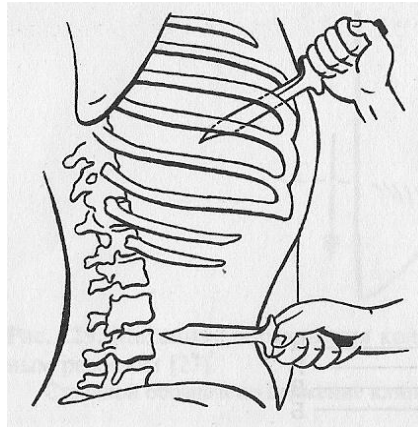


Şəkil 64. Dəşici-kəsici alətlər (bıçaqlar)

Belə alətlərin bir və ya ikitərəfli kəsici kənarı olmaqla yanaşı, həm də iti dəşici ucu olur. Belə alətlərə müxtəlif növ bıçaqları (ov, fin), xəncəri, açıq

vəziyyətdə olan qayçını, kortiki və s. misal göstərmək olar. Deşilmiş-kəsilmiş yaralar giriş dəliyindən, yara kanalından və bəzən isə çıxış dəliyindən ibarət olur. Deşilmiş-kəsilmiş yaraların dəri səthində əmələ gətirdiyi giriş dəliyinin forması alətin növündən, zərbə istiqamətindən, zərbə yetirilən nahiyyənin xüsusiyyətlərindən və s. asılıdır. Deşici-kəsici alətlərin iki tərəfli kəsici kənarı olan növü ilə yetirilən xəsarətlərdə yaranın giriş dəliyinin hər iki bucağı iti olur. Yaranın giriş dəliyi çox vaxt xətt formasında olur.

Bir tərəfli kəsici, digər tərəfli küt kənarlı alətlərlə yetirilən xəsarətlərdə yaranın iti kənarla yetirilmiş hissəsi iti, küt kənarla yetirilmiş hissəsi isə dəyirmi olur, dəridəki giriş dəliyi uzunsov-pazvari formada olur. 1-2mm qalınlıqda küt kənarı olan deşici-kəsici alətin təsirindən törənən yaranın müvafiq kənarı adətən iti bucaq formasında olur. Bundan böyük ölçülərdə, yaranın müvafiq kənarı bıçağın küt kənarına uyğun olur. Deşilmiş-kəsilmiş yaraların dərinliyi alətin tiyəsinin bədənə daxil olma səviyyəsindən və yara nahiyyəsinin xüsusiyyətlərindən çox asılıdır. Deşilmiş-kəsilmiş yaraların dərinliyi boşluqlara daxil olan alətin uzunluğundan bir qədər artıq ola bilər. Bu isə döş qəfəsinə, qarın boşluğuna zərbə endirilərkən alətin bu toxumaları müəyyən qədər içəriyə, boşluqlara doğru itələyərək tiyənin uzunluğundan daha artıq dərinliyə işləyə bilməsi ilə izah edilməlidir. Xüsusən qarın nahiyyəsi yaralanmalarında yara kanalının deşici-kəsici alətin tiyəsinin uzunluğundan daha uzun olmasına tez-tez təsadüf etmək olar (şəkil 65).



Şəkil 65. Bıçaq tiyəsinin ayrı-ayrı nahiyyələr üzrə bədəndəki yara kanalının dərinliyi

Deşici-kəsici yaraların dəri səthindəki kənarları çox vaxt düz, hamar və sıyrıqsız, dəri büküşlərində isə nahamar olur. Qarın nahiyyəsinin xüsusiyyətini nəzərə alaraq, qarın nahiyyəsi yaralanmalarında yara kanalının uzunluğuna

əsaslanıb bıçağın tiyəsinin uzunluğunu təyin etmək olmaz (şəkil 65). Yara ətrafında bıçağın izi (dəstəsinin) olduğu hallarda yaranı törətmiş bıçağın tiyəsinin uzunluğunu daha dəqiq təyin etmək olar. Bədənin başqa nahiyyələrinin zədələnmələrində bıçağın tiyəsinin uzunluğu və yara kanalının uzunluğuna əsaslanıb bıçağın tiyəsinin uzunluğunun, yara kanalının uzunluğundan qısa olmasını qeyd etmək olar. Xəsarət yetirən alət məhdudlaşdırıcı hissəsinə gədər bədənə yeridilərsə bu zaman yaranın kənarlarında və ətrafında qançırlar və sıyrıqlar əmələ gəlir. Əgər alətin dəstəyinin tiyə ilə birləşən yeri çirklənmiş olarsa, bu zaman yaranın kənarlarında çirklənmə həlqəsi müşahidə olunur. Stereomikroskopik müayinənin köməkliyi ilə yara kənarında və ətrafında olan çirklənmə həlqəsinin və metalizasiyanın təyini alətin konkret növü haqqında məlumat verə bilər. Həmçinin izlərin kontakt-diffuz metodu vasitəsilə fotokağızda alınmasından da istifadə etmək olar.

Yaşayış binasının ikinci mərtəbəsində tənha yaşayan qadın meyiti tapılmışdır. Evin giriş qapısı içəridən bağlı olmuşdur, lakin evin pəncərələrindən biri tamamilə açıq idi. Açıq pəncərədən içəri girmək elə də çətin deyil. Qadının əynində yalnız qana bulaşmış alt paltarı var idi. Meyitin ətrafında böyük qan gölməçəsi əmələ gəlmişdir. Otağın divarlarında qanın sıçraması nəticəsində əmələ gəlmiş ləkələr tapılmışdır. Evdə olan əşyalar (mebel, stol, stul və s.) pərakəndə şəkildə dağılmışdır. Hüquq mühafizə orqanları ölümün soyğunçuluq məqsədilə törədilməsi qənaətinə gəlmişdir.

Elə həmin gün cinayətkarlar tutulmuşdur. Oğurluq məqsədi ilə öldürülmüş qadının evinə basqın edənlərdən biri qadın, o biri isə kişi olmuşdur. Onların yaşadığı evdən qadına məxsus olan əşyalar tapılmışdır.

Oğru kişinin deməsinə görə evə o tək cə girmişdir. Onun oğru dostu olan qadın isə küçədə keşik çəkmişdir. Kişi açıq pəncərədən evə daxil olduğunu və daxil olduğdan sonra qadının yatmış olduğu otaqda stolun üstündə olan saati və pul kisəsini götürmək istəyirən qadının oyandığını bildirmişdir. Bundan sonra kişi pəncərəyə doğru qaçdığını, lakin qadının onu pəncərədən tutaraq saxladığını qeyd etmişdir. Vəziyyətin belə olduğunu görən kişi üzərində olan xəncərlə qadını öldürdüyünü və evdə olan bəzi qiymətli əşyaları və pulu götürərək hadisə yerindən qaçdığını bildirmişdir. Oğru-cinayətkar kişinin verdiyi məlumatlar həqiqətə çox oxşar idi.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı təyin olunmuşdur ki, bütündeşilmiş-kəsilmiş yaralar giriş dəliyinə görə 2 qrupa bölünür. Birinci qrupa aid olan yaralarda giriş dəliyinin ucları hər iki tərəfdə iti və ölçüləri böyük olmuşdur. İkinci qrup yaraların giriş dəliyinin bir ucu iti, digər ucu isə bir qədər küt idi. Və onların ölçüsünün bir qədər birinci yaralardan kiçik olması təyin olunmuşdur. Sonra aşığıdakı nəticəyə gəlinmişdir.

1) *Deşilmiş-kəsilmiş yaralar iki ayrı-ayrı bıçaqla yetirilmişdir (bunlar xəncər və fin bıçağı ola bilərdi); 2) Xəncərlə yetirilmiş xəsarətlər böyük güc tətbiq etməklə və ya təzyiqlə yetirildiyi halda, fin bıçağı ilə yetirilmiş xəsarətlər bir qədər zəif təzyiqlə yetirilmişdir; 3) Hadisənin baş vermə şəraitini və deyilənləri nəzərə alaraq bu qənaətə gəlmək olar ki, qadının qətində iki nəfər iştirak etmişdir.*

Bütün bunlara əsaslanaraq bu qənaətə gəlmək olardı ki, oğru qadın da qətdə iştirak etmişdir. Oğru qadın bunu məhkəmə iclasında etiraf etmişdir. Oğru kişi hadisənin baş verməsini ölmüş qadının onun pencəyindən tutmasına qədər olan hissəsini düzgün qeyd etmişdir. Lakin ev sahibinə birinci zərbəni evdə qaranlıqda durmuş oğru qadın endirmişdir. Öz oğru dostunun ev sahibi tərəfindən tutulduğunu görən qadın birinci zərbəni fin bıçağı ilə endirəndən sonra ona ayaq üstə olarkən daha iki zərbə endirmişdir. Bu zərbələrdən sonra ev sahibi yerə yıxılmış və yenidən qalxmaq istəyərkən kişi ona xəncərlə bir neçə zərbə endirmişdir və bu zərbədən sonra qadın ölmüşdür. Bundan sonra oğrular evi qarət etmişdilər.

Meyitin dəqiq aparılan məhkəmə-tibbi müayinəsi hadisənin necə baş verəməsinin təyində çox böyük köməklik göstərmişdir. Yaraların xüsusiyyətlərinin dəqiq təyini bu cinayət işinin tam açılmasında əsas rol oynamışdır.

Bəzi hallarda məhkəmə-tibb eksperti qarşısında zərbənin istiqaməti, sayı və xəsarətin öz əli və ya başqa şəxsin əli ilə yetirilməsi haqqında da suallar qoyulur.

Bədən vertikal vəziyyətdə olanda zərbənin istiqaməti yara kanalının istiqaməti ilə üst-üstə düşür. Digər hallarda zərərçəkmişin xəsarət yetirilən anda olan vəziyyətini, yara kanalının istiqamətini bilmək lazımdır. Həmçinin yara kənarının vəziyyətinə (cəplik, enmə dərəcəsinə), onun çirklənmə dərəcəsinə, ətrafında olan qançır və sıyrıqların yerləşdiyi yerə fikir vermək lazımdır. Belə ki, bıçağın tiyəsi bədənə tam yeridildikdə yara kənarında əmələ gələn qançır və sıyrıqlar deşici-kəsici alətin dəstəsindəki məhdudlaşdırıcı hissənin təsirindən törənir.

Deşici-kəsici alətlə yetirilən xəsarətlərdə zərbələrin sayını təyin edərkən nəzərə almaq lazımdır ki, alətin tiyəsi bədənə və ya yaradan çıxarılmadan daxildə fırladıla bilər. Bu zaman dəri səthində bir giriş dəliyi olmasına baxmayaraq, daxildə bir və ya bir neçə yara kanalı ola bilər. Bəzən alətin tiyəsi geriye çıxarılan zamanda əlavə xəsarətlər törənir. Yaranın uzunluğunu ölçdükdə, yaranın kənarları bir-birinə yaxınlaşdırılmalıdır. Dərinin elastikliyi səbəbindən yaranın kənarları bir qədər kənara çəkildiyindən, yara yarıq əmələ gətirərək oval forması alır (şəkil 66).



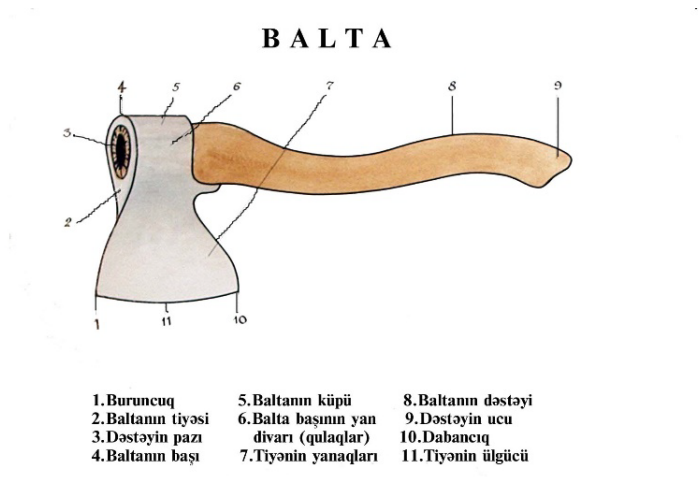
***Şəkil 66. Bədən üzərində müxtəlif formada çoxsaylı
deşilmiş-kəsilmiş yaralar***

Bir çox hadisələrdə yaranın formasına əsaslanıb deşici-kəsici alətin ikitərəfli və ya birtərəfli kəsici iti alət olmasını qeyd etmək olar, ikitərəfli kəsici (iti) alət yaralarının bir bucağı sivri, digər bucağı yarım dairəvi və ya üçbucağın əsasını xatırladır. Çox vaxt yaranın uzunluğu bıçağın tiyəsinin enindən uzun olur. Bıçaq yumşaq toxumalar arasına daxil olduqda və ya çıxarıldıqda boylama oxu istiqamətində hərəkət edirsə, iti kənarı ilə dərinliyi və ya digər yumşaq toxumaları kəsib, yaranın uzunluğunun artmasına səbəb olur. Qeyd etmək lazımdır ki, deşici-kəsici alət tiyəsinin eninin təyininə yaranın uzunluğunun ölçülməsi mühüm əhəmiyyətə malikdir. Bir ədəd yaranın müayinəsinə əsaslanıb alətin tiyəsinin eni haqqında nəticəyə gəlmək olmaz. Yumşaq toxumaların dərinliyinə işləmiş çoxlu bıçaq yarası olduqda, ən qısa uzunluğu olan yaranın ölçüsü təxminən tiyənin eninin göstəricisi ola bilər. Deşici-kəsici alət orqanizmə perpendikulyar daxil edilib çıxarılmış olarsa, yaranın uzunluğu, dərinin elastiki yığılması hesabına, deşici-kəsici alətin tiyəsi enindən 1-2mm qısa olur. Çox zaman yaranın uzunluğu bıçağın tiyəsinin enindən uzun olur. Bıçağın tiyəsinin küt kənarına uyğun olan yaranın müvafiq kənarının forması həmin kənarın qalınlığı və zərbənin yetirilməsi xüsusiyyətindən (kəsici və ya küt kənara təzyiq etməklə zərbə yetirilməsindən) asılıdır. Belə ki, 1-2mm qalınlıqda küt kənarı olan batıcı-kəsici alətin təsirindən törənən yaranın müvafiq kənarı adətən iti bucaq formasında olur. Bundan böyük ölçülərdə yaranın müvafiq kənarı bıçağın küt kənarına uyğun olur. Deşilmiş-kəsilmiş zədənin dərinliyi, tiyənin daxil olma dərinliyindən əlavə, yara nahiyəsindəki toxumanın xüsusiyyətindən də asılıdır. Bəzən yaranın dibini sümük toxuması təşkil edir, bəzi hallarda isə ekspert təcrübəsində deşici-kəsici alətin sümüyü deşməsi və kəllə boşluğuna keçməsi hallarına təsadüf edilir. Deşici-kəsici alətin kəllə boşluğuna keçməsi əsasən gicgah və alın sümükləri nahiyələrində rast

gəlinir. Beləliklə, deşilmiş-kəsilmiş yaraların məhkəmə-tibbi müayinəsində göstərilən əlamət və xüsusiyyətlərin hamısı nəzərə alınmalıdır.

18.4.Çapılmış yaralar.

Çapıcı alətlər iti kənara və böyük kütləyə malik olur. Balta (odun, ət), dəhrə, kətmən, bel, iri həcmli mətbəx bıçaqları, qılınç (əyri, süvari) və s. çapıcı alətlərə aiddirlər. Onların tipik nümayəndələrindən biri də baltadır (Şəkil 67). Çapıcı alətin zərbəsindən bədən hissələrinin tamamilə bədənəndən ayrılması, amputasiya olması mümkündür. Çapıcı alətin küt kənarı ilə zərbə yetirilərsə, küt alət kimi təsir göstərir. Çapıcı alətlərin təsirindən əmələ gəlmiş xəsarətlər üçün xarakterik əlamətlərdən - sümüklərin çapılmasını, üzvlərin amputasiyasını göstərmək olar.



Şəkil 67. Balta və onun hissələri

Çapılmış yaraların xarakteri və morfoloji xüsusiyyətləri zərbənin gücündən, alətin çəkisindən və həcmindən, kənarının itiliyindən (ülgücün itiliyindən), qolaylanmanın böyüklüyündən, zədələnmiş bədən nahiyyəsinin xüsusiyyətlərindən asılıdır. Çapıcı alətin ülgücü ilə iti bucaq altında zərbə yetirildikdə bədən səthində parça (dilim) şəkilli yara əmələ gəlir. Dəri yarasının forması çapıcı alətin təsir mexanizmindən asılıdır. Perpendikulyar istiqamətdə zərbə vurulduqda yara uzunsov formalı olub kənarları aralanır. Baltanın “buruncuğu” və ya “dabancığı” ilə zərbə vurulduqda yara bucaqşəkilli olur, onun bir ucu iti, digər ucu isə yarımduzbucaq “П” formasında olur. Çapıcı alətin bütün kəsici səthi və ya ülgücünün yaraya daxil olması nəticəsində yaranın hər iki ucu

yarımdüzbucaqlı “П” formasında olacaq və bu zaman dərinin ayrılımları da baş verə bilər yaranın iti ucu isə epidermis və dərinin səthi kəsikləri ilə bitir.

Çapılmış yaraların öz xarakter əlamətləri var.

1) Dəridə çapılmış yaraların kənarları hamar, ucları iti olur (əgər alətin kəsən səthi iti olarsa) (şəkil 68). Əgər alətin kəsən səthi küt olarsa, bu zaman yaranın kənarları əzilmiş və bəzən xırda naxışlı olur ki, bunları binokullu lupa ilə müşahidə etmək olar. Bu onunla izah olunur ki, ülgücdə olan kütlük və bəzi nahamarlıqlar dərinə nəinki kəsir, həm də onu əzir. Bu zaman yaranın kənarlarının nazik zolaq şəklində sıyrılması əmələ gəlir. Sıyrılmış səthlərdə alətin hazırlandığı materialın, metalın mikrohissələri qala bilər.

2) Çapılmış yaraların yara kanalının divarları adi gözlə baxdıqda hamar və düz görünür. Lupa ilə baxdıqda isə yara kanalının divarlarında ayrı-ayrı yerlərdə nahamarlıqları görmək olar. Yara kanalının dibinə yaxınlaşdıqca toxumaların əzilməsinə, xıncım-xıncım olmasına rast gəlinir. Ətrafların və onun hissələrinin tam kəsilməsi hallarında göstərilən əlamətə əsasən zərbənin istiqamətini təyin etmək olar.

3) Balta ilə yetirilmiş xəsarətlərdə yaranın kənarının və uclarının xarakteri baltanın hansı hissəsi ilə bədənin zədələnməsindən asılıdır.

Əgər zərbə təkə ülgücün orta hissəsi ilə yetirilərsə yaranın kənarları hamar, bucaqları iti olacaq. Bu zaman dəri və dərialtı toxuma zədələndikdə və baltanın ülgücü kifayət gədar iti olarsa onda yaranın özü kəsilmiş yaralardan praktiki olaraq heç nə ilə fərqlənməyəcək.

Əgər zərbə baltanın buruncuğu və ya dabancığı ilə yetirilərsə bu zaman yaranın bir ucu yarımdüzbucaqlı “П” şəkilli, digər ucu isə iti olacaq. Dəridə çapılmış yaranın iti kənarından təzyiq nəticəsində əmələ gəlmiş xətti sıyrıqlar ayrılır. Belə təzyiq izləri çapıcı alətin ülgücünün təsirindən xəsarət almış şəxsin paltarında da ola bilər. Çapıcı alət yaraları düz xətt formalı olur. Bədənin hissəsinə perpendikulyar zərbə vurulması hadisələrində, bədən sahəsində kəsilmiş yaraya oxşar yara alınarsa, yara nahiyəsində sümük toxumasının çapılıb-çapılmamasına diqqət yetirmək lazım gəlir. Sümükdə çapılma izi olduqda, yaranın çapıcı alətin təsirindən törənməsini qeyd etmək olar. İti çapıcı alət yumşaq toxumalara bucaq altında təsir etdikdə, yumşaq toxuma parçasının üzülüb bədənə sallanması kimi xəsarət verə bilər. Rels tipli nəqliyyat travmalarında törənən loskutvari (dilişəkilli) xəsarətlərdən amputasiyalardan fərqli olaraq yumşaq toxuma ətrafında sıyrıq, yara nahiyəsi yumşaq toxumaların əzilməsi, yara kənarının kəllə-kötür (nahamar) olması müşahidə edilmir. Çapıcı alət, xüsusən bir qədər küt olarsa, sümüyü çapmaqla bərabər, onu çatlada və ya sındıra bilər. Çapıcı alətlərlə iti bucaq altında yetirilən zərbə zamanı deşilmiş yaralar törənə bilər. Baltanın tiyəsi kəllə boşluğuna daxil olarsa, sümüklərdə pazvari defektlər əmələ gəlir. Baş nahiyəsindəki çapılmış yaralar adətən kənar şəxsin əlindəki balta ilə yetirilir. Bəzən bunu xəsarət alan şəxs özü də törədə bilər (ən çox psixi xəstələr

arasında rast gəlir). Bu zaman onlar çoxlu sayda, çox da dərin olmayan, paralel yerləşmiş olur. Məhkəmə-tibb ekspertləri çapıcı alətlərin təsiri nəticəsində əmələ gələn çapılmış-yaraları müayinə edərkən diqqətli olmalı, bütün yuxarıda göstərilən xüsusiyyətləri nəzərə almalıdırlar.



Şəkil 68. Balta ilə yetirilmiş çapılmış yara

Çapıcı alətin bütün kəsici səthi və ya ülgücünün yaraya daxil olması nəticəsində yaranın hər iki bucağı yarım düzbucaqlı “П” – şəkilli olacaq və dərinin cırılmaları baş verə bilər. Çapıcı alətlərin təsiri nəticəsində yumşaq toxumaların, sümüklərin zədələnməsi və hətta ətrafların amputasiyasına da təsadüf edilir.

Baş nahiyyəsindəki çapılmış yaralar sümüklərin, baş beyinin zədələnməsi ilə müşahidə oluna bilər (şəkil 69).

Çapıcı alətlərlə iti bucaq altında yetirilən zərbə zamanıdeşilmiş sınıqlar törəne bilər.



Şəkil 69. Kərki ilə yetirilmiş çapılmış yara (A.A.Soloxina görə)

18.5. Mişarlanmış yaralar

Mişarlayıcı alətlərin təsirindən törənən xəsarətlər ağac emalı sənayesində, tikinti işlərində, istehsalat sənayesində bədbəxt hadisə nəticəsində əmələ gəlir. Cinayət məqsədilə mişarlayıcı alətlərdən istifadə olunmasına çox az rast gəlinir. Çox vaxt cinayətin izini itirmək məqsədilə meyitlərin mişarlayıcı alətlərlə hissələrə ayrılması hallarına rast gəlinir.

Mişarlayıcı alətlərin əsas xəsarət yetirən hissəsi onun dişləridir. Dairəvi mişarın əmələ gətirdiyi xəsarətlər zamanı dəridə yaranın kənarları nahamar sümüyün mişarlanmış səthləri isə nisbətən hamar, mişarın təsirini əks etdirən qövsvari izlərə malik olur, dişli, saçaqlı olur.

Dərin yaralanmalarda yaranın kənarlarında, dibində və bəzən ətrafında sümük və yumşaq toxuma hissəcikləri görünür. Xəsarət yetirən alətin identifikasiyası sümük hissələrinin müqaisəli müayinəsinə əsasən aparıla bilər.

Bir gündən artıq ölmüş şəxslərin meyitləri hissələrə parçalanan zaman yaranın səthində dərialtı piy təbəqəsinin və sümük iliyinin mişarlanması nəticəsində piyin yığılması müşahidə olunur. Buna «mişar zolağının piylənməsi» fenomenində deyilir. Ölümdən sonrakı ilk saatlarda meyit mişarlanaraq hissələrə ayrıldıqda bu fenomen əmələ gəlmir.

Hadisə yerindən götürülmüş sümük yonqarları müayinə üçün mütləq məhkəmə-tibbi kriminalistika şöbəsinə göndərməlidir.

FƏSİL XIX. ODLU SİLAH ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

19.1. Odlu silah anlayışı

Odlu silah dedikdə içərisində barıtın və ya başqa bir partlayıcı maddəni yanma məhsullarının enerjisi nəticəsində mərmini hərəkətə gətirən vasitə başa düşülür.

Odlu silahdan açılmış atəş və ya partlayış nəticəsində əmələ gələn zədələnmələr odlu silah zədələnmələri adlanır.

Artilleriya silahlarının, minaların, qumbaraların və s. partlayıcı maddələrin təsiri nəticəsində əmələ gələn zədələr də odlu silah zədələnmələrinə aid olunur. Partlayış dedikdə partlayıcı maddənin fiziki-kimyəvi və nüvə dəyişikliyinə uğraması nəticəsində qısa zaman fasiləsində ayrılan enerji başa düşülür.

Odlu silah zədələnmələrinin məhkəmə-tibbi ekspertizası çətin ekspertiza növlərindən biridir. Dünyanın bütün dövlətlərində odlu silahlarının və döyüş sursatlarının qeyri qanuni yollarla əldə edilməsi, gəzdirməsi, saxlanması və satılması qadağandır (Az.Resp. CM 228, 229, 230, 231, 232-ci maddə).

Odlu silah zədələnmələri digər mexaniki zədələnmələrdən özünəməxsus xüsusiyyətləri ilə fərqlənir. Bu xüsusiyyətlər ən çox zədələnmə törədən silahın növündən, atəş məsafəsindən, mərmnin hərəkət sürətindən və təsir mexanizmindən asılıdır. Müasir dövrdə odlu silahlar çox müxtəlif konstruksiyalı olduqlarından onların vahid təsnifatını göstərmək çox çətindir.

Odlu silahın əmələ gəlmə tarixi barıtın kəşfolma tarixi ilə üst-üstə düşür. İlk dəfə olaraq qədim Çində (III əsr) barıt və odlu silah kəşf olunmuşdur. Çindən sonra Hindistanda, Ərəbistanda odlu silahdan istifadə olunmağa başlanmışdır. Odlu silaha malik olan ordu artıq asanlıqla əks tərəf üzərində döyüşlərdə gələbə qazanırdı. 1118-ci ildə ərəblə İspaniyanın Saraqoza şəhərini odlu silaha malik olduqlarına görə qısa müddət ərzində ələ keçirmişlər. 1308-ci ildə odlu silahın sirrini öyrənən ispanlar Qibraltarı almışdılar. 1364-ci ildə İtaliyada ilk dəfə olaraq lüləsinin uzunluğu 20 sm olan əl silahları düzəldilmişdir. Eyni zamanda İtaliyanın Pistoyya şəhərində pistolet ixtira olunmuşdur. 1521-ci ildə İspaniyada müşketlərdən istifadə olunmuşdur. 1654-cü ildə Russiyada Timofey Vyatkin adında mühəndis tərəfindən yivli silah ixtira olunmuşdur. İllər keçdikcə bir çox dövlətlərdə yeni nəsil, müasir silahlar kəşf olunmuşdur. Odlu silah zədələnmələrinin rast gəlmə tezliyi ən çox ölkə ərazisində müharibələrin olub olmamasından asılıdır.

Konstruksiyasına görə odlu silahların 2 böyük qrupunu göstərmək olar.

1-ci – artilleriya silahları

2-ci – əl atıcı silahları

Məhkəmə-tibbi praktikada əl silahlarının (nişanlayıcı) zədələnmələrinə daha çox rast gəlinir.

Əl atıcı silahlar özləri qrup və fərdi silahlara bölünür. Məhkəmə-tibbi baxımdan odlu silahların ən geniş yayılmış təsnifatı aşağıdakı kimidir.

Tətbiq olunmasına görə:

1-ci. Döyüş silahları;

2-ci. Ov silahları;

3-cü. İdman silahları;

4-cü. Əldəqayırma silahlar;

5-ci. Xüsusi silahlar.

Döyüş silahlarına aşağıdakılar aid olunur:

1-ci. Tüfənglər və karabinlər (şəkil 70).

2-ci. Avtomatlar (şəkil 71).

3-cü. Tapancalar (şəkil 72).

4-cü. Revolverlər (şəkil 72).



Şəkil 70. 7,62 mm kalibrli karabin (SKS)



Şəkil 71. 7,62 mm kalibrli kompensatorlu AKM avtomatı



Şəkil 72. Tapanclar və revolverlər

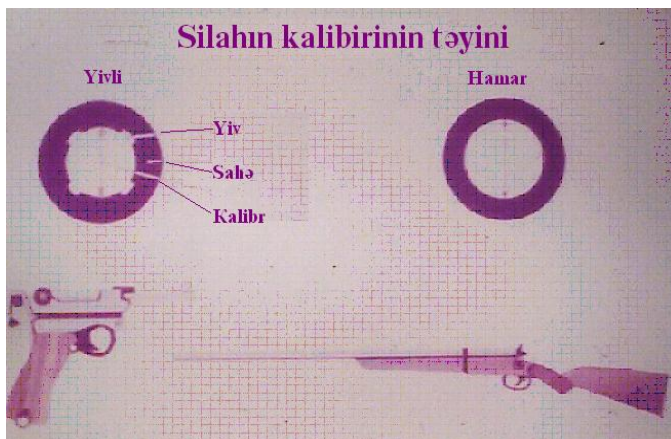
Döyüş silahlarından hərbi və əməliyyat xidməti məsələlərinin həlli zamanı istifadə olunur. Bundan başqa xidməti və mülki silahlarla ayırd olunur.

Silahlar avtomatik və qeyri avtomatik ola bilər. Avtomatik silahlarda atəş açıldıqdan sonra silahın yenidən doldurulması işi barıt qazlarının köməyi ilə baş verir. Lülənin uzunluğuna görə silahlar 3 qrupa bölünür:

1. Uzun lüləli silahlar (tüfənglər, avtomatlar, karabinlər);
2. Orta lüləli silahlar (tapanca-pulemyotlar);
3. Qısa lüləli silahlar (tapanclar, revolverlər).

Lülənin xarakterinə görə silahlar yivli və yivsiz silahlara bölünür. Yivli quruluşa malik silahlarda yivlərin olması mərmiyə fırlanma hərəkəti verir.

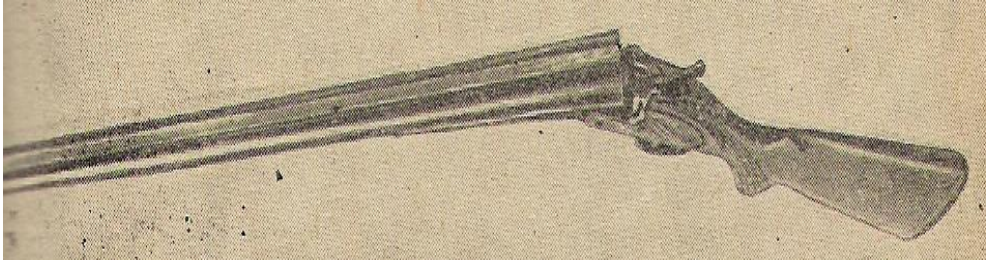
Lülənin içərisində yivlərin sayı 4-6, bəzi silahlarda isə 8 gədər olur. Lülə kanalının diametri kalibr adlanır. Yivli silahlarda kalibr dedikdə yivləri əmələ gətirən vintəbənzər kəsiklərin qarşılıqlı hündürlükləri arasındakı məsafə nəzərdə tutulur. Kalibrindən asılı olaraq kiçik kalibrli (4-6 mm), orta kalibrli (7-9 mm) və iri kalibrli (10 və daha çox mm) silahlar ayırd edilir (şəkil 73).



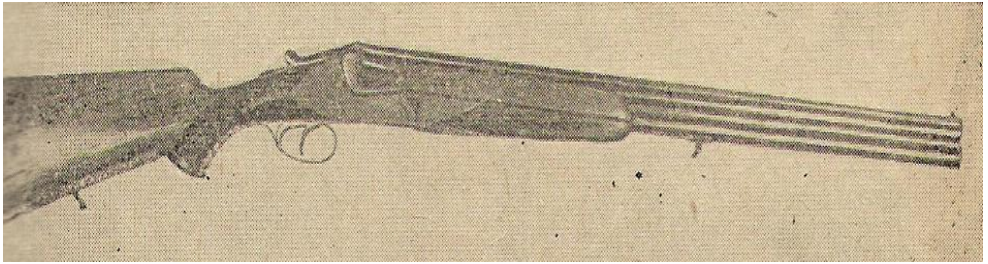
Şəkil 73. Odlu silahın kalibrinin təyini

Ov silahlarının aşağıdakı növləri ayırd olunur.

1. Hamarlüləli ov tüfəngi (şəkil 74, 75);
2. Yivli ov tüfəngləri (karabinlər, ştuserlər və s.);
3. Kombinəolunmuş ov silahları (yivli və yivsiz).



Şəkil 74. Üfiqi yerləşən iki lüləli ov tüfəngi

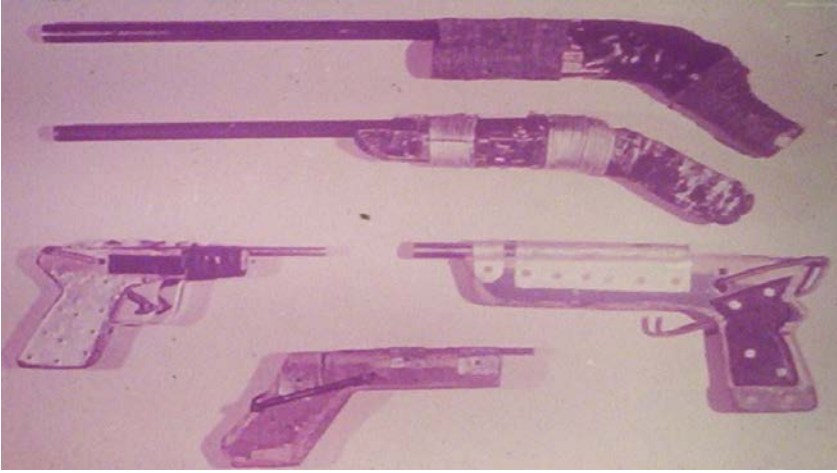


Şəkil 75. Şaquli yerləşən iki lüləli ov tüfəngi

Ov tüfəngləri bir lüləli, iki lüləli, üç və dörd lüləli ola bilər. Ov tüfənginin kalibri dedikdə 1 ingilis paund qurğuşundan (453 qr) hazırlanmış dairəvi güllələrin sayı başa düşülür. Onlar 8-dən-32-dək ola bilər. Buna uyğun olaraq ov tüfənglərinin 8, 12, 16, 20, 32 kalibrləri olur.

İdman silahları adətən yivli və kiçikkalibrli (5-6 mm) olur. Belə silahlara, kiçikkalibrli tüfənglər, tapancalar və revolverlər aiddir. Xüsusi silahlara qaz tapancaları, start tapancaları, raketburaxan tapancalar aiddir.

Əldəüzəltmə silahlar texniki şərtlərə əməl olunmadan kустar üsulla hazırlanır (şəkil 76). Belə silahlar müxtəlif quruluşlu ola bilər. Məsələn, adi uzun lüləli silah, lüləsi kəsilərək başqa formaya salına bilər.



Şəkil 76. Əldə düzəltmə silahlar

Odlu silah sursatları

Odlu silahdan atəş açmaq məqsədi ilə patronndan istifadə olunur (şəkil 77, 78). Patronlar öz quruluşuna və tərkibinə görə çox müxtəlif cürə olur. Tüfəng patronları, tapanca patronları, ara patronlar, idman, ov patronları v s. öz quruluşuna görə biri-birindən fərqlənir. Döyüş və idman silahları üçün hazırlanmış patronlar güllədən (mərmidən), partlayıcıdan – barıtdan və kapsuldan ibarətdir.



Şəkil 77. Döyüş patronunun quruluşu



Şəkil 78. Döyüş odlu silah patronları

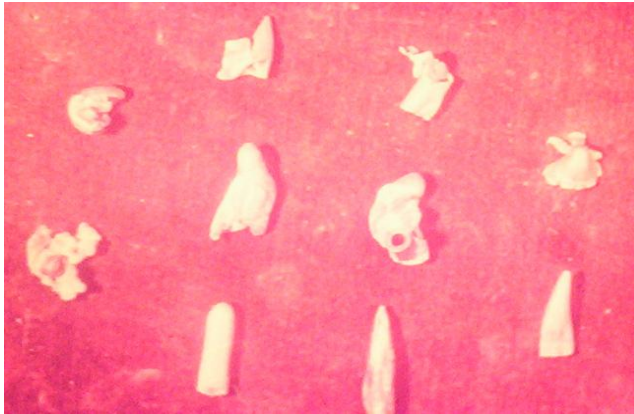
Bu üç komponent birlikdə metal gilzdə birləşərək vahid patronu təşkil edir. Yivli silahlar üçün hazırlanmış patron metallik gilzdən ibarətdir və bu gilzin dib hissəsində tərkibində partlayıcı maddə olan presslənmiş kapsul yerləşir. Həmin partlayıcı maddəyə təsir etdikdə o partlayır və əmələ gəlmiş

alov kiçik borucuqlardan keçərək gilizin boşluğuna yayılır. Gilizin içərisində barıt yerləşir. Gilizlər silindrik və butulka formasında olur. Patronların doldurulması üçün tüstülü, tüstüsüz barıtdan və onların qarışığından istifadə olunur. Tüstülü barıt min il bundan əvvəl Çində kəşf olunmuşdur. Avropada beş yüz il bundan əvvəl Bertolle Şvarts adında rahib tərəfindən ikinci dəfə ixtira olunmuşdur.

Tüstülü barıt şoranın (75%), kükürdün (15%), kömürün (10%), mexaniki qarışığından ibarətdir. Qara rəngdə olduğu üçün bəzən onu «qara barıt» adlandırırlar. Belə barıt tozları atəş zamanı yanarkən çoxlu tüstü və alov yaradır. Onların yanması havada da davam edə bilər. Tüstüsüz barıtın əsas tərkibini piroksilin və nitroqliserin təşkil edir. Sürtünməni azaltmaq, yanmanın sürətini artırmaq məqsədilə tüstüsüz barıtın tərkibinə qrafit, lak və s. maddələr qatışdırılır. Tüstüsüz barıtın dənəcikləri yanma zamanı çoxlu qaz əmələ gətirir və demək olar ki, heç zaman tüstü yaratmır. Tüstüsüz barıt daha çox enerjiyə malik olduğundan və gülləyə daha böyük sürət verdiyindən ondan daha geniş istifadə olunur.

Kapsul barıtın alovlanmasına xidmət edir. Kapsul əsasən bürüncdən hazırlanır və yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi gilizin dib hissəsində yerləşir.

Quruluşuna görə güllələr örtüklü, yarımörtüklü və bütöv metalik olur (qurğuşun). Ön hissənin quruluşuna görə güllələr oval, silindrik, sferik, itiüclü, kütüclü və s. formada olur. Tətbiqinə görə adi və xüsusi güllələr ayrılmalıdır. Ən çox itiüclü adi metalik güllələrdən istifadə olunur. Örtüksüz qurğuşun güllələrdən idman və ov silahlarından atəş açarkən istifadə olunur. Örtüklü və əsasən də örtüksüz güllələr hər hansı bir maneəyə (məsələn, sümük) dəyərkən deformasiyaya uğraya və hətta fraqmentlərə parçalana bilər (şəkil 79). Bunun nəticəsində daha ağır və iri həcmli zədələnmələr əmələ gəlir.



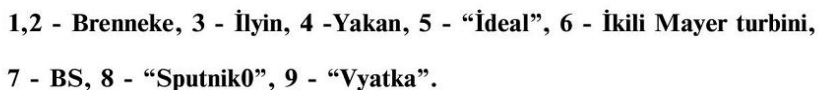
Şəkil 79. Maneəyə dəymiş və deformasiyaya uğramış güllələr

Əriməyə və həllolma qabiliyyətinə malik olan güllələr jelatindən hazırlanır. Belə güllələrin tərkibinə güclü və tez təsir göstərən zəhərləyici

Alışan və işiqburaxan güllələrin quyruq hissəsində boşluq olur və bu boşluqların daxilində asan alışan, qaranlıqda işıqsacan maddələr yerləşdirilir.

1. Kapsul
2. Giliz
3. Barıt
4. Barıt üzərinə karton tıxac
5. Keçə tıxac
6. Qırma altına karton tıxac
7. Qırma mərmisi
8. Qırma tıxac
9. Parafin əlavəsi

Mərmi kimi belə patronlarda əsasən qırmadan, kartecdən və güllədən istifadə olunur. Qırma xırda qurğuşun kürələrdir. Onlar həm zavoda və həm də əldə düzəldilə bilər. Əldəqayırma qırmarlar keçə adlanır. Zavodda hazırlanan qırmarların diametri 1 mm-dən – 5,5 mm qədər olur. Diametri 5,5 mm böyük olan qırmarlar kartec adlanır. Patronlarda qırmarların sayı tüfəngin kalibrindən və qırmanın diametrindən asılıdır.



230

Ov tüfəngləri üçün hazırlanan güllələr şar formasında bəzən isə çox mürəkkəb formalarda olur («Yakan» gülləsi, «Brenneke» və s.) (şəkil 81). Belə güllələrin xarici səthində kəsikləri olur və yivsiz silahlardan açılan atəş zamanı bu kəsiklər gülləyə fırlanma hərəkəti verir. Yivli ov tüfəngləri üçün buraxılan patronlarda örtüklü və örtüksüz güllələrdən ibarət olur.

Atəş mexanizmi

Atəşin açılması üçün əsas rolu oynayan çaxmaqdır. Çaxmaq tüfəngin yayı, yay isə şeytan hissəsi ilə birləşir. Şeytani çəkərkən, yay yığılmış vəziyyətdən çıxır və ona birləşmiş çaxmaq zərblə patronun kapsuluna dəyir. Bu zaman kapsulun tərkibində olan maddə partlayaraq alov əmələ gətirir. Əmələ gəlmiş alov kiçik dəliklərdən keçərək giliz boşluğuna daxil olur. Giliz boşluğunda olan barıt yanmağa başlayır. Barıt bərk haldan qaz halına keçir və bu zaman Avoqadro qanununa uyğun olaraq onun həcmi kəskin yüksəlir. Barıt saniyənin 1/100 müddətində yanaraq qapalı mühitdə bir neçə yüz, hətta bir neçə min atmosfer qiymətində təzyiq əmələ gətirir. Əmələ gəlmiş qazların yaratdığı təzyiq mərmiyə (güllə, qırma) təsir edərək onu patrondan lüləyə doğru itələyir. Bu təzyiqin təsiri ilə mərmə lülənin kanalı ilə artan sürətlə hərəkət etməyə başlayır. Güllənin başlangıç sürəti (güllə lülənin kanalından çıxan sürəti). Makarov tipli tapancalar üçün 315 m/s, Kalaşnikov avtomatı üçün 715 m/s, müasir döyüş silahlarında isə 2000 m/s-yə çata bilər. Qırmalarda bu sürət 300-400 m/s-yə bərabər olur. Avtomatik silahlarda əmələ gəlmiş barıt qazlarının bir hissəsi silahın yenidən doldurulmasına sərf olunur. Yivli silahlarda güllə boylama oxu istiqamətində də sürət alır (3000 dövr/dəq.). Silahın lüləsində güllədən qabaq müəyyən miqdarda hava olur. Buna güllə önü hava da deyilir. Atəş zamanı barıt qazlarının bir hissəsi güllə ilə lülənin kanalı arasında olan kəsiklərdən keçərək güllə önü havanı hərəkətə gətirir və belə hallarda güllə önü hava güllədən əvvəl təsir göstərir. Gülləönü havanın təsiri yaxın məsafədən açılan atəş zamanı mümkündür.

Gülləönü havanın təsiri nəticəsində paltarların cırılması, əzilmələr, dəri sıyrıqları və nadir hallarda giriş yarası formalaşa bilər. Gülləönü havadan sonra lülənin kanalından mərmə (güllə, qırma) çıxır, onun arxası ilə barıt qazları çıxır. Barıt qazlarının tərkibində his, lülənin kanalının yağlanması istifadə olan maddələr (yağ məhsulları), lülənin kanalından keçən zaman güllədən və ya qırmadan qopmuş metal hissəcikləri olur. Bu metal hissəcikləri əsasən güllənin və ya qırmanın örtük hissəsindən qopur. Atəş qazlarının tam oksidləşmiş məhsulları yüksək temperatura malik olur və onlar kanaldan çıxan zaman havanın oksigeni ilə aktiv reaksiyaya girir. Bu reaksiya nəticəsində ani partlama və işıqlanma meydana çıxır. Bu partlama səsi (güllə səsi) çox qısa müddət ərzində baş verir. Döyüş silahlarında bu müddət saniyənin 1/1000-də baş verir. Beləliklə silah, döyüş sursatları, atəşin mexanizmi haqqında məlumatlar əldə etdikdən sonra biz atəşin zədələyici faktorlarını təyin edə bilərik.

19.2. Atəşin zədələyici faktorlarının təyininin məhkəmə-tibbi əhəmiyyəti.

Atəşin əsas zədələyici faktoru mərmidir (güllə, qırma). Güllə müəyyən məsafəyə uçaraq təsir göstərə bilər. Barıtın yanma məhsulları olan qazlar, hiss, alov, yanmamış barıt dənəcikləri kapsulun tərkibində olan yanma məhsulları, güllə örtüyündən və lülə kanalından sürtünmə nəticəsindən qopmuş xırda metal hissəcikləri və ya tozları atəşin əlavə zədələyici faktorları adlanır. Atəşin məsafəsindən asılı olaraq əmələ gələn zədələnmələrin xarakterləri müxtəlif olur. Odlu silahlarla zədələnmələrin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı qarşıya çıxan suallardan biri də atəşin məsafəsinin təyin olunmasıdır. Atəşin əlavə faktorlarının uçuş məsafəsinə və ya təsir göstərə biləcəyi məsafəyə əsasən atəş məsafəsi məhkəmə təbabətində üç məsafəyə bölünür.

1-ci. Dirənmiş vəziyyətdə atəş.

- a) tam dirənmiş;
- b) natamam dirənmiş.

2-ci. Yaxın məsafədən atəş.

3-cü. Uzaq məsafədən atəş.

Belə məsafələrdən açılan atəş zamanı əmələ gələn zədələnmələrin hər birinin xarakterik əlamətləri var və bu əlamətlər özünü ən çox giriş dəliyinə və yara kanalının ətrafında və daxilində biruzə verə bilər. Belə əlamətlərin əmələgəlmə dərəcəsi, onların özünü biruzə verməsi silahın, mərminin, barıtın növündən çox asılıdır.

Dirənmiş vəziyyətdə atəş.

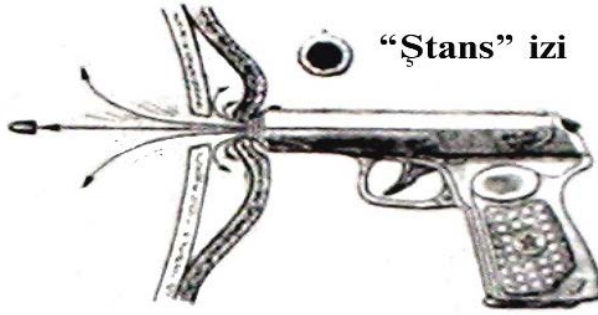
Dirənmiş vəziyyətdə atəş dedikdə silahın lüləsinin ucunun bədəndə olan paltarın hər hansı bir hissəsinə və ya bədənə tam və ya natamam dirənməsi nəzərdə tutulur. Bir çox müəlliflər dirənmiş vəziyyətdə atəşin üç növünü göstərmişdir: tam dirənmiş (hermetik), natamam dirənmiş və bucaq altında dirənmiş. Atəşin dirənmiş vəziyyətdə açılmasını sübut edən xarakter əlamətlər aşağıdakılardır.

1. «Ştans izi». Bu lülə ucunun güllənin giriş dəliyi ətrafında əmələ gətirdiyi zədəyə deyilir (şəkil 82, 83). «Ştans izi» sıyrıq və qançır formasında dərinin tamlığının pozulması ilə giriş dəliyinin ətrafında yerləşir. Barıt qazları toxumalar arasına keçərkən, dərinə qüvvə ilə lülənin ağzına itələyir və dəri qazla lülə qurtaracağı arasında sıxılır və nəticədə lülənin uc hissəsinin ölçülərinə uyğun olaraq dəridə «Ştans izi» törənir.

«Ştans izinə» görə atəşin istiqamətini, silahın növünü, kalibrini, atəş məsafəsinə təyin etmək mümkündür.



Şəkil 82. Dirənmiş vəziyyətdə atəş nəticəsində əmələ gəlmiş giriş dəliyi



Şəkil 83. «Ştans» izi

2. Dirənmiş vəziyyətdə atəş zamanı güllənin giriş dəliyi güllənin diametrindən böyük olur. Alın, gicgah və bunlara oxşar yumşaq toxuma altında sümük toxuması yerləşən nahiyyələrdə dirənmiş vəziyyətdə atəş zamanı cırılmış, ulduzabənzər formalı yaralar əmələ gəlir. Belə formalı yaraların əmələ gəlməsi barıt qazlarının təsiri nəticəsində baş verir. Barıt qazlarının təsiri nəticəsində əzilmiş və dağılmış yaralar da əmələ gələ bilər.

3. Dirənmiş vəziyyətdə atəş zamanı barıt qazlarının bütün üç təsir mexanizmini müşahidə etmək olar. Barıt qazlarının kimyəvi təsiri güllənin giriş dəliyini əhatə edir və yara kanalı boyunca yumşaq toxumaların rəngini dəyişərək, al qırmızı rəngdə boyanmasında özünü biruzə verir. Yumşaq toxumaların al qırmızı rəngdə olması barıt qazlarının tərkibindəki, dəm qazının hemoqlobinlə birləşməsi nəticəsində əmələ gələn karboksihemoqlobinin hesabına baş verir. Barıt qazlarının termiki təsiri özünü yara kanalının xaricində biruzə vermir.

4. Dirənmiş vəziyyətdə atəş zamanı atəşin əlavə faktorlarından olan barıt qırıntıları və hiss yara kanalı içərisində tapılır. Hissin bir hissəsi giriş dəliyi ətrafında, dəri üzərində təxminən 1 sm diametrində çökür. Güllənin

ardınca lülə kanalından çıxmış barıt qırıntıları bilavasitə yara kanalının içinə daxil olur. Dirənmiş vəziyyətdə atəş çox zaman intihar məqsədi ilə törədilir, lakin dirənmiş vəziyyətdə atəşin açılmasına görə ölümün intihar məqsədi ilə törədildiyini tam əminliklə söyləmək olmaz. Qətl hadisələrində və nadir hallarda bədbəxt hadisələrdə də dirənmiş vəziyyətlərdə atəş açıla bilər.

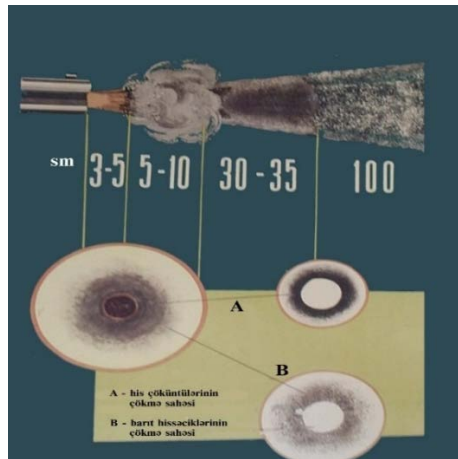
Yaxın məsafədən atəş

Yaxın məsafədən atəş dedikdə mərmidən başqa atəşin əlavə faktorlarının təsir etdiyi məsafə nəzərdə tutulur. Atəşin yaxın məsafədən açılmasını bilavasitə əlavə faktorların təsir göstərdiyi mexaniki, termiki və kimyəvi təsir zonalarına əsasən müəyyənləşdirilir. Yaxın məsafədən açılan atəş bir sıra xarakter əlamətlərə malikdir. Bu əlamətlər bir çox amillərin təsiri nəticəsində əmələ gəlir (şəkil 84). Bu amillərə aşağıdakılar aiddir:

1. Gülləni hava, alov;
2. Barıt qazları;
3. Metal hissəcikləri və ya tozları;
4. His;
5. Yanmamış barıt dənəcikləri;
6. Yağ məhsulları.

Gülləni hava və alov 3-5 sm məsafədə təsir göstərə bilər. Bu məsafədə gülləni hava böyük sürətə malik olub, 3-4⁰ C kinetik enerjiyə malik olur. Gülləni havanın təsiri nəticəsində giriş dəliyinin ətrafında sıyrıq formasında zədələnmələr əmələ gələ bilər.

Gülləni havanın təsiri nəticəsində həmçinin hava sıyrığı həlqəsi əmələ gələ bilər. Bu sıyrıqlar bir və ya bir neçə həlqədən ibarət olmaqla güllənin giriş dəliyində və bir birindən 1-1,5 sm aralı olmaqla yerləşir. Alovun təsiri nəticəsində yara ətrafında olan tüklərin ütölməsi müşahidə olunur.



Şəkil 84. Yaxın məsafədən açılan atəşin ekspert diaqnostikası (Ş.M.Musayevə görə)

Barıt qazları. Atəş zamanı barıt qazları silahın kanalında yüksək təzyiq altında mərmini hərəkətə gətirərək ona çox böyük sürət verir. Barıt qazlarının böyük hissəsi güllənin arxasınca böyük sürətlə lülə kanalından xaric olunur. Belə vəziyyətdə barıt qazları həddindən artıq qızmış olur. Normal atmosfer təzyiqində barıt qazları öz sürətini və təzyiqini itirir, atmosfer havası ilə birləşir və tez bir zamanda soyuyur. Buna görə də, barıt qazlarının zədələyici təsirləri (mexaniki, kimyəvi, termiki) 5-10 sm məsafədə özünü göstərə bilər. Barıt qazlarının mexaniki təsiri nəticəsində dərinin dərialtı toxumanın zədələnmələri paltarların yanması, cırılması, toxuma liflərinin və dəri səthindəki tüklərin alovlanması müşahidə oluna bilər. Bəzi hallarda gülləsiz atəş zamanı barıt qazlarının təsiri nəticəsində ölümcül zədələnmələr baş verə bilər. Gülləsiz atəş zamanı ancaq barıt qazları ağır zədələyici təsir göstərə bilər. Ürək nahiyəsinə dirənmiş və yaxın məsafədən açılan atəş zamanı barıt qazlarının təsiri nəticəsində ölüm baş verə bilər. Barıt qazlarının termiki təsiri ən çox özünü tüstülü barıtlı atəş zamanı biruzə verir. Bu zaman barıt qazlarının lülədən çıxması nəticəsində alov və qızmış hissəciklər xaric olur. Barıt qazlarının lülədən çıxarkən temperaturu bir neçə 100°C ola bilər. Ancaq bu saniyənin yüzdə biri müddətində davam edir. Barıt qazlarının termiki təsiri əsasən 3-5 sm məsafədə özünü alov kimi göstərə bilər. Barıt qazlarının kimyəvi təsiri özünü dəm qazının əmələ gəlməsi ilə biruzə verir və əmələ gəlmiş dəm qazının hemoqlobinlə birləşərək karboksihemoqlobin əmələ gətirməsi toxumalarda al qırmızı rəngin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Hisin təsiri. Tüstülü barıtlı atəş zamanı, atəş açılarkən yanmamış barıt dənəcikləri, duz və kömür hissələri paltarda və dərinin səthində bozuntuluqara rəngli ovalşəkilli hiss şəklində çöküntü əmələ gətirə bilər. Qırmalı ov silahlarından atəş zamanı hissin uçuş məsafəsi 1 metri keçmir. Tüstülü barıtın əmələ gətirdiyi hiss 30-35 sm məsafədə özünü biruzə verir.

Yanmamış barıt dənəcikləri. Yanmamış barıt dənəcikləri 80-100 sm məsafəyə qədər təsir göstərə bilər (şəkil 85). Tüstülü barıtdan fərqli olaraq tüstüsüz barıtda yanmamış barıt dənəcikləri az olur. Nəzəri olaraq elə hesablanmışdır ki, barıt dənəcikləri atəş zamanı silahın lülə kanalında tam yansın, lakin praktik olaraq barıt dənəciklərinin müəyyən miqdarı yanmadan və ya tam yanmadan lülə kanalından atəş zamanı xaric olur. Belə barıt dənəcikləri az da olsa müəyyən çəkiyə və kinetik enerjiyə malik olur.

Tüstülü barıtın dənələri daha iri olur və onlar 300-500 sm məsafəyə qədər uça bilər. Uçuş zamanı onların qarşısına hər hansı bir hədəf (paltar, dəri) çıxarsa hərəkətini itirir və ya həmin hədəfin daxilinə keçə bilər. Tüstüsüz barıtın yanmamış dənələri qeyd olunduğu kimi az olur və uçuş zamanı 3 metr məsafəyə qədər qarşısına çıxmış maneələrdə yığıla bilər. Metal hissəcikləri və ya tozları da yanmamış barıt dənəciklərinin qət etdiyi məsafəyə qədər uça bilər.



Şəkil 85. Yanmamış barıt dənəciklərin yara ətrafı səpələnməsi

Silahın lülə kanalını yağlamaq üçün xüsusi mineral yağlardan istifadə olunur. 35-45 sm məsafədən açılan atəş zamanı paltarda və ya dəridə «sıçramış izlər» şəklində bu yağları müşahidə etmək olar.

Silahların yağlanması istifadə olunan maddələr zədələyici təsir göstərmir, lakin onların tapılması atəşin yaxın məsafədən açılmasını sübut edir. Belə yağları təyin etmək üçün giriş dəliyi ətrafında tapılmış belə izlər ultra-bənövşəyi şuaların köməyi ilə təyin olunur. Belə yağların ultra-bənövşəyi müayinəsi zamanı onlar mavi-göyümtül işıqlanma verir.

Yuxarıda göstərilən atəş komponentlərinin hər hansı birinin tapılması atəşin yaxın məsafədən açılmasını göstərir.

Yaxın məsafədən açılmış atəş zamanı əmələ gələn odlu silah zədələnmələri məsafəyə görə şərti olaraq 3 zonaya bölünür:

1. Barıt qazlarının mexaniki, kimyəvi və termiki təsir göstərdiyi zona – 5-10 sm.
2. Hissin, yanmamış barıt dənəciklərinin və metal hissəciklərinin çökdüyü zona – 35-40 sm qədər.
3. Barıt dənəciklərinin yayıldığı zona – 3 metrə qədər.

Uzaq məsafədən açılan atəş

Uzaq məsafədən atəş dedikdə, atəşin əlavə faktorlarının təsir göstərə bilmədiyi məsafə başa düşülür.

Uzaq məsafədən atəş zamanı zədələnmələr ancaq mərminin (güllə və ya qırma (karteç)) təsiri nəticəsində əmələ gəlir.

19.3. Güllənin kinetik enerjisi.Yara kanalı. Güllənin dəlib-kəçən və hidrodinamik təsiri.

Atəş zamanı mərmii özünə məxsus kinetik enerjiyə malik olur. Kinetik enerji bilavasitə sürətdən asılıdır, yəni sürətdən asılı olaraq mərmii (güllə, qırma) hədəfə müxtəlif cür təsir göstərir (şəkil 86).

1. Güllənin sürəti 100 m/s-yə gədər olarsa onda güllə hədəfə kontuzion təsir göstərir. Bu zaman insan bədənində sıyrıq, qançır və ya səthi yaralar kimi zədələnmələr əmələ gələ bilər.

2. Güllənin sürəti 100-200 m/s-yə qədər olarsa, onda güllə pazvari təsir göstərir. Bu zaman güllə toxumaları pazvari aralayaraq, yarıq formasında giriş dəliyi əmələ gətirir. Bədən daxilində də öz sürətini itirmiş güllə bədənədən çıxan zamanda çıxış dəliyində də pazvari təsir göstərir. Bu zaman çıxış dəliyi yarıq şəklində olur.

3. Güllənin sürəti 200 m/s-dən çox olarsa, onda güllə dəlib keçən təsir göstərir. Bu zaman güllə dəydiyi dəri hissəsini vurub qopardaraq, toxuma defekti ilə xarakterizə olunan tipik giriş dəliyi əmələ gətirir.

4. Güllənin sürəti 1000 m/s-yə və ondan çox olarsa, onda güllə bədənə dağıdıcı təsir göstərir.



Şəkil 86. Güllənin kinetik enerjisindən asılı olaraq hədəfə təsiri

Yuxarıda göstərilən təsir mexanizmi qırmalara və karteclərə də aid oluna bilər.

Əgər böyük kinetik enerjiyə malik olan güllə maye və ya qanla dolu parenximatoz orqanlara dəyərsə, onda güllənin hidrodinamik təsiri əmələ gəlir. Güllənin belə təsiri fizikada Paskal qanununa əsaslanır. Maye və ya qanla dolu olan orqan (dolu mədə, sidik kisəsi, ürək diastola fazasında, baş beyin, dalaq, qara ciyər) sıxılma qabiliyyəti az olduğuna görə partlayır və geniş həcmli

zədələnmələr əmələ gəlir. Hidrodinamik təsir zamanı güllənin giriş dəliyi nahiyyəsində zədələnmələr kiçik həcmli olur, çıxış dəliyində isə massiv dağılmalar müşahidə olunur (şəkil 87).



Şəkil 87. Güllənin hidrodinamik təsiri

Güllə bədənə kiçik sahədə cəmləşən qüvvətli zərbə yetirir. Bu zaman toxumaların sıxılması, partlaması, dağılması baş verir. Toxumaların sıxılması zamanı sıxılma dalğalarının ətrafa ötürülməsi baş verir və bunun nəticəsində güllənin keçməsinin ardınca sıxılmış toxumaların bir hissəsi kənar istiqamətdə öz hərəkətini davam etdirərək güllənin diametrindən bir neçə dəfə böyük olan boşluq əmələ gətirir. Bu boşluq sonradan büzüşərək yığılır və adi yara kanalına çevrilir.

Məhkəmə təbabətində mərminin bədəndən keçdiyi yol – yara kanalı adlanır.

Yara kanalının növünə görə fasiləli, fasiləsiz və qarışıq forması olur. Yara kanalı istiqamətinə görə düzxətli və sınıq xəttli olur.

Yara kanalının növünə görə odlu silah zədələnmələri aşağıdakı kimi ayırd olunur:

1. Dəlib-keçən – güllənin həm giriş, həm də çıxış dəliyi olur.
2. Kör güllə yaralanmaları – güllənin giriş dəliyi olur, lakin çıxış dəliyi olmur, yara kanalı mərmə ilə qurtarır.
3. Toxunan güllə yaralanmaları – güllə bədən səthinə toxunub keçir və dəri səthində novşəkilli əzilmiş yara əmələ gətirir.
4. Kəmərvari güllə yaralanmaları – güllə dərialtından və yaxud da sümüyün səthindən keçərək kəmər formasında səthi yaralanma əmələ gətirir.

Yara kanalının özündə 3 zona ayırd olunur:

1. Bir başa yara kanalı zonası (mərkəzi hissə);

2. Yara kanalının divarlarını təşkil edən əzilmə zonası;
3. Toxumaların molekulyar silkələnmə zonası.

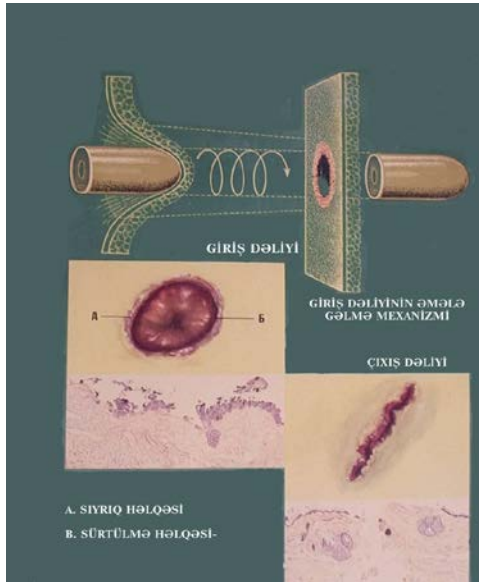
Molekulyar silkələnmə zonası güllənin yan təsiri nəticəsində əmələ gəlir və 4-5 sm və daha çox məsafədə olur. Sonradan bu zona nekrozlaşır və ilkin yaranın cərrahi işlənməsi zamanı mütləq xaric olunmalıdır. Güllə sümüyə yaxın toxumalardan keçəndə onun yan təsiri nəticəsində sümükdə sınıq əmələ gələ bilər.

Yara kanalının özü isə bilavasitə güllənin ön təsiri nəticəsində əmələ gəlir.

Ümumiyyətlə odlu silah yaraları bakterial çirklənməyə məruz qaldıqda yara nahiyəsində irinli proseslər törənir. Bu zaman ostiomieli, empiema, meningit, sepsis, peritonit və s. kimi infeksiya ağırlaşmalar müşahidə oluna bilər. Belə ağırlaşmalar daha çox daxili orqanlar, sümüklər və seroz boşluqlar zədələndikdə əmələ gələ bilər.

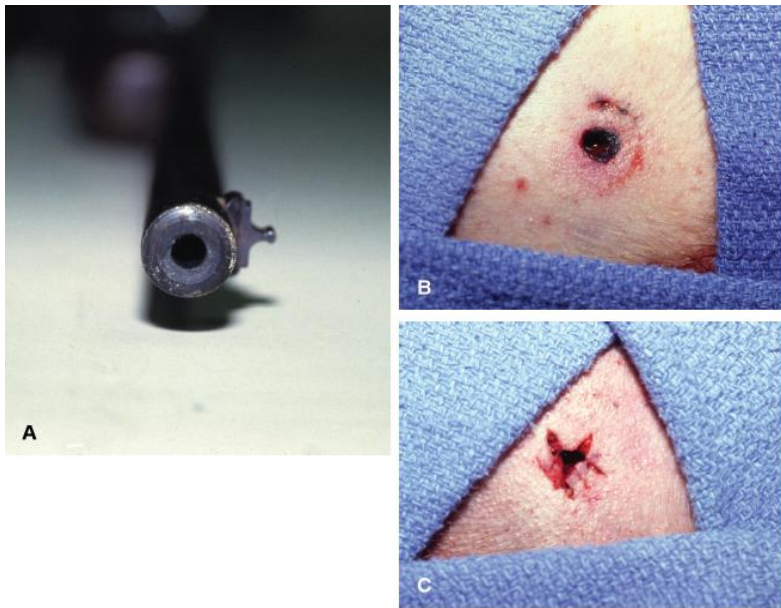
Dəlib keçən güllə yaralanmaları

Dəlib keçən güllə yaralanması giriş dəliyindən yara kanalından və çıxış dəliyindən ibarət olur (şəkil 88, 89). Güllə bədəninə daxil olarkən dərinin bir hissəsini qopararaq özü ilə içəri aparır. Qopardılmış dəri hissəsinin diametri güllənin diametrindən bir qədər kiçik olur. Giriş dəliyini çıxış dəliyindən fərqləndirən bu əlamət toxuma çatışmamazlığı adlanır. Giriş dəliyinin kənarlarını bir birinə yaxınlaşdırdıqda yara tamamilə qapanmır. Onları çəkib qapadıqda isə yara bucaqlarında dəri büküşləri əmələ gəlir. Çox nadir hallarda toxuma çatışmamazlığı güllənin çıxış dəliyində də rast gəlir.



Şəkil 88. Odlu silah yaralanmalarının giriş və çıxış dəlikləri

Güllə yarasının giriş dəliyi güllənin diametrindən təxminən 1-2 mm kiçik olur. Bu güllənin dərinini deşmə mexanizmi ilə izah olunur ki, bu zaman güllə dərinini deşməzdən əvvəl təzyiq edərək onu qıfvari içəri doğru itələyir. Dərinin elastikliyi və yumşaq toxumaların yığılması da giriş dəliyinin ölçülərinin güllənin diametrindən kiçik olmasında rol oynayır. Güllənin giriş dəliyi adətən güllənin köndələn formasına uyğun olaraq dairəvi formada olur, onun kənarları isə nisbi hamar olur. Güllə orqanizmə bucaq altında daxil olduqda giriş dəliyi oval formada olur.



Şəkil 89. Dəlib keçən güllə yaralanması
A- tüfəngin lüləsinin kəsiyi; B- giriş dəliyi; C- çıxış dəliyi

Giriş dəliyi üçün xarakter əlamətlərdən biridə – sıyrıq həlqəsidir. Sıyrıq həlqəsi – 0,1-0,15 sm enində olur. İlk dəqiqələrdə sıyrıq həlqəsi qırmızı cəhrayı, sonradan isə quruma nəticəsində tünd qonur rəngdə olur. Güllə dəridən keçdikdə, yaranın kənarında epidermisi əzir, sıyrır və onun tamlığını pozur. Güllə şaquli istiqamətdə dərinini deşdikdə giriş dəliyinin kənarında bərabər enlikdə sıyrıq həlqəsi əmələ gəlir. Güllə bucaq altında orqanizmə daxil olduqda sıyrıq həlqəsinin eni yara ətrafında bucaq yaradıcı nahiyyədən enli olur. Atəşin istiqamətinin təyində sıyrıq həlqəsinin formasının təyini əsas meyarlardan biri ola bilər. Nadir hallarda sıyrıq həlqəsi çıxış dəliyində də rast gəlinə bilər. Bədənə daxil olduqdan sonra sürətini və kinetik enerjisini tam itirməmiş güllə bədənə daxil olanda hər hansı bir hədəfə (məsələn; döş boşluğuna) öndən atəş açılan zaman güllə arxadan çıxarkən şəxs bərk əşyaya

dirənmiş vəziyyətdə) dəyərsə bu zaman çıxış dəliyində də toxuma çatmamazlığı müşahidə edilə bilər.

Çirklənmə həlqəsi. Çirklənmə həlqəsi giriş dəliyi üçün xarakter əlamətdir. Güllə lülə kanalından xaric olarkən kanalda olan maddələrin bir hissəsini öz üzərində aparır. Güllə orqanizmə daxil olduqda onun üzərindəki bu maddələr (hiss, pass, silah yağları) giriş dəliyi ətrafındakı dəriyə hoparaq həlqə formasında iz əmələ gətirir ki, bunada çirklənmə həlqəsi deyilir.

Bəzən güllədə olan metall hissəcikləri və ya tozları giriş dəliyinin kənarında silinərək həlqə formasında iz buraxır. Buna «metallaşma həlqəsi» deyilir. Yuxarıda göstərilən bütün əlamətlər – çirklənmə həlqəsi, sıyrıq həlqəsi, metallaşma həlqəsi, hamısı güllənin giriş dəliyinin ətrafında eyni nahiyyədə yerləşir, lakin onlar öz morfoloji xüsusiyyətlərinə görə bir birindən fərqlənirlər.

Sıyrıq həlqəsi həlqəşəkilli sıyrıqdır, çirklənmə həlqəsi çirkin yara ətrafına yığılmasıdır, metallaşma isə – metal tozlarının yığılmasıdır.

Uzaq məsafədən atəş zamanı bəzən giriş dəliyinin ətrafında hissənin çök-məsi müşahidə olunur (atəşin digər əlavə faktorlarının müşahidə olunmadığı hallarda).

Güllənin uçuşu zamanı ondan öndə sıxılmış hava sahəsi əmələ gəlir. Güllənin arxası ilə isə, boş hava sahəsi əmələ gəlir. Bu boşluqda isə güllənin arxası ilə az miqdarda hiss uçuşur. Güllə birinci maneədən keçərkən onun ballistik dalğaları dağılır. Güllənin arxasında olan boşluqda yerləşən hiss ikinci maneənin ətrafında şüavari – çıxıntılı çöküntü əmələ gətirir. Yaxın məsafədən açılmış hiss çöküntüsündən fərqli olaraq bu zaman əmələ gələn çöküntünün sahəsi kiçik (0,6-1,5 sm enində), miqdarı isə çox az olur. Bu əlamət ilk dəfə olaraq 1952-ci ildə İ.V.Vinoqradov tərəfindən kəşf olunmuşdur və Vinoqradov fenomeni adlanır. Vinoqradov fenomeninin əmələ gəlməsi üçün aşağıdakı şərtlər mütləq olmalıdır:

1. İki hədəfin olması (ikiqat paltar, paltar və dəri);
2. Maneələr arasındakı məsafələr 1-5 sm-yə qədər olmalıdır;
3. Güllənin sürəti 500 m/s-dən az olmamalıdır.

Vinoqradov fenomeninə rast gələrkən ekspert düzgün və əsaslandırılmış şəkildə atəş məsafəsini təyin etməlidir.

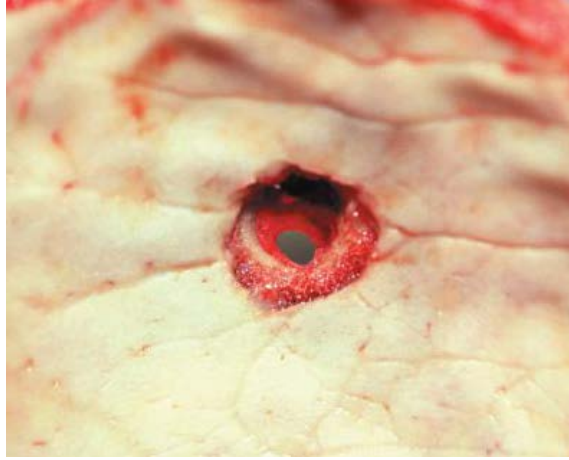
Güllənin çıxış dəliyi müxtəlif formalarda ola bilər. Çıxış dəliyi ulduzabənzər, xaçvari, bucaqlı, qövs, qeyri-müəyyən formalı, nadir hallarda oval və dairəvi ola bilər. Güllənin çıxış dəliyinin əsas əlamətləri aşağıdakılardır:

- Toxuma çatmamazlığının olmaması;
- Çirklənmə həlqəsinin və sıyrıq həlqəsinin olmaması;
- Kənarları nahamar, bəzən bayıra doğru çevrilmiş olur;
- Çıxış dəliyinin yarıq və qeyri müəyyən formada olması.

Yuxarıda göstərilən əlamətlərə görə giriş dəliyini çıxış dəliyindən differensiasiya etmək olar.

Bəzi hallarda zərərçəkmişlərə cərrahi köməklik göstərilir. Belə cərrahi müdaxilələr zamanı güllənin giriş və çıxış dəliyinin cərrahi işlənməsi nəticəsində

güllənin istiqamətinin təyin olunması çətinlik törədir. Belə hallarda güllənin istiqamətini təyin etmək üçün yara kanalının xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi məhkəmə-tibbi ekspertə köməklik göstərə bilər. Yara kanalının köndələn kəsiyinin forma və ölçüləri güllənin diametrindən, sürətindən hərəkət xarakterindən və toxumanın xüsusiyyətlərindən asılıdır. Həyati yaralanmalar zamanı yara kanalı boyunca yumşaq toxumalar arasında qansızmalar, yara kanalının içərisində isə laxtalanmış qan kütlələri tapıla bilər.



Şəkil 90. Yastı sümükdə çıxış dəliyi (konusabənzər genəlmə)

Yastı sümüklərdə güllənin giriş və çıxış dəliklərindəki fərq özünü aydın biruzə verir (şəkil 90). Yastı sümüklərdə güllənin başlıq hissəsi kəsik konusvari qüsür törədir. Konusun zirvəsi güllənin daxil olduğu səthə, əsası isə güllənin getdiyi istiqamətə doğru yönəlir. Güllənin təsiri nəticəsində sümüklərin zədələnməsi zamanı güllə sümük qırıntıqlarının müəyyən hissəsini öz hərəkəti istiqaməti boyu aparır. Bu zaman çıxış dəliyi didilmiş formada olur, bəzən isə sümük qəlpələrinin təsirindən əlavə çıxış dəlikləri əmələ gələ bilər. Sümük qırıntılarının yara kanalında tapılması və onların zədələnmiş sümüyün hansı tərəfdə yerləşməsi güllənin bədəndə hərəkət istiqamətini aydınlaşdırmağa imkan verir.

Güllənin kinetik enerjisi azalan zaman güllə orqanizmdən xaric ola bilmir və o yara kanalının qurtaracağında aşkar olunur. Belə yaralanmalar kor güllə yaralanması adlanır. Bəzi hallarda güllə müəyyən bərk maneələrə 15^0 bucaq altında dəydikdən sonra insan orqanizminə daxil ola bilər. Buna güllənin **rikoşeti** deyilir. Rikoşet etdikdən sonra güllə orqanizmə daxil olmazdan əvvəl deformasiyaya uğrayaraq öz uçuş vəziyyətini dəyişir. Belə hallarda giriş dəliyi müxtəlif formalarda ola bilər. Kör güllə yaralanmaları zamanı güllə xaric olunarkən məhkəmə-tibb eksperti heç bir iti və ya bərk alətdən istifadə etməməlidir. O, gülləni əli ilə çıxararaq öz müayinələrini davam etməlidir. Kör

güllə yaralanmaları zamanı güllənin çıxış dəliyi olmadığından bəzən gülləni tapmaq çox çətin olur. Belə hallarda rentgen müayinəsindən istifadə olunur.

Bəzi hallarda avtomatik silahlardan fasiləsiz atəş açılarkən bir neçə giriş dəliyi olmasına baxmayaraq çoxlu çıxış dəliyi olması müşahidə oluna bilər. Odlu silah yaralanmalarının sayı çox olduqda, zərərçəkmişin bədəni üzərində yaralanmaların ardıcılığının təyin olunması tələb olunur. Məhkəmə-tibbi ekspertizada bu ardıcılığı təyin etmək elə də asan deyil. Bu məsələnin həlli üçün aşağıdakı faktorlara istinad etmək olar:

1. Əgər zədələnmələr arasında müddət çox olarsa, onda onların ardıcılığını yaralarda törənən iltihabi dəyişikliklərin xarakterinə görə təyin etmək olar;
2. Çıxış dəliyi həlqəsinin təzahür etmə dərəcəsinə görə də zədələnmələrin ardıcılığını təyin etmək olar, belə ki ilkin və ya birincili zədələnmələrdə yağlanma həlqəsi daha yaxşı özünü biruzə verir.
3. Atəşin sayı artdıqca lülənin daxili hissəsində daha çox miqdarda hiss və metall tozları əmələ gəlir. Buna görə də yaraların kənarlarında çıxış dəliyi həlqəsinin əmələgəlmə intensivliyi çoxalır.
4. Yastı sümüklərin odlu silah təsirindən birincili zədələnməsi zamanı radial istiqamətdə yayılmış çatlar əmələ gəlir. İkincili zədələnmə və yaxud atəş zamanı əmələ gələn belə çatlar birincili əmələ gəlmiş çatlara gədər gedir və onları keçmir. Bu əlamət Nikiforov-Şavinyi əlaməti adlanır.

19.4. Ov silahları ilə zədələnmələr.

Ov silahları istər quruluşuna və istərsə də onlardan atəş açılan zaman törətdiyi zədələnmələrə görə hərbi silahlardan fərqlənir. Belə silahlarla atəş zamanı da atəşin üç məsafəsi ayırd olunur:

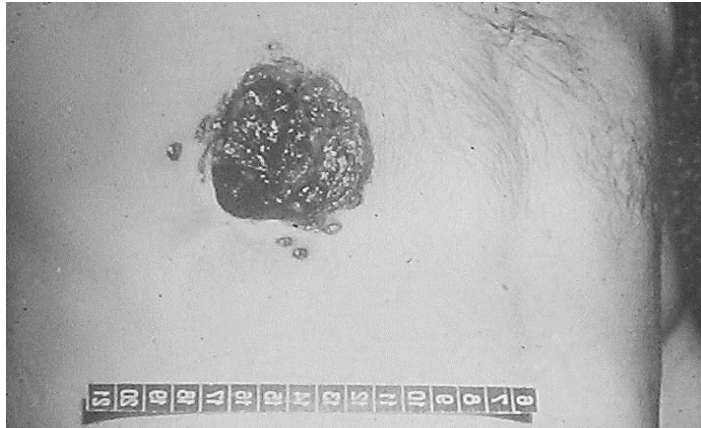
1. Dirənmiş vəziyyətdə atəş. Belə vəziyyətdə açılan atəş zamanı əsas əlamətlər aşağıdakılardır:
 - Ştamp izinin olması;
 - Güllənin giriş dəliyinin xaçabənzər və ulduzabənzər formada olması;
 - Güllənin giriş dəliyində və onun ətrafındakı toxumaların karboksihemoqlobinin əmələ gəlməsi hesabına al qırmızı rəngdə olması;
 - Atəşin əlavə faktorlarının giriş dəliyi ətrafında deyil, yara kanalında olması;
 - Giriş dəliyi ətrafı dərialtı piy hüceyrələrində «ciblərin» olması.
2. Yaxın məsafədən atəş zamanı atəşin əlavə faktorları öz təsirini göstərir. Onlar aşağıdakılardır:
 - Gülləni hava;
 - Barıt qazları;
 - His;

- Metal tozları;
- Yanmamış barıt dənəcikləri;
- Silah yağlarının olması.

3. Uzaq məsafədən və ya yaxın olmayan məsafədən açılan atəş zamanı atəşin əlavə faktorları belə silahlarda da öz təsirini göstərir.

Ov silahları arasında əsasən 12, 16 və 20 kalibrli hamarlılüləli ov tüfənlərindən istifadə olunur. Ov silahlarında mərmə qismində ən çox qırmadan və karteçdən istifadə olunur.

16 kalibrli ov tüfənlərinin patronlarında 4,5 qr, 12 kalibrli isə 6,5 qr barıt və 30-36 qr qırma olur. Qırma əvəzinə bəzən güllə formasında olan iri bir qurğuşun yerləşdirilir. Qırmalar ölçücə müxtəlif, formaca isə eyni olur. 1-dən-14-dək qırma növü ayırd olunur və sıra nömrəsi artdıqca qırmaların diametri 0,25 mm kiçilir. 1№-li qırmanın diametri 4 mm olur. Bu qırmanın nömrəsi «0» (sıfırla) işarə olunur. 2 №-li qırmanın diametri 3,75 mm olur və qeyd olunduğu kimi sonrakı №-lər 0,25 mm dəyişir. Diametri 5,9 mm-dən böyük olan qırmalar «kartec» adlanır, bunlardan da iri ov heyvanlarını ovlama zamanı istifadə olunur. Qırma və ya kartec hamarlılüləli silahın kanalında barıt tıxacı ilə birlikdə kompakt bir mərmə şəklində xaric olur, sonra isə ayrı-ayrı hissələrə parçalanır. Karton tıxaclar 5-10 metr, keçə tıxaclar isə 30-50 metr məsafəyə qədər uça edə bilər. Tıxac adətən qırma toplusunun önündə uçur və qırmaları anı «parçalayır». Getdiqə sürəti azalan və bir birindən ayrılan «yayılan» qırmalar hədəfə rast gəlməzsə sürətini tam itirərək yerə düşür. Qırmanın maksimal uçuş məsafəsi 200-400 metr, kartecin isə 500-600 metrdir.



***Şəkil 91. 1,5 metr məsafədən açılan atəş (ov silahı)
nəticəsində döş qəfəsinin yaralanması***



Şəkil 92. Uzaq məsafədən açılan atəş nəticəsində qırmaların yayılması

Müxtəlif kalibrli ov silahlarından qırmalı patronlarla atəş zamanı 5-20 sm məsafədən başlayaraq qırmalar səpələnməyə başlayır. Ov tüfənglərindən 50-70 sm məsafədə yerləşən hədəfə atəş zamanı 3,5 sm diametrindən böyük olmayan bir ədəd yara törənir. Buna qırmanın kompakt (tam) təsiri deyilir. 50-70 sm-dən 1 metrə qədər olan məsafədən atəş zamanı 4-5 sm diametrində olan 1 giriş dəliyi əmələ gəlir (şəkil 91). Qırmaların az səpələnməsi hesabına əsas yaranın ətrafında əlavə zədələnmələr də meydana çıxır. Onlar tək-tək və çox kiçik olur. Buna qırmanın və ya karteçin nisbi kompakt təsiri deyilir. 1 metrdən uzaq məsafədən atəş zamanı qırmanın səpələnməsi hesabına çoxlu sayda xırda giriş dəlikləri olan zədələnmələr əmələ gəlir (şəkil 92). Belə səpələnmiş qırmalarla zədələnmələr zamanı əsasən kör yaralar əmələ gəlir. Nadir hallarda tək-tək qırmaların təsiri nəticəsində ölüm baş verə bilər. Qırmanın səpələnməsinə görə atəşin məsafəsini təyin etmək olar (cədvəl 11).

Ekspert müşahidələrinin birində bir ovçu 150 metr məsafədən qırmalı patronla atəş zamanı zədələnmişdir. Qırma gözün içəri səthindən keçərək, göz almasının qalın divarlarını deşmiş və beynə daxil olaraq iri beyin arteriyasını zədələmişdir. Zərərçəkmiş kəllədaxili qanaxmadan ölmüşdür. Bu hadisə zamanı qırmanın odlu silahdan və ya atıcı (pnevmatik tüfəng) silahdan atılması sualını həll etmək lazım gəlmişdir. Qırmanın üzərində hiss izlərinin tapılması və kənarlarının qeyri-bərabər sürülməsi bir mənalı şəkildə atəşin atıcı deyil odlu silahdan açıldığını söyləməyə imkan vermişdir.

Qırmanın nisbi kompakt və kompakt təsiri zamanı daha ağır zədələnmələr meydana çıxır. Başın zədələnmələri zamanı kəllə praktiki olaraq tamamilə dağıla bilər. Döş nahiyəsinin zədələnmələrində ürək və ağciyərlərin zədələnmələri nəticəsində ölüm baş verə bilər. Qırma ilə hətta yaxın məsafədən atəş açılan zamanı zədələnmələrdə yaralar çox nadir hallarda dəlib-keçən olur. Belə hallarda çox vaxt kor qırma yaralanmaları müşahidə olunur. Qırma

yaralanmalarının diaqnostikasında rentgen müayinəsinin çox böyük köməkliyi ola bilər.

Cədvəl 11

Qırma zədələnmələrində məsafənin təyini

Atəşin məsafəsi (sm)	Əlamətlər
Dirənmiş	Dəriyə və paltarlara qazların əlavə cırılmalar halında təsiri; yara kanalının giriş hissəsində barıt qalıqları; bəzi hallarda isə çıxış dəliyinə yaxın yerləşmiş paltarlarda barıt qalıqları; ikinci lülənin en kəsinin çıxış dəliyi ilə yanaşı yerləşmiş izi; giriş dəliyi nahiyəsində əzələlərin al (açıq) qırmızı rəngi və yara kanalında tıxacın olması.
5 - 10	Az dərəcədə olsa da qazların əlavə təsiri hələ saxlanılır. Giriş dəliyinin ölçüsü lülə kanalının diametrinə bərabərdir. Giriş dəliyi ətrafında çoxlu (bol) miqdarda barıt hisinin çökməsi və dərinin perqamentləşməsi. Dəri və paltarda barıt hissəciklərinin yayılması 4-15 sm diametrinə çatır.
20 - 30	Giriş dəliyi 1,5 sm-dən 3,5 sm-ə qədər diametrində kiçik saçaqlı (naxışlı) kənara malik olur. Böyük dəliyin kənarlarından 1 sm məsafədə ayrı-ayrı qırımların təsirindən məhdud xəsarətlər törəyə bilər: 15-25 sm diametrində dərinin perqamentləşməsi, çoxlu (bol) barıt hisi, barıt və qurğuşun hissəciklərinin dəriyə çökməsi (batması) müşahidə olunur. Karton tıxacların təsirindən qançır və sıyrıqlar əmələ gəlir.
50	Qırımların yayılma sahəsinin diametri 2 sm-dən 4,5 sm-ə qədər olur. Böyük yara dəliyi nahamar (şəbəkəli) kənarlı olur. Böyük dəlik kənarlarından ən uzağı 2 sm məsafədə, ayrılmış qırımlar təsirindən tək-tək (məhdud) xəsarətlərin olması mümkündür. Tüstülü və tüstüsüz barıt hisi bir qədər (mötədil) nəzərə çarpır. Barıt hissəciklərinin çökməsi (batması) 25-30 sm diametrə çatır. Karton tıxaclardan sıyrıq və qançırlar olur.
100	Qırımların səpələnmə diametri 3-7 sm olur. Böyük yara dəliyi dişli kənarlı olur və çox vaxt kiçik tək-tək zədələrlə əhatə olunur. Bunlar mərkəzi yaranın kənarlarından ən uzağı 3 sm məsafədə yerləşirlər. Barıt hisi zəif nəzərə çarpır. Barıt və qurğuşun hissəciklərinin yayılma (səpələnmə) sahəsi 15-40 sm diametrinə çatır. Tıxaclar təsirindən sıyrıq və qançırlar ola bilər.
200	His olmur və ya çox zəif ifadə olunur (görünür). Azacıq qurğuşun hissələri hələ də paltarlara girir (daxil olur). Mərkəzi dəlik, kənarlarından ən uzağı 8 sm məsafədə kiçik tək-tək (məhdud) zədələr halqası ilə əhatə olunur. Tıxacın təsirindən əmələ gəlmiş qançıra, sıyrıq və yaralara rast gəlinir.
300 - 500	Çoxlu kiçik zədələrlə əhatə olunmuş böyük mərkəzi dəliklər (yaralar) hələ də əmələ gəlir, ancaq bunların yara kanalı çox dərin olmur (1-3 sm). Bəzən səpələnmə halında zədələr müşahidə olunur, paltarlarda tək-tək barıt və qurğuşun hissəciklərinin ilişib-qalması ola bilər. Keçə tıxacların təsirindən törənmiş qançıra, sıyrıq və yaralara rast gəlinir.

19.5. Gülləsiz atəş

Boş patron dedikdə mərmisi olmayan, lakin barıt yığımı olan patron nəzərdə tutulur. Gülləsiz atəş zamanı zədələnmələr ancaq dirənmiş vəziyyətdə

və ya 5-10 sm-dən uzaq olmayan məsafədən atəş zamanı əmələ gələ bilər. Bu zaman barıt qazlarının mexaniki təsiri müşahidə olunur. Bəzən gülləsiz atəşlərdə güllə patrondan çıxarılmış olur və barıt dağılmasın deyə gilizin ağzına tıxac qoyulur. Belə tıxaclar keçədən və ya kağızdan ola bilər. Belə tıxacları olan patron ağır zədələnmə yetirə bilər.

Başın, döş qəfəsinin, qarının və diqər həyati vacib orqanların zədələnməsi zamanı ölüm baş verə bilər. Bu zaman adətən kor zədələnmələr əmələ gəlir. Barıtın dağılmaması üçün onun ağzına qoyulmuş tıxaclarla ağır zədələnmələrdə baş verə bilər. Barıt qazlarının təsiri nəticəsində əmələ gələn zədələnmələrin iri həcmli olması barıt qazlarının yüksək təzyiqə və sürətə malik olması ilə izah olunur. Təyin olunmuşdur ki, barıt qazları lülə kanalından çıxarkən 100 m/s və daha çox sürətə, 2000-3000 atm təzyiqə malik olur. Gülləsiz atəşin təsir etdiyi nahiyyədə kənarları cırılmış 1 ədəd geniş yara əmələ gəlir.

Yaranın içərisində toxumaların əzilməsi, nadir hallarda sümüyün çartlaması, sınması, qanaxma kimi zədələnmələr müşahidə oluna bilər. Gülləsiz atəşlə zədələnmələr bədbəxt hadisə nəticəsində baş verir. Çox hallarda barıt qazlarının ağır zədələnmələrlə nəticələnməsini gülləsiz patrondan istifadə edən şəxslər bilmir.

19.6. Partlayış travması

Partlayış – dedikdə partlayıcı maddənin fiziki, kimyəvi və ya nüvə dəyişikliyinə uğraması zamanı tez bir zamanda ayrılan enerji nəzərdə tutulur.

Əsas enerji növləri isə fiziki, kimyəvi və nüvə enerjisidir.

Partlayışlar nəinki müharibə zamanı, həm də dinc məqsədlər üçün də istifadə olunur. Dinc məqsədlər üçün istifadə olunan partlayışlar, hidrostantsiya, metro, stansiya və s. işlər üçün istifadə olunur. Xüsusi partlayıcı maddələrdən istifadə zamanı ayrılan enerji böyük dağıntılara və insan tələfatlarına səbəb ola bilər.

Partlayışları aşağıdakı kimi təsnif etmək olar:

1. Təbii partlayışlar (vulkanlar, meteoritlər və s.);
2. Qabaqcadan planlaşdırılmış partlayışlar (hərbi, nüvə partlayışları, elektrik, lazer partlayışları, eksperiment partlayışlar, təsərrüfat və pirotexniki partlayıcı maddələrlə yaranan partlayışlar və s.);
3. Təsədüfi partlayışlar.

Məhkəmə-tibbi praktikada ən çox partlayıcı maddələrin təsirindən törənən zədələrə rast gəlinir. Partlayıcı maddələrin partlaması nəticəsində detonasiya dalğası əmələ gəlir. Bu zaman partlayıcı maddə ani olaraq bərk haldan qaz halına keçir. Detonasiyanın sürəti 9000 m/s-yə çata bilər. Əmələ gələn qazlar ani sürətdə genişlənərək 200000-300000 atm. təzyiqi gücündə zərbə dalğası əmələ gətirir. Partlayış qazları və zərbə dalğası müxtəlif hədəfləri dağıdaraq ikincili mərmilərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. İkincili mərm

dedikdə hər hansı bir əşyaların qopmuş hissələri, bədənin qopmuş, parçalanmış hissələri nəzərdə tutulur. Beləliklə, partlayış zamanı partlayıcı maddənin detonasiya faktorları zərbə dalğası, partlayıcı maddələrin qəlpə və hissələri, xüsusi zədələyici vasitələr (metal kürələr, kimyəvi maddələr və s.) və ikincili mərmilər əsas zədələyici xüsusiyyətə malik olur. Onları partlayışın zədələyici faktorları adlandırırlar. Belə faktorların təsiri nəticəsində əmələ gəlmiş zədələnmələr partlayış travması adlanır.

Partlayıcı maddənin detonasiya maddələrinə partlayış qazları, partlayıcı maddənin hissələri və partlayış hissi aid olunur. Partlayış qazları mexaniki, termiki və kimyəvi təsir göstərir. Partlayış qazlarının mexaniki təsirinin xarakteri partlayıcı maddənin böyüklüyündən və partlayışın məsafəsindən asılıdır. Partlayıcı qazlar yumşaq toxumaların və daxili orqanların geniş həcmli dağılmasına gətirib çıxarır. Dərinin və yumşaq toxumaların dağılması, dərialtı qansızmalar müşahidə oluna bilər.

Zədələnmələrin əmələ gəlməsi partlama radiusundan da asılıdır. Partlayış qazlarının termiki təsiri, tüklərin yanması və səthi yanıqlar şəklində özünü biruzə verir. Kimyəvi təsirlər nəticəsində isə dağılmış toxumalarda oksid-, sulfid-, və karboksihemoglobin əmələ gəlir.

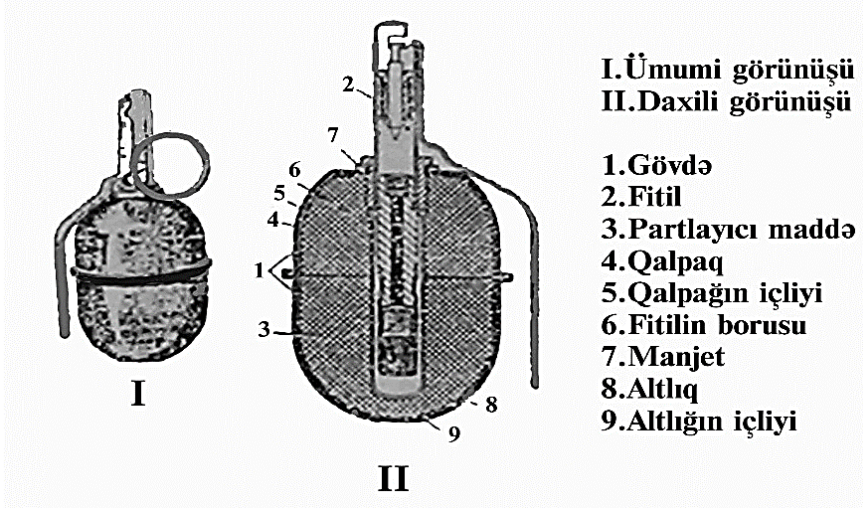
Partlayıcı maddənin hissələri yerli mexaniki (kiçik həcmli sıyrıqlar, qançırılar, səthi yaralar), termiki və kimyəvi təsir göstərə bilər. Partlayış nəticəsində əmələ gələn hiss adətən epidermisin səthi qatında impregnasiya olunur. Zərbə dalğası böyük kinetik enerji ilə geniş zədələyici səthə malik olan küt alət kimi təsir göstərir. Zərbə dalğasının təsiri nəticəsində qulaq pərdələrinin, ağciyərlərin, plevranın cırılması baş verə bilər. 0,2-0,3 kq/sm² zərbə dalğası qulaq pərdəsinin cırılmasına, 0,7-1 kq/sm² zərbə dalğası isə daxili orqanların ölümcül zədələnməsinə gətirib çıxara bilər. 1,2 kq/sm²-dan böyük olan təzyiqdə isə ətrafların qopması baş verir. Güclü partlayış zamanı bədən uzaq məsafəyə atıla bilər. Partlayıcı qurğunun qəlpələri və hissələri sıxlığından və kütləsindən asılı olaraq müxtəlif cür zədələnmələr törədə bilər. Zədələnmələrin həcmi həmçinin partlayış mərkəzindən olan məsafədən, partlayışın gücündən də asılıdır. Belə maddələrin təsiri nəticəsində sıyrıqlar, qançırılar, iri həcmli yaralar, daxili orqanların və sümüklərin zədələnməsi əmələ gələ bilər. İkincili mərmilərin təsiri nəticəsində əmələ gələn xəsarətlər çox müxtəlif ola bilər. Onların həcmi belə maddələrin enerjisindən çox asılıdır.

Bir çox partlayıcı maddələrin tərkibində xüsusi zədələyici vasitələr olur. Metall kürələr, iynələr, millər, zəhərli maddələr, napalm, fosfor və s. buna misal ola bilər.

Partlayıcı faktorların zədələyici təsirinə görə 3 partlayış məsafəsi ayırd olunur:

1. Çox yaxın məsafə (təmas və ya kompakt partlayışı (gumbara, mina) (şəkil 93, 94). Bu zaman detonasiya məhsulları, zərbə dalğası və qəlpələr təsir göstərir (şəkil 95, 96).

2. Nisbi yaxın məsafə. Bu zaman zərbə dalğasının və qəlpələrinin birgə təsiri müşahidə olunur.
3. Yaxın olmayan məsafə. Bu məsafədən ancaq partlayıcı qurğunun qəlpələri təsir göstərir.
- 4.



Şəkil 93. RQD-5 markalı qəlpəli əl qumbarası



Şəkil 94. Atlanan mina

İkincili mərmilərin təsiri hər üç məsafədə rast gələ bilər.

Partlayışlar zamanı məhkəmə-tibbi ekspertizayla yanaşı digər ekspertiza növlərindən də istifadə olunur. Məhkəmə-tibbi ekspertiza zamanı, ekspertlərin qarşısında bir çox suallar qoyula bilər. Onlardan əsasları isə aşağıdakılardır:

1. Zədələnmələr partlayış nəticəsində əmələ gəlmişdirmi?

2. Partlayış nəticəsində əmələ gələn zədələr partlayıcı maddənin xüsusiyyətlərini göstərirmi?

3. Partlayış hansı məsafədə baş vermişdir?

4. Partlayış mərkəzindən zərərçəkmişin olduğu yerə gədər olan məsafə?

Partlayışlar zamanı aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizada hadisə yerinin müayinəsi məhkəmə-tibbi ekspertinə böyük kömək göstərə bilər.



Şəkil 96. Atlanan minanın partlaması nəticəsində bədən və başın zədələnməsi

19.7. Əldə düzəldilmiş silahlarla zədələnmələr

Əldə düzəldilmiş silahlar adətən müxtəlif polad, dəmir, mis və s. Borulardan hazırlanır. Belə boruların bir ucu qapanır, boru özü isə tapanca dəstəyini xatırladan hər hansı bir əşyaya bərkidilir. Borunun sərbəst kənarının hissəsində çaxmaq dəliyi açılır. Boruya barıt və ya onun əvəzediciləri olan adi

kibritin kükürd başlıqları səpilir. Bir çox hallarda barıtın üzərinə tıxac qoyulur, onun üzərinə isə mərmə əlavə olunur. Mərmə qismində güllədən, qurğuşun parçalarından, qırmadan, daşdan, dəmirdən, xırdalanmış mismar başlıqlarından və s. istifadə olunur.

Çaxmaq dəliyiindən yanacağı alovlandırmaq yolu ilə atəş açılır. Belə silahlar formasına görə tapancalara, revolverlərə və s. silahlara oxşayır. Belə silahların mərmiləri çox uzaq məsafədə təsir göstərə bilmir. Onların çox zaman təsir göstərdiyi məsafə 15-20 metrədən uzaq olmur. Bunun əsas səbəbi həmin silahlarda barıtın keyfiyyətinin yaxşı olmaması və tam yanmamasıdır. Belə silahlarla atəş zamanı hədəfi tam nişan almaq olmur. Mərmə lülədə boylama oxu boyu fırlana bilmədiyindən, lülədən çıxarkən yana hərəkət edir. Ona görə də, mərmə qismində istifadə olunan maddə hədəfə müxtəlif hissələri ilə ön, yan, zədə yetirə bilər. Belə silahlarla uzaq məsafədən açılan atəş zamanı kör güllə yaralanmaları əmələ gəlir. Yaxın məsafədən açılan atəş zamanı yanmamış barıt dənəciklərinin sayı çox olur. Bəzən belə silahlarla atəş zamanı güllə və ya onun əvəzediciləri lülənin daxilində ilişib qalır. Lülə daxilində artan təzyiq isə belə boruların partlamasına, atəş açan şəxsin zədələnməsinə səbəb ola bilər.

19.8. Atipik silahlarla zədələnmələr

Atipik silahlara elektrik cərəyanı ilə işləyən müxtəlif quruluşlu deşici və inşaat-montaj pistoletləri aiddir. Birincilərdən metal konstruksiyalarda deşik açmaq üçün, ikincilərdən isə beton divarlara mismar vurmaq üçün istifadə olunur. Bu alətlər doldurucu quruluşa malik olur və onlara mərmisiz patron yerləşdirilir. Belə silahla zədələnmələr əsasən texniki qaydalara riayət etmədikdə və bədbəxt hadisə nəticəsində baş verə bilər. Ehtiyatsızlıqdan baş verən zədələrin həcmi o qədər də böyük olmur.

19.9. Atıcı (tullayıcı) alətlərlə zədələnmələr.

Bu silahlar ballistik və quruluş xüsusiyyətlərinə görə odlu silahlara uyğundur. Həmin silahlarla atəş barıtın yanması nəticəsində deyil, havanın sıxılması nəticəsində əmələ gələn mexaniki enerjinin verilməsi səbəbindən baş verir. Belə silahlar pnevmatiklər adlanır. Atəş zamanı güllə 30-50 m məsafəyə qədər uça bilər. Güllələr diametri 3-4 mm olan yarımşferik silindrlər şəklində və ya itiüclü (başlı), digər ucu isə «fırça» formalı olan (uçuşu nizamlamaq üçün) dəmir «qapaq»lar şəklində olur. Güllə əvəzinə kağıza və ya pambığa bükülmüş qurğuşun şarlardan istifadə edilə bilər.

Bir neçə metr məsafədən bu alətlərlə atəş zamanı ağır yaralanmalar – göz yuvasından baş beyninin zədələnməsi, göz almasının dağılması, yuxu arteriyasının kor yaralanması, döş qəfəsinə keçən xəsarətlər və s. əmələ gələ bilər. Pnevmatik silahlarla açılan atəşdən adətən tək və kor yara kanalı əmələ

gəlir. Belə yaraların ətrafında atəşin əlavə faktorları tapılmaz. Bu da səhvən uzaq məsafədən atəş açılması kimi qəbul oluna bilər.

BÖLMƏDƏ ACIQLANAN SUALLAR

1. Mexaniki travmatizm haqqında məlumat.
2. Öz üzvünə zərər vurma.
3. Küt alət təsirindən əmələ gələn zədələnmələr.
4. Nəqliyyat travmaları.
5. Hündürlükdən yıxılma zamanı aparılan məhkəmə-tibbi ekspertiza.
6. İti alət təsirindən əmələ gələn zədələnmələr.
7. Odlu silah təsirindən əmələ gələn yaralanmalar.
8. Atəşin əsas və əlavə faktorlarının təsiri.
9. Yaxın məsafədən açılan atəş. Uzaq məsafədən açılan atəş.
10. Güllə yarası kanalı və onun əhəmiyyəti.
11. Yara kanalının növləri. Odlu silah yaralanmalarının növləri.
12. Güllənin kinetik enerjisi. Güllənin dəlib-keçən və hidrodinamik təsiri.
13. Dirənmiş vəziyyətdə atəş.
14. Kör güllə yarası.
15. Dəlib-keçən güllə yaralarının ekspertizası.
16. Gülləsiz atəş.
17. Qırma ilə yaralanmaların məhkəmə-tibbi xüsusiyyətləri.
18. Partlayış travması.

IV BÖLMƏ

KƏSKİN OKSİGEN ÇATIŞMAMAZLIĞINDAN BAŞ VERƏN ÖLÜM HALLARI VƏ SAĞLAMLIĞIN POZULMASI

FƏSİL XX. MEXANİKİ ASFİKSİYA VƏ HİPOKSİYA ANLAYIŞLARI, ONLARIN TƏSNİFATI.

20.1. Hipoksiya və mexaniki asfiksiya. Mexaniki asfiksiya zamanı baş verən pozulmalar və onların morfoloji təzahürləri.

İnsanın normal həyat fəaliyyəti üçün oksigenin olması vacibdir. Sakit vəziyyətdə insan 1 dəqiqə ərzində 16-20 dəfə nəfəs alır və bu zaman 6-8 kub litr havadan istifadə edir.

Hipoksik vəziyyətin və ya halın öyrənilməsi nəzəri və praktik təbabətin, həmçinin məhkəmə təbabətinin və onun praktikasını təşkil edən məhkəmə-tibbi ekspertizanın əsas problemlərindən biridir. Məhkəmə təbabətində xarici mühit faktorlarının təsiri nəticəsində əmələ gələn və mexaniki asfiksiya adlandırılmış kəskin oksigen çatışmamazlığı formaları daha çox əhəmiyyət kəsb edir. Asfiksiya yunan sözü olub «a» - yox, olmamaq + «sphiqmos» - zərbə, yəni nəbzın, zərbənin olmaması deməkdir. Baxmayaraq ki, bu termin patoloji vəziyyəti tam əks etdirmir, onun məhkəmə təbabəti elminə çoxdan daxil olmasını və geniş istifadə olunmasını nəzərə alaraq biz də bu termindən istifadə edəcəyik.

Əgər, insan orqanizminə nəfəsalma zamanı kifayət qədər oksigen daxil olmur, oksigen çatışmamazlığı əmələ gəlir və bu da sağlamlığın bu və ya digər dərəcədə pozulmasına və sonda ölümə səbəb ola bilər.

Orqan və toxumaların oksigen çatışmamazlığı, yəni orqanizmə lazımı qədər oksigenin daxil olmaması və ya onun daxil olmasının və ya mənimsənilməsinin tam kəsilməsi hipoksiya termini ilə ifadə olunur. Hipoksiya yunanca «hypo» - azalma + «oxygenium» - oksigen deməkdir.

Müxtəlif səbəblər nəticəsində əmələ gəlmiş hipoksiyaların aşağıda qeyd olunan 6 tipi müəyyən edilmişdir:

1. Ekzogen tipli hipoksiya – nəfəs alınan havada oksigenin parsial təzyiqinin düşməsi nəticəsində əmələ gəlir.
2. Respirator tipli hipoksiya – tənəffüs orqanlarının xəstəliyi nəticəsində əmələ gəlir, lakin ən çox mexaniki maneələrdən törənir.
3. Sirkulyator tipli hipoksiya - ürək-damar sistemi xəstəlikləri ilə əlaqədar olan hemodinamik pozulmalar zamanı əmələ gəlir.
4. Qan tipli hipoksiya - qanitirmələr və qan xəstəlikləri nəticəsində qanda oksigenin miqdarının azalması zamanı, hemoqlobinin bir çox

maddələrlə (karboksihemoqlobin, methemoqlobin və s.) blokadasında əmələ gəlir.

5. Toxuma tipli hipoksiya - bioloji oksidləşmə proseslərinin pozulması zamanı və ən çox da sianid birləşmələri ilə zəhərlənmələrdə daha aydın təzahür olunur.

6. Qarışıq tipli hipoksiya – yuxarıda qeyd olunan patogenetik mexanizmlərin kombinasiyası nəticəsində əmələ gəlir.

Gedişinə görə hipoksiyanın ildırımsürətli, kəskin, yarımkəskin və xroniki növləri ayırd olunur. İldırımsürətli forma tərkibində praktiki olaraq oksigen olmayan qaz qarışıqları ilə tənəffüs zamanı əmələ gəlir. Təsirsiz qazlar olan azotla, metanla və s. nəfəsalma zamanı bu hal formalaşa bilər. Belə hallarda tez bir zamanda, təxminən 45-90 saniyə müddətində huşun itməsi və ölüm baş verir. Qeyd olunan gedişli hipoksiya demək olar ki, insanın oksigen çatışmayan kanalizasiya quyularına, gəmi zirzəmilərinə, köhnə quyulara, silos quyularına düşməsi zamanı da əmələ gələ bilər.

Kəskin gedişli hipoksiya hündürlüyə qalxma, oksigen az olan qaz qarışıqları ilə tənəffüs zamanı və s. hallarda əmələ gəlir. Kəskin hipoksiya huşun itməsi və ölümə nəticələnə bilər ki, bu da bir neçə dəqiqə ərzində baş verə bilər.

Kəskin hipoksiyanın əlamətləri olan təngnəfəslik, ürəkdöyünmə, baş ağrıları, qusma, ürəkbulanma, döş ağrıları, hərəkət koordinasiyasının pozulması, sianoz və s. alkoqol sərxoşluğunu da xatırladır.

Yarımkəskin gedişli hipoksiya saatlarla, hətta günlərlə, xroniki gedişli hipoksiya isə aylarla, illərlə davam edə bilər, məsələn qırtlağın və ya traxeyanın xoş xassəli şişlərlə sıxılması nəticəsində.

Məhkəmə-tibbi praktikada mexaniki maneələrin təsiri nəticəsində törənmiş respirator tipli hipoksiyalara daha çox rast gəlinir ki, hipoksiyanın bu formasını mexaniki asfiksiyalar adlandırmaq qəbul olunmuşdur.

Beləliklə mexaniki asfiksiya dedikdə- xarici tənəffüsün pozulması nəticəsində orqanizmə oksigenin daxil olmasının çətinləşməsinə, yaxud kəsilməsinə və orqanizmdə karbon qazının yığılmasına səbəb olan proses nəzərdə tutulur.

Mexaniki asfiksiyanın aşağıdakı növləri mövcuddur:

1. **Stranqulyasion**- boyun nahiyəsinin sıxılması nəticəsində baş verən asfiksiya (asılma, ilgəklə boğma və əllə boğma)
2. **Kompression** – döş qəfəsinin və qarının sıxılması nəticəsində baş verən asfiksiya
3. **Obturation** – tənəffüs yollarının tutulması nəticəsində baş verən asfiksiya (yad cisimlərlə, qida və qusuntu kütlələri ilə, mayelərlə).
4. **Məhdud bağlı mühitdə** baş verən asfiksiya.

Mexaniki asfiksiyanın gedişində müəyyən qanunauyğunluqlar olur. Belə ki, həyati gedişli mexaniki asfiksiyanın 2 dövrü var.

Birinci dövr asfiksiyaönü dövr adlanır və 1 dəqiqəyə gədər davam edir. Bu zaman oksigenin parsial təzyiqinin azalması nəticəsində hemoreseptorların oyanması baş verir, ağciyərlərdə qazlar mübadiləsi tezləşir, kompensator olaraq ətraflarda və bəzi daxili orqanlarda damarlar daralır və bunun nəticəsi olaraq həyati vacib orqanların (ürək, beyin) oksigenlə təchizatı bir müddət yaxşılaşır.

Asfiksiyanın həyati gedişini izləmək üçün Buxarest Universitetinin professoru Nikolau Minoviçi 1906-cı ildə assisentlərinin köməyi ilə boynunu ilgəklə sıxmaqla öz üzərində eksperiment aparmış, eksperiment 26 saniyə davam etmiş və N.Minoviçinin huşunun itməsi ilə başa çatmışdır.

Sonradan N.Minoviçi öz hisslərini belə təsvir edir: «Ayaqlarım yerdən üzülən kimi göz qapaqlarım titrəyərək bağlandı. Tənəffüs yollarım elə bərk bağlanmışdı ki, nə nəfəs ala və nə də nəfəs verə bilmirdim. Mən eksperimentdə iştirak edən və saniyəölçənə baxan assistentimin səsinə eşitmirdim, qulaqlarımda bir fit səsi var idi. Ağrıya və hava çatışmamazlığına dözməyərək eksperimenti saxlamaq məcburiyyətində qaldım. Eksperiment başa çatdıqdan sonra aşağı düşəndə gözlərimdən dərhal yaş axdı».

Eksperimentdən sonra N.Minoviçidə on gün ərzində udqunma zamanı ağrılar müşahidə olunmuş, ilgəyin izi isə onun boynunda bir həftə qalmışdır.

Asfiksiyaönü dövrdə maneə aradan götürülməzsə, onda hipoksiyanın dərinləşməsi ilə müşahidə edilən asfiktik dövr başlanır. Asfiktik dövrün davametmə müddəti 5-7 dəqiqədir və bu dövr bir-birini əvəz edən mərhələlərdən ibarətdir (cədvəl 12). Bu mərhələlərin hər birinin öz patofizioloji əlamətləri var və mərhələlər aşağıdakılardır:

1. İnspirator tənəffəslik mərhələsi – bu mərhələnin davametmə müddəti 15-30 saniyə, bəzən isə 1-1,5 dəqiqə çəkir. Orqanizm bu mərhələdə güclənmiş tənəffüs hərəkətləri hesabına oksigen çatışmamazlığını aradan qaldırmağa çalışır. Nəfəsalma hərəkətlərinin üstünlük təşkil etməsi fonunda tənəffəslik əmələ gəlir, döş qəfəsinin həcmi genişlənir, köməkçi əzələlər tənəffüsdə iştirak edir, qanda toplanmış karbon qazı tənəffüs mərkəzinə oyadıcı təsir göstərir, plevra boşluğunda mənfi təzyiq çoxalır. Normada sakit halda plevra boşluqlarında mənfi təzyiq orta hesabla atmosfer təzyiqindən 9 mm civə sütunu aşağı olursa, inspirator tənəffəslik mərhələsində bu təzyiq 20 mm civə sütunu aşağı olur. Mənfi təzyiq nəticəsində qanın ürəyin sol yarısına və sonradan arterial sistemə keçməsi çətinləşir, ağciyər və ürəyin sağ yarısı qanla dolur, venoz doluqanlılıq və uzun sianozu əmələ gəlməyə başlayır, arterial təzyiq aşağı düşür, skelet əzələlərinin aktivliyi artır.

2. Ekspirator tənəffəslik mərhələsi – bu mərhələ 30-60 saniyə davam edir. Orqanizm qanda toplanmış karbon qazını xaric etməyə çalışır və nəticədə nəfəsvermə hərəkətlərinin üstünlüyü ilə tənəffəslik davam edir. Qıcolmalar, sfinkterlərin boşalması sayəsində qeyri-iradi sidik, nəcis, sperma ifrazı baş verir. Huş tamamilə itir, göz bəbəkləri genişlənir, sifətin və boyunun

sianozlaşması güclənir. Qıcolmalar nəticəsində bədən nahiyyələri ətrafda olan əşyalara dəyərək və ya çırpılaraq xəsarət yaranı bilər və bu xəsarətlər bəzən səhv olaraq şəxsin özü və ya kənar şəxs tərəfindən yetirilən xəsarətlər kimi başa düşülə bilər.

3. Tənəffüsün qısa müddətli dayanması mərhələsi – 30-40 saniyə davam edir. Tənəffüs hərəkətləri və huş olmur, bradikardiya, arterial və venoz təzyiq aşağı düşür, əzələlər boşalır.

4. Terminal tənəffüs hərəkətləri mərhələsi – bu mərhələ 1 dəqiqəyə qədər davam edir və nizamsız tənəffüs hərəkətləri ilə müşahidə olunur. Ağzın açılması ilə seyrək, dərin nəfəsalma (qaspinq) baş verir, beyinin bioelektrik aktivliyi olmur, arterial və venoz təzyiqin minimal dəyişməsi xaotik xarakter alır.

5. Tənəffüsün daimi dayanması – bu mərhələdə tənəffüsün tam dayanması fonunda ürəyin bioelektrik aktivliyi bir müddət saxlanıla bilər (on dəqiqələrə).

Cədvəl 12

Asfiksiyanın mərhələlərinin əsas əlamətlər:

Asfiksiyanın mərhələləri	Davam etmə müddəti	Tənəffüs	Qan dövrəsi	Əzələlər	Mərkəzi sinir sistemi
İnspirator təngnəfəslik	60 saniyə	Nəfəsalmanın güclənməsi ilə	Arterial təzyiqin aşağı düşməsi, ürək döyümlərinin azalması, boyunun və uzun sianozlaşmasının başlaması	Skelet əzələlərinin bioelektrik aktivliyinin güclənməsi	Baş beyinin bioelektrik aktivliyinin desinxronizasiyası, karlıq
Ekspirator təngnəfəslik	30-60 saniyə	Nəfəsvərmənin güclənməsi ilə	Arterial təzyiqin bir gədər yüksəlməsi, bradikardiya, sianozun güclənməsi	Qıcolmalar, sfinkterlərin boşalması, qeyri-iradi nəcis, sidik və sperma ifrazı	Huşun tamamilə itməsi
Tənəffüsün qısa müddətli dayanması	30 saniyə	Tənəffüsün olmaması	Bradikardiya, arterial təzyiqin aşağı düşməsi	Əzələlərin boşalması	Huşsuz vəziyyət
Terminal tənəffüs hərəkətləri mərhələsi	Asfiksiyanın başlamasından 3-5 dəq. sonra yaranır və 1 dəq. qədər davam edə bilər	Ağzın açılması ilə seyrək nəfəsalmalar (qaspinq)	Ürək döyümlərinin və sayının və arterial təzyiqin azalıb-çoxalması	Əzələlərin boşalması	Baş beyinin bioelektrik aktivliyinin olmaması
Tənəffüsün daimi dayanması	30-60 saniyə	Tənəffüsün olmaması	Bradikardiya, arterial təzyiqin minimal olması	Əzələlərin boşalması	Baş beyinin bioelektrik aktivliyinin olmaması
Ürək döyünməsinin dayanması	Tənəffüsün dayanmasından sonra 5-30 dəq. davam edir	Tənəffüsün olmaması	Ürək yığılmalarının olmaması. EKG-də ürəyin bioelektrik aktivliyi müşahidə oluna bilər	Əzələlərin boşalması	Baş beyinin bioelektrik aktivliyinin olmaması

Asfiksiyanın mərhələlərinin təzahüretmə intensivliyi və davametmə müddəti müəyyən dərəcədə bir çox amillərdən asılıdır. Bunlar mexaniki asfiksiyanın növündən, yaşdan, orqanizmin fərdi xüsusiyyətlərindən, yanaşı xəstəliklərin olub-olmamasından və s.-dən asılıdır. Belə ki, yad cisimlərlə tənəffüs yollarının qapanmasından və asılmalarda ilgəyin ön vəziyyətdə yerləşməsi hallarında tənəffüsün tam dayanması 5-6 dəqiqə ərzində baş verir. Qapalı mühitdə əmələ gələn asfiksiyalarda tənəffüsün dayanması uzun çəkir. Ürək-damar sistemində patologiyası olan şəxslərdə asfiksiyanın istənilən mərhələsində ölüm baş verə bilər. Bəzən ürək fəaliyyətinin dayanması sinokarotid düyünün və yuxarı tənəffüs yollarının selikli qişasının reflektor qıcıqlanması nəticəsində də baş verə bilər. Belə hal asfiksiyanın istənilən mərhələsində və həmçinin onun ilkin dövründə də yarana bilər. Bu zaman ümumi asfiktik əlamətlər az müşahidə olunur və ya heç müşahidə olunmur.

Mexaniki asfiksiya nəticəsində ölən şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı bir çox morfoloji əlamətlər aşkar olunur və bu əlamətlər ümumi asfiktik əlamətlər adlanır. Ümumi asfiktik əlamətlər xarici və daxili olmaqla 2 qrupa bölünür.

Onlara aşağıdakılar aid olunur.

Sifətin, boyunun sianozu dəyişən əlamətdir, vidaci venalarda qanın durğunluğu nəticəsində meydana çıxır. Bu vəziyyətdə üzdə venoz doluqanlılıq olur və üz, boyun və döş qəfəsinin yuxarı hissəsində göyümtül rəng əmələ gəlir. Meyitin vəziyyəti dəyişdikdə sianoz yox ola bilər. Meyit arxası üstə olduqda kəskin sianoz yarana bilər. Lakin bunu asfiksiya ilə yox, üz nahiyyəsində meyit ləkələrinin əmələ gəlməsi ilə izah etmək olar.

Geniş yayılmış dəridaxili qansızmalarla müşahidə edilən tünd-çəhrayı rəngdə meyit ləkələri. Ləkələrin bu cür xarakteri qanın duru olması ilə izah edilir. Belə meyit ləkələri digər tez baş verən ölümlərdə də müşahidə olunur və buna görə də qeyd olunan əlamət nisbi əhəmiyyət daşıyır.

Subkonyunktival ekximozlar - göz qapaqlarının birləşdirici qatlarına və gözlərin birləşdirici toxuması altına tünd qırmızı və qırmızı rəngdə olan nöqtəvari qansızmalardır. Onlar arterial və venoz təzyiqin kəskin artması nəticəsində əmələ gəlirlər.

Qeyri-iradi fizioloji aktların izlərinin tapılması - bu sidiyin, nəcisin, spermanın və qadınlarda uşaqlıq yolundan selikli tıxacın ifraz olunması (Bernard əlaməti) əlamətlərinin izləridir. Göstərilən əlamətlər bütün mexaniki asfiksiyalar zamanı müşahidə edilmir. Bundan əlavə onlar tez baş verən digər ölüm hallarında da müşahidə oluna bilər.

Ürəkdə və iri venoz damarlarda tünd qırmızı duru qanın olması həmişə qeyd edilən əlamətdir. Qan karbon qazı ilə zəngin olduğu üçün (hiperkapniya) tünd rəngdə və duru olur.

Subplevral və subepikardial nöqtəvari qansızmalar (Tardye ləkələri). Bu müxtəlif ölçülü (2-3 mm diametrində) və müxtəlif saylı göyümtül tünd qırmızı rəngdə, aydın sərhədli subplevral və subepikardial ekximozlardır. Belə

qansızmlar tək visseral plevra və epikardın altında yox, həm də dodaq, ağız, cinsi orqanların selikli qişasında da müşahidə oluna bilər. Bunlar kapilyarlarda divar keçiriciliyinin yüksəlməsi və təngnəfəslik mərhələsində onlarda qan təzyiqinin kəskin dəyişməsi nəticəsində əmələ gəlir.

Ürəyin sağ yarısının sol yarısı ilə müqayisədə doluqanlılığı kiçik qan dövrəsinin durğunluğu ilə izah edilir və bu əlamət tez-tez rast gəlinən əlamətlərdəndir.

Daxili orqanların doluqanlılığı bir çox tez baş verən ölüm hallarında müşahidə olunur və bu əlamətin elə də böyük diaqnostik əhəmiyyəti yoxdur.

Alveolyar emfizema və ağciyərin şişkinliyi. Kəskin təngnəfəslik, doluqanlıq, kiçik qan dövrəsində qanın durğunluğu ilə əlaqədar olan patoloji haldır.

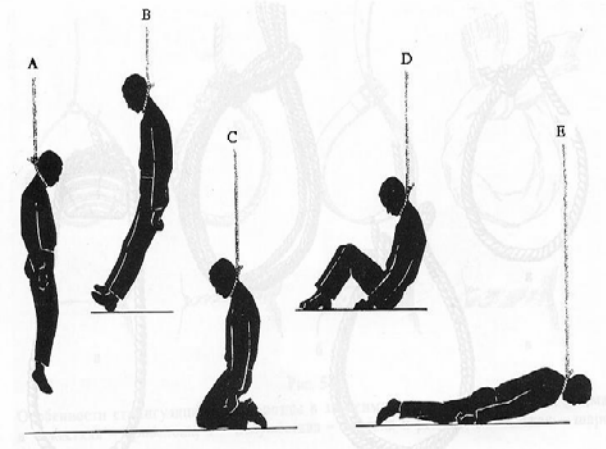
Dalağın azqanlılığı (Sabinski əlaməti) müxtəlif müəlliflər tərəfindən müxtəlif cür qiymətləndirilən Sabinski əlaməti, asfiksiya zamanı nadir hallarda müşahidə edilir.

Qeyd olunan bütün əlamətlər həmişə əsas sayıla bilməz, ona görə ki göstərilən əlamətlər digər tez baş vermiş ölüm hallarında da aşkar edilir. Beləliklə, hər bir ümumi asfiktik əlamət ayrılıqda tam diaqnostik əhəmiyyətli hesab oluna bilməz.

20.2. Stranqulyasion asfiksiya

Asılma.

Asılma dedikdə mexaniki asfiksiyanın elə növü başa düşülür ki, bu zaman bədənin tam və ya bir hissəsinin ağırlığı nəticəsində boyunun ilgəklə sıxılması baş verir. Asılma tam və natamam olur (şəkil 97).



Şəkil 97. Asılmanın növləri: A- tam asılma; B- natamam ayaqüstü asılma; C- natamam dizüstü asılma; D- natamam oturmaq vəziyyətində asılma; E- natamam uzanmış vəziyyətdə asılma.

Tam asılmada bədən sərbəst sallanır və ayaqların altı yer səthinə dəymir, natamam asılmada isə bədənə müxtəlif nəhiyələrinin dayaq nöqtəsi olur. Bu zaman oturaq, yarıuzanmış, uzanmış vəziyyətdə ayaqların altı səthdə olmaqla da asılma baş verə bilər.

Tam asılma zamanı meyitin müayinəsində yuxu arteriyalarının intima qışasının köndələn cırılmalarına (Amyuss əlaməti) rast gəlinir. Belə cırılmalar yuxu arteriyasının daxili və xarici yuxu arteriyalarına bölünən yaxın hissələrində yerləşir. Oturaq və uzanmış vəziyyətdə asılma zamanı isə Amyuss əlamətinə rast gəlinmir.

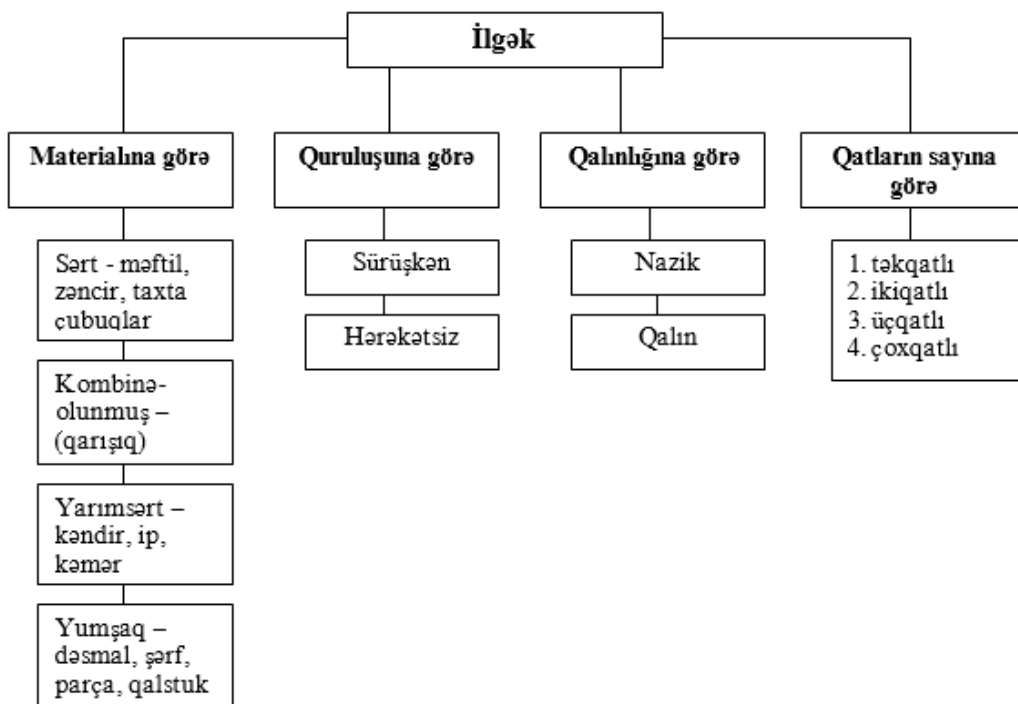
Sıxılma ilgəyin boyunu tam və ya hissəvi sıxması nəticəsində baş verir. İlgək halqa, düyün və bərkidilmiş hərəkətsiz olan sərbəst qurtaracaqdan ibarətdir. İlgəklər hazırlandığı materialın xüsusiyyətlərinə və xarakterinə görə sərt (mətil, zəncir, bərk ağac çubuqları və s.), yarım sərt (kəndir, ip, kəmərlər və s.) və yumşaq (qalstuk, dəsmal, şərf, parçanın hissələri və s.) olur (şəkil 98, 99).

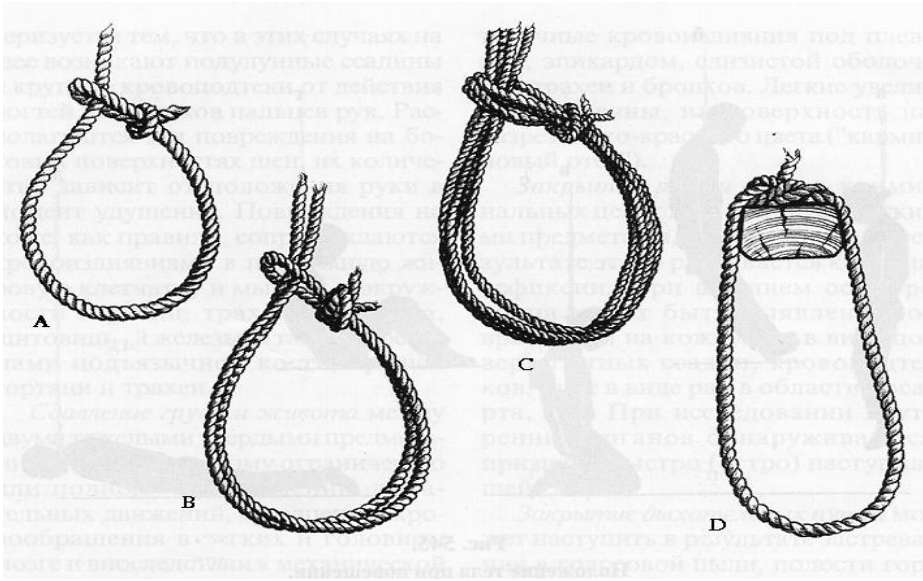
Bəzən boyunun ağacın haçalanan budaqları, stulun, çarpayının söykənəcəyi, avtomobilin qapıları, barmaqlıqlar (sürahi) vasitəsilə sıxılması nəticəsində də mexaniki asfiksiya baş verə bilər.

İlgəklər sürüşkən və hərəkətsiz olur (sxem 5).

Sxem 5

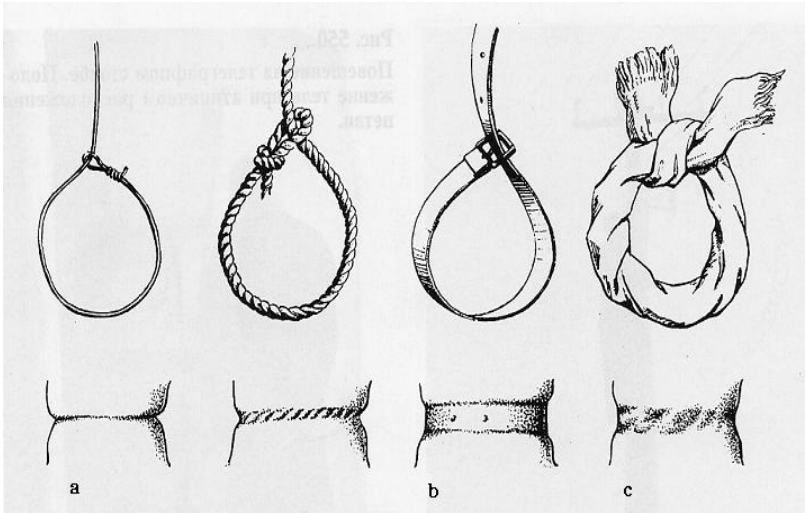
İlgəklərin təsnifatı





Şəkil 98. İlgəyin növləri

*A- birqat sürüşgən ilgək; B- ikiqat sürüşgən ilgək;
C- çoxqatlı sürüşgən ilgək; D- fiksə olunmuş ilgək.*



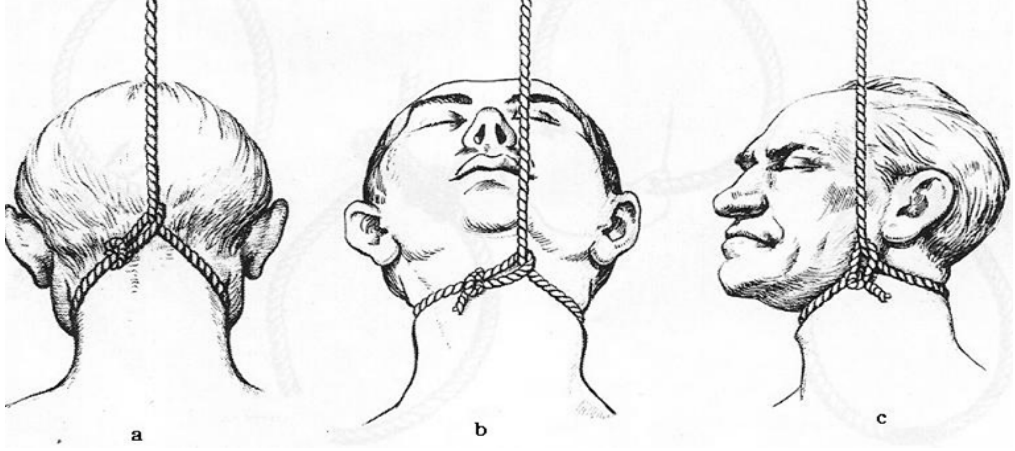
Şəkil 99. İlgəklərin növləri

a- sərt ilgək (məftil) və onun stranqulyasion şırımı; b- yarıssärt ilgəklər (kəmərlər, kəndir) və onların stranqulyasion şırımı; c- yumşaq ilgək (dəsmal, tənziif).

Asfiksiyanın əmələ gəlməsi üçün bədənə tam ağırlığının olması vacib deyil. Belə ki, ilgəyin sıxılması üçün 4-5 kq çəki lazımdır ki, buna elə başın çəkisi

də kifayət edir. Vidaci venalarla qanın axması kiçik təzyiq nəticəsində saxlanılır. Yuxu arteriyaları ilgəyin 4-5 kq, onurğa arteriyaları isə 15-20 kq çəki ilə dartılması nəticəsində qapanmış olur və onlarda qanın axını dayanır. Buna görə də natamam asılma zamanı əvvəlcə venalarda, sonra isə arteriyalarda qanın axını dayanır.

Asılma zamanı ilgəyin boyun üzərində yerləşməsi tipik və ya atipik olur (şəkil 100).

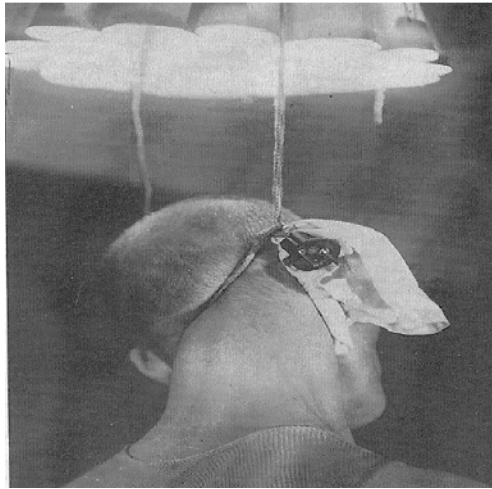
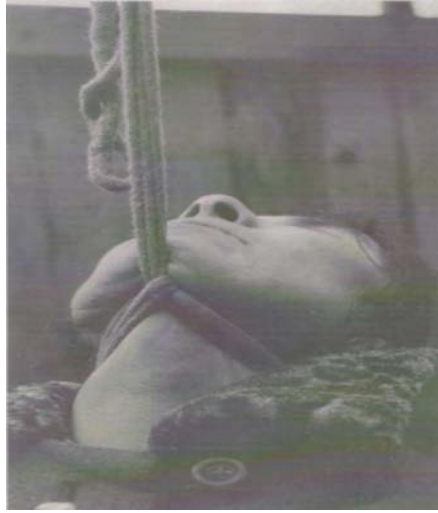


Şəkil 100. İlgəyin boyun üzərində vəziyyəti
a- tipik; b, c- atipik.

Tipik vəziyyətdə ilgəyin düyünü boyunun arxasında, ənsə qabarı nahiyyəsində yerləşir. Atipik vəziyyətdə isə ilgəyin düyünü boyunun ön və ya yan nahiyyəsində yerləşir. Beləliklə, düyünün boyunda yerləşməsinin tipik, ön atipik və yan atipik vəziyyətləri ayırd olunur (şəkil 101, 102, 103).



Şəkil 101. İlgəyin boyunda yan atipik vəziyyəti



Şəkil 103. İlgəyin boyunda tipik vəziyyəti

İlgək maddi sübut hesab olunur və istintaq işi üçün böyük əhəmiyyət kəsb edir. Ona görə də maksimal dərəcədə çalışmaq lazımdır ki, ilgək, xüsusilədə düyün nahiyyəsində dəyişməz qalsın. Düyünün özünün də bağlanmasına görə növləri var. Ən çox təsadüf olunan düyün növlərindən qaçağan, cəllad, dənizçi, yangınsöndürən, sadə, yelkənəbənzər, meşəçi, keçirici, qoşqu və s. göstərmək olar.

Sürüşkən ilgək bədənənin ağırlığı hesabına dartılır və onun halqasının diametri kiçilməklə boyunu sıxır. Hərəkətsiz ilgəyin halqasının diametri dəyişməyərək, düyünlə fiksə olunur. Boyuna dolanmasına görə birqat, ikiqat,

üçqat və çoxqat ilgəklər olur. Bir neçə dəfə dolanmış ilgəklər paralel, qarşılıqlı, kəsişən və burmalı halqalardan ibarət ola bilər. Asılmalarda ilgəyin sərbəst kənarı yarlarda, öndə və arxada yerləşə bilər.

Asılmanın səbəbləri çox müxtəlifdir.

1. İntihar məqsədilə asılma – ən çox rast gəlinir.
2. Qətl məqsədilə asma – məhkəmə-tibbi və istintaq praktikasında az rast gəlinir.
3. İstehsalatda, məişətdə, idman məşğələlərində, uşaq oyunları zamanı, autoerotik manipulyasiyalarda bədbəxt hadisə nəticəsində əmələ gələn və az rast gəlinən asılmalar.
4. Asılmanın simulyasiyası – cinayətin izini itirmək məqsədilə meyitin asılması.
5. Ölüm hökmünü yerinə yetirmək məqsədilə asmalar.
6. «Qurbanetmək ritualı» məqsədilə edilən asılmalar.

Qətl məqsədilə ən çox asma hallarına uşaqlar, yaşlılar, xəstə və köməksiz şəxslər, ağır alkoqol və narkotik sərxoşluğu vəziyyətində olan şəxslər məruz qalırlar. D.Boverin məlumatlarına görə (1982) qətl məqsədilə asmalar ümumi asılmaların 0,4%-ni təşkil edir.

Son illər seksual asfiksiya sindromu ilə əlaqədar bədbəxt hadisə nəticəsində baş verən ölüm hallarına da təsadüf edilir. Bu zaman cinsi zövq almaq məqsədilə şəxs özünü asır, boğur və ya başını havasız mühitə salır. Oksigen çatışmamazlığı şəraitində baş beyində oyanma-tormozlanma prosesləri pozulur və bu da nəticə etibarı ilə mərkəzi tipli sperma ifrazına və orqazma səbəb olur. ABŞ-da hər il bu formalı seksual simulyasiya nəticəsində 250-300 ölüm hallarına rast gəlinir (S. Rosenbum, 1978).

Yuxarıda qeyd olunan bütün hallarda ölümün səbəbini təyin etmək üçün hadisə yerinin müayinəsinin və digər istintaq materiallarının öyrənilməsinin çox böyük əhəmiyyəti var.

Asılma zamanı ölümün səbəbləri müxtəlif ola bilər. Ən çox isə asılmalarda ölümün səbəbi yuxarı tənəffüs yollarının bağlanması və bunun nəticəsində ağciyərlərə havanın daxil olmamasıdır. Asfiksiyadan başqa asılmalarda ölümə səbəb digər faktorlarda ola bilər. Bəzi hallarda asılma zamanı ölüm ürəyin birincili dayanması ilə asfiktik əlamətlər olmadan baş verə bilər. Boyunun ilgəklə sıxılması zamanı sinokarotid zonaların qıcıqlanması ürək-damar sisteminin fəaliyyətinin pozulmalarına səbəb olur. Həmçinin aşağı qırtlaq sinirinin şaxələrinin kəskin qıcıqlanması və qıcıqların reflektor olaraq azan sinirə ötürülməsi də ürəyin birincili dayanmasına gətirib çıxara bilər və belə hallarda da asfiktik əlamətlər olmur.

Asılmadan ölən şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı asfiksiyanın ümumi əlamətləri ilə yanaşı asılma üçün spesifik olan əlamətlər də tapılır.

Bunlardan ən əhəmiyyətli ilgəyin boyunu sıxması nəticəsində yaranan stranjulyasiya şırımıdır (şəkil 104, 105). Stranjulyasiya şırımı dedikdə ilgəyin xüsusiyyətlərinin izlərinin yerli təsir nəticəsində neqativ şəkildə əks olunması

başə düşülməlidir. Stranqulyasiya şırımı həlməşiyəbənzər çökəklik və ya basılma şəklində müşahidə edilir və onun dibi, divarları, yuxarı və aşağı kənarları (yastıqları) olur. Məhkəmə tibbi ədəbiyyatlarda ilgəyin təsiri, yəni stranqulyasiya şırımının «təzyiq şırımı», «sıxılma şırımı» kimi adlarına da rast gəlinir. Belə adlandırılmalardan ən çox boyunun bərk əşyalarla (lift və avtomobil qapıları, stolun kənarları və s.) sıxılmasında istifadə olunur.



Şəkil 104. Stranqulyasiya şırımı (asılma)

Asılmalar zamanı ilgəyin materialı nə qədər sərt olarsa və meyit ilgəkdə nə gədər çox qalarsa stranqulyasiya şırımının dərinliyi və rənginin intensivliyi buna uyğun olaraq daha çox olacaqdır. Stranqulyasiya şırımının dərinliyi və rənginin intensivliyi asılmanın növündən də asılıdır.



Şəkil 105. Stranqulyasiya şırımı (asılma)

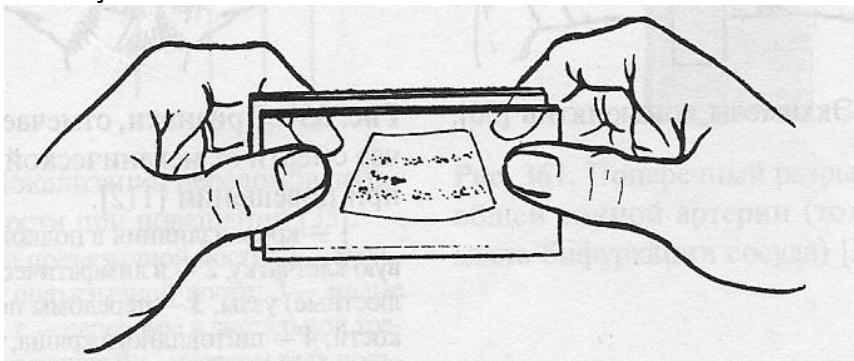
İlgəyin tipik yerləşməsində stranqulyasiya şırımı qalxanvari qığırdaq səviyyəsində və ondan bir qədər yuxarı səviyyədə yerləşir. Asılmalarda

stranqulyasiya şırımı qeyri-bərabər dərinlikdə olur. Şırım ilgəyin düyününün əks tərəfində daha dərin olur, çünki qeyd olunan nahiyyə ilgəklə daha çox sıxılır. Adətən stranqulyasiya şırımı düyün olan hissədə qapanmır. İlgək boyunu kip və ya tam əhatə edərsə, bu zaman stranqulyasiya şırımı qapanmış olur. Yarıuzanmış və uzanmış vəziyyətdə asılmalar zamanı stranqulyasiya şırımı üfüqi və bəzən çəp enən istiqamətdə ola bilər. Bəzən ilgəyin altında paltarın hissələri, saqqal, saç və s. qalır ki, bu da həmin nahiyyələrdə stranqulyasiya şırımını kəsilmiş göstərir.

Stranqulyasiya şırımının rəngi göyümtül, tünd qonur və s. rəngdə ola bilər. Yumşaq ilgəklərin təsirindən yaranmış şırımlar cüzi dərinlikdə olur və xarici müayinədə onlar zəif nəzərə çarpır. Beləliklə asılmalarda stranqulyasiya şırımı aşağıdakı xarakterik əlamətlərə malik olur.

1. Stranqulyasiya şırımı çox vaxt çəp, yuxarıya qalxan (şaquli) istiqamətdə olur.
2. Stranqulyasiya şırımı düyünün əks tərəfində daha dərin və daha yaxşı təzahür edir.
3. Stranqulyasiya şırımı qalxanvari qığırdaq və ondan bir qədər yüksək səviyyədə yerləşir.

Bəzi hallarda cinayətin izini itirmək məqsədilə cinayətkarlar meyiti asırlar. Meyit asıldıqda da stranqulyasiya şırımı əmələ gəlir. Stranqulyasiya şırımının həyatiliyinin təyin olunması məhkəmə-tibb ekspertinin əsas vəzifələrindən biridir. Stranqulyasiya şırımının həyatiliyini təyin etmək üçün makroskopik və mikroskopik üsullar mövcuddur. 1902-ci ildə N.S.Bokarius makroskopik ekspress metod təklif etmişdir. Stranqulyasiya şırımı nahiyyəsindən kəsilib götürülmüş dəri hissəsi iki əşya şüşəsi arasında sıxılaraq adi işıqda baxılır (şəkil 106) Bu zaman çalışmaq lazımdır ki, kəsik götürülərkən bir qədər də stranqulyasiya şırımını əhatə edən zədələnməmiş dəri hissəsi də götürülsün. Stranqulyasiya şırımı həyati olduqda, onun gedişi boyu kiçik qansızmalar aydın görünür. Belə qansızmaları ən çox yastıqlar və şırımın aşağı kənarında müşahidə etmək olur.



Şəkil 106. Bokarius sınağı.
Stranqulyasiya şırımının həyatiliyinin təyini.

i.i. Neydinq metodu- stranqulyasiya şırımının həyatiliyinin mikroskopik diaqnostikası zamanı hazırlanmış preparata mikroskop altında baxdıqda şırımın aktiv hiperemiyası və qansızması müşahidə olunur.

Stranqulyasiya şırımından başqa asılma zamanı digər əlamətlər də tapılır.

- **Amyuss əlaməti** - yuxu arteriyalarının intima qışasının köndələn istiqamətdə cırılması;
- **Martin əlaməti** - yuxu arteriyalarının adventisiyasına qansızmaların olması;
- **Valxer əlaməti** - döş-körpücük-məməyəbənzər əzələlərin medial ayaqcığına tünd-qırmızı qansızmalar. Bu əlamət ən çox kök şəxslərdə və 3-8 % hallarda müşahidə olunur;
- **Friberq əlaməti** - yuxu arteriyalarının intima qışasının lokal vakuolizasiyası;
- **Simon əlaməti** - fəqərəarası disklərə qansızma. Belə qansızmalar ən çox onurğa sütununun aşağı döş və bel fəqərələri hissəsində təsadüf olunur.

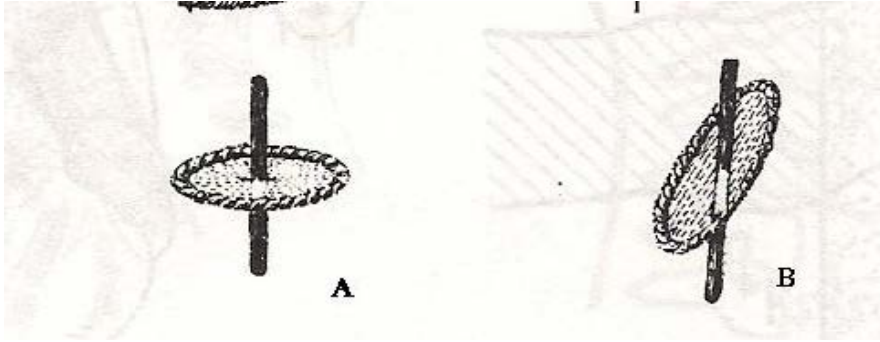
Asılma zamanı həmçinin regional limfa düyünlərinə qansızmalar, onurğanın boyun şöbəsinin fəqərəarası disklərinin və bağlarının zədələnməsi, II boyun fəqərəsinin dişli çıxıntısının sınması, dilin kökünə və udlağa qansızmalar, dilaltı sümüyün sınması, qırtlaq qığırdaqlarının tamlığının pozulması, burundan, qulaqdan və ağızdan qanaxmalar müşahidə oluna bilər.

Əgər asılma zamanı şəxs sağ qalarsa və o, ilgəkdən 1-2 dəqiqə müddətində azad olunarsa onun da boynunda açıq-qırmızı rəngli stranqulyasiya şırımı əmələ gəlir. Bu şırım 2-3 gün və hətta bir neçə həftə ərzində qala bilər. Əgər insan ilgəkdən ilk 3-4 dəqiqə müddətində azad olunarsa o, 5-6 saat müddətində huşsuz olur. İlgəkdən azad olma ilk 5-6 dəqiqə müddətində baş verərsə bu müddət 20-24 saat və daha çox ola bilər. İnsanın huşu özünə gəldikdən sonra retroqrad və anteqrad amneziya müşahidə olunur. Retroqrad amneziya zamanı zərərçəkmiş asılmadan əvvəl baş verənləri, anteqrad amneziyada isə ilgək boyundan çıxarıldıqdan sonra müəyyən müddət ərzində baş verənləri xatırlamır. Ağır dərəcəli alkoqol sərxoşluğu olan şəxslərin ilgəkdən çıxarıldıqdan sonra baş verən retroqrad amneziyasının səbəbi alkoqol intoksikasiyası da ola bilər. Asfiksiya baş verəndən sonra sağ qalmış şəxslərdə səsin karlaşması, afoniya, müvəqqəti və daimi korluq, psixiki və nevroloji pozulmalar müşahidə olunur.

İlgəklə boğma.

İlgəklə boğmanın asılmadan əsas fərqləndirici xüsusiyyətlərindən biri odur ki, bu zaman ilgək bədənə ağırılığı hesabına deyil, digər güc hesabına baş verir. İlgəklə boğma çox zaman qətl məqsədilə törədilir. Nadir hallarda isə intihar və bədbəxt hadisələr zamanı da rast gəlinə bilər. İlgəklə boğma çox

hallarda əllə və az hallarda isə hər hansı bir mexanizmin və ya alətin köməkliyi ilə həyata keçirilir.



Şəkil 107. İlgəklə boğma (A) və asılma (B) zamanı ilgəyin boyunda yerləşdiyi vəziyyətlər

İlgəklə boğma zamanı mexaniki asfiksiyanın ümumi əlamətləri özünü kəskin biruzə verir. İlgəklə boğma üçün əsas və xarakterik əlamət strankulyasiya şırımının olmasıdır. Asılmadan fərqli olaraq ilgəklə boğmada strankulyasiya şırımı tipik hallarda qapalı olur. Şırımın gedişi üfüqi olur və o, çox zaman qalxanabənzər qığırdaqdan aşağıda və bəzi hallarda isə qalxanabənzər qığırdaq səviyyəsində olur. İlgəklə boğma zamanı ilgəyin çarpazlaşmasından asılı olmayaraq strankulyasiya şırımı bütün gedişi boyu eyni səviyyədə təzahür edir. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, asılmadan fərqli olaraq ilgəklə boğma zamanı boyunda strankulyasiya şırımının altında yerləşən toxumalar daha çox və dərin zədələnir. Bu onunla izah olunur ki, adətən ilgəklə boğma əllə yerinə yetirilir və bu zaman əllərlə dəfələrlə göstərilən təzyiq daha da güclü olur. Asılmada olduğu kimi ilgəklə boğmada da strankulyasiya şırımı ilgəyin növündən çox asılıdır (şəkil 107).

Qeyd olunduğu kimi ilgəklə boğma çox zaman qətl məqsədilə törədilir (şəkil 108). Ona görə də çox zaman zərərçəkmişin bədənində və paltarlarında mübarizə və özünü müdafiəni göstərən əlamətlər müşahidə olunur. Uşaqların, qocaların, xəstə, köməksiz və sərxoş olan şəxslərin, ilgəklə boğulması zamanı belə hallar müşahidə olunmaya da bilər.

Bəzən bədbəxt hadisə nəticəsində də ilgəklə boğma baş verə bilər.

Məşhur balerina Aysedora Dulkan üstü açıq avtomobildə, arxa oturacaqda gedərkən boynunda olan nazik, yumşaq şərfin sərbəst kənarı maşının təkərinə ilişib dolanmış və bunun nəticəsində balerinanın boynunda olan şərf sıxılaraq onu boğmuşdur. Sürücü avtomobili saxlasa da, məlum olmuşdur ki, şərfin boynu sıxılması nəticəsində məşhur balerina artıq ölmüşdür.

İlgəklə boğma zamanı hadisənin baş verdiyi yer və meyitin tapıldığı yer diqqətlə öyrənilməlidir.



Şəkil 108. İlgəklə boğma (qətl)

Əllə boğma.

Boyunun əllə sıxılmasının bir çox növləri var. Bunlara sağ və ya sol əllə, hər iki əllə boğmanı göstərmək olar. Boyun əllə öndən, arxadan, sağdan və soldan sıxıla bilər. Əllə boyunun sıxılması zamanı barmaqlar vasitəsi ilə qırtlaq və traxeya olan nahiyyə güclü sıxılır və eyni anda onlar fəqərələrə doğru da sıxılır. Tənəffüs yollarının mənfəzinin bağlanması nəticəsində ağciyərlərə oksigen daxil ola bilmir və ölüm baş verir. Əllə boğma zamanı ölüm baş verən hallarda asfiksiyanın ümumi əlamətləri yaxşı təzahür edir (şəkil 109).

Əl barmaqlarının boyun nahiyyəsinə təsirindən 1-2 sm diametrində dairəvi və ya oval formalı qançırılar əmələ gəlir. Bəzən, dırnaqların təsirindən boyunda 1-2 sm uzunluğunda xətti, aypara, qövsvari formalı sıyrıqlar da əmələ gəlir. Adətən qançır və sıyrıqların sayı barmaqların sayından çox olur. Belə ki, özünü müdafiə və mübarizə zamanı boğan şəxsin əl barmaqlarının təzyiq göstərdiyi yerlər dəyişir və bununla əlaqədar yeni zədələr yaranır.

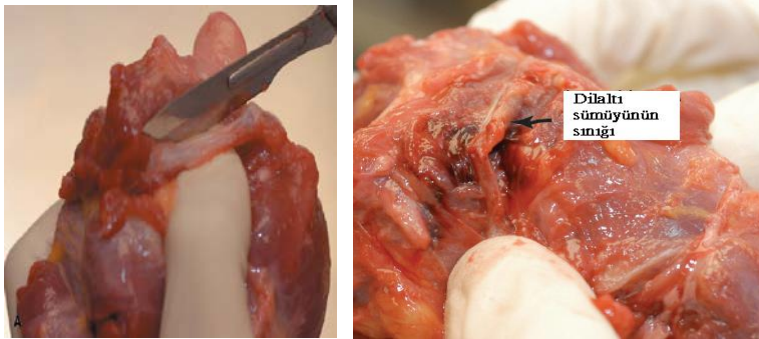


Şəkil 109. Əllə boğma

Əgər əllə boğma iki əllə həyata keçirilərsə, bu zaman boyunun hər iki tərəfində çoxsaylı qançır və sıyrıqlar əmələ gəlir. Əgər əllə boğma tək sağ əllə həyata keçirilərsə, bu zaman sol tərəfdə daha çox qançır və sıyrıqlar əmələ gələcəkdir. Sol əllə boğma zamanı isə xəsarətlər daha çox boyunun sağ yan səthində yerləşəcəkdir.

Mənşəyinə görə əllə boğma həmişə qətlidir. İnsan heç vaxt əlləri ilə özünü boğa bilməz. Qətl törədilən zaman zərərçəkmişin boynundan başqa digər nahiyələrində də sıyrıq və qançırlar aşkar oluna bilər. Həmçinin paltarda da özünümüdafiənin və mübarizənin izləri tapıla bilər. Sıyrıqlara sifətdə, ağız və burun kənarlarında da rast gəlinir. Boğan şəxs zərərçəkmişin qışqırmaması üçün onun ağız və burun dəliklərini qapayarkən də belə sıyrıqlar əmələ gələ bilər.

Əllə boğma zamanı daxili xəsarətlər xarici xəsarətlərə nisbətən üstünlük təşkil edir. Əllə boğma adətən boyunun yuxarı hissəsində, qırtlaq və dilaltı sümük nahiyəsində daha çox rast gəlinir. Bu zaman dilaltı sümüyün buynuzlarına daha çox təzyiq olunur. Dilaltı sümüyün buynuzları əyildiyindən daha çox sinxondrozlar olan nahiyyə, yəni dilaltı sümüyün buynuzlarının sümüyün cismi ilə birləşən yerlərinin zədələnmələri baş verir (şəkil 110). Dilaltı sümüyün belə tipik sınıqları asılmanı əllə boğmadan fərqləndirir. Dilaltı sümüyün böyük buynuzlarının birtərəfli və ikitərəfli sınıqları, nadir halda isə cisminin sınmasına rast gəlinir.



Şəkil 110. Əllə boğma nəticəsində dilaltı sümüyün sınığı

Həmçinin boyun nahiyəsinin massiv və dərin yerləşən qansızmalarına da rast gəlinir. Qalxanabənzər qığırdağın, üzük-qalxanabənzər oynaqının, üzüyəbənzər qığırdağın ön qövsünün, traxeyanın bir və ya bir neçə yarım dairəsinin bir, iki, üç xətt üzrə zədələnmələri də baş verə bilər.

Körpələr əllə boğulduqda, əllər öndən qoyularsa, qançır və sıyrıqlar boyunun arxa nahiyəsində yerləşir. Uşağın boynu nazik olduğundan boğan şəxsin barmaqları qovuşurlar.

Hadisə yerinin müayinəsi zamanı meyitin duruş vəziyyətinə, onun paltarlarına və paltarlarında olan izlərə, hadisə yerindəki şəraitə, meyitdə aşkar olunan xəsarətlərə və onların xarakterinə dəqiq diqqət yetirmək lazımdır.

20.3. Kompresion asfiksiya.

Kompresion asfiksiya zamanı döş qəfəsinin, qarının, döş qəfəsinin və qarının birlikdə, boyunun və sifətin böyük bərk əşyalarla sıxılması nəticəsində tənəffüsün və ürək-damar sisteminin fəaliyyətinin kəskin pozulması baş verir. Kompresion asfiksiyalar adətən tikintidə, istehsalatda, böyük avadanlıqların üçməsi zamanı, nəqliyyat qəzalarında, zəlzələ və uçqunlar zamanı bədbəxt hadisə nəticəsində əmələ gəlir. Belə hadisələr zamanı tək və kütləvi insan ölümünə və ya insanların xəsarət almasına rast gəlinir.

1898-ci ildə çar II Nikolayın taçqoyma mərasimində pulsuz alkoqollu içki gözləyən minlərlə adam yığışmışdı. Kütləyə elan olunanda ki, artıq içkivermə mərasimi başlayıb, insanlar irəliyə getmək məqsədilə bir-birini itələməyə başlamış və bu zaman sıxılma və ayaq altında qalaraq tapdalanma nəticəsində bir neçə yüz adam ölmüşdür.

Kompresion asfiksiyalar zamanı ölümün patogenezi tətbiq olunan qüvvənin intensivliyindən, sıxılmaya məruz qalan nahiyələrdən, zərərçəkənin fərdi xüsusiyyətlərindən (yaş, cins, sağlamlıq vəziyyəti və s.) asılıdır. Döşün və qarının eyni vaxtda sıxılması daha təhlükəlidir və daha ağır xəsarətlərin əmələ gəlməsinə, ölümə səbəb ola bilər.

Kompresion asfiksiyalar üçün səciyyəvi əlamətlər vardır. Bunlara ağciyərin «karmin ödəmi», exkimatik maska, bulloz emfizema və s. aiddir. **Exkimatik maska** (Olivye-Danjer əlaməti, 1883-cü il) qan dövranının kəskin pozulması nəticəsində (əsasən də yuxarı boş vena sistemində) əmələ gəlir. Bu zaman sifətin şişkinliyi, göyərməsi, üzün dərisinə, ağızın və gözün selikli qişasına çoxsaylı qansızmaların olması (şəkil 111) müşahidə olunur.



*Şəkil 111. Kompresion asfiksiya – exkimatik maska
(Olivye-Danjer əlaməti)*

Ağciyərlərin karmin ödemi (A.Lakassan əlaməti, 1878) – sıxılma nəticəsində arterial qanın böyük qan dövranına keçməsinin pozulması nəticəsində ağciyərlər arterial qanla dolur, damarların keçiriciliyi pozulur və ağciyərlərin ödemi əmələ gəlir. Belə ağciyər al-qırmızı ödemli – karmin ağciyəri adlanır.

Bulloz emfizema – alveolların cırılması nəticəsində havanın visseral plevra altına keçməsi nəticəsində əmələ gəlir. Bulloz emfizema döş qəfəsinin və qarının sürətli sıxılması zamanı baş verir. Ləng gedişli sıxılmalarda hava bronxlar və traxeya ilə sıxışdırılıb çıxarılır.

Kompression asfiksiyalar zamanı sümüklərin və daxili orqanların zədələnmələrinə də rast gəlinə bilər. Daxili orqanların ağır zədələnmələri nəticəsində ölüm də baş verə bilər.

Kompression asfiksiyalar nəticəsində ölən şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı hadisə yerinin müayinə olunması məhkəmə-tibbi ekspertinə çox böyük köməklik göstərə bilər. Ona görə də meyitin müayinəsini aparan məhkəmə-tibb eksperti hadisə yerinin müayinə protokolu ilə tanış olmalıdır.

20.4. Obturasion asfiksiya

Yad cisimlərin tənəffüs yollarına (qırtlaq, traxeya, bronxlar) düşməsi zamanı onların mənfəzinin bağlanması nəticəsində hava alveollara daxil ola bilmir və asfiktik əlamətlər əmələ gəlir. Bu zaman ölüm baş verərsə meyitin müayinəsi zamanı ümumi asfiksiya əlamətləri tapılır. Belə asfiksiyaların əsas əlamətlərindən biri yad cismin tənəffüs yollarında tapılmasıdır. Yad cisim tapılmış nəhiyənin kəskin hiperemiyalı, ödemli olması və həmçinin onun yerləşdiyi nəhiyənin selikli qişalarında qansızmaların aşkar edilməsi, həmin cisimlərin tənəffüs yollarına düşməsinin həyatiliyini göstərir. Səpələnən maddələr və qida kütlələri tənəffüs yollarına daxil olarkən çox kiçik bronxlara qədər gedib çıxa bilər.

Ölüm baş verdikdən sonra da yad cisimlər tənəffüs yollarına yeridilə bilər. Belə ki, səpələnən maddə və cisimlər (quru torpaq hissələri) tabutsuz dəfn olunandan sonra da insanın tənəffüs yollarına daxil ola bilər. Meyitin qarın nəhiyəsində təzyiq zamanı qusuntu kütlələri tənəffüs yollarına düşə bilər. Belə hallarda tənəffüs yollarının selikli qişasında heç bir qıcıqlanma əlamətləri olmur, meyiddə ümumi asfiktik əlamətlər tapılmaz. Ölümdən sonra yeridilmiş səpələnən maddələr və qusuntu kütlələri qırtlaqda, az hallarda isə tənəffüs yollarının daha dərin hissələrində tapılır.

Ağız və burun dəliklərinin tutulması nəticəsində baş verən asfiksiya.

Xarici tənəffüs dəliklərinin (ağız və burun) tutulması nəticəsində hava ağciyərlərə daxil ola bilmədiyindən asfiksiya əlamətləri və ölüm baş verir. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı belə hallarda adətən asfiksiyalar üçün xarakterik olan ümumi əlamətlər yaxşı təzahür edir (şəkil 112).



Şəkil 112. Xarici tənəffüs dəliklərinin yumşaq əşyalarla tutulması

Əgər tənəffüs dəlikləri əllə tutularsa, bu zaman ağız və burun dəlikləri ətrafındakı dəridə qarışıq yerləşmiş cırmaq izləri, qövsvari və qısa zolaqlı sıyrıqlar, əl barmaqlarına və dırnaqlara məxsus çox da böyük olmayan dairəvi və oval formalı qançırılar əmələ gələ bilər.

Ağız və burun dəliklərinin yumşaq əşyalarla (paltar, yastıq, döşək ağı, ədiyal və s.) tutulması zamanı üzdə zədələnmələr əmələ gəlmir, lakin güclü təzyiq nəticəsində dodaqların və yanaqların iç səthində selikli qışaların zədələnməsi və qansızmalar müşahidə olunur. Dişlərin təzyiqi nəticəsində selikli qışaların zədələnməsi də baş verə bilər. Xaricdən göstərilən güclü təzyiq nəticəsində hətta dişlər sına bilər. Ağız və burun dəliklərinin yumşaq əşyalarla tutulması zamanı ağız boşluğunda, burunda, qırtlaqda və tənəffüs yollarının daha dərin hissələrində liflər, quş tükləri, onların hissələri və s. tapıla bilər.

Ağız və burun dəliklərinin tutulması ilə intihar hallarına adətən rast gəlinmir. Çox zaman belə hadisələr qətl məqsədilə və bədbəxt hadisə nəticəsində baş verir. Böyük şəxslərin bu yolla qətlə yetirilməsi zamanı onların müqavimət göstərməsi nəticəsində yuxarıda göstərilən əlamətlərlə yanaşı paltarlarda, ətraflardakı əşyalarda müqavimət izləri, bədəndə isə qançır, sıyrıq və digər xəsarətlər tapıla bilər.

Südəmə uşaqların meyitlərinin müayinəsi zamanı yuxuya getmiş ananın uşağı əmizdirərkən süd vəzisinin uşağın tənəffüs dəliklərini tutması səbəbindən baş vermiş ölüm ehtimalını da nəzərə almaq lazımdır. Bu zaman uşağın meyitində ümumi asfiksiya əlamətlərindən başqa heç bir xərarət nəzərə çarpmır.

Ağız və burun dəliklərinin tutulması nəticəsində ölüm hallarına, epilepsiya xəstəliyindən əziyyət çəkən şəxslərin epilepsiya tutması zamanı üzü üstə yumşaq əşya (yastıq, döşək) üzərinə yığılmasından və həmin əşyaların tənəffüs dəliklərini qapayaraq tutması zamanı da təsadüf oluna bilər. Bu

zaman baş beyinin histoloji müayinəsi və tibbi sənədlərin araşdırılması, şəxsdə epilepsiya xəstəliyinin olmasını sübut edə bilər. Qəfləti ölümə səbəb ola biləcək digər xəstəliklərdə də tibbi sənədlərin öyrənilməsi, histoloji, bakterioloji, virusoloji və s. müayinələrin aparılması məhkəmə-tibb ekspertinə köməklik göstərə bilər.

Tənəffüs yollarının yad cisimlərlə tutulması

Belə hallarda iş materialları analiz olunarkən ölümün baş verdiyi yer və şərait təyin olunmalıdır. Böyük şəxslərdə ən çox belə növ asfiksiyalardan ölüm halı alkoqol sərxoşluğu vəziyyətində yemək zamanı qida kütlələrinin tənəffüs yollarını tutması nəticəsində baş verir. Uşaqlarda tənəffüs yollarına daxil ola biləcək əşyalar çox müxtəlifdir. Uşaqların oyun vaxtı ağızlarına xırda dəmir pullar, düymə, kürəcik, paxla və s. digər əşyalar aparması zamanı onların təsadüfən tənəffüs yollarına düşməsi nəticəsində asfiksiyanın baş verməsi hallarına rast gəlinir.

Tənəffüs yollarının yad cisimlərlə təsadüfi tutulması zamanı ölüm hallarında meyitin xarici müayinəsində ancaq ümumi asfiksiya əlamətləri (tez baş verən ölüm əlamətləri) tapıla bilər. Ürəyin reflektor dayanması, səs bağlarının spazmı, qırtlaq sinirinin kəskin qıcıqlanması və digər tez baş verən ölüm hallarında asfiksiyanın ümumi əlamətləri tapılmaya bilər.

Tənəffüs yollarının yad cisimlərlə zorakı yolla tutulması zamanı meyitin xarici müayinəsində bütün xəsarətlər diqqətlə öyrənilməli və ətraflı təsvir olunmalıdır. Belə ki, tənəffüs yollarında tapılmış yad cisimlə yanaşı, bədən digər hissələrində də zorakılıq əlamətləri müşahidə oluna bilər. Bunlardan ən çox, ağız burun dəlikləri ətrafında sıyrıq və qançirlərə, paltarların cırılmasına təsadüf olunur.

Meyitin daxili müayinəsi zamanı tənəffüs yollarında yad cisimlər tapılırsa onlar hərtərəfli müayinə olunmalıdır, tapılmış cisimlərin ölçüsü, tənəffüs yollarında yerləşməsi, tənəffüs yollarının yad cisimlə tutulma dərəcəsi, özlüyündə hadisənin xarakteri barədə geniş məlumat verə bilər.

Qida kütlələrindən başqa tənəffüs yollarında tapılmış yad cisimlər maddi sübut kimi saxlanılmalıdır.

Tənəffüs yollarının səpələnən maddə və cisimlərlə tutulması

Səpələnən maddələrlə tənəffüs yollarının tutulması asfiksiyaya və ölümə səbəb ola bilər. Çox hallarda asfiksiyanın bu növü qarın və döş qəfəsinin sıxılmasından törənən asfiksiyalarla birlikdə təsadüf olunur. Belə hallarda məhkəmə-tibb eksperti döşün və qarının sıxılmasından törənmiş asfiksiyaları nəzərə almalıdır. Bəzən səpələnmiş maddələrlə ağır alkoqol sərxoşluğu və xəstə vəziyyətdə olan şəxslər qətlə yetirilə bilər. Gizlətmək məqsədi ilə meyit

də səpələnən maddələrin (qum, sement, taxıl bitkiləri) altında saxlanıla bilər. Meyit müayinə edilərkən səpələnən maddələr ağız boşluğunda, tənəffüs yollarında və hətta alveollarda da tapıla bilər.

Tənəffüs yollarının qida kütlələri ilə tutulması

Asfiksiyanın bu növü ağır alkoqol sərxoşluğu, ümumi narkoz vəziyyətində olan şəxslərdə qusma nəticəsində, südəmə və kiçik yaşlı uşaqlarda qusma və qusdurulma zamanı, qusma ilə müşahidə olunan kəllə-beyin travmalarında, süni tənəffüs aparılarkən döş və qarın nahiyələrinə təzyiq etdikdə əmələ gələ bilər. Ona görə də belə şəxslərin meyitləri müayinə olunarkən yuxarıda göstərilən hallar mütləq aydınlaşdırılmalıdır. Meyitin müayinəsi zamanı ağız boşluğunda, qida borusunda, tənəffüs yollarında tapılmış qida kütlələrinin xarakterinə, tənəffüs yollarının tutulma dərəcəsinə, qida kütlələrinin tənəffüs yollarının hansı dərinliyinə qədər getməsinə, tənəffüs yollarının selikli qişasının vəziyyətinə diqqətlə fikir vermək lazımdır. Həmçinin, mədədən tapılmış qida kütlələri ilə aspirasiya olunmuş qida kütlələrinin müqayisəsi aparılmalı, ağciyərlərin təşrihi zamanı kiçik bronxlar hərtərəfli müayinə olunmalıdır.

Bunlardan əlavə ağciyərlərin histoloji müayinəsi mütləq aparılmalıdır. Belə ki, histoloji müayinənin nəticəsinə əsasən qida kütlələrinin tənəffüs yollarına düşməsinin həyatiliyi təyin oluna bilər. Bundan başqa digər laborator müayinələr də aparıla bilər. Eyni zamanda meyitin müayinəsi zamanı ölümün baş vermə şəraiti və ölən şəxsin tibbi sənədlərindəki məlumatlar da öyrənilməlidir.

20.5. Batma

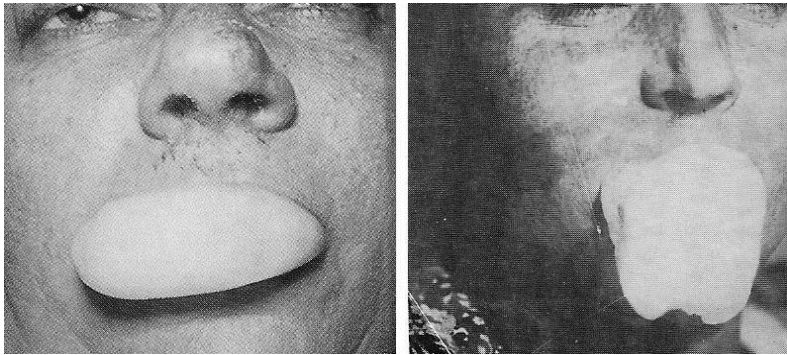
Tənəffüs yollarının hər hansı bir maye ilə tutulması nəticəsində törənən mexaniki asfiksiya batma adlanır. Bu ən çox suda baş verir. Çox az hallarda benzində, kerosində, neftdə və s. kimi mayələrdə də batma hadisələrinə rast gəlinir. İnsanın suda batması üçün bütün bədən suda olması mütləq deyil. Təkcə başın və hətta ağız və burun dəliklərinin suda olması nəticəsində də boğulma baş verə bilər.

Batma ən çox bədbəxt hadisə nəticəsində baş verir. Bəzən şəxsi itələyib suya sala bilərlər. Az hallarda intihar, daha az hallarda isə qətl məqsədilə törədilir. İntihar məqsədilə özünü suda boğmaq istəyən şəxslər bəzən əllərini bağlayır və ya özlərinə hər hansı bir əşya bağlayırlar (dəmir, daş parçası və s.). Batma təkcə dərin su hövzələrində (çay, dəniz, göl) deyil, həmçinin dayaz gölməçələrdə, su ilə dolu iri qablarda, qətl məqsədilə su olan yerlərdə zorakılıqla başı saxlamaqla da baş verir.

Suda batmanın morfoloji əlamətlərinə görə biri-birindən fərqlənən 4 əsas növü var:

1. Həqiqi və ya aspirasion sudabatma;
2. Spastik və ya asfiktik sudabatma;
3. Reflektor sudabatma;
4. Qarışıq tip sudabatma.

Həqiqi və ya aspirasion sudabatmanın bir çox xüsusiyyətləri var (cədvəl 13). İnspirator təngnəfəslik mərhələsində su aktiv sürətdə tənəffüs yollarına daxil olmağa başlayır və bunun nəticəsində iri bronxların və traxeyanın selikli qişasının qıcıqlanması baş verir. Bu zaman ifraz olunan selik hava və su ilə qarışaraq ağ və açıq-çəhrayımtıl rəngli, qabarcıqlı köpük əmələ gətirir. Belə köpük ağız, burun dəliklərində və tənəffüs yollarında tapılır (Kruşevski əlaməti, 1870) (şəkil 113).



Şəkil 113. Suda batmanın həyatiliyi (Kruşevski əlaməti)

Suda batan insan inspirator və ekspirator təngnəfəslik mərhələsində suyun üzündə qalmağa cəhd edərək nizamsız hərəkətlər edir. Bu mərhələnin davam etmə müddəti orqanizmin fiziki vəziyyətindən, suyun temperaturundan asılıdır. Tənəffüs hərəkətləri müvəqqəti dayandıqdan sonra insan bədəni suyun dərinliklərinə qərq olur. Terminal tənəffüs hərəkətləri mərhələsində su, təzyiq nəticəsində tənəffüs yollarının dərinliklərinə, o cümlədən xırda bronxlara və alveollara daxil olur. Yaranmış ağciyərdaxili yüksək təzyiq nəticəsində alveolyar emfizema və ya kəskin su emfizeması – hiperhidroaeriya əmələ gəlir. Su, alveolların divarını cıraraq, alveolarası cəpərlərə və cırılmış kapilyarlardan qana daxil olur. Su ilə qarışmış qan ürəyin sol hissəsinə, sonra isə böyük qan dövrəsinə keçir. Terminal mərhələdən sonra tənəffüsün daimi dayanması baş verir. Bu növ sudabatma 5-6 dəqiqə davam edir. Asfiksiyanın davam etmə müddətinə suyun temperaturu da təsir edir. Soyuq suyun reflektor zonalara təsiri nəticəsində suda batma sürətlənir. Suda batma zamanı həmçinin suyun udulması baş verir, su mədəyə və onikibarmaq bağırsağa daxil olur.

Sudabatmanın müxtəlif növlərinin əsas əlamətləri

Aspirasion növ sudabatma (20% hallarda)	Spastik növ sudabatma (35% hallarda)	Reflektor növ sudabatma (10% hallarda)	Qarışıq növ sudabatma (35% hallarda)
Ümumi əlamətlər			
• Ağız və burun dəlikləri ətrafında, tənəffüs yollarında xırda qabarcıqlı, ağ, yaxud açıq-çəhrayı rəngdə köpük. • Ağciyərlərin kəskin ödəmi, suyun yığılması nəticəsində onların genişlənməsi konturları kəskin olmayan plevraltı qırmızımtıl qansızmalar (Rasskazov-Lukomski-Paltauf ləkələri). • Serroz boşluqlara transsudatın yığılması, öd kisəsi divarının və beyin qışalarının ödəmi. • Sidik kisəsində çoxlu miqdarda sidiyin olması. Sümük iliyində və parenxematoz orqanlarda (böyrək, qaraciyər) planktonların tapılması. • K və Na miqdarı 5 dəfə artır. • Əsas sümüyün cibində mayenin tapılması (Sveşnikov əlaməti).	• Meyit ləkələrinin göyümtül-bənövşəyi rəngdə olması, dəri örtüklərinin göyərməsi (əsasən də uzun). • Göz qapaqlarına, ağı qışaya və meyit ləkələri olan nahiyyələrdə dəri örtüyünə nöqtəvari qansızmalar. • Sidik kisəsində az miqdarda sidiyin olması. • Daxili orqanların doluqanlılığı. Ürəyin sağ hissəsinin kəskin dolması. • Ağciyərlərin həcmnin böyüməsi və havalı olması. • Ağciyərlərdə alveolararası arakəsmələrin nazılməsi, onların qansızmalı cırılmaları. • Ağciyərlərin kəskin emfizeması (mərmərvari ağciyər) • Tənəffüs yollarında və ağız, burun dəliklərində köpüyün az olması və ya heç olmaması. Köpüyün rənginin ağ olması. • Mədədə və onikibarmaq bağırsaqda soxlu mayenin olması. • Qanın venoz durğunluğu	Larinqospazm nəticəsində dəri örtüyünün və skelet əzələlərinin kəskin avazıması. Tez baş verən ölüm əlamətləri və aşağı boş vena sisteminin kəskin doluqanlılığı. Belə hallarda endokrin sistemin histoloji müayinəsi mütləq aparılmalıdır.	• Xarici tənəffüsün pozulması, kəskin hipoksiyanın morfoloji əlamətlərinin müxtəlif səviyyədə təzahür etməsi. • Təbil pərdəsi mütləq müayinə olunmalıdır (barotravmanın olub-olmamasının təyini üçün). • Kəllə əsası sümükləri, onurğa sütununun boyun və bel fəqərələrinin sınıqlarının olub-olmaması yoxlanılır. Onurğa beyni müayinə olunur. • Aspirasion növ asfiksiyanın əlamətləri.

Aspirasion suda batma zamanı bir sıra morfoloji əlamətlər aşkar edilir. Ümumiyyətlə sudabatmaların əksər növlərində ağciyərlərin kəskin emfizeması müşahidə olunur. Ağciyərlərin həcmi böyüyür və onlar plevra boşluqlarını tam tutur. Onların həcmi 600-700 qram arta bilər və üzərində qabırğaların izi qala bilər. Suda batmanın əsas əlamətlərindən biri Rasskazov-Lukomski-Paltauf ləkələrinin tapılmasıdır. Bunlar visseral plevra altına qansızmalar nəticəsində əmələ gəlir. Ləkələr açıq-qırmızı rəngdə, qeyri-müəyyən formalı, dəqiq sərhədləri olmayan 1-2 sm və daha böyük ölçüdə olur. Meyit suda 1-2 həftədən çox qaldıqda bu ləkələr itir.

Suda batmanın əlamətlərindən biri də əsas sümüyün cibində 5 ml-ə qədər azad mayenin olmasıdır (B.A.Sveşnikov, 1958). Bu əlamət 60-65% hallarda müşahidə olunur və suda batmanın həyatiliyini göstərən əsas əlamətlərdəndir.

Moro əlaməti (1899-cu il) – plevra və qarın boşluqlarında 100 ml və daha çox transsudatın tapılması.

Rusakov-Şkarovski əlaməti – öd kisəsinin divarının və yatağının ödemləşməsi.

Feqeerlund əlaməti – nazik bağırsağın başlanğıc hissəsində və mədədə tərkibində qum, gil və su bitkiləri olan mayenin olması.

K.Ulrix əlaməti – orta qulağa, sümük eşitmə keçəcəyinə və gicgah sümüyünün piramidinə qansızma.

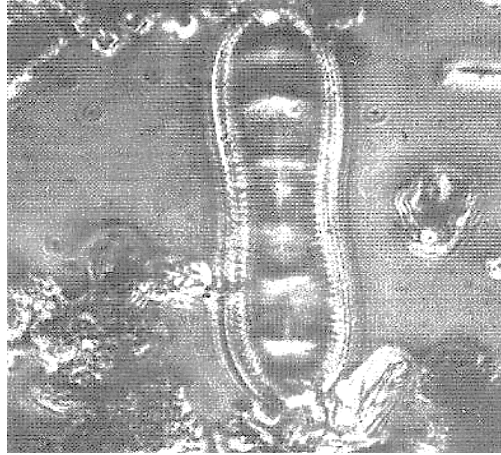
İ.L.Kasper əlaməti – damarlarda və sağ mədəcikdə duru və albalı rəngində qanın olması. Bu, qanın su ilə qarışması nəticəsində baş verir.

Suda batma zamanı mikroskopik müayinədə xarakterik dəyişikliklər aşkar edilir. Ağciyərlərin histoloji müayinəsində alveollarda kəskin genişlənmə və ödem nəhiyələri tapılır. Alveolların mənfəzi kəskin genəlir, alveollararası arakəsmələr cırılır, alveol mənfəzində «şporlar» əmələ gəlir. Ağciyər toxumasında atelektaz sahələri və ara toxumalarda qansızmalar müşahidə edilir. Bu qansızmalar məhdud və yayılmış formada olur. Kiçik bronxların və alveolların mənfəzində plankton, bitki və mineral hissəciklər tapıla bilər (şəkil 114).

Qaraciyərin histoloji müayinəsində perisinusoidal sahələrin genişlənməsi, zülali kütlənin olması ilə müşahidə olunan ödem, paydaxili kapilyarların doluqanlı olması aşkar edilir.

Suda batmanın diaqnostikasında laborator olaraq fitoplanktonun təyini metodu böyük əhəmiyyət kəsb edir. Plankton-çay, göl, dəniz və s.su hövzələrində yaşayan mikroorqanizmlərdir. Bitki mənşəli planktonlar fitoplankton, heyvan mənşəli planktonlar isə zooplankton adlanır. Müxtəlif növ su mənbələri üçün müəyyən bir növ plankton xarakterikdir. Həmin canlıların daxili orqanlarda (böyrəklər, qaraciyər) və sümük iliğinde tapılması suda batmanın obyektiv əlamətlərindən biri hesab edilir. Bu məqsədlə fitoplankton diatomeyanın tapılması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Suda batma nəticəsində ölən şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı sudan (əsasən də çirkli sudan) istifadə etmək olmaz. Bu halda həmin suların tərkibində olan

planktonlar daxili orqanlara daxil ola bilər. Planktonların tapılması çox çətin metoddur. Bu metod parenxematoz orqanlarda və sümük iliyində diatomeyaların (qeyri-üzvi silisium birləşmələrindən ibarət zirehə malik olur) tapılmasına əsaslanır. Meyitin tapıldığı sudan nümunə götürülüb laborator müayinə olunmalı və meyitin orqanlarında tapılmış planktonlarla tutuşdurulmalıdır.



Şəkil 114. Mikroskop altında fitoplanktonun görünüşü.

Suda batma zamanı ürəyin sağ və sol yarısında qanın donma dərəcəsinin fərqi artır. Bu krioskopiya metodu ilə təyin olunur. Həmçinin, suda batmanın diaqnostikasında eritrositlərin rezistentliyi, refraktometriya metodlarından da istifadə etmək təklif olunmuşdur. Gösterilən əlamətlərin və laborator müayinə metodlarının köməkliyi ilə suda batmadan baş vermiş ölüm hallarını obyektiv olaraq müəyyənləşdirmək olar.

Spastik suda batma qırtlaq sinirinin və reseptorlarının su ilə qıcıqlanmasına və kəskin hipoksiyaya səbəb olur. Nəticədə qırtlağın reflektor spazmı baş verir. Bu zaman dəri örtüyü göyərmiş olur, göz qapağına, ağılı qışaya qansızmalar baş verir və meyitin müayinəsində mexaniki asfiksiyanın ümumi əlamətləri tapılır.

Reflektor suda batma 10% hallarda rast gəlinir. Belə suda batma zamanı insan suya düşəndən dərhal sonra ürəyin və tənəffüsün dayanması baş verir. Belə hallar soyuq suya və yaxud insan günəş altında uzun müddət qaldıqdan sonra bir başa suya girərkən əmələ gələ bilər. Reflektor suda batma zamanı meyitin müayinəsində tez baş verən ölüm əlamətləri müşahidə olunur.

Qarışıq tipli sudabatmalar zamanı isə suda batmanın müxtəlif növləri bir-birini əvəz edir. Məsələn, aspirasion tipli suda batma reflektor tiplə və ya spastik tiplə başlayan suda batma reflektor tiplə keçə bilər.

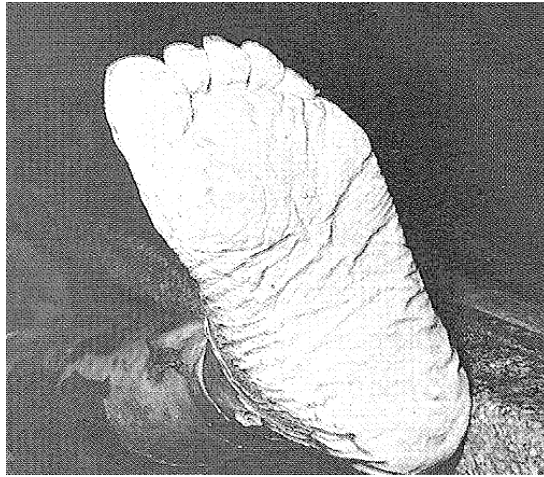
20.6. Meyitin suda qalma əlamətləri.

Bir çox hallarda sudan çıxarılmış meyitlərin müayinəsi zamanı ölümün suda batmadan və ya digər səbəblərdən baş verməsini təyin etmək lazım gəlir. Belə hallarda suda batma əlamətlərini və meyitin suda qalma əlamətlərini differensiasiya etmək lazımdır. Meyit suda nə qədər çox qalarsa bu əlamətlər daha kəskin sürətdə özünü biruzə verir. Suda qalma əlamətləri istər suda batma nəticəsində ölmüş şəxslərin meyitlərində, istərsə də digər səbəblərdən ölmüş şəxslərin meyitlərində əmələ gəlir.

Meyitin suda qalma əlamətlərinə dərinin maserasiyasını, ölümdən sonrakı dazlaşmanı aid etmək olar. Dərinin maserasiyası tədricən baş verir. Dərinin maserasiya dərəcəsi orqanizmin fərdi xüsusiyyətlərindən, suyun temperaturundan, tərkibindən və digər amillərdən asılıdır. Meyitin suda qalmasından 1-3 saat sonra barmaqların dərisi ağararaq qabarıq və dəri büzüşür, 3-5 gündən sonra bu proses əlin ovuc səthinin, 5-6 gündən sonra isə ayaqların altını əhatə edir. Bu müddət ərzində ovucun bütün dərisi («paltaryuyan qadının əli») büzüşür (şəkil 115, 116), 2-3 həftədən sonra maserasiyaya uğramış epidermis dərinin digər qatlarından ayrılaraq, əlcək kimi («ölüm əlcəyi» - sözü buradan götürülmüşdür) çıxmağa başlayır. 30-40 gün sonra bədən digər nahiyyələrində də dəri ayrılır. Meyitin əynində olan paltarlar maserasiya prosesini ləngidir və bu proses isti suda, soyuq suya nisbətən daha sürətlə gedir.



**Şəkil 115. Meyitin suda qalması nəticəsində
«ölüm əlcəyi»-nin əmələ gəlməsi**



***Şəkil 116. Meyitin suda qalması nəticəsində
ayağın dərisinin maserasiyası***

Ölümdən sonra baş verən dazlaşma meyit suda qaldıqdan 15-20 gün sonra meydana çıxa bilər. Bu müddət ərzində maserasiyalı dəri ilə əlaqəni itirmiş tükləri asanlıqla qoparmaq olur. 20 gündən sonra onlar öz başına ayrılmağa başlayırlar və meyitin suda qalmasından 30-40 gün sonra başın tam dazlaşması baş verir.

Meyitin suda qalma əlamətlərinə nisbi olaraq bədənə tez soyumasını və dərinin kəskin solğunlaşmasını aid etmək olar. Suda olarkən meyiddə çürümə prosesi çox ləng gedir. Bu isə əsasən meyit suyun altında olarkən müşahidə olunur. Meyit suyun üzünə çıxdıqdan və ya sudan tamamilə çıxarıldıqdan sonra çürümə prosesi sürətlənir. İsti suda çürümə prosesi daha sürətlə gedir. Bir çox hallarda suyun üzünə çıxmaması üçün meyitə müəyyən çəkiddə əşyalar bağlanır. Çürümə qazlarının yaranması ilə əlaqədar 30 kq və bir gədər çox yük bağlanmış meyitlər də suyun üzünə çıxa bilər.

20.7. Suda başverən ölüm halı və sudan çıxarılan meyitlərdə xəsarətlər.

Suda ölümün yaranma halı müxtəlif səbəblərdən baş verə bilər. Ürək-damar xəstəlikləri (hipertoniya, ateroskleroz, ürək qüsurları və s.) olan şəxslərdə suda qəfləti ölüm baş verə bilər. Alkoqol sərxoşluğu, bədənə günəş şüaları ilə ifrat dərəcədə qızması nəticəsində də suda qəfləti ölüm hallarına rast gəlinə bilər. İnsanın qəflətən soyuq suya düşməsi zamanı da, dəri reseptorlarının kəskin qıcıqlanması səbəbindən ölüm baş verə bilər. Meyitin müayinəsi zamanı belə hallarda heç bir dəyişiklik tapılmır. Qəfləti ölüm hallarında asfiksiya əlamətləri də tapılmaya bilər.

Sudan çıxarılmış meyitlərdə xəsarətlər çox vaxt mexaniki mənşəli olur. Belə xəsarətlər həm həyatı, həm də ölümündən sonra törənə bilər. Həmçinin

belə xəsarətlər insan suya düşməzdən əvvəl, həm də suda olarkən yetirilə bilər. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi aparılarkən mütləq xəsarətlərin həyatiliyi təyin olunmalıdır.

Suya düşməzdən əvvəl xəsarətlər çox müxtəlif səbəblərdən törənə bilər. Suda baş verən xəsarətlər isə kater, gəmi pərləri, sualtı qanadları olan qayıqların təsirindən yarana bilər. Həyati xəsarətlər həmçinin insan suya tullanarkən daşlara, suda olan digər sərt əşyalara, suyun dibinə zərbə ilə dəydikdən sonra da əmələ gələ bilər.

Suda qalmış meyitlərə xərçənglər, su siçanları, balıqlar və digər su canlıları müxtəlif zədələr yetirə bilər.

BÖLMƏDƏ ACIQLANAN SUALLAR

1. Asfiksiya haqqında anlayış.
2. Mexaniki asfiksiyanın növləri və həyatı gedişi.
3. Asfiksiyanın xarici və daxili əlamətləri.
4. Asılma, ilgəklə boğma və onların differensiasiyası.
5. Stranqulyasion şırımın həyatiliyinin təyini.
6. Əl ilə boğma.
7. Doş və qarının sıxılmasından baş verən asfiksiya.
8. Ağız-burun dəliklərinin qapanmasından, tənəfüs yollarına qəsdən yeridilmiş və ya təsadüfi düşmüş yad cisimlərin təsirindən törənən asfiksiya.
9. Batma.
10. Meyitin suda qalma müddətinin təyini.

V BÖLMƏ.

FİZİKİ FAKTORLARIN ORQANİZMƏ TƏSİRİ ZAMANI ƏMƏLƏ GƏLƏN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI

XIX əsrin axırları və XX əsrin əvvəllərindən başlayaraq elm və texnikanın sürətli inkişafı ilə əlaqədar olaraq elektrik cərəyanından müxtəlif sahələrdə geniş istifadə edilməyə başlandı. İstehsalatda, məişətdə elektrik cərəyanından istifadə edilmədən hər hansı bir sahənin inkişaf etməsini düşünmək belə mümkün deyildir, həm istehsalatda, həm də məişətdə elektrik cərəyanından geniş istifadə olunur. İstehsalat travmalarının müxtəlif nəticələri arasında elektrik travmaları xüsusi yer tutur. İstehsalat travmatizmi içərisində elektrik cərəyanı vurması nisbətən az faiz yer tutmasına baxmayaraq, elektrik cərəyanı vurmasından ölüm hadisələrində aparılan ekspertizalar, xüsusən elektrik vurma izləri tapılmadıqda, çox böyük mübahisələr doğurur. Mübahisəli hadisələrdə, hadisə yerində texniki ekspertizanın yüksək səviyyədə aparılması mübahisəyə son qoya bilər. İnsan orqanizmi elektrik cərəyanının, yüksək və aşağı temperaturun, kəskin barometrik təzyiqin dəyişməsi və s. kimi ekstremal faktorların təsirinə müəyyən bir mənada uyğunlaşıb. Göstərilən faktorların orqanizmə olan təsiri onun bioloji, termiki, mexaniki, kimyəvi, psixiki və s. təsirlərinin daha çox olduğu zaman sağlamlığın pozulması və ya ölüm baş verə bilər. Belə hallarda məhkəmə-tibbi ekspertizanın məqsədi konkret ekstremal faktorun insan orqanizminə təsirini və bunun nəticəsində baş verən ölüm faktının və sağlamlığa zərərvermə dərəcəsinin müəyyən edilməsidir.

Son illər bütün dünyada olduğu kimi ölkəmizdə də elektrik cihazlarından və qurğularından geniş istifadə edilməsi, eləcə də istehsalatda, məişətdə hər il onların daha çox tətbiq edilməsi ilə əlaqədar olaraq elektrikvurma hadisələrinin sayı əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır.

FƏSİL XXI. ELEKTRİK VURMALARIN MƏHKƏMƏ - TİBBİ EKSPERTİZASI

Elektrik vurma – elektrik cərəyanının ümumi və yerli təsiri nəticəsində insan orqanizmində baş verən bir sıra struktur dəyişiklikləri və orqanizmin funksiyasının pozulmasıdır. Elektrik cərəyanının orqanizmə təsiri dedikdə tənəffüs və ürək fəaliyyətinin kəskin pozulması (ürək əzələsinin fibrilyasiyası) eləcə də şok reaksiyalarının törənməsi ilə müşayiət olunan elektrokimyəvi, istilik və mexaniki təsirlərin ümumilikdə təsiri kimi başa düşülür. Elektrik cərəyanı ilə zədələnmələr bütün növ travmaların az bir qismini (1-2,5%-ni) təşkil etməsinə baxmayaraq, ölümə nəticələnməsinə və əlilliyin miqyasına görə ilk yerlərdən birini tutur. Elektrik vurmada bütün hallarda ölüm baş vermir. Bəzi hallarda elektrik naqili ilə təmas zamanı şəxsın kənara atılması və ya hündürlükdən düşməsi nəticəsində ağır və ölümcül zədələnmələr almasına, nəticədə ümumi əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilməsinə və əlil olmasına səbəb olur.

Ekspertiza təcrübəsində intihar məqsədilə elektrik cərəyanından istifadə olunması nadir hallarda olsa da, təsadüf edilir. *Belə ki, Bakının Qaradağ rayonu ərazisində yerləşən bir mənzildə çarpayı üzərində uzanmış vəziyyətdə kişi meyiti aşkar edilmişdir. Evdə tək yaşayan həmin kişi özünü öldürmək üçün çox maraqlı bir üsuldən istifadə etmişdir. O, hər iki naqilin uc hissələrini hazırlayaraq, bir naqili sol, o birini isə sağ mil-bilək oynaqları nahiyyəsinə bağlamışdır. Hər iki naqilin digər uclarını elektrik ötürücüsünə bağlayaraq çarpayıya uzanmış və həmin ötürücünü elektrik mənbəyinə keçirmişdir. Meyitə baxış keçirərkən, meyitin xarici müayinəsində onun hər iki yuxarı ətraflarında mil-bilək oynaqları nahiyyələrində dairə formasında, qapalı, xətvəri, qara rəngli kənarları kömürləşmiş “elektrik nişanəsi” aşkar edilmişdir. Meyitin bədən səthi üzərində başqa heç bir xəsarət aşkar edilməmişdir. Meyitin daxili müayinəsində tez baş verən ölüm əlamətləri aşkar edilmişdir.* Elektrik vurma texniki və atmosfer cərəyanının təsirindən əmələ gələ bilər.

21.1. Texniki cərəyanın təsirindən yaranan elektrik vurma.

Texniki cərəyanın təsirindən əmələ gələn elektrik vurma müxtəlif şəraitdə, məişətdə, istehsalatda, tibb müəssisələrində və ya başqa şəraitlərdə baş verə bilər. Adətən belə zədələnmələr birbaşa elektrik cərəyanını daşıyan və ya keçirən mənbə ilə kontakt zamanı baş verir.

Belə kontaktın yaranma səbəbləri obyektiv və subyektiv ola bilər. Obyektiv səbəblərdən - qəflətən sıradan çıxmış elektrik əşyaların və cihazların, elektrik stansiyalarında qəzanın baş verməsi zamanı, izolyasiya edilməmiş elektrik naqilləri ilə kontakt zamanı və s. şəraitdə baş verə bilər. Subyektiv səbəblərdən isə elektrik cihazlarından düzgün istifadə

edilməməsini və texniki təhlükəsizlik qaydalarına düzgün riayət edilməməsini göstərmək olar.

Tibb müəssisələrində məsələn, fizioterapevtik müalicə və rentgenoloji tədqiqat zamanı elektrik vurmaı göstərmək olar. Belə hallarda elektrik vurma elektrik cihazlarının nasazlığı, lazımi səviyyədə diqqətin olmaması nəticəsində əmələ gələ bilər.

Elektrik vurma müxtəlif elektrik cərəyanı daşıyan elektrik qurğuları, elektrik naqilləri və ya gərginlik altında olan müxtəlif əşyalarla kontakt zamanı baş verə bilər. Elektrik cərəyanının bədənə yayılması giriş və çıxış üçün şərait olduqda mümkündür. Bu iki elektrodla eyni vaxtda təmasda olmaqla (ikiqütblü qoşulma) və ya bədənə hər hansı bir hissəsinin torpağa birləşməsi şərti ilə bir elektrodla təmasda olmaqla (birqütblü qoşulma) törənir. Birləşmə hissəvi ola bilər, bu vaxt torpaqdan təcrid olunmuş insan bir əli ilə müxtəlif adlı qütblərə toxunur. Bu şəraitdə cərəyan “birləşmiş” əldən keçir, adətən, ölümcül təhlükə törətmir. İnsan naqillə birbaşa təmasda olmadığı hallarda da yüksək gərginlikli elektrik cərəyanı onu müəyyən məsafədən vura bilər.

Elektrik zəncirində adətən elektrik cərəyanı bir qütblü olur. Belə hallarda zədələnmə insanın bədəninin bir hissəsi elektrik cərəyanı qütbündə olur, qütbün o biri hissəsi isə yerə dəyirdə baş verir. Beləliklə, bu zaman iki qütblü elektrik zənciri əmələ gəlir. Cərəyanla zədələnmələrdə insan yerdən izolyasiya olunduğu təqdirdə, iki açıq cərəyan daşıyan naqillərə toxunur.

Yüksək gərginlikdə elektrik cərəyanı ilə insanın elektro-travma alması naqilə toxunmadan, yəni çox təhlükəli məsafəyə yaxınlaşdıqda qövs kontaktı ilə baş verə bilər.

Havanın ionlaşması nəticəsində insanın cərəyan daşıyıcı qurğu və ya naqillərlə kontaktı əmələ gələ bilər. Uzaq məsafədən zədələnmə təhlükəsi rütubətli havanın yüksək elektrik keçiriciliyinə görə xeyli artır.

Yüksək elektrik gərginliyi zamanı elektrik qövsü cərəyanından 35-40 sm-ə qədər çatır bilər. Belə hallarda insanın ayaqlarının olduğu iki müxtəlif elektrik potensialına malik olan müxtəlif nöqtələrə dəydiyi zaman elektrik vurma baş verir. Addım uzunluğuna bərabər məsafədə (0,8m) yaranan elektrik potensiallar fərqi «addım gərginliyi» adlanır. Addım uzunluğuna bərabər məsafədə yaranan elektrik potensiallar fərqi aşağıdakı hallarda baş verir: yerə yüksək gərginlikli (yüksək voltlu) elektrik naqili düşdükdə və yaxud nasaz, açıq, elektrik qurğularının səhvən torpağa basdırılmasında və ya torpağa toxunmasında.

«Addım gərginliyi» olan sahəyə düşdükdə cərəyan «aşağı ilgəklə», yəni bir ayaqdan o biri ayaqa keçir, belə cərəyan yolu çox da təhlükəli deyil. Əgər bu zaman insan qıcolma və digər səbəbdən yerə yıxılarsa, onda tam ilgək əmələ gəlir və bu da çox təhlükəli olur. Yerə düşmüş cərəyan naqilinin təhlükə zonası 10 addımdır.

Zədələnmələrin əmələ gəlməsi, xarakteri və qiymətləndirilməsi cərəyanının texniki xüsusiyyətlərindən başqa bir çox faktorlardan, digər şərtlərdən də asılıdır. Onların hamısını ümumiləşdirərək aşağıdakı kimi üç əsas qrupa ayırd etmək olar: 1) cərəyanın fiziki (texniki) xüsusiyyətləri; 2) cərəyanın orqanizmə xarici təsir xüsusiyyətləri (kontakt şərtləri); 3) orqanizmin fərdi xüsusiyyətləri.

Elektrik cərəyanının fiziki xüsusiyyətləri və təsiri

Elektrik cərəyanı sabit və dəyişən olur. Saniyədə tezliyi 40-60 Hz olan dəyişən cərəyan (texniki və işıqlandırıcı) sabit cərəyana nisbətən təhlükəli sayılır. Yüksək tezliyi (bir neçə yüz min Hz) və yüksək gərginliyi olan cərəyan insan üçün nəinki təhlükəli, hətta müalicəvi məqsədlər üçün də istifadə edilir. Praktikada eyni gərginlikdə olan 50 Hz tezliyə bərabər olan dəyişən elektrik cərəyanı sabit elektrik cərəyanından olduqca təhlükəlidir.

Elektrik vurma zamanı cərəyanın şiddəti böyük əhəmiyyət daşıyır. Aşağı gərginlikli (110-220 v) və yüksək 250 v (500-600 v tramvay xəttlərində və 1500- 3000 v elektricləşmiş dəmiryol xəttlərində) gərginlikli cərəyanlar ayırd edilir. Elektrik cərəyanının zədələnmə xüsusiyyətləri ondan ibarətdir ki, gərginlik çox olduqda onun insan orqanizmi üçün təhlükəsi xeyli artır.

Cərəyan şiddəti (amper – A, milliamper mA) Om qanununa əsasən cərəyan gərginliklə düz mütənasibdir, müqavimətlə isə tərs mütənasibdir. 0,08 A (və ya 80 mA) və çox cərəyan şiddəti insan həyatı üçün təhlükəlidir. Lakin yüksək gərginlikli (1000 v) və az şiddətli (milliamperin on və yüzdə bir hissəsi) həyat üçün təhlükəli deyil.

Elektrikvurma insanın dəri və toxumalarının müqavimətindən, təsir etdiyi orqanın həyat üçün nə dərəcədə əhəmiyyətli olmasından, orqanizmin fərdi xüsusiyyətlərindən, bədənin elektrik ilə təmasda olan sahəsinin böyüklüyündən, dərinin quru və nəm olmasından, cərəyanının təsir müddətindən, cərəyanın sabit və ya dəyişən (dəyişən cərəyan sabit cərəyana nisbətən daha təhlükəlidir) olmasından, tezliyindən, “gözləmə və ya diqqət faktoru”ndan, cərəyan yolları və ya “ilgəkləri”ndən, elektrik cərəyanı mənbəyi ilə kontakt zonalarının sayından və həcmindən, yüksək gərginlikdən, şəxsin yaşından, sağlamlıq vəziyyətindən cərəyanın şiddətindən və s. amillərdən asılıdır.

İnsan bədəninin müqaviməti ilk olaraq dərinin xüsusiyyətlərindən, onun rütubətli olub-olmamasından asılıdır. Əlin ovucunun quru dərisi $1-2 \cdot 10^6$ Om müqavimətə malikdir. Müəyyən edilmişdir ki, quru və buynuzlaşmış dərinin müqavimətinə görə elektrik keçirilmə qabiliyyəti şüşə və ona oxşar digər maddələrin elektrik keçiriciliyi qabiliyyətinə yaxındır. Nəm dəri 2000 Om müqavimətə malik olur. Buna görə də nəm və ya yaş əllərlə elektrik qovşağına qoşulmuş elektrik cihazlarına əl vurduqda elektrik vurma ehtimalı artır.

Elektrik vurmada ayaqqabıların müayinəsi də vacibdir, belə ki, bir qütblü qoşulmada onlarda cərəyanın izlərini aşkar etmək olar. Ayaqqabıların müayinəsində onun nəmliyinə, ayaqaltı səthlərində metal parçası və mismarlar olmasına, varsa onlarda ərimə izlərinin olub-olmamasına diqqət yetirmək lazımdır. Əgər ayaqqabının xarakteri (rezin çəkmə, qaloş) cərəyanın çıxma imkanını istisna edirsə, cərəyanın çıxış yerini digər yerdə (bədənin başqa səthlərində) axtarmaq lazımdır.

Daxili orqanların müqaviməti dəriyə nisbətən çox azdır. Hətta eyni cərəyan halqasının təsiri zamanı cərəyan orqanizmdə toxumaların elektrik keçiriciliyi qabiliyyətindən, xəsarət alanın yaşından, dəri qatının qalınlığından, bədənin hərarətindən və ətraf mühitdən asılı olaraq müxtəlif istiqamətlərdə hərəkət edə bilər.

Elektrik cərəyanının orqanizmdə hərəkətinin 3 əsas istiqaməti müəyyən edilmişdir:

- qan damarları ilə;
- əzələ toxumaları ilə;
- sinir yolları ilə.

Orqanizmin müəyyən hissəsindən daxil olan elektrik cərəyanı, orqanizmdə yayıldığına görə, təsiri müəyyən orqanlarla məhdudlaşmır, daxili orqanların hamısına ayrı-ayrılıqda təsir göstərir. Nisbətən yaxşı keçirici olan toxumalara, xüsusən qana göstərdiyi təsir daha şiddətli olur. Toxumaların elektrik cərəyanına müqaviməti, aşağıdakı ardıcılıqla artır: qan, selikli qişa, qaraciyər, böyrəklər, əzələlər, beyin, ağ ciyərlər, vətərlər, qığırdaq, sinir, sümük toxuması, dəri.

Elektrik cərəyanının təsirindən ürək fəaliyyətinin pozulması, qan damarlarının divarlarında patoloji pozulma, tromboz, qanda hemoliz törənə bilər.

Elektrik cərəyanının təsiri tənəffüs əzələlərinin yığılmasına, tənəffüsün çətinləşməsinə, dayanmasına və nəticədə asfiksiyaya səbəb olur.

Elektrik vurmada tənəffüs əzələlərinin yığılması və tənəffüsün pozulmasını minimal ölümün törənə bilməsini nəzərə alaraq, elektrik vurmuş şəxslərə ilk növbədə tibbi yardım göstərilərək süni tənəffüs verilməlidir.

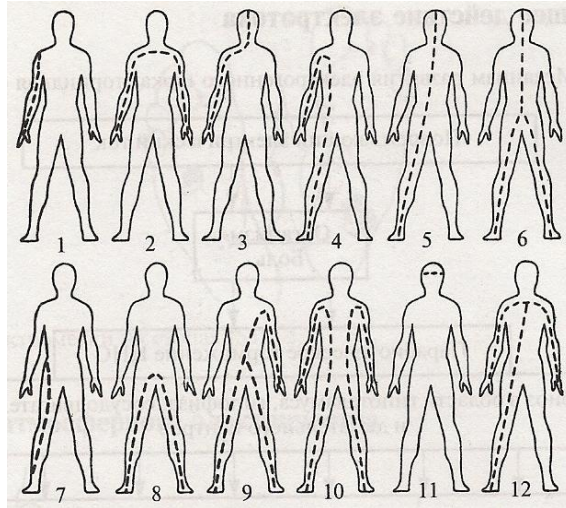
Elektrik vurmada sinir hüceyrələrində, liflərində patoloji mikroskopik dəyişikliklər törənir.

Elektrik cərəyanı adətən az müqavimətli və yüksək elektrik keçiriciliyi olan toxumalara təsir edir. Bunun nəticəsi olaraq demək olar ki, elektrik cərəyanı həmişə orqanizmdə qısa yolla hərəkət etmir.

Beləliklə ən təhlükəli «cərəyan ilgəkləri» aşağıdakılardır: iki əl – iki ayaq, sol əl – ayaqlar, əl – əl, baş – ayaqlar və s. az təhlükəli isə hər iki ayaq hesab olunur (şəkil 117).

«Cərəyan ilgəkləri» barədə fikirlər sxematikdir, çünki təsdiq edilmişdir ki, cərəyan bədəndə düz xətt üzrə deyil, ən az müqavimət gücü olan

orqanlara çataraq yelpikvari hərəkət edir. Buna görə də elektrik cərəyanının keçdiyi yol şərti sayılır.



Şəkil 117. Elektrik cərəyanının ilgəklərinin variantları.

Elektrik vurmanın insan həyatı üçün nəticəsi nəinki somatik, hətta psixiki və psixoloji təsir də ola bilər.

İnsan orqanizmi fiziki və psixoloji gərginlik zamanı, yorğunluqda, travmalarda, xəstəliklərdə, intoksikasiyalarda elektrik cərəyanına müqaviməti azalır.

21.2. Elektrik cərəyanın təsiri nəticəsində əmələ gələn ölüm hallarının kliniki təsviri və mexanizmi.

Elektrik vurmalar zamanı klinik əlamətlər 4 cür təzahür edir: 1) zəif qıcolmalar (yuxarı və aşağı ətraflar); 2) huşun itməməsi ilə bədənə bütün hissələrinin ümumi qıcolmaları; 3) huşun itməsi ilə bədənə bütün hissələrinin qıcolmaları; 4) ölümə nəticələnən elektrotravmalar. Elektrik vurma zamanı ölümün mexanizmi tam dəqiqliklə öyrənilməmişdir, çünki elektrik cərəyanı insan orqanizminə müxtəlif cür təsir edə bilər. Aparılmış tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, bəzi hallarda ölüm əsasən tənəffüs mərkəzinin iflicindən, ürək mədəciklərinin fibrilyasiyasından və bəzi hallarda isə yuxarıda göstərilən bu iki halın eyni vaxt baş verməsindən əmələ gələ bilər.

Elektrik cərəyanının ürəyə təsiri nəticəsində mədəciklərin fibrilliyası baş verir və bu da qan durğunluğuna səbəb olur. Tez baş verən ölüm tənəffüsün birincili dayanması nəticəsində baş verə bilər. Urəyin tac

damarlarının reflektor spazmı nəticəsində ikincili fibrilyasiyanın əmələ gəlməsi də istisna edilmir.

Yüksək gərkinlikli elektrik cərəyanının təsirindən beyin qabığının tormozlanması nəticəsində ölüm insanın mərkəzi sinir sisteminin iflicindən baş verir.

21.3. Texniki cərəyanın zədələyici təsirinin mexanizmləri.

Elektrik cərəyanı insan orqanizminə əsasən 4 növ zədələyici təsir göstərir: 1) spesifik (bioloji) elektrik təsir; 2) istilik (termiki) təsir; 3) mexaniki təsir; 4) elektrolitik və ya kimyəvi təsir.

Spesifik təsir skelet əzələlərinin, sinir reseptorlarının keçiriciliyinin pozulması və vəzli toxumaların qıcıqlanması ilə özünü biruzə verir.

Belə qıcıqlanmaların nəticəsində skelet əzələlərinin tonik qıcolmaları baş verir və bu da öz növbəsində döş qəfəsi əzələlərinin iflicinə, diafraqmanın, səs tellərinin spazmına, tənəffüs çatışmamazlığına və ya tənəffüsün dayanmasına gətirib çıxara bilər. Elektrik cərəyanının ürək əzələsinə spesifik təsiri nəticəsində mədəciklərin fibrilyasiyası baş verir və bunun nəticəsində ekstrasistoliya, aritmiya və hətta ürəyin dayanması baş verə bilər. Səya əzələlərə spesifik təsir nəticəsində əzələlərin yığılması baş verir ki, bunun nəticəsində də arterial təzyiq kəskin yüksəlir, qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı baş verir.

Endokrin orqanlar elektrik qıcıqlanmaları nəticəsində qana katexolaminləri (adrenalin, noradrenalin) ifraz edirlər və bu da orqanizmin xeyli disfunksiyasına gətirib çıxarır.

Elektrik cərəyanının istilik (termiki) təsiri Coul – Lens qanununa əsasən elektrik enerjisinin istilik enerjisinə keçməsi nəticəsində baş verir. Bədənin müəyyən nahiyələrində tüklərin və paltarın ütülmesi ilə müşayiət olunan müxtəlif dərəcəli yanıqlar müşahidə olunur. İstiliyin təsiri nəticəsində sümüklərdə olan kalsium fosfatın əriməsi və buna uyğun olaraq 1-5 mm diametrində olan içəri boş hava qabarcıqlarından ibarət olan boşluqlar əmələ gəlir, sonradan soyuma nəticəsində sümüklərdəki bu boşluqlar «mirvari muncuqların» əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Elektrik cərəyanı təsirindən baş verən yanıqlar 2 cür olur:

1. kontakt tipli - cərəyanın toxumalardan keçərkən yaratdığı istilik təsiri nəticəsində əmələ gələn yanıqlar;
2. termiki (qeyri spesifik) tipli - elektrik qövsü alovunun təsirindən əmələ gələn yanıqlar (şəkil 118.)



Şəkil 118. Yuxarı ətrafda elektrik qövsü alovunun təsirindən əmələ gələn yanıqlar

Elektrik cərəyanının mexaniki təsiri elektrik enerjisinin mexaniki enerjiyə keçməsi qanununa əsaslanır. Cərəyanın mexaniki təsiri əzələlərin qıcolma nəticəsində yığılmaları ilə müşayiət olunduğu hallarda əzələlərin və digər yumşaq toxumaların cırılmaları, eləcə də orqanların qışalarının soyulmaları baş verə bilər. Daha böyük və ya güclü mexaniki təsir nəticəsində çıxıqlar, sınıqlar və ətrafların qopması müşahidə edilə bilər (şəkil 119).



Şəkil 119. Yüksək elektrik cərəyanının təsiri nəticəsində əlin qopması

Elektrik cərəyanının orqanizmə daxil olduğu və çıxdığı nahiylərdə daha yüksək temperaturun törənməsi dərinin, dərialtı yumşaq toxumaların, hətta sümüklərin kömürləşməsinə səbəb olur. Elektrik cərəyanının təsirindən törənmiş

kömürləşmə adi yanıqlardan şişin, qızartının olmaması ilə fərqlənir. Ekspert təcrübəsində Səbail rayonu ərazisində belə bir elektrik vurma hadisəsinə təsadüf etmişik. Elektrik dreli ilə hamamda işləyən bir kişi dreli döş qəfəsi nahiyyəsinə sıxaraq kafelin üzərində dəşik açaraq şurup vurmaq istəmişdir. Bu vaxt həmin drelin ucu kafelin altından keçən elektrik naqilinə dəymiş (onu deşmiş), nəticədə döş qəfəsində dəri ilə bərabər, əzələ və sümük toxuması da hissəvi yanaraq kömürləşmişdir. Həmin yanq nahiyyəsində dərinin üzərində drelin bir hissəsinin formasının izi qalmışdır.

Elektrik cərəyanının daxil olduğu və çıxdığı nahiyyələrdə təxminən 120° -dən yüksək temperatur törənmədikdə “elektrik nişanəsi” adlandırılan tipik elektrik yanığı müşahidə edilir (şəkil 120).

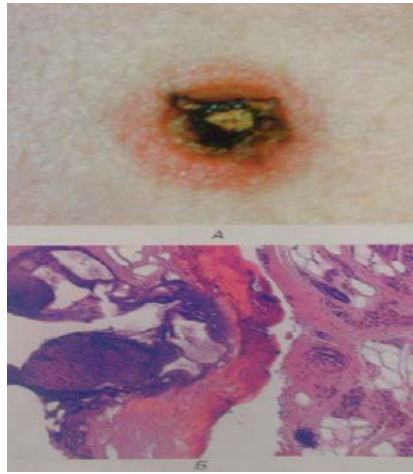
Elektrik cərəyanının kimyəvi və ya elektrolitik təsiri özünü elektrolit balansının toxumalarda və orqanlarda ion tamlığının pozulması ilə büruzə verir. Bunun nəticəsində toxumalarda koagulyasion (anod yanında) və kollikvasion (katod yanında) nekroz, qanda, onurğa-beyin mayesində, sidikdə, öddə və s. ionların dissosiasiyası, naqilin hissələrinin təsirindən isə dərinin impregnasiyası baş verir. Elektrik cərəyanı ilə zədələnmələrin diaqnostikası cərəyanın yerli təsirinin göstəriciləri olan «elektrik nişanəsi» vasitəsi ilə təyin olunur (şəkil 120). «Elektrik nişanəsinin» əmələ gəlməsi elektrik təsirinin orqanizmə kombinə edilmiş təsirinin nəticəsidir. «Elektrik nişanələri» cərəyan keçiricisi ilə kontakt zamanı əmələ gəlir.



Şəkil 120. Elektrik nişanəsi.

Adətən «elektrik nişanəsi» dairəvi və ya oval formada olur. Kənarları qalxmış, dibi batmış olur. «Elektrik nişanələri» əsasən, 6-10 mm diamet-rində, boz-ağımtıl rəngdə olur. Dibi batmış, səthi quru olur, konsistensiyası bərk, divarlarında keçirici naqilin impregnasiyası gözə çarpır.

Uzunsov «elektrik nişanəsi» elektrik naqilinin formasını təkrarlayır. Onlar nəinki giriş, hətta çıxış nöqtəsində də ola bilərlər. «Elektrik nişanələrinin» spesifik xüsusiyyətləri mikroskop vasitəsi ilə müəyyən edilir. Buna görə də meyitin müayinəsi zamanı zədələnmiş dərinə «elektrik nişanələrinin» kənarları ilə birlikdə histoloji müayinəyə göndərmək lazımdır. «Elektrik nişanələrinin» histoloji müayinəsi zamanı epidermisin buynuz və daha dərin qatlarında şanabənzər boşluqlar və çatvari dəliklər müşahidə olunur (şəkil 121). «Elektrik nişanəsi» 90-92% xəsarət alanlarda qeydə alınır. Lakin nəm dəri və nazik dəri olduqda «elektrik nişanələri» təsadüf olunmaya bilər.



Şəkil 121. Elektrik nişanəsi və onun histoloji görünüşü

Ədəbiyyat məlumatlarında elektrikvurma zamanı elektrik nişanəsinin görünməməsi, dəridə heç bir morfoloji əlamətlərin olmaması haqda 10-20%, 10-15%; 30-35%; 8-10%-ə qədər hallarda qeyd edilir.

Elektrikvurmada ən çox (8-10% hadisələrdə elektrik nişanəsi görünür) meyitin bədənə üzərində elektrik nişanəsinin olmadığı hadisələrdə ancaq meyitin müayinəsinə əsasən şəxsin elektrik vurmasından ölməsini təsdiq etmək mümkün deyildir. Diaqnozu aydınlaşdırmaq üçün hadisə haqqında məlumat toplamaq, hadisə yerinin müayinə protokolu ilə tanış olmaq, texniki ekspertiza materiallarından istifadə etmək lazımdır. Tipik «elektrik nişanələrindən» əlavə kontakt sahələrində yanığabənzər «elektrik nişanələri» əmələ gələ bilər. Onlar çirkləyib, sarı və boz-qonur rəngdə olur. Belə hallarda «elektrik nişanələrinin» mikroskopik müayinəsi diaqnostik köməklik göstərə bilər. «Elektrik nişanəsi» əmələ gələn zaman metal qırıntılarının dəri üstünə hopması baş verə bilər. Metalın növündən asılı olaraq zədələnmə yeri boz, qonur və yaşılmtıl

rəngdə ola bilər. Metalın növü laborator müayinələrin və ya spektroqrafik analizlərin köməyi ilə müəyyən edilə bilər ki, onun da böyük diaqnostik əhəmiyyəti var. Elektrik nişanəsindəki konkret metalı təyin etmək üçün emission spektroqrafiya metodunun tətbiq edilməsi məqsədəuyğundur. Elektrik nişanəsi nəhiyəsində metal izlərini yumşaq rentgen şüalarının köməyi ilə aşkar etmək olar. Preparatların xüsusi boyanma metodlarından istifadə etməklə mikroskopik müayinə metodu ilə aşkar etmək olar.

İnsanın cərəyanla zədələnməsi ildırım vurma nəticəsində də ola bilər. İldırım atmosferdə 0,00001 saniyədə 100 min amper və bir neçə milyon volt gərginlikdə baş verən elektrik cərəyanıdır. İldırım vurmada adətən istilik və mexaniki təsir qeydə alınır. Buna görə də ildırım vurmalarda dərin yanıqlar, dərinin cırılmaları, bədənin dağılması, ətrafların, bədən hissələrinin hissələrə bölünməsi ilə müşayiət olunur. Ölmüş şəxsin paltarları adətən yanıb külə dönə bilər. Metal əşyalarda (saat, üzük, sırğa, düymə, diş protezləri) ərimələr qeyd edilir.

İldırım spesifik xüsusiyyətlərə malikdir, belə ki o insana dəydikdə partlayır. Buna görə o bədənin dəydikdə kontakt nəhiyəsində yanıqlar və bədənin ümumi silkələnməsi əlamətləri əmələ gəlir. Kürə ildırımlarının başa dəydiyi təqdirdə geniş subdural və subaraxnoidal qansızmalar, qulaq pərdəsinin cırılmaları qeyd edilir.

Buna sübut kimi təqiqat aparılan yerdə yanımış ağac izləri, yanımış paltarların qalıqları, ərimiş dəmir əşyalar ola bilər.

İldırım vurma texniki elektrik vurmada qüvvətli mexaniki və termiki təsire malik olub, nadir rast gəlinən hadisədir. Lakin müşahidələrimiz göstərir ki, həm ekspertiza təcrübəsində, həm də həyatda insan ölümü ilə nəticələnən ildırım vurma hadisələrinə rast gəlinir. Ekspert fəaliyyətimizdə belə bir hadisə ilə rastlaşmışıq. Abşeron rayonu ərazisində hadisə yerinə baxış keçirərkən, həyatda ildırım vurma nəticəsində həm orta yaşlı bir qadının, həm də həyatdakı toyuq və itin ölməsi müşahidə edilmişdir. Eləcə də futbol oyunu zamanı bu yaxın vaxtlarda bir komanda futbolçularının bir neçəsini meydançada ildırım vurması nəticəsində ölməsini bütün futbol azarkeşləri öz gözləri ilə görmüşlər. TV-də həmin matçı izləyən azarkeşlər əvvəlcə futbolçuların yerə yıxılmasından heç nə anlamamış, yalnız oyunçular ayağa qalxmadıqda və bu haqda məlumat verildikdən sonra onların ildırım vurmasından ölməsini başa düşmüşlər.

21.4. Elektrik vurma hallarında məhkəmə-tibbi ekspertizanın xüsusiyyətləri.

Məhkəmə-tibb ekspertinə ilk olaraq hadisə barədə və hadisə başverən yerin müayinəsi barədə təfərrüatlı məlumatlar verilməlidir (hadisə yerinin protokolunun surəti və s.).

Belə ki, hadisə zamanı elektrik cihazları və elektrik qurğuları müayinə edilərkən elektrotexniki ekspertiza təyin edilməlidir. Ekspert bu ekspertizanın nəticələri ilə tanış olmalıdır.

Elektrik vurma əsasən bədəndə «elektrik nişanələri» ilə diaqnostika edilir.

Əsas diqqət zədələnmiş yerdə metal hissəciklərinin olmasına yönəlməlidir.

Meyitin müayinəsi zamanı adətən tez baş verən ölüm səbəblərinin ümumi əlamətləri müəyyən edilir (ümumi asfiktik göstəricilər): müxtəlif orqan və toxumalarda kiçik, nöqtəvari qansızmalar, daxili orqanların venoz doluqanlıqı, damarlarda tünd duru qanın olması və s.

Bütün hallarda «elektrik nişanələri» olan dərinin hissələri məhkəmə histoloji müayinədən keçirilməlidir. Elektrik cərəyanı ilə olan zədələnmələrdə dəridəki mikroskopik dəyişikliklər çox səciyyəvidir. Epidermisin buynuz və parlaq qatlarında epidermisə göz-göz (dəlik-deşik) forma verən çoxlu boşluqlar görünür. Müxtəlif ölçülü boşluqlar dairəvi, oval və bucaqlı formada ola bilər. Bunlar çox vaxt grup halında yerləşir, lakin tək-tək halda da görünə bilər. Epidermisin buynuz və parlaq qatı dənəvər qatdan tam ayrılmış olur. Bəzən dəyişilmiş epidermis öz dərisindən bütünlüklə qopa bilər. Epidermis hüceyrələrinin sərhədi ayırd edilmir, bəzən nüvə iki tərəfə ayrılır, sanki “süpürgəcik” formasında yerləşir. Epidermis öz dərisindən ayrılarkən məməciklər arasındakı oynaqlarda qalan hüceyrələr də uzadılmış olur.

Preparatların xüsusi boyanma metodlarını tətbiq etməklə mikroskopik müayinədə metalları aşkar etmək olar.

FƏSİL XXII. YÜKSƏK VƏ AŞAĞI HƏRARƏTİN ORQANİZMƏ TƏSİRİNİN MƏHKƏMƏ - TİBBİ EKSPERTİZASI

İnsan orqanizmi çox mürəkkəb və həssas termotənzimləyici xüsusiyyətlərə malikdir və onun sayəsində bədənə sabit hərarəti $36-37^{\circ}\text{C}$ dərəcə intervalında saxlanılır. Hərarətin sabitliyi orqanizmdə istilik əmələ gəlməsi və istilikvermə proseslərinin tənzim edilməsi yolu ilə saxlanılır.

İstilik əmələgəlmə birbaşa mübadilə prosesləri ilə istilikvermə isə istiliyin yayılması, şüalanması (təxminən 55%), istilikötürmə (15%), tərin buxarlanması (27%) və orqanizmdən xaric olan maddələr (ifrazatlarla) istiliyin verilməsi (3%) ilə əlaqədardır. İnsan orqanizmi yüksək hava şəraitində gün ərzində təxminən 5 litrədək tər ifraz edir ki, bu da 3000 kkal istilik itirilməsi deməkdir. Bu prosesləri çətinləşdirən hər hansı şərait (yüksək rütubət, hava cərəyanının olmaması, qalın geyim, intensiv hərəkət) orqanizmin qızmasına səbəb olur. İstilik təsirinə qarşı insan orqanizminin cavab reaksiyasının xarakteri hərarətin dərəcəsindən və həmin şəraitdə qalma müddətindən asılıdır.

İnsanın ekstremal temperatur şəraitində olması termotənzimləmənin pozulmasına səbəb olur. Bədən hərarətinin 25°C -dək aşağı enməsi (hipotermiya) və ya $43^{\circ}-44^{\circ}\text{C}$ dərəcəyə çatması (hipertermiya) zamanı biokimyəvi reaksiyalar kəskin sürətlə pozulur, bu isə mərkəzi sinir sisteminin iflici və həyat prosesinin sönməsi nəticəsində ölümlə nəticələnir.

Məhkəmə-tibbi praktikada insan orqanizminə aşağı və yüksək temperaturun xarici təsiri nəticəsində bədəndə ümumi və ya yerli dəyişikliklərin əmələ gəlməsi tez-tez rast gəlinir və belə şəraitdə uzun müddət qalma hərarəti tənzim edən mexanizmlərin pozulmasına və şəxsin ölümünə səbəb ola bilər.

Bədən hərarəti sabitliyinin tənzimlənməsi istilik törənmənin və istilik vermənin qarşılıqlı münasibətinin mürəkkəb kompleksi ilə həyata keçirilir. İstilikvermə proseslərinin xarici pozulmaları orqanizmin həddindən çox qızmasına və ya həddindən artıq soyumasına, yüksək (50°C yuxarı) və ya aşağı hərarətin (0°C aşağı) təsiri isə yanıq və donmalara səbəb olur. İnsan orqanizmi mübadilə proseslərində yaranan daxili istilikdən başqa, müəyyən şəraitlərdə xarici mühitdən də xeyli istilik ala bilər. Günəş şüalarının birbaşa təsiri və ya həmin şüaların dolayısı yolla, yəni torpağı, qumu, daşı və s. əşyaları qızdırması nəticəsində əmələ gələn hərarət bədənə həddən artıq qızmasında böyük rol oynayır. Bədənə həddən artıq qızmasına bir sıra faktorlar əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir. Bunlardan ağır fiziki işin görülməsini, havanın yüksək rütubətli olmasını, yaşın az, yaxud çox olmasını və s. amilləri göstərmək olar. Belə ki, insan ağır fiziki işlə məşğul olduqda, və ya nisbi rütubətlik 100%, havanın temperaturu $28-30^{\circ}\text{C}$ olarsa, yüngül fiziki iş zamanı, eləcə də 1 yaşa qədər uşaqlarda və yaşlı şəxslərdə bədənə həddindən artıq

qızması baş verə bilər. İsti iqlim və insolyasiya (vahid zamanda bir sm^2 yer səthinə günəşdən düşən işıq enerjisinin miqdarı) şəraitində həddindən artıq qızma istilikvurma və ya günvurma şəklində özünü biruzə verir. İstilikvurma ilə günvurmanın patogenezi bir qədər fərqlidir. Belə ki, istilikvurmada bədənin ümumi həddindən artıq qızması, günvurmada isə günəşin istilik şüalarının təsirindən başın həddindən çox qızması nəticəsində əmələ gəlir.

22.1. Yüksək temperaturun təsiri

Yüksək temperaturun insan bədəninə təsiri 2 cür olur:

1. Ümumi təsir.
2. Yerli təsir

Yüksək temperaturun ümumi təsiri. İnsan orqanizmi yüksək hava temperaturu ($35\text{--}40^\circ\text{C}$ -dən çox), rütubət çoxluğu və istilikvermə qabiliyyətinin məhdudlaşdırılması nəticəsində qızmaya məruz qalır. Belə hallar əsasən çox isti yerlərdə, intensiv fiziki əmək zamanı (istilikvurma) və ya yüksək günəş təsiri olan ərazilərdə qeydə alınır.

Günəş və istilikvurma orqanizmin kəskin bədən hərarətinin qalxması ilə müşahidə edilir (42°C -yə qədər). Əgər bədənin hərarəti $41\text{--}42^\circ\text{C}$ -yə çatarsa bu tənəffüs mərkəzinin iflici ilə nəticələnmə bilər. Kliniki olaraq bu zaman ümumi zəiflik, baş ağrısı, hipodinamiya, uzun ifadəli hiperemiyası, sonradan kəsilən tərləmə ilə qeyd edilir. Bundan sonra huşun itməsi, qusma, qıcolmalar, qan təzyiqinin düşməsi, nəbzin və tənəffüsün tezləşməsi əmələ gəlir. Əgər bu dövr ərzində insana tibbi yardım göstərilməsə insan ölə bilər.

İstilikvurma nəticəsində ölənin meyitinə müayinəsi zamanı hər hansı xüsusi bir patoloji dəyişiklik aşkar edilmir. Yalnız daxili orqanların doluqanlılığı, qanın laxtalanma qabiliyyətinin artması, perivaskulyar hemorragiyalar, beynin və onun qışalarının ödəmi, doluqanlılığı müşahidə olunur. Bəzən daxili orqanlarda və beynin qışaları altında nöqtəvari qansızmaların olması müşahidə edilir.

Günvurmanın əmələ gəlməsi üçün ilk növbədə başın örtülməmiş hissələrinə günəş şüalarının bir başa təsiri olmalıdır. Günvurma əsasən mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi ilə nəticələnir. Günvurmanın kliniki əlamətləri: baş ağrıları, görmə qabiliyyətinin zəifləməsi, öyümə hissi, yorğunluq, zəiflik, üzgünlük, yuxuculluq, qorxu hissi, qıcolmalar, huşun itməsi ilə başlanır, eləcə də nəbz vurğuları artır, tənəffüs sürətlənir, uzun qızarması, bədənin qızması müşahidə edilir, morfoloji dəyişikliklər qeyd edilmir. Meyitin müayinəsi zamanı beynin və onun qışalarının kəskin doluqanlılığı, beyin toxumasında kiçik ocaqlı qansızmalar müşahidə olunur.

Yüksək temperaturun yerli təsiri nəticəsində baş verən toxuma zədələnməsi yanıq adlanır.

Əgər dəri və selikli qışa hərarəti 50°C -dən yuxarı olan hər hansı bir qızmış əşya ilə kontakda olarsa, bu zaman kontakt yerində toxuma zülallarının koagulyasiyası və hüceyrələrin nekrozu baş verir.

Yanıqlar – alovun (60° -dən yuxarı və qaynar mayenin, yanan qatranların (napalm, bitum), buxar, ərinmiş metal, çox qızdırılmış və közərmis əşyalar və s. təsirdən toxumaların zədələnməsidir.

Yanıqları əmələ gətirən faktorları ümumiləşdirərək əsas 4 (dörd) qrupa ayırd etmək olar: 1) alov; 2) isti (60°C –dən yuxarı) və ya qaynar maye; 3) isti qatran (bitum, napalm) (100°C dərəcədən yuxarı); 4) müxtəlif isti və közərmis, qızdırılmış əşyalar (60°C -dən yuxarı).

Yanıqlar aşağıdakı dərəcələrə bölünür:

1-ci dərəcə – dərinin 3-4 gün ərzində tamamilə sağalan, qızarması və iz qoymadan itməsi ilə xarakterizə olunur;

2-ci dərəcə – seroz möhtəviyyətli (sonradan seroz və ödemi maye tutqunlaşır) suluqlarla müşahidə olunan 8-10 gün müddətində iz qoymadan sağalan səthi yanıqlar;

3-cü dərəcə (a) – dərinin üst qatının koagulyasion nekrozu.

3-cü dərəcə (b) – Piy və tər vəzilərinin zədələnməsi ilə müşahidə olunan dərinin bütün qatlarının nekrozu.

4-cü dərəcə – sümüyün əriməsi daxil olmaqla dəri və dərialtı qat toxumalarının nekrozu. Yanıqlar zamanı onun dərinliyi ilə bərabər, lokalizasiyası və sahəsinin də nəzərə alınması çox böyük əhəmiyyət kəsb edir.

1-ci dərəcəli yanıqlar - çox da yüksək hərarəti olmayan termiki faktorun dəri səthinə qısa müddətli təsirindən əmələ gəlir. Yerli hiperemiya (qızartı) və ödemin (şişmənin) olması ilə xarakterizə olunur (eritematoz forma). 1-ci dərəcəli yanıqlar zamanı dəridə səthi kapilyarların genişlənməsi və bunun nəticəsində qanın duru hissəsinin (plazmanın) yanıq sahəsinin ətraf toxumaya keçməsi müşahidə olunur. Adətən 1-ci dərəcəli yanıqlar 3-4 gün ərzində sağalır, yanıq səthində tez sorulub gedən pigmentasiya əmələ gəlir;

2-ci dərəcəli yanıqlar aydın hiperemiya və ödemləşmə fonunda içərisində sarımtıl şəffaf maye olan suluqlarla (bulloz forma) xarakterizə olunur. Suluqlar yanıqdan dərhal sonra, eləcədə ertəsi gün əmələ gələ bilər. Dərinin epidermis təbəqəsində, bəzi hallarda səthi nekrozlaşma görsənir. 4-7 gün ərzində suluğun möhtəviyyəti sorulur, yerində çəhrayı rəngli, asan qanayan epidermis əmələ gəlir;

3-cü dərəcəli yanıqların diaqnostikası mürəkkəb və çətindir, çünki bu zaman dərin dəri qatı həyat qabiliyyətini itirmiş olur. Bu hissəvi və tam ola bilər. Bundan asılı olaraq belə yanıqları 2 dərəcəyə - IIIA və IIIB dərəcələrinə ayırırlar. IIIA dərəcəli yanıq zamanı dəri dərinliyinə qədər zədələnmir, nekrozlaşma dərinin buynuz

qatında məhdudlaşır, bazal qatın hissəvi zədələnməsi olur, IIIB dərəcəli yanıq zamanı tər və piy vəzilərinin zədələnmələri ilə birgə, dəri bütün qalınlığı üzrə zədələnməyə məruz qalır, üzəri IIIa dərəcəsinə nisbətən daha bərk qartmaqla örtülür. Qartmaqlar yerli qan dövranının kəskin pozulması, zülalların koagulyasiyası nəticəsində əmələ gəlir. Qartmaqların qopub düşdüyü sahələrdə əvvəl əmələ gələn qranulyasiya çapıq toxumasına çevrilir. Bu cür yanıqların sağlması bir neçə ay çəkir;

IV dərəcəli yanıqlar zamanı təkcə dəri qatları deyil, daha dərinə yerləşən toxumalar (dərialtı toxumalar, əzələlər, hətta sümüklər belə zədələnir – nekrozlaşır. IV dərəcəli yanıqlar olduqca gec sağalır, özündən sonra aydın ifadəli çapıq toxumasının (bəzən kelloid) inkişafı ilə xarakterizə olunur. Ağır dərəcəli bu cür yanıqların gedişatı zamanı hətta ölmüş toxumaların (bəzən ətrafların) öz-özünə ayrılması (amputasiyası) baş verir.

Müəyyən edilmişdir ki, ekspertiza təcrübəsində təsiredici faktorlar arasında ekspertlər üçün daha çox əhəmiyyət kəsb edən alov yanıqlarıdır.

Alovun təsirindən əmələ gələn yanıqlar morfolojiyalarına görə bədənin zədələnmə sahəsinə və dərinliyinə görə xarakterizə edilirlər. Belə yanıqlar adətən his ilə örtülü olur. Qaynar və ya isti maye ilə yanıqlar zamanı əhəmiyyətli sayda suluqların əmələ gəlməsi qeyd edilir, tüklərin ütülməsi və hiss müşahidə edilmir.

Qaynar qatranla yanıqlar üçün 4-cü dərəcəli yanıqlar xarakterdir. Belə hallarda yanıqların dərinliyində və paltarda ərimiş və tam yanmamış qatranın hissəcikləri tapılır.

Qızdırılmış əşyalar konkret şəraitə görə adətən müxtəlif dərəcəli yanıqlar əmələ gətirir. Ərimiş metal dərin lokal yanıqlar əmələ gətirir. Ütü, qaz və elektrik plitələrinin detalları təsirindən yanıqlar çox da dərin olmur və formasına görə təsir edən əşyaların konturlarını təkrarlayır.

Geniş və dərin yanıqlar nəticəsində orqanizmdə yanıq xəstəliyi kimi kəskin patoloji proses əmələ gəlir.

Kliniki gedişinin xarakterinə və morfoloji göstəricilərə görə yanıq xəstəliyi 4 dövrə bölünür: 1) yanıq şoku dövrü (birinci 2 sutka); 2) infeksiya kəskinləşmə dövrü – yanıq toksemiyası (3 sutkadan 10 sutkaya qədər); 3) yanıq iltihabı dövrü (10-cu sutkadan); 4) yanığın sağlması dövrü.

Yanıq xəstəliyində ölümün baş verməsi müxtəlif dövrlərdə ola bilər, ancaq əsasən bu yanıq şoku dövründə baş verir.

Ölümün yanıq xəstəliyindən beş vermə diaqnostikası böyük çətinlik törətmir. Yanıq şoku təsirindən ölümün makro- və mikroskopik təsviri belədir: ağciyərdə paylalararası və alveoldaxili ödem, «şok ağciyəri», ürəkdə kiçik perivaskulyar qansızmalar, böyrəklərin qabıq maddəsinin azqanlılığı, beyin maddəsinin doluqanlılığı, baş beyin toxumasının doluqanlılığı, perivaskulyar qansızmaların olması.

Yanıqlar zamanı yerli əlamətlərlə bərabər onların klinik gedişi əsas 3 amildən asılıdır. 1. Yanıq səthinin sahəsi; 2. Yanığın dərəcəsi; 3. Zərər çəkən şəxsin yaşı.

Bəzən bədən paltarla örtülən nahiyələrində daha dərin yanıqlar törənir ki, bu da yanan paltarın dəriyə yapışması və əlavə təsiri ilə əlaqədardır. Sumqayıtin Hacı Zeynalabdin qəsəbəsində 5 yaşlı qız kibritlə oynayarkən (anası çörək almağa getmişdir) evdə özündən kiçik 3 yaşlı qardaşının əynində olan neylon köynəyin sağ mil-bilək nahiyəsindəki yerindən yandırmış və alov qısa bir müddətdə sağ yuxarı ətrafı, bədən ön və arxa sağ yarısını əhatə etmişdir. Ana evə gəldikdə uşağın yandığını görmüş, onu palaza bükərək alovu söndürmüşdür. Uşaq çox ağır vəziyyətdə Sumqayıt şəhər təcili tibbi yardım xəstəxanasının travmatologiya şöbəsinə gətirilmişdir. Bədən səthinin 25%-ə qədər IIIB-IV dərəcəli yanıq diaqnozu ilə xəstəxanaya daxil olmuşdur. Xəstəxanada olarkən ilk iki gündə 3 dəfə klinik ölüm qeydə alınmış, çox çətinliklə xəstə şokdan çıxmışdır. Həmin hadisədə uşağın əynindəki sintetik neylon parça yanaraq bədən səthinə elə kip yapışmışdır ki, onu təmizləmək mümkün olmamışdır, bütün dəri, dərialtı təbəqə yanaraq kömürləşmişdir. Sonrakı dövrlərdə həmin dəri hissələri irinləyərək hissə-hissə qopmuş və qabırğalara qədər kəsilərək atılmışdır, qranulyasiya toxuması əmələ gəldikdən sonra həm uşağın, həm də ananın bədən səthinin müxtəlif nahiyələrindən dəfələrlə dəri götürülərək müxtəlif üsullarla yanıq sahəsi örtülmüş və uzun müddətli (aylarla) müalicədən sonra uşaq tədricən sağalmışdır. Uşaq 18 yaşa qədər izlənmiş, bədənindəki kobud çapıq toxumaları və sağ mil-bilək oynağı nahiyəsindəki deformasiya ilə əlaqədar hərbi xidmətdən azad edilmişdir. Beləliklə, göründüyü kimi bədəndə olan paltarların yanığın daha dərin olması üçün bir şərt kimi məhkəmə tibbi baxımdan çox əhəmiyyətlidir. Lakin bununla yanaşı qeyd etmək lazımdır ki, alov yanıqlarında meyitin xarici müayinəsində paltarların müayinəsində tam yanmamış bəzi paltar hissələrinin aşkar edilməsi, onların şəxsiyyətinin tanınmasında əhəmiyyətli rol oynamışdır. Belə ki, Bakı-Şamaxı yolunda avtobus alışıra q yanmağa başlamışdır. Sürücü qəflətən maşını saxlamış və bu zaman arxa oturacaqda oturmuş iki nəfər başından xəsarət alaraq avtobusda qalmışdır, digər avtobusda olan sənişinlər düşərək oradan uzaqlaşmışlar. Avtobusda yanan 2 nəfərin meyiti kömürləşmiş vəziyyətdə aşkar edilmişdir. Meyitlərin xarici müayinəsində onlardan birinin köynəyinin sağ qoltuqaltı nahiyəsində, digərinin isə alt paltarlarının və kəmərinin az bir hissəsinin yanmaması aşkar edildi. Həmin avtobusda yaxın qohumlarının olmasına görə meyitxanaya gələn adamlar qoltuqaltı nahiyədə yanmamış vəziyyətdə aşkar edilən qırmızı rəngli parçaya görə, digərləri isə mavi rəngli alt paltarına və qəhvəyi rəngli kəməre görə yanmış şəxsləri tanıyaraq öz qohumlarının meyitlərini götürmüşlər. Həmin hadisədə paltar hissələrinin yanmamasına səbəb həmin nahiyədə havanın (oksigenin) daxil ola bilməməsi olmuşdur. Göstərdiyimiz hadisədən də, görünür ki,

bir neçə şəxsin eyni vaxtda yanması və yanığın təsirindən meyitlərin tanınmaz şəkil alması hadisələrində, meyitin şəxsiyyətini aydınlaşdırmaq lazım gəlir.

Yanmış meyitlərin məhkəmə-tibbi ekspertizası zamanı istintaq orqanlarını maraqlandıran, ən zəruri və həll edilməsi vacib olan, ən çətin suallardan biri də yüksək hərarətin ölümdən əvvəl və ya ölümdən sonra bədənə təsir etməsinin təyin edilməsidir. Dərisi kömürləşmiş və ya bədənin çox sahəsi yanmış meyitləri müayinə etdikdə, əsas suallardan biri yanıqların sağ olarkən, yəni ölümdən əvvəl, yaxud öləndən sonra törənməsinin təyin edilməsidir. Yanığın həyati olmasını sübut edən mühüm əlamətlərdən biri də ikinci dərəcəli yanığın (içərisinə seroz maye dolmuş, kənarları və dibi qızarmış suluqların) olmasıdır. Ümumiyyətlə yüksək temperatur təsirindən meyiddə əmələ gəlmiş suluqların içərisində hava olur, bəzən isə boş olur. Ölümün baş verməsindən çox keçməmiş yandırılmış meyiddə içərisində seroz maye olan suluqlar əmələ gəlməsini nəzərə alaraq, suluqların həyati olub-olmamasını aydınlaşdırmaq üçün histoloji müayinə aparılmalıdır. II-ci dərəcəli yanq suluqları mayesi içərisində fibrin və çoxlu leykosit tapılır. Yanıqların həyatiliyinin sübutunda histoloji müayinənin aparılması xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Yanq travmasının həyatiliyinə dəlalət edən əsas amillər aşağıdakılardır: 1) gözün ətrafında gözlərin qapanması nəticəsində zədələnməmiş və ya az zədələnməmiş dərinin aşkar edilməsi (şəkil 122); 2) nəfəs yollarının dərin qatlarında (bronxlar, alveolar) hissini olması, tustunun həyati aspirasiyasını sübut edir (şəkil 123); 3) tustunun udulması nəticəsində qanın tərkibində 20%-dən artıq karbooksihemoqlobinin olması; 4) nəfəs yollarının başlangıcının yanıqları.



Şəkil 122. Gözün ətrafında, gözlərin qapanması nəticəsində zədələnməmiş və ya az zədələnməmiş dərinin aşkar edilməsi.



***Şəkil 123. Nəfəs yollarının dərin qatlarında
(bronxlar, alveolar) hisin olması***

Yanmış meyitlərin məhkəmə-tibbi müayinəsi çox çətin və məsuliyyətlidir. Meyit nə qədər çox yanıbsa, onun müayinəsi bir o qədər çətin olur. Xüsusən dəridə əmələ gələn çatlamalar, kəllə tamlığının pozulması təcrübəsiz həkimlər tərəfindən həyati zədə hesab edilə bilər. Xarici örtüyü kömürlənmiş meyitlərin əhəmiyyətli dərəcədə yanmış insanın bədənini «boksçu» və ya «qılınçtutan pozasını» xatırladır. Buna görə də bədənini davamlı və uzun müddətli yanma diaqnostika göstəricilərindən biri – «boksçu pozası»dır ki, bu pozada bədənini yuxarı və aşağı ətrafları bükülmüş vəziyyətdə olur (şəkil 124).



Şəkil 124. «Boksçu pozası».

Bu pozaların əmələ gəlmə səbəbi əzələlərdə zülalların pıxtalaşması nəticəsində ətrafların skelet əzələlərinin yığılması və yığılarkən bükücü əzələlərin açıcı əzələlərə üstün gəlməsi ətrafların oynaqlardan gözə çarpacaq dərəcədə bükülməsinə səbəb olur. Yanmış meyitlədə törənmiş xüsusi duruş

vəziyyəti, həyati əlamət olmadığına görə, yanığın həyati olub-olmamasının aydınlaşdırılması heç bir əhəmiyyətə malik deyildir. Meyitin bərkimiş dəri örtüklərində dərin çatlar əmələ gələ bilər və bu çatlar həyati xəsarətlər kimi qəbul edilə bilər. Bədənin yanması zamanı həm də qan damarlarının tamlığı pozulur və bu ölümdən sonrakı qansızmalara gətirib çıxara bilər.

Əhəmiyyətli dərəcədə yanmalar zamanı, əsasən başın yanmasında, beyinin sərt qışası üzərində yumşaq quru «epidural hematomalar» əmələ gələ bilər. Epidural hematomaların həyatiliyinə şübhə olduqda nəzərə almaq lazımdır ki, travmatik hematomalar lokal və sahəsinə görə məhdud olur. Daha dəqiq diaqnoz üçün histoloji müayinə aparmaq lazımdır.

Meyitin yandırılması adətən cinayət izlərini itirmək məqsədi ilə aparılır. İnsan meyitini tamamilə yandırmaq praktiki mümkün deyil.

Meyit xeyli yandırdılıqda adətən dişlər qalır ki, onların tam yandırılması üçün 1000°C dərəcədən artıq temperatur lazımdır və bu adi şəraitdə qeyri mümkündür. Bəzən cinayətin izini itirmək məqsədilə meyidin yandırılması hadisəsinə rast gəlinir və bu zaman meyitin şəxsiyyətinin aydınlaşdırılması məsələsi əsas suallardan biri kimi öndə durur. Dəri örtüyü tamam kömürləşdiyi üçün yaxın qohumları belə həmin şəxsi tanıya bilmirlər. Belə halda dişlərin düzgün təsviri, xüsusən süni dişlər olduqda meyitin şəxsiyyətinin aydınlaşdırmaqda əsas dəlil ola bilər. Bizim ekspert təcrübəmizdə meyitin yandırılması ilə əlaqədar aparılan ekspertiza zamanı ağızda olan, sarı metaldan düzəldilmiş iki ədəd dişin aşkar edilməsi, həmin yandırılmış şəxsin şəxsiyyətinin müəyyən edilməsinə kömək etmiş, bu isə həmin cinayətin açılması üçün həlledici əhəmiyyətə malik olmuşdur. *Belə ki, bir neçə illər əvvəl Bakının "Kömürçü bazarı" deyilən hissəsində dəmirdən olan zibil qutusunun içərisində orta yaşlı bir kişi meyiti tapılmışdır. Meyitin xarici müayinəsində alt çənənin sağ yarısında iki ədəd sarı metaldan qapaq salınması, süni dişlərin olması haqda müstətiqə bildirildi. Təhqiqat aparan müstətiq qohumları arasında sorğu keçirdikdə, onlar həmin şəxsin alt çənədə qızıldan düzəldilmiş iki dişi olması və həmin dişlərin hansı həkim tərəfindən salındığı barədə müstətiqə məlumat verdilər. Müstətiq həmin həkimi meyitxanaya gətirərək yənmiş meyitin ağızında olan dişlərin onun tərəfindən salınıb-salınmadığını sorduqda, stomatoloq həqiqətən (deyilənə görə yaxşı stomatoloqlar baxdıqda öz işlərini tanıyırlar) həmin dişlərin onun tərəfindən düzəldildiyini və həmin şəxsin adını söylədi. Beləliklə, şəxsiyyəti təyin etdikdən sonra onun toya getməsi və orada bir neçə şəxslə mübahisə etdiyi müəyyən olundu. Məlum oldu ki, həmin şəxslər onu öldürmüş, sonra isə onu zibillikdə olan dəmir qutuya atmış və üzərinə benzin tökərək yandırmışlar. Beləliklə, həmin süni dişlərin köməyi ilə cinayətin üstü açıldı.*

Meyitin uzun müddət yanması zamanı boruşəkilli sümüklərin diafizlərinin və kəllənin yastı sümüklərinin fraqmentləri qalır. Belə hallarda

nəinki, fraqmentləri qalmış diş və sümük fraqmentləri, hətta yanma zamanı əmələ gələn kül də, müayinə obyektinə çevrilir.

Xüsusi təhqiqat üsulları ilə sümük fraqmentlərinin və külün müayinəsində (anatomik, histoloji, rentgen, spektral) onların orqanik təbiətini müəyyən etmək olar, yəni aşağıdakı sualları həll etmək olar: 1) kül insan sümüyünün elementlərinə xas olan orqanik elementlərdən ibarətdirmi?; 2) sümük fraqmentləri kişi və ya qadına məxsusdur?; 3) yanmış insanın təqribi yaşı neçədir? və s.

İntihar üsullarından biri də özünü yandırma ola bilər. İntihar edən şəxs özünü qabaqcadan tez alıxan mayelərlə isladır və sonradan öz əli ilə özünü yandırır.

Əvvəllər özünü yandırma hadisələrinə Azərbaycanda çox təsadüf edilirdi və bunu neftin çox olması və asan əldə edilməsi ilə əlaqələndirirdilər. Son dövrlərdə belə hadisələrin sayı kəskin azalsa da, tək-tək həmin hadisələrə ekspertiza təcrübəsində təsadüf edilir. *Belə hadisələrdən biri bu yaxınlarda Sumqayıt şəhərində baş vermişdir. Rayonlarımızın birindən məlum hadisələr vaxtı qaçqın düşmüş bir ailə uşaqları ilə bərabər qeyri-qanuni olaraq boş bir mənzilə girərək orada məskunlaşmışlar. Bir neçə vaxtdan sonra mənzil istismar idarəsi, icra və polis əməkdaşları həmin ünvana gələrək, həmin ailədən mənzili boşaltmağı tələb etmişlər. Gənc qadın bir şüşə qabda olan nefti öz üzərinə tökərək paltarlarını islatmış, ona və ya yaşadığı evə kimsənin yaxın gələcəyi təqdirdə özünü yandıracağı ilə hədələmişdir. Lakin onun sözlərinə heç kim inanmamış və əhəmiyyət verməmişlər, hətta bir polis ona kibrit verərək, al yandır demişdir. Qadın bundan çox hiddətlənmiş və onlar evi boşaltmaq istəyərkən kibriti yandıraraq öz üzərinə atmışdır. Paltarları alovlanan qadın yanmağa başlamışdır. Yaxınlıqda olan şəxslər çətinliklə də olsa yanan qadını söndürərək, onu dərhal Sumqayıt şəhər təcili tibbi yardım xəstəxanasına çatdırmışlar. Həkimlərin bütün səylərinə baxmayaraq qadının həyatını xilas etmək mümkün olmamışdır.*

Ölüm törətməyən termiki yanıqlar və onların fəsadlarının qiymətləndirilməsi. Sağlamlığa zərər vurmanın məhkəmə-tibbi ekspertizası qaydaları”na (2001) əsasən aparılır.

Lakin apardığımız elmi-tədqiqatlar və ədəbiyyat məlumatları göstərir ki, bu təsnifat uşaqlar üçün yararlı deyildir. Belə ki, həmin qaydalarda göstərilən bədən səthinin ən azı 15%-dən çox sahəsini əhatə edən III-IV dərəcəli yanıqlar həyat üçün təhlükəli hesab edilərək sağlamlığa zərər vurma kimi qiymətləndirilir, halbuki, kiçik yaşlı uşaqlarda hətta 10% bədən səthinə əhatə edən III-IV dərəcəli yanıqlar təhlükəlidir və çox vaxt onların ölümünə səbəb olur. Yanıqlar zamanı sağlamlığa ağır zərər vurmanı qiymətləndirərkən digər amillərlə bərabər, əsas faktor kimi mütləq yaş amili də nəzərə alınmalıdır. Belə ki, uşaq yaşlarında dərin yanq travması almış şəxslərdə sağlamlığa zərər vurma dərəcəsi həm həyat üçün

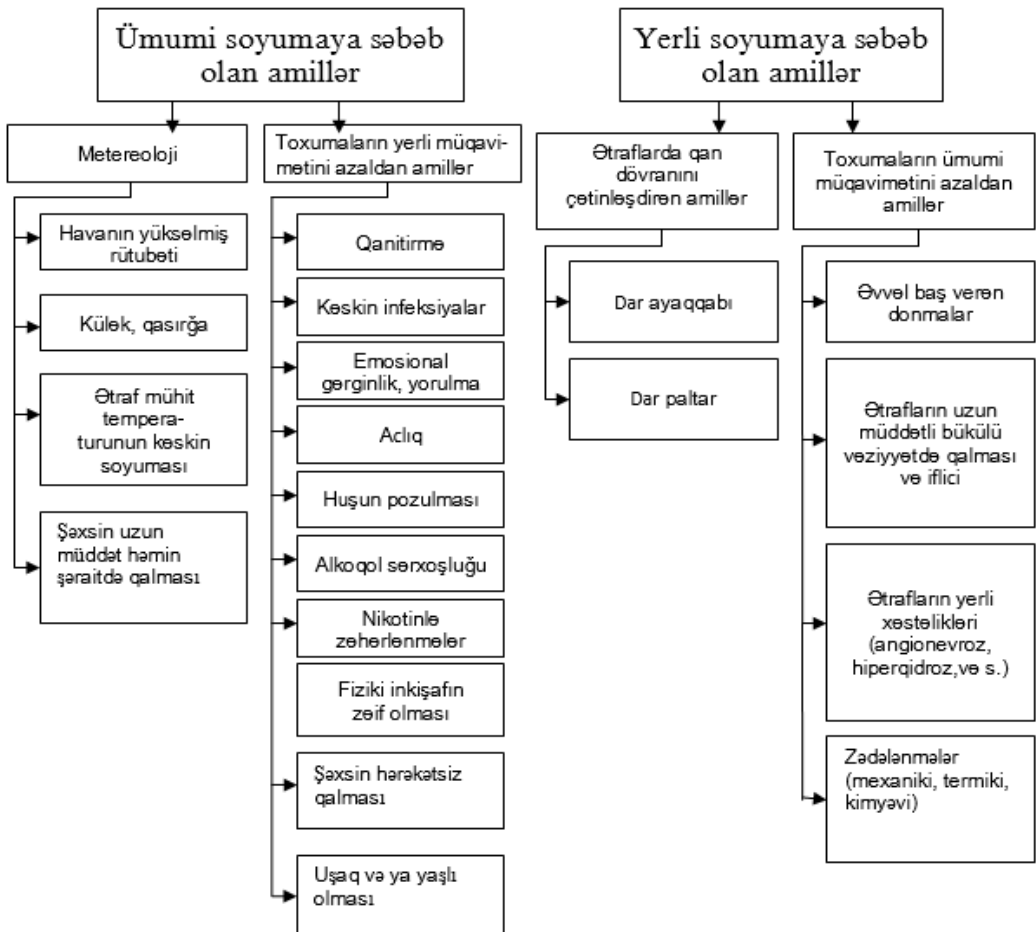
təhlükəli olması, həm də bədən səthindəki çapıqların gələcəkdə hansı fəsadlar verə biləcəyi nəzərə alınaraq qiymətləndirilməlidir.

22.2. Aşağı temperaturun orqanizmə təsirinin məhkəmə-tibbi ekspertizası

Aşağı temperaturun insan orqanizminə yerli və ümumi təsiri nəticəsində bədənə bir sıra struktur və funksional patoloji dəyişikliklər baş verir. Aşağı temperatur insan orqanizminə yerli və ümumi təsir göstərir. Aşağı hərərətin insan orqanizminə yerli və ümumi təsir edən amilləri nəzərə almaqla ümumi şəkildə aşağıda göstərilən kimi (sxem 6) təsnif edilir.

Sxem 6

Yerli və ümumi soyumaya səbəb olan amillər



İnsanın qəflətən soyuq suya düşməsi nəticəsində əmələ gələn vəziyyətə «soyuq şoku» deyilir. Bu da soyuq su təsirindən reseptorların qıcıqlanması

nəticəsində baş verir. Soyuq şoku insanın soyuq suda köməksiz vəziyyətdə qalması nəticəsində insanın suda batmasına gətirib çıxaran səbəblərdən biridir.

Aşağı temperaturun yerli təsiri özünü donma kimi biruzə verir, bu da maddələr mübadiləsinin pozulmasına və başqa patoloji hallara səbəb olur. Aşağı temperatur damarların qismən və ya tam spazmi ilə və yaxud iflicinə səbəb olur ki, bu da qan dövranının tam dayanması ilə müşahidə olunur. Bədən temperaturunun 10-12°C-yə qədər aşağı düşməsi nəticəsində toxumaların nekrozu baş verir. Əsasən öncə bədənənin açıq hissələri (burnun ucu, qulaq və barmaqlar donmaya daha çox məruz qalır) donur. Donmuş meyitlərin müayinəsi otaq temperaturunda meyitin donu açıldıqdan sonra aparılmalıdır. Meyitin xarici müayinəsində açıq qırmızı rəngdə meyit ləkələrinin olması müşahidə edilir. Lakin açıq qırmızı rəngli meyit ləkələri aşağı hərarətin təsirindən, orqanizmin soyumasından baş verən ölüm üçün xarakterik əlamət sayıla bilməz. Başqa bir səbəbdən ölmüş şəxsin meyiti soyuq mühitdə qalmış olarsa, başqa rəngdə olan meyit ləkələri, rəngini dəyişərək açıq qırmızı rəng alır. Meyit ləkəsinin rəngininin dəyişməsi aşağı temperaturun təsirindən dəridə mikroskopik çatların törənməsi, meyiti əhatə edən havada olan oksigenin törənmiş dəri çatlarından toxumaya daxil olub, oksihemoqlobin törətməsi ilə izah edilir. Meyitlərin müayinəsində soyuma üçün səciyyəvi hər hansı bir morfoloji əlamətlər aşkar edilmir.

Aşağı temperaturun uzun müddət yerli təsiri nəticədə bütün ayağın, əlin və ya başqa bədən hissələrinin tam donması baş verə bilər. Donmaya ətraf mühit, dərinin nəmliyi, paltarın az olması, onların ıslanması, nazik olması, sıx paltar və ayaqqabıların dar olması, havanın yüksək rütubətli olması, yaşı (uşaq və ya yaşlı olması), xəstə və yaxud sağlam olması, sərxoş olması və s. amillər təsir göstərir.

Donmalar xarakterinə və ağırlığına görə 4 dərəcəyə bölünür:

- 1-ci dərəcəli donmada titrəmə, yerli yandırıcı ağrılar, göynəmə, dərinin səthi hiperemiyası və şişməsi (ödemə) qeyd olunur. Donmuş nahiyələrin dərisi tünd-qırmızı, tünd-göyümtül rəngdə olur və bu 5-8 gün davam edə bilər. Sonradan bütün göstərilən əlamətlər yox olur və donmuş nahiyədə yalnız soyuğa həssas zona qalır.

- 2-ci dərəcəli donmada birinci 2-3 gün içi seroz və ya hemorragik eksudatla dolu suluqlar əmələ gəlir. Toxumaların ödemə suluq ətrafında inkişaf edir, suluqların dibi çəhrayımtıl rəngdə olur. Donmuş şəxsin subyektiv şikayətləri 1-ci dərəcəli donmada olduğu kimidir. Bu əlamətlər 10-20 gün ərzində davam edir. II dərəcəli donmada dərinin bazal qatı zədələnmir, suluqların dibində ağrı hissiyyəti saxlanmış olur. Don vurmuş nahiyələrdə çapıqlar əmələ gəlmir, dəri regenerasiyaya uğrayır.

- 3-cü dərəcəli donmalar hemarrogik möhtəviyyatla dolu olan suluqlarla diaqnostika edilir, suluqların dibi mexaniki qıcıqlanmaya qarşı həssaslığını itirir və nekroz dərinin bütün qatlarını, həmçinin dərialtı toxumaları əhatə etdiyindən, sağalarkən yerində çapıqlar əmələ gəlir. 7-8-ci gündə nekrotik sahələr qopub, qranulyasiya edən yaralar əmələ gəlir və prosesin sonunda (1-2 aya) çapıqlaşma ilə tamalanır. 3-cü dərəcəli donmalarda nevrалgiya, paresteziya və həmçinin trofik yaralar kimi fəsadlar yarana bilər.

- 4-cü dərəcəli donmalarda dərinin bütün qatları, dərialtı toxumalar və digər yumşaq toxumaların, eləcə də sümük toxumasının nekrozu baş verir. Zədələnmədən dərhal sonra dəridə hemorragik xarakterli suluqlar əmələ gəlir. Zədələnmiş yerdə bütün növ hissiyyatlar itir. Suluqların dibi tünd-qırmızı rəngdə olur. Donmadan 11-13 gün sonra demarkasion xətt əmələ gəlir, quru qanqrena inkişaf edir, formalaşır, qara rəngli demorkasiya zolağı əmələ gəlir və sonradan donmuş nahiyyə (məsələn, ətraflar) qopub düşərək öz-özünə amputasiya olur. Belə donmalar nəticəsində donma nahiyyələri infeksiyalasha bilər (fleqmona, flebit, osteomielit, trofik xoralar və s.).

Aşağı temperaturun uzunmüddətli yerli təsiri toxumaların donmasına və şəxsin ölümünə səbəb olur. Beyin toxumasının əhəmiyyətli dərəcədə donması beyinin həcmnin artmasına və böyüməsinə, bu isə kəllə tağı sümüklərinin çatlamasına və tikişlərin aralanmasına səbəb olur (Krayevski əlaməti). Mexaniki travma və ya donma nəticəsində əmələ gəlmiş kəllə sümüklərinin çatlarının differensial diaqnostikası çox çətindir. Donmaların məhkəmə-tibbi əhəmiyyəti ondan ibarətdir ki, donmanın hər hansı bir xarakter əlamətinin tapılması, soyuq havada uzun müddət qalmanı göstərir. Bəzi hallarda donmaların həyatiliyini təyin etmək lazım olur.

22.3. Aşağı temperaturun ümumi təsiri

Aşağı temperaturun orqanizmə ümumi təsiri onun kəskin soyumasına gətirib çıxarır. Əgər soyuma nəticəsində bədənin hərərəti $34-35^{\circ}\text{C}$ -yə enərsə bu ümumi zəiflik və yorğunluğa gətirib çıxarır. Sonrakı mərhələdə yuxuya keçən ifadə edilmiş hipodinamiya müşahidə edilir. Bu zaman tənəffüs zəifləyir, qan dövranı yavaşır, maddələr mübadiləsi gətdikcə yavaşır. Bədənin hərərəti $22-25^{\circ}\text{C}$ -yə çatdıqda ölüm baş verir. Ümumi soyuma prosesinə təsir edən ən əsas faktor orqanizmin ümumi vəziyyətidir. Ümumi soyumaya imkan verən ən əsas amillərdən: fiziki yorğunluq, üzülmə, ağır xroniki xəstəliklər, şok, qanitirmə, alkoqol sərxoşluğu və s. amilləri göstərmək olar.

Ümumi soyumaya təkan verən xarici faktorlara əsasən aşağıdakılar aid edilir: havanın həddindən artıq rütubətliyi, güclü və uzun müddətli sərt

külək, çox soyuq və rütubətli əşya ilə kontakt, uzun müddət soyuq su mühitində qalma və s.

Orqanizmə aşağı temperaturun ümumi təsiri nəticəsində patoloji proseslər və ölümün genezi aşağıdakı kimi qeyd edilə bilər: ilkin mərhələdə orqanizmin kompensator-uyğunlaşma reflektor reaksiyası işə düşür, periferik damarların spazmi və daralması qeyd edilir, nəfəsalma yavaşır, əzələ tonusu güclənir, oksigen tələbatı çoxalır və maddələr mübadiləsi sürətlənir.

Bundan sonra isə dekompensasiya əmələ gəlir: periferik qan damarlarının genişlənməsi, bədən temperaturunun enməsi, maddələr mübadiləsinin intensivliyinin zəifləməsi, qara ciyerdə qlikogenin miqdarının kəskin azalması, arterial təzyiqin tədricən enməsi, toxuma hipoksiyasının inkişafı nəticəsində əvvəlcə beyin qabığının, sonra isə bulbar funksiyaların, periferik reflekslərin və əzələ tonusunun zəifləməsi və pozulması, reflekslərin kəskin zəifləməsi, spinal reflekslərin yox olması, tənəffüsün dayanması və ölümün baş verməsi müşahidə edilir.

Hadisə yerinin müayinəsi zamanı həlak olmuş şəxsin pozasına diqqət yetirilir. Bəzən ölən şəxsin duruş vəziyyəti aşağı hərəkətin həyati təsirini sübut edə bilər. (şəkil 125). Bu pozada əl və ayaqlar yığılaraq bədənə yaxınlaşdırılmış olur, insan istiliyi saxlamağa cəhd edərək əllərini bükür və döşünə sıxır, ayaqlarını bükərək qarnına doğru qatlayır, bu poza donmuş adam pozasıdır (Ştreix pozası).



Şəkil 125. Donmuş adam pozası (Ştreix pozası)

İnsan sərxoş vəziyyətdə olduqda belə poza müşahidə edilmir. Bundan əlavə ağız və burun ətrafında buzların olması, kipriklərdə qırovun olması (Rayski əlaməti), xaya əzələlərinin yığılması nəticəsində xayaların qasıq kanalına keçməsi (Puparev əlaməti), kişi cinsi üzvünün (penisin) başının

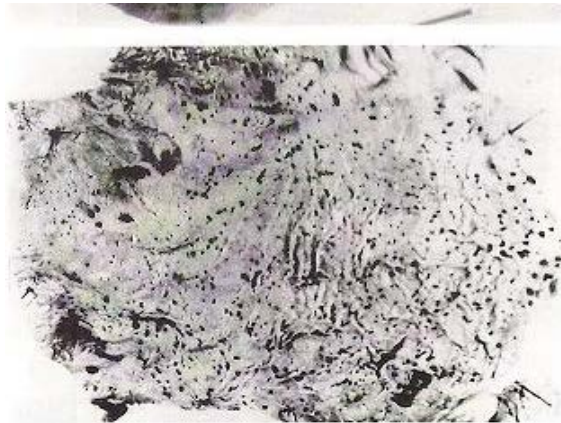
qızarması (Desyatov əlaməti), qanın oksigenlə zənginləşməsi nəticəsində meyit ləkələrinin açıq-qırmızı rəngdə olması müşahidə olunur.

Donvurmalar nəticəsində bir çox daxili əlamətlərə də rast gəlinir. Bunlardan baş beynin yumşaq toxumalarının ödemi və doluqanlılığını, ürəyin və aortanın qan laxtaları ilə dolmasını, qanın ağciyər arteriyasında al-qırmızı, ürəyin sol yarısında isə tünd-qırmızı rəngdə olmasını, mədənin büzüşməsi və boşluğunda şüşəyəbənzər seliyn olmasını (Puxnareviç əlaməti), böyrəklərin doluqanlılığını və böyrək ləyənlərinin selikli qışaları altını nöqtəvari qansızmaları (Fabrikantov əlaməti), sidik kisəsinin şəffaf sarı rəngdə sidiklə dolmasını (Samson-Qelşteyn əlaməti) göstərmək olar. Histoloji müayinə zamanı böyrək yumaqcıqlarının epitel hüceyrələrinin proliferativ-nekrotik dəyişiklikləri (Kasyanov əlaməti) və biokimyəvi müayinə zamanı qanda şəkərin və qara ciyərdə qlikoqenin kəskin azalması müşahidə olunur (Lakassan 1897-ci il).

Aşağı temperaturun təsirindən Vişnevski ləkələri əmələ gəlir. Vişnevski ləkələri 0,3-0,5 sm diametrində 5-dən 100-ə qədər mədənin selikli qışası бүкüşlərinin zirvəsində tapılan tünd qırmızı və ya tünd-qəyvvəyi rəngdə dairəvi və ya oval formalı, mədənin selikli qışasında əmələ gələn qansızmalardır. Nadir hallarda 12 barmaq bağırsağın selikli qışasında da belə qansızmalar görünə bilər. Mədənin selikli qışasında törənən qansızmalar aşağı temperaturun günəş kələfinə göstərdiyi təsirlə izah edilir (İqnatovski). Qeyd etmək lazımdır ki, istər aşağı hərəratin təsirindən, istərsə də alkoqol intoksikasiyasından ölənlərdə mədənin selikli qışasında qansızmalar əmələ gələ bilər. Alkoqol intoksikasiyasından ölmüş şəxslərdən fərqli olaraq, bədənəin soyuması nəticəsində ölmüş şəxslərdə, qansızmalar mədənin selikli qışasının бүкüşlərinin zirvəsində olur və bıçağın arxası ilə sığalladıqda və ya zəif su şırnağı təsirindən asanlıqla silinirlər, alkoqol intoksikasiyalarında isə həmin qansızmalar mədənin selikəlti qışasında yerləşir və bıçağın arxası ilə sığallandıqda qopmurlar. Vişnevski ləkələrinin hipotermiya üçün xarakterik əsas əlamətlərdən biri olmasına baxmayaraq, müəyyən edilmişdir ki, erkən, sürətlə baş verən soyuma zamanı nadir hallarda onlara təsadüf edilə bilər. Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə aşağı hərəratin təsirindən ölən şəxslərin 75%-90%-də Vişnevski ləkələrinə rast gəlinir. Uşaq meyitlərinin müayinəsi zamanı Vişnevski ləkələri müşahidə edilmir. Bu qansızmalar 1895-ci ildə həkim S.M.Vişnevski tərəfindən təsvir edilmişdir. Onların genezi aşağıdakı kimidir: aşağı temperaturun mərkəzi sinir sisteminə təsiri vegetativ sinir sisteminin trofik funksiyasının (xüsusilə günəş kələfinin) pozulmasına, bu isə mədənin selikli qışasının damar divarlarının keçiriciliyinin yüksəlməsinə, sonradan da eritrositlərin diapedizinə gətirib çıxarır. Mədənin selikli qışa damarlarının trofik pozğunluğu əmələ gəlir və mədə şirəsinin təsiri nəticəsində kapilyar keçiriciliyininin pozulması fonunda kiçik nekrotik sahəli qansızmalar əmələ gəlir (şəkil 126). Mikroskopik müayinədə mədə kapilyar

qan damarlarının müəyyən yerlərdə daralması, müəyyən yerlərdə kəskin genişlənməsi, müəyyən yerlərdə isə partlaması görünür.

Məhkəmə-tibb eksperti üçün aşağı temperaturun ümumi təsirindən ölmüş şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı əsas məsələ bədəndə xəsarətlərin, alkoqolun, ölümün səbəbinin təyin edilməsidir.



Şəkil 126. Vişnevski əlaməti

Orqanizmin soyumasından törənən ölümün əksəriyyəti bədbəxt hadisədir. Lakin ekspertiza təcrübəsində yeni doğulmuş uşağın qətl məqsədilə soyuq mühitə atılması və ya intihar məqsədilə ruhi xəstələrin soyuq mühitdə qalması görülməyə bilər. Donma yolu ilə intihar hadisəsinə çox nadir hallarda olsa da rast gəlinə bilər. Məhkəmə-tibbi təcrübədə ehtiyatsızlıq üzündən köməksiz vəziyyətdə qalmış şəxslərin donması halları müşahidə edilmişdir. Belə ki, alkoqol sərxoşluğu vəziyyətində soyuq mühitdə uzun müddət qalan zaman, idmanla məşğul olan xizək sürənlərin, alpinistlərin zədələnərək və yaxud qəflətən həmin şəxslərin, eləcə də əsgərlərin, ovçuların qar uçqunları altında qalması və s. hallara təsadüf edilə bilər. Belə hallar aşkar edilməsi üçün hadisə yerinin diqqətli müayinə edilməsi zəruridir.

Ekspert təcrübəsində, bəzi hallarda donma hadisələri simulyasiya oluna bilər və bütün bunlar məhkəmə-tibb eksperti tərəfindən diqqətlə yoxlanılmalıdır. Hadisə yerinin müayinəsi zamanı tam və ya qismən çılpaq meyitin olması və yaxud yaxınlıqda yığılmış paltarların olması, intihar edən şəxsin qanında çox miqdarda alkoqolun tapılması intihar hadisələrinin olmasına dəlalət edə bilər.

FƏSİL XXIII. EKSTREMAL FAKTOLARIN TƏSİRİ NƏTİCƏSİNDƏ ƏMƏLƏ GƏLƏN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI

Məhkəmə-tibbi ekspertiza təcrübəsində yüksək və aşağı barometrik təzyiq, radioaktiv şüalanma və s. kimi ekstremal faktorların təsiri nəticəsində ölümün baş verməsi və zədələnmələr müşahidə olunur.

23.1. Barometrik təzyiqin dəyişməsi nəticəsində əmələ gələn zədələnmələrin ekspertizası

Yer kürəsini əhatə edən havanın tərkibi müxtəlif qazların qarışığından ibarətdir. Həmin qazların ağırlığı atmosfer təzyiqini yaradır. Yer səthinə yaxınlaşdıqca atmosfer təzyiqi çoxalır. Atmosfer təzyiqi barometr adlanan alətlə ölçülür. Yer səthi atmosferinin ən yüksək təzyiqi dəniz səthindədir. Dəniz səthində atmosferin təzyiqi 760mm civə sütununa bərabərdir. Bu atmosfer təzyiqinin vahididir, yəni 760mm civə sütunu təzyiqi, bir atmosfer təzyiqidir. Atmosfer təzyiqi dəyişkəndir, sutka ərzində təzyiqin cüzi dəyişməsi baş verir və bu cüzi dəyişmə orqanizmdə gedən həyat prosesinə heç bir mənfi təsir göstərmir. Atmosfer təzyiqinin kəskin və sürətlə normadan uzaqlaşması orqanizmdə ağır patoloji dəyişikliklərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Belə barometrik təzyiqin dəyişməsi, yalnız xüsusi spesifik şəraitlərdə insan orqanizminə təsir edir. Bunlar yüksəklikdə olan təyyarələrdə qəza zamanı, sualtı işlər və sualtı idman növləri ilə məşğul olan zaman baş verən bədbəxt hadisələrdə, yüksək dağlıq şəraitində və həmçinin barokameralarda müalicə və təlim zamanı baş verə bilər. İnsan orqanizminin zədələnməsi barometrik təzyiqin tədricən və ya qəflətən qalxması və düşməsi zamanı baş verə bilər.

İnsan orqanizmi üçün normal barometrik təzyiq $760 \pm 20-40$ mm c.s. olub, bundan artıq olan barometrik təzyiq dəyişikliyi səhhətin pozulmasına və ya ölümə gətirib çıxara bilər.

İnsanın dərin suya girməsi, onun bədənində yüksək barometrik təzyiqin təsiri ilə müşayiət edilir. Buna görə də, akvalanqistlərin, dalğıcıların işləri kesson və dekompression kameralarda və ya barokameralarda yüksək barometrik təzyiq şəraitində keçir.

Əgər barometrik təzyiq tədricən qalxırsa, onda insan 4 atm, yəni 3040 mm c.s ($760 \times 4 = 3040$) təzyiqə davam gətirə bilər, eləcə də atmosfer təzyiqinin dəyişməsinin orqanizmə təsiri vərdişdən və məşqdən də çox asılıdır. İnsan bədən səthinin hər bir sm^2 -ə 60 kq düşən atmosfer təzyiqini orqanizm heç bir dəyişiklik törənmədən keçirə bilər. Orqanizm bədən səthinə düşən qeyri-bərabər, məhdud atmosfer təzyiqinə nisbətən, bədən səthinə bərabər düşən təzyiqə davamlıdır.

Barometrik təzyiqin qalxması insan orqanizminə ümumi və yerli (bilavasitə) təsir göstərir. Ümumi təsir oksigen və indefferent qazların (azot və s.) narkotik effekti və zəhərlənmə törətməsi təhlükəsi ilə bağlıdır. İnsan orqanizminə atmosfer təzyiqinin təsiri çoxaldıqda, qanın və toxumaların tərkibində qazların, xüsusən azot qazının həll olması artır. Qazların toxumalarda həlli bərabər getmir, onların tərkibindən asılı olaraq, bəzi toxumalarda daha çox həll olur. Belə ki, qana nisbətən orqanizmin yağlarında azot qazı 5 dəfə çox əriyir. Sinir liflərinin mielin qışası piy toxuması kimi və digər yağlı maddələr həll olunmuş azot üçün bir rezervuardır. İnsanların sıxılmış hava ehtiyatı olan dalgıç geyimlərində və akvalanqlarda çox böyük dərinliklərə qədər enməsi azotun parsial təzyiqinin artmasına gətirib çıxarır. Bunun nəticəsində toxumaların və qanın azotla həddən artıq doyması baş verir. Baş beyin toxuması azota qarşı daha həssasdır. Azot mərkəzi sinir sisteminə narkotik təsir göstərmək xüsusiyyətinə malikdir. Uzunmüddətli təsir zamanı tənəffüsün birincili dayanmasından ölüm baş verə bilər. Bu hal qəflətən törənərək müxtəlif dərəcəli alkoqol sərxoşluğunu xatırladır (eyforiyadan başlayaraq psixikanın dərin pozulmasına qədər). Molekulyar azot beyinin bioloji strukturları ilə davamlı rabitələr əmələ gətirmir, buna görə də azotun parsial təzyiqi azalan kimi narkotik təsiri də tez bir zamanda aradan qalxır. Kessonlarda orqanizm ancaq atmosfer təzyiqialtına düşdüyü halda, su dərinliklərində atmosfer təzyiqindən əlavə, hidrostatik təzyiqdə təsir göstərir. Hidrostatik təzyiqin bilavasitə dəriyə təsiri səbəbindən, dəri reseptorlarının həssaslığı azalmış olur. Bu səbəbə görə suyun dərinliyində törənən xəsarət, bəzən dalgıç tərəfindən hiss edilmir, ancaq su üzərinə çıxdıqca xəsarət aşkara çıxır. Kesson xəstəliyindən baş vermiş ölüm hadisələrində meyit nə qədər tez yarılmış olarsa, ölümün səbəbini bir o qədər dəqiq aydınlaşdırmaq olar. Diaqnozu əsas aydınlaşdırıcı əlamət sərbəst qazların toxumalarda, damarlarda və ürək içərisində tapılmasıdır. Çürümə prosesi nəticəsində sərbəst qazların damarlara, boşluqlara, orqanlara, toxumalara toplanma bilməsini nəzərə alsaq, meyitin tez yarılmasının əhəmiyyəti aydın olar.

Oksigenlə zəhərlənmə insanın uzun müddət barometrik təzyiq şəraitində qalması nəticəsində oksigenin parsial təzyiqin qalxması və qanda oksigenin çoxalması (hiperoksemiya) ilə əlaqədardır. Hiperoksemiya zamanı beyinin, ağciyərlərin və qan - damar sisteminin funksiyaları pozulur, tənəffüs fermentlərinin inaktivasiyası baş verir, karbohidrat, piy və zülal mübadiləsi asidoz və müxtəlif toxuma və orqanların trofikasının kəskin pozulmaları müşahidə edilir. Beyinin hiperoksemiyası epileptik qıcolmalarla; ağciyərin hiperoksemiyası - ağciyərin hipertoksik ödəmi, bronxopnevmoniya ilə, qanın hiperoksemiyası isə – hemolitik anemiya ilə özlərini büruzə verir.

İnsanın sualtı paltarda (skafandr) və ya sıxılmış havası olan akvalanqla 10-50m və daha çox böyük dərinliyə dalması zamanı azotun parsial təzyiqi artır, toxuma və qanın azotla ifrat doymasına gətirib çıxarır.

Baş beyin hüceyrələri azota qarşı daha həssasdır və qanda azotun miqdarı yüksək olduqda beyin hüceyrələri buna reaksiya verir və azotun narkotik təsiri görünür. Bu hal qəflətən törənərək müxtəlif dərəcəli alkoqol sərxoşluğunu (eyforiyadan tutmuş dərin psixi pozulmaya qədər) xatırladır. Bu isə son nəticədə, səhhətin pisləşməsi və ölümə səbəb ola bilər.

Dalğıcıların öz işlərini icra etdikləri zaman karbon qazı ilə zəhərlənmə də baş verə bilər. Bu növ zəhərlənmənin əsas səbəbi udulan havada, yaxud qaz qarışığında karbon qazının parsial təzyiqinin yüksək olmasıdır. Bu hal çox zaman dalğıcı geyimlərinin bir hissəsi olan xüsusi cihaz və qurğuların nasaz olması, izoləedici tənəffüs aparatında kimyəvi sorbentin keyfiyyətsiz olması və ya heç olmaması, nəfəsalma klapanının defekti və s. səbəblərindən törənir. Tibbi təcrübədə karbon qazı ilə zəhərlənmə süni tənəffüs aparatının səhvən karbon qazı olan hava balonu ilə əvəz edilməsi zamanı baş verir. Bu növ zəhərlənmənin klinikası təngnəfəslik, kəskin baş ağrısı, ifrat tərləmə və zəifliklə xarakterizə olur.

Barometrik təzyiqin yerli təsiri ağciyərlərin barotravması ilə özünü biruzə verir. Ağciyərlərin barotravması ağciyərlərdə təzyiqin 80-120mm civə sütununa qədər kəskin şəkildə artması zamanı törənir. Bu vaxt ağciyərlərin daxilində təzyiq dəyişir, ağciyər toxuması və qan damarları cırılır və sonradan həmin qaz (hava) kapilyar və venalardan ürəyin sol mədəciyinə və böyük qan dövranı arteriyalarına keçərək hava (qaz) emboliyası (qaz emboliyası havanın baş beyin damarlarına keçməsi zamanı daha təhlükəlidir) törədir. Belə hallarda ölüm baş beyin arteriyalarının hava emboliyası və ikitərəfli daxili pnevmotoraksdan və pnevmoniyalardan baş verə bilər. Ağ ciyərlərin həcmi böyüyür, ağ ciyər toxumasında iriocaqlı tünd-qırmızı rəngli qansızmalar aşkar edilir. Histoloji müayinə zamanı kiçik bronxların və alveolararası arakəsmələrin partlaması ilə birlikdə burun-hava yolları və peribronxial toxumalara qansızmaların olması müşahidə edilir. Ağciyər barotravmasından ölmüş şəxslərin meyitini müayinə etdikdə ağciyərlərdə ürəyə gedən və çıxan damarlar bağlanılır və döş boşluğu boyun orqanları ilə birlikdə xaric edilir. Ağciyərlər təmiz su içərisinə salınıb üfürülür, plevra boşluğuna keçən cırılmalarda, cırılmış hissədən hava xaric olur və hava qovucuqları su üzərinə qalxır. Hava emboliyasını aydınlaşdırıcı sınaq qoyulur: su altında ürəyin sol qulaqcıq və sol mədəciyi açılır. Sol ürək boşluğunda havanın olması barotravma üçün xarakterikdir. Sağ ürək boşluğunda hava müşahidə edilmir. Barotravmalarda, ağciyər və beyin damarlarında da adətən qaz emboliyası müşahidə edilir.

Xarici eşitmə yollarının qansızması ilə qulaq pərdəsinin barotravması da əmələ gələ bilər.

Hadisənin şəraitinin öyrənilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Ağciyərlərin diaqnostikası üçün arterial qaz emboliyası böyük rol oynayır. Aşağı barometrik təzyiq şəraitində təyyarəçilər, kosmonavtlar,

alpinistlər ola bilər. Atmosfer təzyiqinin çox sürətlə və ya tədricən dəyişməsindən, təzyiqin azalma dərəcəsiindən asılı olaraq orqanizmdə törənən patoloji dəyişikliklər müxtəlif olur və törənmiş dəyişikliklərə görə aşağı təzyiq təsirindən yüksəklik, dağ və ya dekompression xəstəliklər əmələ gəlir. Bundan əlavə aşağı barometrik təzyiq süni şəkildə, barokameralarda əmələ gətirilir. Belə hallar patoloji dəyişiklər, oksigen çatışmamazlığı ilə əlaqədar dağ və ya yüksəklik xəstəliyi adlanır.

Qəflətən insanın yüksək atmosfer təzyiqi şəraitindən normal şəraitə və ya normal atmosfer təzyiqi şəraitindən aşağı atmosfer təzyiqi şəraitinə düşdüyü halda dekompression xəstəlik əmələ gəlir.

Dağ və ya yüksəklik xəstəliyinin əsasında isə oksigen çatışmamazlığına gətirib çıxaran havada oksigenin parsial təzyiqinin düşməsidir. Hipoksiyaya ən həssas reseptorlar baş beyin hüceyrələri, karotid yumaqcıqlarda yerləşən (yuxu arteriyası, aorta qövsü) hemoreseptorlardır. Bu reseptorların qıcıqlandırılması tənəffüs mərkəzinin stimulyasiyasına, o da öz növbəsində ağciyərin hiperventilyasiyasına gətirib çıxarır. Tənəffüs mərkəzinin qıcıqlandırılması əvvəlcə onun zəiflənməsinə, sonradan isə iflicinə gətirib çıxarır. Yüksəklik xəstəliyi təyyarə səfərləri arasında törənə bilər. Yüksəkliklərə qalxdıqda, ilk növbədə təxminən 400 metr yüksəklikdə oksigen aclığı baş verir. Oksigenin çatışmamazlığı, tənəffüs hərəkətlərinin çoxalmasına, nəbzın sürətlənməsinə, qan təzyiqinin artmasına səbəb olur. Atmosfer təzyiqinin azalması davam edərsə oksigen aclığı şiddətlənir və bununla əlaqədar təqətsizlik, narahatlıq, yorğunluq, bəzən coşğunluq və eyforiya törənmiş olur. Atmosfer təzyiqinin azalması davam edərsə, təxminən 7500 metr yüksəkliklərə qalxdıqda, ilkin simptomuz şəxs komotoz vəziyyətə düşə bilər. Mərkəzi sinir, ürək, qan-damar sistemi tərəfindən obyektiv dəyişikliklər törənir.

Dağ xəstəliyi çox zaman məşq etməmiş şəxslərin dağ hündürlüklərinə qalxması zamanı törənir. Xəstəliyin obyektiv əlamətləri 400-500 metr hündürlüyə qalxdıqda görünür. Xəstəliyin əsas əlamətləri baş gicəllənmə, ətrafdakı hadisələrə laqeydlik, şəraiti qiymətləndirə bilməmə, göz qarşısında qılgıncılar, tənəffüs və ürək vurğularının tezləşməsi, əzələ zəifliyi, yorğunluq, qulaqda ağrılar, sifətin sianozlaşması, mədə və bağırsaqların köpməsi, yuxululuq, çox zaman burun və qulaqdan qanaxmanın olması. Bəzən bədən temperaturunun yüksəlməsi, görmə və eşitmənin zəifləməsi, oynaqlarda ağrı törənmiş olur. Belə şəraitdən şəxsin çıxarılması ölümə nəticələnə bilər. Dağ və ya yüksəklik xəstəliyindən ölmüşlərin meyitlərinin müayinəsində dəri örtüyünün sianozlaşması (venoz qan durğunluğu), daxili orqanlarda, toxumalarda, dəridə, gözün konyuktivasında, seroz qışalar altında çoxlu qansızmaların olması müşahidə edilir. Çox yüksəkliyə təxminən 9000 metr yüksəkliyə qalxdıqca dekompression xəstəlik törənə bilər.

Dekompression xəstəlik qanda təzyiqin parsial dəyişikliyi hesabına qazların çıxması nəticəsində əmələ gəlir. Oksigenin çox olması toxumalar

tərəfindən mənimsənilir; azot isə inert qaz kimi toxumalar tərəfindən istifadə edilmir. Buna görə də qəfləti dekompressiya zamanı azot toxumada və qanda çoxlu sayda qabarcıqlar şəklində intensiv olaraq çıxmağa başlayır. Ölüm birinci növbədə beyin damarlarının emboliyasından baş verir.

Dekompression xəstəliyin morfoloji əlamətləri bunlardır: venoz sistemində və ürəyin sağ yarısında çoxlu sayda qaz embolları, dərialtı toxumada, piylikdə, mezenteriumda və parenximatoz orqanlarda hava qabarcıqlarının olması. Dekompression xəstəlikdən ölmüş şəxslərin meyitlərinin müayinəsində aşkar edilmiş patoloji anatomik dəyişikliklər, kesson xəstəliyi və barotravmalarda tapılan dəyişikliklərlə eynidir.

Dekompression xəstəliyin təşrih diaqnostikası hava emboliyasının müsbət sınağının müəyyən edilməsinə istinad edir.

23.2. Radiasiyanın (şüalanmanın) təsiri

Təbii radiasiya insan orqanizminin həyat fəaliyyəti üçün lazımi amillərdən biridir. Yer kürəsinin əhalisi daima radiasiyanın təsiri altındadır. Təbii mühit kosmik şüalanmadan və torpağın, suyun, havanın, bütün biosfer tərkibində olan təbii radioaktiv maddələrin şüalanmasından əmələ gəlmişdir. Belə ki, insan daimi təbii radioaktiv şüalanmaya məruz qalır. Radioaktiv şüalanmanın həddini aşması, ağır patoloji proseslərim törənməsi, hətta həyat proseslərinin sönməsi ilə nəticələnə bilər. Təbiətdə təsadüf olunan keçici şüaların hamısı insan orqanizmi üçün təhlükə törətmir. Bunlardan qısa, orta, uzun radiodalğalarında orqanizmin toxumalarından keçdiyi vaxt heç bir bioloji dəyişikliyə səbəb olmur. Ultraqısa radiodalğalarından fizioterapevtik müalicə məqsədlərlə istifadə olunur. Həmin radiodalğalarının cüzi hissəsi toxumalar tərəfindən udulur ki. Bu da molekulların hərəkətə gəlməsinə və toxumanın qızmasına səbəb olur. İnfraqırmızı şüalar istilik göstərmə təsirinə malikdir. Şəraitdən asılı olaraq qısa infraqırmızı şüalar başın yumşaq və sümük toxumalarından keçib beyin qışalarının və toxumasının qızışmasına, günvurmaya səbəb olur. Ultrabənövşəyi şüalar böyük dozada, uzun müddət təsir etdikdə, dəridə iltihabi proses və nekroz törədir.

Radioaktiv keçici şüalar insan orqanizmi toxumalarından keçdikcə ionlaşdırıcı təsir göstərilir, yəni atomların elektronlarını qoparıb, ion buxarları əmələ gətirirlər. Hazırda ionlaşdırıcı təsirə malik olan keçici şüaların bir neçə növü müəyyən edilmişdir. Bunlarda alfa (helium nüvələri), betta (elektronlar), qamma (rentgen şüalarına bənzər elektromaqnit dalğalar) və rentgen şüalarını göstərmək olar. Bunlar şüalanmanın xarici faktorlarına aiddir. Radiasiyanın orqanizmə nüfuz edən təsiri nəticəsində xüsusi patoloji proses şüa xəstəliyi inkişaf edir. Orqanizmin qəbul etdiyi şüalanma dozasının miqdarından və radiasiyanın təsir müddətindən asılı olaraq şüa xəstəliyinin kəskin və xroniki forması meydana çıxır. Radioaktiv

maddələrin birdəfəlik yüksək dozada təsirindən kəskin şüa xəstəliyi, uzun müddət çox yüksək olmayan dozanın təsirindən xroniki şüa xəstəliyi, yüksək dozanın bədənə məhdud bir sahəsinə təsirindən yerli dəyişiklik törənir. Radioaktiv şüalanmanın törətdiyi yerli zədələnmələrin termiki yanıqlara oxşarlığı olduğundan, şüa yanığı adı verilmişdir. Şüa xəstəliyinin ağırlığı, şüalanmanın dərəcəsi, udulmuş enerjinin dozasından asılıdır. Radiasiyanın birdəfəlik 100-250 R dozada təsiri yüngül, 250-400 R dozada təsiri orta, 400-600 R dozada təsiri ağır, 600 R dozadan artıq çox ağır (IV dərəcəli) şüa xəstəliyi törənir. 800-1000 R şüalanma dozası insan üçün letal doza hesab edilir. Ölümün bilavasitə səbəbi qanyaradıcı proseslərin dərin pozğunluqları, hemorraqik və infeksiya ağırlaşmaları ola bilər.

Şüa xəstəliyindən ölmüş şəxslərin meyitlərini müayinə etdikdə, müayinəni aparan həkim, meyitin müayinəsində aktiv iştirak edən orta və kiçik tibb işçiləri müəyyən edilmiş qayda-qanuna əməl etməklə öz təhlükəsizliklərini gözləmiş olurlar. Bu məqsədlə dozometrik kontrol aparılmalıdır. Dozometrik kontrol diaqnostik məqsəd də daşıya bilər. O, radioaktiv maddələri aşkar edir. İnsan orqanizmi üçün yol verilən radioaktiv şüalanma dozası 4 sutka ərzində 50 R, 10-30 sutka ərzində 100 R, 3 ay ərzində 200 R, bir il ərzində 300 R hesab olunur. Belə şüalanma orqanizm üçün təhlükəli deyil. Əgər şüa zədələnmələri süni xarici şüalanma mənbələrinin orqanizmə təsir etməsi nəticəsində baş verərsə, buna xarici şüalanma, xəstəlik orqanizmə qida və ya tənəffüs ilə daxil olmuş radioaktiv maddələrin təsiri nəticəsində baş verərsə buna daxili şüalanma deyilir.

İonlaşmış şüalanma təsirindən insan orqanizmində baş verən bir sıra morfoloji və funksional dəyişikliklər radiasiya travması adlanır. Məhkəmə-tibb ekspertiza təcrübəsində belə hallara adətən istehsalat şəraitində, həmçinin elmi-tədqiqat eksperimentləri aparıldıqda və ya xüsusi tibb müəssisələrində şüa terapiyası zamanı rast gəlinir.

Radiasiya travmasının ağırlığı qəbul edilmiş radiasiyanın dozasından asılıdır. İonlaşdırıcı şüalanma canlı orqanizmin toxumalarına spesifik (ionlaşdırıcı) zədələyici təsir göstərir. Şüalanma ilk növbədə molekulların ionlaşmasını əmələ gətirir və bunun nəticəsi olaraq sərbəst radikallar əmələ gəlir və bioloji sistemlə kimyəvi reaksiyaya girən maddələrin orqanizmdə olan su ilə radiolizi başlayır. Şüalanmanın sonrakı təsiri onun toxuma strukturlarının orqanellərindəki maddələr mübadiləsinin pozulmasına, əmələ gələn radioksik komplekslərin xromosom aparatının mitotoksik aktivliyini azaltmasına və hüceyrənin məhvəsinə səbəb olur. Şüalanmanın ağırlıq dərəcəsi şüalanma dozasının udulma ölçüsü ilə müəyyən edilir.

Radiasiya travması zamanı 10 Qr (1 Qrey = 100 rad) dozada şüalanma nəticəsində sümük iliği formalı; 10-dan -20 Qreyədək dozada bağırsaq; 20-dən-80 Qreyədək dozada toksemik (yaxud damar) formalı və 80 Qr-dən

yuxarı dozada şüalanmanın serebral forması əmələ gəlir. Şüa travmasının bağırsaq, toksemik və serebral formaları demək olar ki, həmişə ölümə nəticələnir. Radiasiyanın 6 Qr dozadan artıq udulması sümük ilişi forması ölümə nəticələnə bilər.

Udma dozasının təsir etməsindən əlavə, radiasiya travmasının kliniki gedişinə aşağıdakı faktorlar da təsir edir:

- şüalanmanın növü;
- şüalanmanın xarakteri (daxili və xarici şüalanma)
- insanın şüalanma mənbəsindən hansı məsafədə olması;
- şüalanma dozasının yerli, yaxud ümumi təsiri;
- bədən şüalanma hissələrinin lokalizasiyası;
- bir və yaxud bir neçə dəfə şüalanma;

Kəskin şüalanma travmasının kliniki gedişi dörd fazadan ibarətdir:

1) orqanizmin ilkin ümumi reaksiyası; 2) latent faza; 3) klinik simptomların geniş şəkildə özünü göstərməsi və ya xarakterik kliniki əlamətlər dövrü; 4) sağalma dövrü.

İlkin ümumi reaksiya, şüalanmanın ilk dəqiqələrindən, bəzən isə bir neçə saatdan (təxminən 1-2 saatdan) sonra əmələ gəlir və 3-4 gün müddətində davam edir. Xəstəlik ümumi beyin və beyin qışası əlamətləri ilə başlanır. Qarın nahiyəsində ağrılar və ishal olur, ilk gündə hərarət 38-39°C-ə qalxır, leykosit və eritrositlərin miqdarının çoxalması, bu dövr üçün xarakter əlamətdir, leykositlərin miqdarı 15-20 minə çatı bilər. Şüalanmış şəxsdə ürək bulanma, qusma, baş ağrıları, baş gicəllənməsi, başda ağırlıq hissləri, kəskin əzələ zəifliyi, yuxuculluq, hüceyrə tərkibinin və qanın biokimyəvi xüsusiyyətlərinin dəyişməsi, narahatlıq, ağızda quruluq, susuzluq hissləri və tərləmə olur.

Latent dövründə xəstənin halı yaxşılaşmağa doğru gedir, lakin periferik qanda və sümük ilişi punktatında dəyişikliklərin tapılması, qanyaradıcı sistemdə pozulmanın getdiyini göstərir, qanın tərkibi nisbətən normallaşır.

Latent fazasında 2-4 həftə çəkən yalançı, subyektiv məmnunluq vəziyyəti əmələ gəlir. Bu fazada epillyasiya mənbələri (başda yuva şəkilli tükərlərin tökülmələri), nevroloji simptomatika, qan əmələ gətirmə proseslərinin pozulması əmələ gələ bilər. Bu vaxt çoxlu sayda dərili qansızmalarla ümumi səhhətin pisləşməsinin kliniki simptomları qeyd edilir. Belə qansızmalar selikaltı qışalarda əmələ gəlir. Sonradan anemiya inkişaf edir, orqanizmin müqaviməti kəskin azalır, daxili orqanlarda geniş qanaxmalar əmələ gəlir, bu prosesə həmçinin infeksiya kəskinləşmələr əlavə olunur və bu səbəbə görə şüalanmanın 2-ci-4-cü həftəsinin sonunda ölüm baş verir.

Xarakterik kliniki əlamətlər dövrü: Xarakterik kliniki əlamətlər dövründə şüa xəstəliyinin əlamətləri özünü aydın şəkildə göstərir, yenidən mərkəzi sinir sistemi pozulması əlamətləri baş verir, ishal, qanaxmaya meyillilik, leykopeniya, anemiya, temperaturun yüksəlməsi kimi əlamətlər də meydana çıxır. Tükərlər tədricən

tökülməyə başlayır, qan təzyiqi enir, nəbz sürətlənir; ağız, udlaq, badamcıqların, mədə və bağırsaqların selikli qışalarında nekrotik proseslər güclənir və onların nekrozlaşması qanlı ishal ilə nəticələnir. Orqanizmin müqaviməti həddindən artıq zəiflədiyindən, asanlıqla müəyyən xəstəliklər baş qaldırır. Bu dövrdə ağciyərlərin iltihablaşmasına daha çox təsadüf edilir. Bu dövr bir aya qədər davam edir. Klinik əlamətlərin kəskin şəkildə təzahür etməsi dövrü insanın sağlamlıq vəziyyətinin ağırlaşması, çoxlu sayda dəridaxili və selikli qışaaltı qansızmaların olması, anemiya, orqanizmin ümumi müqavimətinin azalması, masssiv daxili qansızmalar, bu əlamətlərə qoşularaq təxminən 4-cü həftədə ölümə səbəb ola bilən infeksiya ağırlaşmalarla xarakterizə edilir.

Birdəfəlik 50 Qr şüalanma dozəsi olduqda insan 1-2 gün ərzində ölə bilər.

150 Qr-dən artıq şüalanma dozəsi insan beyninin əsas mərkəzlərinin zədələnməsi ilə əlaqədar dərhal ölümə nəticələnir və bu ölüm halı «şüa altında ölüm» adlanır. Şüalanmadan baş vermiş ölüm hallarında məhkəmə-tibb eksperti tez baş vermiş ölümün ümumi əlamətlərini aşkar edir.

Kəskin kliniki simptomlar dövrü zamanı ölüm hallarında təşrih zamanı dəridə, yumşaq toxumalarda, daxili orqanlarda geniş hemorragiya, sümük iliynin, limfatik vəzilərin və dalağın deskruktiv dəyişikliyi, digər orqanların və toxumaların nekroz və distrofiyası müşahidə olunur. Adətən belə hallarda sepsis, pnevmoniya, peritonit də müşahidə olunur.

Sağalma (rekonvalesensiya) dövründə düzgün müalicə aparılması, orqanizmdə törənmiş patoloji dəyişikliklərin sönməsinə və sağlamlığın tədricən geri qayıtmasına səbəb olur. Lakin şüaların təsiri uzun müddət orqanizmdə özünü göstərir. Tədricən klinik əlamətlər azalır, zədələnmiş orqanlar normallaşır.

Xroniki şüalanma xəstəliyi zamanı kəskin hemorragik sindrom, orqanizmin müqavimətinin kəskin immunobioloji zəifləməsi nəticəsində infeksiya ağırlaşmadan ölüm baş verə bilər. İonlaşmış şüalanmanın yerli təsiri iltihabi proseslərə və ya bədxassəli şişlərin əmələ gəlməsinə gətirib çıxaran radiasiya yanığının əmələ gəlməsi ilə özünü büruzə verir.

Radiasiya travması almış şəxslərin məhkəmə-tibb ekspertizası zamanı aşağıdakılar mütləq müəyyən edilməlidir: 1) zədələnmənin radiasiya xarakteri; 2) şüalanmanın mənbəyi; 3) dozanın miqdarı, şüalanmanın müddəti və sayı; 4) əmək qabiliyyətinin itirilmə dərəcəsi və başqa suallar.

İstintaq orqanları radiasiya şəraiti, şüalanma obyektinin texniki xarakterinə aid xüsusi ekspertlərin rəylərini, lazım olan məlumatları və həmçinin həqiqi tibbi sənədləri məhkəmə-tibb ekspertinə təqdim etməlidirlər.

BÖLMƏDƏ ACIQLANAN SUALLAR

1. Elektrik cərəyanı ilə zədələnmələr.
2. Atmosfer və texniki cərəyanla zədələnmələr. Elektrik nişanəsi.
3. Yüksək hərarətin yerli və ümumi təsiri.
4. İsti və günəş vurğusu.
5. İsti maye və alov yanıqları.
6. Aşağı hərarətin yerli və ümumi təsiri.
7. Atmosfer təzyiqinin dəyişməsinin təsiri. Kesson xəstəliyi.
8. Radiasiyanın (şüalanmanın) təsiri.

VI BÖLMƏ

MƏHKƏMƏ-TİBBİ TOKSİKOLOGİYA

Zəhərli maddələr bəzən insanın ölümünə və ya sağlamlığın xeyli pozulmasına gətirib çıxaran amillərdəndir. Zəhərli maddələrin istifadəsi zamanı qətl, intihar və ya bədbəxt hadisə baş verə bilər. Tarixdə bəzi dövlət xadimlərinin çoxlu sayda zəhərlənməsi halları olmuşdur. XV-XVII əsrlərdə Qərbi Avropada qəsdən və təsadüfi zəhərlənmə halları çox baş vermişdir. Arsenə hətta «zəhərlərin zəhəri» adı verilmişdir. Onun vasitəsi ilə bir çox qətl törədilmişdir. Fransız məhkəmə-tibb ekspertləri hesab edirlər ki, Napoleon Bonapart mədənin pilorik (mədə çıxacağı) şöbəsinin xərçəngindən deyil, (bu diaqnozu ingilis patoloq-anatomları meyitin təşrihi zamanı qoymuşlar) müqəddəs Yelena adasında sürgündə olarkən yeməyinə daim qatılmış arsenin birləşmələri ilə xroniki zəhərlənmə nəticəsində ölmüşdür.

Məşhur Amerika kinoaktrisası Merelin Monro (Norma Martinson) yuxu gətirici maddənin yüksək dozəsindən ölmüşdür. Məşhur rus maliyyəçisi Kivilidi və onun katibəsi kadmium duzlarından zəhərlənmişdirlər.

Zəhərlənmələrin məhkəmə-tibb ekspertizasının nəticələri obyektiv sübutların alınmasında ən mühüm məlumatlardan biridir. Qanda, daxili üzvlərdə və toxumalarda zəhərləyici maddənin aşkar edilməsi məhkəmə-kimyəvi tədqiqatların əsası sayılır.

FƏSİL XXIV. KİMYƏVİ AMİLLƏRLƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏR, «ZƏHƏRLİ MADDƏ» ANLAYIŞI.

24.1. Zəhərlərin və zəhərlənmələrin təsnifatı.

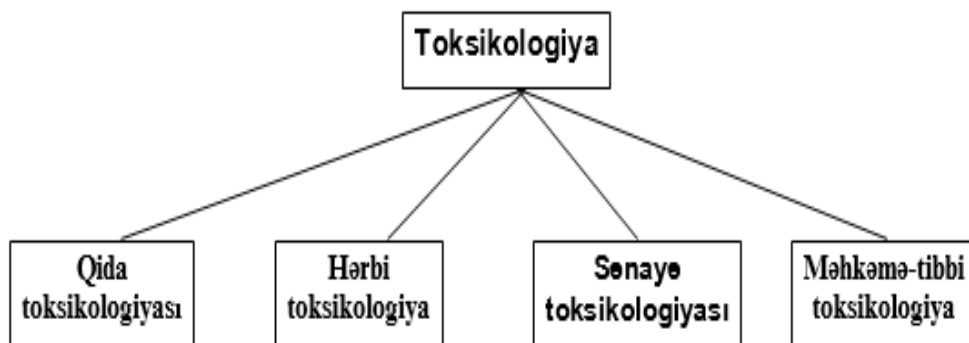
Məhkəmə təbabətinin mühüm sahələrindən biri olan – məhkəmə–tibbi toksikologiyada kimyəvi amillərdə zədələnmə ilə bağlı məsələlər öyrənilir və həll edilir.

Toksikologiya – (yunanca – toksikon: zəhər) zəhər və zəhərlənmələrdən bəhs edən elmə deyilir.

Ümumiyyətlə təbabətdə toksikologiya aşağıdakı növlərə bölünür (sxem 7).

Sxem 7

Toksikologiyanın növləri



Zəhər – az miqdarda orqanizmə daxil olduqda, orqanizmdə kimyəvi, fiziki-kimyəvi və başqa dəyişikliklər törədərək sağlamlığın pozulmasına və ya ölümə səbəb olan maddələrə deyilir.

Məhkəmə-tibbi toksikologiya - zəhərli maddələrin müxtəlif xüsusiyyətlərini, onların insan orqanizminə təsir mexanizmini və bu cür təsirin nəticələrini öyrənən elmdir.

Zəhərlənmələrə dair məhkəmə-tibbi məsələlərin həlli üçün kliniki toksikologiya, toksikoloji və məhkəmə- kimyasının müəyyən biliklərindən istifadə olunur.

Kimyəvi zədələnmə - insana xarici kimyəvi amillərin təsiri zamanı onun orqanizmində yaranmış struktur və funksional dəyişikliklər kompleksidir. Zəhərlər və ya zəhərləyici maddələr kimyəvi zədələnməyə səbəb olan xarici kimyəvi amillərdir. Zəhərli maddələrin təsiri nəticəsində sağlamlığın

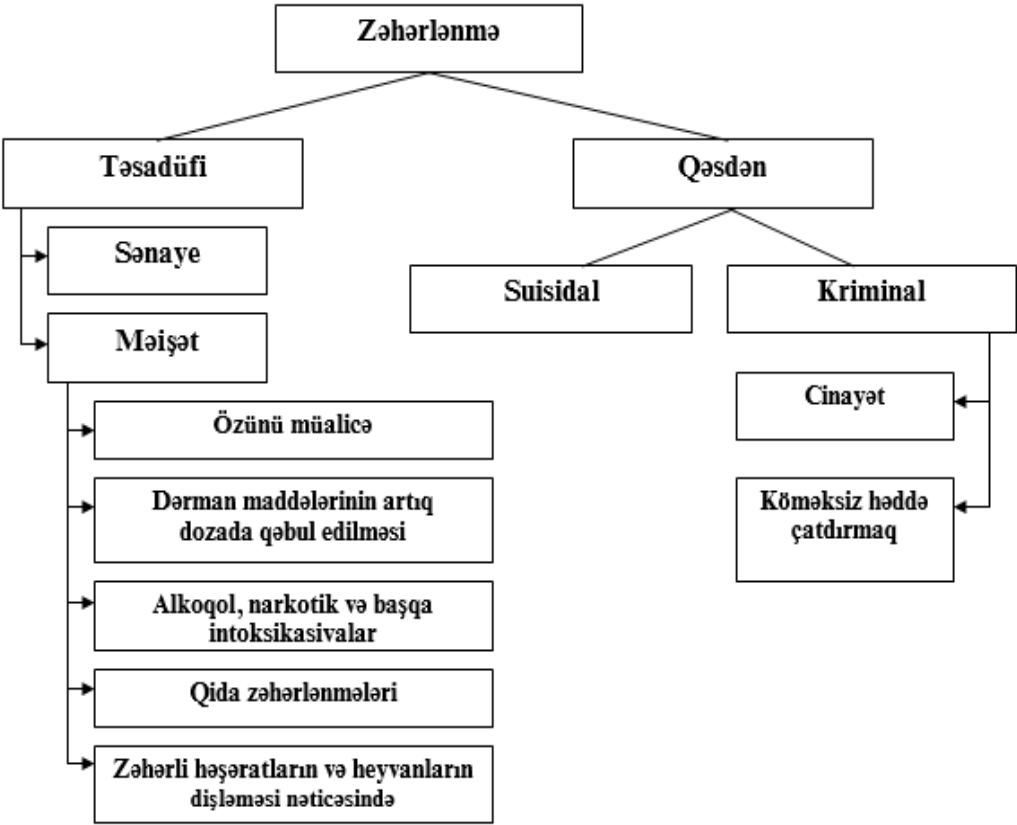
pozulması zəhərlənmə adlanır. Zəhərlənmə: ildırım sürətli, kəskin, yarımkəskin və ya xroniki; qeyri-öldürücü və öldürücü olur.

Zəhər - nisbi anlayışdır, ona görə də «zəhər» anlayışı əvəzinə «zəhərləyici maddə» terminini tətbiq etmək daha məntiqə uyğundur.

Mənşəyinə görə zəhərlənmələr aşağıdakılara bölünür (sxem 8):

Sxem 8

Zəhərlənmələrin təsnifatı



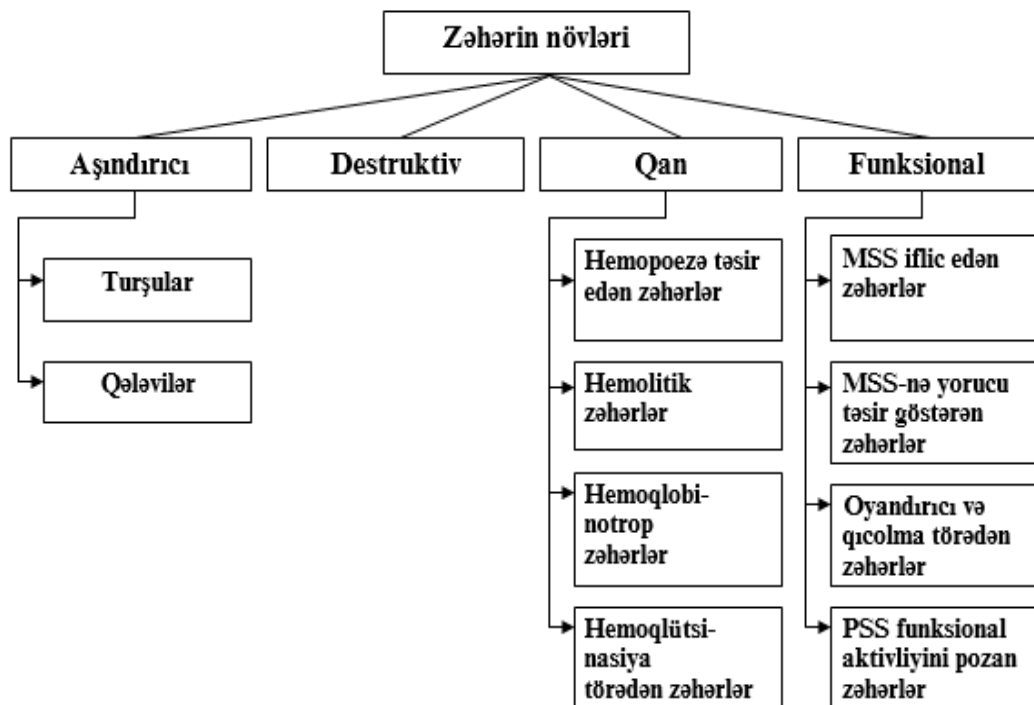
Zəhərləyici maddələrin (zəhərlərin) təsnifatı

Məhkəmə-tibb praktikasında sağlamlığın bu və ya digər pozulmasına səbəb olmasından və ya yerli zədələyici təsirindən asılı olaraq zəhərlərin sistemləşdirilməsinə əsaslanan zəhərlərin optimal təsnifatı qəbul edilmişdir. Bu təsnifata görə bütün zəhərləyici maddələr 2 böyük qrupa bölünür:

- yerli təsir göstərən (korroziv) maddələr
- rezorbtiv (sorulan) maddələr

Təsinə görə isə zəhərlər aşağıdakı növlərə bölünür (sxem 9).

Zəhərlərin növləri



Aşındırıcı zəhərlər. Bunlara turşular (xlorid, sulfat, sirkə turşuları və s.), qələvilər (natrium, kalium qələviləri, naşatır spirti və s.) aiddir.

Destructiv zəhərlər. Toxumalarda destruktiv və nekrotik dəyişikliklər törədən zəhərlər (civə və onun törəmələri, arsen və s.)

Qan zəhərləri. Qanın tərkibini (quruluşunu) dəyişdirən maddələr.

- Hemopoezə təsir göstərən maddələr (ağır metalların duzları və s.)
- Hemolitik zəhərlər (ilan zəhərləri, hörümçək zəhərləri, göbək zəhərləri və s.)
- Hemoqlobinotrop zəhərlər (karboksihemoqlobin əmələ gətirən - dəm qazı (CO), methemoqlobin əmələ gətirən – bertole duzu, anilin, nitrobenzol və s.).
- Hemoqlütinasiya törədən zəhərlər (fazin və s.)

Funksional zəhərlər.

- Mərkəzi sinir sistemini MSS iflic edən zəhərlər (fosfor üzvü maddələr, sinil turşusu və onun törəmələri – kalium sianid və s.).

- Mərkəzi sinir sistemini yoran zəhərlər (alkoqol və onun surroqatları, xloroform, antifriz, yuxu gətirən maddələr – barbituratlar, narkotik maddələr və s.).
- Mərkəzi sinir sisteminə oyandırıcı və qıcolma təsiri göstərən zəhərlər (MSS-ni gücləndirən – atropin, fenamin, fenatin, skopolamin və s.; MSS – də qıcolma yaradan – strixnin, erqotomin və s.).
- Periferik sinir sisteminə təsir göstərən zəhərlər (miorelaksantlar, kurare zəhəri, uşaqlıq əzələlərinə təsir edən – paxikarpin və s.).

24.2. Zəhərin orqanizmə təsiri şərtləri

Zəhərləyici maddələrin təsiri zamanı yaranmış morfoloji və funksional zədələnmələrin xüsusiyyətləri bir sıra şərt və səbəblərdən asılıdır. İstintaqın və məhkəmə-tibb ekspertizasının aparılması zamanı bu şərtləri bilmək çox vacibdir. Bunlar: 1) zəhərin xarakterindən asılı olan şərtlər; 2) zəhərin orqanizmə daxil edilməsi yolları ilə bağlı şərtlər; 3) orqanizmin daxil olmuş zəhərə reaksiyasından asılı olan şərtlər; 4) zəhər insanın orqanizminə düşdüyü zaman onun xarici mühitlə bağlı şərtlər.

Hər şeydən əvvəl buraya:

- zəhərin dozasını;
- qatılığını (konsentrasiya);
- zəhərin aqrekat halını;
- saxlanma şəraitini;
- toplanma (kumulyasiya) qabiliyyətini aid etmək lazımdır.

Zəhərli maddənin dozası - bu orqanizmə daxil olmuş zəhərin miqdarıdır. Zəhərin miqdarı qramın və ya millilitrin vahid və yüzdə bir hissələrində hesablanı bilər. Orqanizmə daxil olduqda səhhəti pozmayan doza indifferent doza sayılır (məsələn 0,5 q. xörək duzu). Müalicəvi effekt verən doza – terapeutik doza sayılır (məsələn 0,5 q. aspirin). Zəhərlənməyə gətirib çıxaran minimal doza – toksiki doza sayılır (məsələn 0,5 q. kokain). Ölümə gətirib çıxaran doza isə – letal doza sayılır (məsələn 0,5 q. morfin).

Zəhərin qatılığı (konsentrasiyası) - bu hər hansı məhlulda və ya digər maddələrlə qatı formada olan zəhərin miqdarıdır. Eyni kimyəvi birləşmə məhlulda qatılıqdan asılı olaraq müxtəlif zəhərləyici effekt göstərə bilər və ya ümumiyyətlə göstərməyə bilər. Qatılaşdırılmış xlorid turşusu - güclü zəhərdir, toxumaları aşındırma və dağıtma qabiliyyətinə malikdir; xlorid turşusu 1% qatılıqda isə terapeutik təsir göstərir; 3-5%-li sirkə turşusu məhlulu - xörək sirkəsidir; 60-70%-li qatılıqda olan sirkə turşusu- sirkə essensiyasıdır, bu məhlulun orqanizmə təsiri çox təhlükəlidir.

Zəhərlər orqanizmə müxtəlif aqrekat vəziyyətində: bərk, maye, qaz şəklində daxil olur. Ən çox tez qana qarışan zəhərlər daha təhlükəlidir. Məsələn,

civənin az həll olan birləşməsi - civə-xlorid (HgCl - kalomel) yüngül işlətmə dərmanıdır. Civənin digər birləşməsi – süleymani isə yaxşı həll olunan birləşmədir və çox güclü və təhlükəli zəhərdir.

Zəhərin saxlanma şəraiti toksiki vəziyyətin sabitliyi ilə əlaqədardır. Bir sıra zəhərlər öz fiziki-kimyəvi xüsusiyyətlərini dəyişmədən xarici mühitdə uzun müddət qala bilir. Digər zəhərlər müxtəlif maddələrlə qarşılıqlı əlaqədə olduqda və ya düzgün saxlanmadıqda öz əsas toksiki xüsusiyyətlərini tez itirirlər. Məsələn, kalium sianid tərkibində qlükoza çox olan maddələrlə birgə olduqda karbon qazının təsiri altında praktik olaraq zərərsiz maddəyə - potaşa (K_2CO_3) çevrilir. Bu hala antaqonizm deyilir (misal kimi XX əsrin əvvəlində Q.Rasputinin uğursuz zəhərlənməsini göstərmək olar). Bir maddənin o biri maddə ilə kombinə olunması nəticəsində güclü təsirin əmələ gəlməsinə isə sinerqizm deyilir (məsələn barbituratlarla alkoqol və ya narkotik maddələr).

Bundan başqa, bəzi zəhərli maddələr kumulyasiyaya – orqanizmdə (tüklərdə, sümüklərdə və digər orqanlarda) toplanma qabiliyyətinə malikdir. Ağır metalların duzları (sümüklərdə, tüklərdə), tərkibində arsen olan preparatlar (arsenin anhidridləri) tüklərdə toplanır.

Zəhərin orqanizmə daxil edilmə yolları

Zəhərin təsir effekti onun bilavasitə qana düşməsi tezliyindən asılı olaraq təzahür edir. Əsas daxil olma yolu alimentar yoldur (ağız boşluğundan həzm traktına). Bu halda zəhər mədə-bağırsaq sistemindən qana sorulur, lakin zəhərin bir hissəsi qara ciyərdə zərərsizləşdirilir. Zəhərli maddə tənəffüs yolu ilə daxil olarsa qaraciyər baryerini kənarda qoyaraq daha tez qana daxil olub zəhərlənməyə daha tez gətirib çıxarır. Sözsüz ki, dərialtı, əzələdaxili, əsasən də venadaxili və ya arteriya daxili yollar da təhlükəlidir. Bu zaman zəhər bilavasitə qana keçməklə bütün orqanlara yayılır. İmalə yolu ilə yeridilən zəhərlər də (düz bağırsaqdan və ya uşaqlıq yolu ilə) qana tez daxil olurlar.

Orqanizmin vəziyyəti ilə bağlı şərait zəhərlənmənin inkişafı, gedişi və sonuna təsir göstərir. Yaş dövrü, bədən çəkisi, cins, sağlamlıq vəziyyəti, orqanizmin vərdiş etməsi, müqavimət və sensibilizasiya (həssaslığın artması) kimi amillər mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Yaşlı insanlar və uşaqlar toksiki maddələrə daha həssasdırlar.

Tolerantlıq - orqanizmin müvafiq terapeutik və ya toksiki effekt inkişaf etmədən müəyyən toksiki maddənin (məsələn, dərman) təsirinə müqavimət göstərmək qabiliyyətidir.

Müxtəlif xəstəliklərdə, məsələn: qara ciyərin dezintoksikasiya funksiyasını, böyrəklərin süzmə və ifrazedici funksiyalarını zəiflədən xəstəliklərdə zəhərlərin təsiri güclənir. Qadınlar, xüsusilə aybaşı və hamiləlik dövründə müxtəlif zəhərlərə qarşı daha həssas olurlar. Vərdişetmə vəziyyəti intoksikasiyada müəyyən əhəmiyyət kəsb edir. Bu zaman sürətli müdafiə (taxifilyasiya) baş verir, yəni müəyyən vaxtdan sonra zəhərlərin təkrar daxil

edilməsi zamanı orqanizmin həssaslıq həddünün azalması baş verir. Bəzən zəhərlənmələrdə yüksək həssaslıq kimi idiosinkraziya, allergiya, anafilaktik şok müşahidə olunur. Zəhərlənmələrin gedişatının xüsusiyyətləri genetik səbəblərlə də bağlı ola bilər. Bəzi insanlarda bu və ya digər fermentlərin aktivliyinin kəskin azalması müşahidə oluna bilər, bu da orqanizmin bəzi zəhərləyici maddələrə daha az həssas olmasına gətirib çıxarır.

Yüksək və ya aşağı temperatur, yüksək və ya aşağı rütubət, dəyişmiş atmosfer təzyiqi, ventilyasiya zəhərlənmənin tempinə təsir edən xarici mühit faktorlarındandır. Nəhayət, toksikodinamikanın, zəhərin və orqanizmin qarşılıqlı təsirinin mürəkkəb prosesi kimi təhlili zamanı zəhərlərin orqanizmdə son dərəcə fərdi biokimyəvi proseslərlə bağlı müxtəlif «taleyini» nəzərə almaq lazımdır.

Məsələn, bəzi zəhərlər oksidləşir (alkoqol), digərləri neytrallaşır, üçüncülər adsorbsiya olunur (udulur) və ya bərpa olunur. Zəhərin orqanizmdə baş verən müxtəlif çevrilmələri toksokinetika prosesi adlanır.

Zəhərlənmələrin gedişi

İntoksikasiyanın müddəti, zəhərlənmənin kliniki mənzərəsinin büruzə verməsi üzrə zəhərlənmələr: ildırımsürətli, kəskin, yarımkəskin və xroniki olur.

İldırımsürətli zəhərlənmə zəhərlərin güclü letal dozalarda qəbulu nəticəsində baş verir. Ölüm bir neçə saniyə və ya dəqiqə ərzində baş verir. Məsələn, qapalı şəraitdə dəm qazı ifraz edən yanma məhsulunun yanında olarkən.

Kəskin zəhərlənmə güclü toksiki maddələrin toksik və letal dozalarda qəbulu nəticəsində yaranır. Zəhərlənmənin klinik mənzərəsi bir neçə dəqiqə və ya saat ərzində inkişaf edir və tez letal sonluqla bitir. Məsələn, kalium sianid, karbon oksidlə zəhərlənmə zamanı. Bəzən kəskin zəhərlənmə zamanı klinik təzahür zəhərin qəbulundan bir qədər vaxt keçdikdən sonra baş verir. Bu da çox vaxt zəhərin qana sorulması sürəti ilə bağlıdır. Ona görə kəskin zəhərlənmənin müddəti bir neçə saat və ya hətta sutka ola bilər.

Yarımkəskin zəhərlənmə tədricən inkişaf edir və 1-3 həftə ərzində keçir. Bu cür zəhərlənmə zəhərli maddənin az dozalarının qəbulu zamanı rast gəlinir, qana sorulmanın ləng prosesi ilə və ya onun orqanizmdən aktiv şəkildə çıxması ilə bağlıdır. Yarımkəskin zəhərlənmənin klinikasında orqanizmin ayrı-ayrı orqanları və sistemlərinin (baş beyin, qaraciyər, böyrək və s.) zədələnməsi əlamətləri təzahür edir.

Xroniki zəhərlənmə zəhərin kiçik dozada orqanizmə uzun müddət ərzində dəfələrlə daxil olması zamanı yaranır. Məsələn, tetraetilqurğuşunla, bəzi zəhərli kimyəvi preparatlarla zəhərlənmə. Xroniki zəhərlənmənin klinik mənzərəsi tədricən inkişaf edir, bəzən mərkəzi sinir sistemi, qan dövranı orqanlarının və s. bəzi xəstəliklərinə bənzəyərək atipik olur. Ölüm zəhərli

maddənin qəbuluna başladıqdan sonra bir neçə həftə və ya ay ərzində baş verə bilər.

24.3. Zəhərlənmələrin diaqnostikasının ümumi prinsipləri

Zəhərlənmənin diaqnostikası zamanı hadisə yerinin müayinəsi, hadisə yerinin müayinə protokolu, stasionar xəstənin kartından, tibbi sənədlər üzrə məlumatlar, meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı alınmış məlumatlar, ifrazatın, orqan və toxumaların xüsusi laborator tədqiqi üzrə məlumatlar, toksikoloq, məhkəmə kimyaçıları və digər mütəxəssislərin məsləhətləri məhkəmə-tibb eksperti tərəfindən nəzərə alınmalıdır.

Göstərilən məlumatların təhlili və qiymətləndirilməsi əsasında əsaslandırılmış ekspert rəyi tərtib etmək imkanı yaranır. Məhkəmə-tibb eksperti hadisə yerini müayinə edərkən zəhərli maddədən zəhər qalıqlarının və ya hər hansı qablaşdırma materiallarının aşkar edilməsinə diqqət yetirməlidir. Zəhər qalıqları (həblər, tozlar, şüşələr, ampullar, zəhər qalıqları olan şprislər və s.) paltarın cibində, meyitlə birlikdə ola bilər. Unitazın divarında, vannalarda aşkar edilmiş qusma kütlələri, nəcis və digər ifrazatlar müəyyən əhəmiyyət kəsb edə bilər. Bütün şübhəli obyektlər müstəntiq tərəfindən hadisə yerindən götürülməli və müayinə üçün məhkəmə-kimya laboratoriyasına göndərilməlidir. Bundan başqa həkim-mütəxəssis müstəntiqin diqqətini məlumat kitabçalarının, nişanlar, çıxarışlar, hər hansı qeydlər, ölümqabağı məktublarla birgə təbabət və kimya üzrə dərslik və vəsaitlərin olmasına diqqət yetirməlidir. Hadisə yerində səhifələrində zəhərlənmə təsvirləri, zəhərli maddələrin tətbiqi ilə bağlı detektiv əhvalatlar olan bədii ədəbiyyat əsərləri ola bilər. Hadisə şəraitini istintaq materialları, xüsusilə şahidlərin dindirilməsi üzrə bu və ya digər dərəcədə öyrənmək olar. Ona görə də ekspertin şahidlərin dindirilməsi zamanı iştirak etməsi və aydınlaşdırması (əgər mümkünsə) məqsədəuyğundur. Qohumlar hadisə şəraitinin mənzərəsini tamamlaya bilərlər: zəhərlənmə ərafəsində davranış nə cür idi, hansı xəstəlikləri var idi, necə müalicə olunurdu, hansı dərman vasitələrindən istifadə edirdi və s.. Stasionar xəstənin kartının öyrənilməsi zamanı zəhərlənmənin klinik gedişində aparıcı simptomlara, onların yaranması vaxtına, müxtəlif orqan və sistemlərin funksional zədələnməsi xarakteri və dinamikasına, ölüm mexanizminə diqqət yetirmək, klinik laborator tədqiqatlarının nəticələrinə, xüsusilə qan, sidik, qusma kütlələri və s. kimyəvi-toksikoloji analizlərinə xüsusi qiymət verilməlidir.

Bundan başqa xəstəxanada zərərçəkən şəxsdən götürülmüş yuyuntu suları, qusma kütlələri və digər ifrazatlar müstəntiq tərəfindən götürülməli və məhkəmə-kimyəvi ekspertizanın aparılması üçün məhkəmə-kimyəvi laboratoriyaya göndərilməlidir.

Meyitxanada meyitin tədqiqi zamanı ekspert xarici və daxili tədqiqat prosesini qabaqcadan planlaşdırmalıdır. Xarici müayinə zamanı aşağıdakı məsələləri: 1) zəhərin orqanizmə daxil edilməsinin mümkün yollarını (məsələn, dodaqların selikli qışasında, ağız ətrafı dəridə, ağızın selikli qışasında və s. yanıqların olması zəhərin müvafiq olaraq peroral daxil edilməsini göstərir); 2) inkişaf etmiş ağrışmaların xarakterini; 3) müəyyən zəhərlə zəhərlənmə zamanı xarakterik olan ümumi və xüsusi patomorfoloji mənzərəni; 4) hər hansı xəstəliklərin təzahür dərəcəsini və zəhərlənmənin inkişafında onların rolunu; 5) ölümün əsas və bilavasitə səbəbini araşdırmaq lazımdır.

Xüsusi laborator tədqiqatların nəticələri zəhərlənmənin diaqnostikası üçün mühüm məlumat sayılır. Daxili orqan və sistemlərin toksik zədələnməsi zamanı ümumi və xüsusi patologiyanın müəyyən edilməsi, həmçinin orqanizmin intoksikasiya ilə bağlı digər patologiyanın aşkar edilməsi mikroskopik (histoloji) tədqiqatların vəzifəsinə daxildir.

Zəhərin aşkar edilməsi, onun miqdarının və orqanizmdə paylanma dərəcəsinin müəyyən edilməsi məqsədləri üçün orqanizmin daxili orqanlarının, qanın və ifrazatların məhkəmə-kimyəvi tədqiqatı mühüm laborator tədqiqat üsulu sayılır.

Zəhərləyici maddənin xarakterindən asılı olaraq digər laborator tədqiqatlar da tətbiq edilir.

Məhkəmə-botanik tədqiqatında mədə möhtəviyyatında meyvə və bitki qalıqları aşkar edilir. Bioloji (farmakoloji) tədqiqatın nəticələrini xüsusilə kimyəvi reaksiyalar kifayət qədər həssas olmadıqda, məhkəmə-bioloji tədqiqatı tamamlaya bilər. Bu hallarda ehtimal olunan zəhərin kiçik miqdarına kəskin reaksiya verən heyvanlara zərərçəkənin daxili orqanlarından ekstraktın vurulması zəhəri müəyyən etməyə imkan verir.

Meyitlərin tədqiqi zamanı götürülmüş obyektlərin bakterioloji analizi patogen mikroblarla ehtimal olunan qida zəhərlənməsi barədə məlumatlar olduğu zaman aparılır.

Meyitdən materialın məhkəmə-kimya tədqiqatına götürülməsi və göndərilməsinin ümumi qaydaları.

Hər hansı naməlum zəhərlə zəhərlənməyə şübhə olduqda meyitdən 2 kq-dan az olmayan daxili orqanlar məhkəmə-kimya tədqiqatına göndərilir. Əgər zəhərlənmiş şəxs uzun müddət müalicə alıbsa və ona reanimasiya tədbirləri göstərilibsə meyitdən götürülən materialın miqdarı 2,5-3 kq qədər artırılmalıdır. Orqanlar təmiz şüşə qaba yerləşdirilir.

Ekspert əsas qaydaya riayət etməlidir: ehtimal olunan zəhər meyitdən götürülməli və ona kənardan yad cismi düşməməlidir. Buna görə də təşrihə qədər təşrih stolu, həmçinin alət və əlcəklər səliqə ilə yuyulmalıdır. Təşrih zamanı ekspert su və digər mayelərdən istifadə etməməlidir.

Naməlum zəhərlə zəhərlənmə zamanı:

- 1 №-li bankaya – mədə və onun möhtəviyyəti;
- 2 №-li bankaya – 1 metrə qədər nazik və yoğun bağırsaqlar möhtəviyyatla;
- 3 №-li bankaya qara ciyərin daha çoxqanlı sahələrinin 1/3-dən az olmayan hissəsini, öd kisəsi;
- 4 №-li bankaya - bir böyrək və bütün mövcud sidik;
- 5 №-li bankaya - baş beynin 1/3 hissəsini;
- 6 №-li bankaya - 200 ml-dən az olmayan qan;
- 7 №-li bankaya - ürək, dalaq və ağ ciyərin $\frac{1}{4}$ hissəsi götürülür;

Zəhərin uşaqlıq yoluna və uşaqlığa daxil edilməsinə şübhə olduqda uşaqlıq və uşaqlıq yolunun bir hissəsi, zəhərin dərialtı və ya əzələdaxili yeridilməsinə şübhə olduqda ehtimal olunan daxil olma nəhiyəsindən dəri və əzələ sahələri götürülür. Götürülmüş orqanlar qorunma üçün saxlanılmır. Əgər onların qorunması zərurəti (başqa şəhərə göndərmə və ya daşınma) yaranarsa orqanların fiksasiyası yalnız etil spirtində - bankalarda orqanların üzərindən səviyyəsi 1 sm hündürlüyündən az olmayan rektifikatda aparıla bilər.

Tərkiblərində daxili üzvlərin hissələri olan gəblərin dəsti konservləşdirmə üçün istifadə olunan etil spirti ilə birləşdirilərək (300 ml-dən az olmamaqla) məhkəmə-kimyəvi müayinəyə göndərilir.

Orqanizmin daxili orqanlarının, toxumalarının və maye mühitinin məhkəmə-kimyəvi tədqiqatının nəticələri zəhərlənmə faktının müəyyən edilməsi və orqanizmdə olan konkret zəhərin müəyyən edilməsinin mühüm sübutlarından biridir.

Zəhərlənmə faktı adətən məhkəmə-kimyəvi tədqiqatının müsbət nəticəsi zamanı müəyyən edilir. Burada konkret zəhər, onun miqdarı və orqanizmdə paylanması müəyyən edilir. Məhkəmə-kimyəvi tədqiqatının mənfi nəticəsi zəhərlənmənin olmamasını hər zaman göstərmir. Bəzən istintaq zamanı zəhərlənmə təsdiq edilsə belə, orqanizmdə zəhər aşkar olunmur. Bu aşağıdakı səbəblərdən baş verir:

- qusma və ya mədənin yuyulması zamanı zəhər orqanizmdən təbii yolla çıxır;
- zəhər metabolizm prosesinə məruz qalaraq tam parçalana bilər;
- antidot terapiya və meyitin konservasiyasının təsiri altında zəhər dağılır və ya dəyişir.

Bu cür vəziyyətlərdə texniki səbəblər də yarana bilər: 1) bioloji materialların qeyri-düzgün nümunəsi; 2) məhkəmə-kimyəvi tədqiqatı obyektlərinin kifayət etməyən miqdarı; 3) götürülən obyektlərin qeyri-düzgün saxlanması; 4) konservantların tətbiqi; 5) kimyəvi analiz metodikasının qeyri-düzgün seçilməsi; 6) kimyəvi analizin tətbiq edilən metodikalarının kifayət qədər olmayan həssaslığı.

Onu da xüsusi qeyd etmək lazımdır ki, məhkəmə-kimya tədqiqatının müsbət nəticəsi həmişə zəhərlənməni təsdiq edə bilməz, belə ki, bəzi xəstəliklər zamanı zəhərin endogen yaranması baş verir (məsələn, şəkərli diabetdə asetonun yaranması). Uzun müddət dərmanlardan istifadə zamanı onların toplanması (kumulyasiya) yarana bilər. Uzun müddət zərərli peşə ilə əlaqədar orqanizmdə zəhərli maddələrin yığıla gətirib çıxara bilər. Bəzən zəhərin qəsdən ölümdən sonra daxil edilməsini və ya meyitin qeyri-düzgün sanitariya təmizlənməsi prosesində onun təsadüfən düşməsini istisna etmək olmaz. Beləliklə, zəhərlənmə faktının sübutu yalnız bütün toplanmış məlumat və materiallar əsasında qurulmalıdır. Rəyin (nəticələrin) tərtib edilməsi zamanı məhkəmə-tibb eksperti: 1) ölümün səbəbini müəyyən etmək, yəni ölümün müəyyən zəhərlə zəhərlənmədən baş verməsini əsaslandırmaq; 2) zəhərin hansı yolla və ya üsulla orqanizmə düşə bilməsi məsələsini həll etmək; 3) xəstəliklərin hər hansı digər xarici amillərinin və ya morfoloji göstəricilərin təsiri əlamətləri olduqda onların ölümün genezində rolunu göstərməlidir.

FƏSİL XXV. AŞINDIRICI ZƏHƏRLƏRLƏ ZƏHƏRLƏNMƏLƏR

Aşındırıcı zəhərlərə məişətdə daha çox istifadə olunan turşular və qələvilər aiddir. Belə zəhərlərin xarakter əlamətləri kəskin yerli təsir göstərməsi nəticəsində toxumaların nekrozunun (quru, yaş nekroz) baş verməsidir. Belə zəhərlər ən çox bədbəxt hadisə, özünə qəsd və təhlükəsizlik texnikası qaydalarına riayət edilməməsi hallarında təsadüf olunur. Nadir hallarda cinayət məqsədi ilə də belə zəhərlərdən istifadə olunur.

Aşındırıcı zəhərlərlə zəhərlənmələr ən çox ağızdan qəbul edildikdən sonra baş verir. Belə zəhərlənmələr üçün mədə-bağırsaq sistemi boyu ağrıların olması nəticəsində ağrı şoku və qırtlağın ödemi ilə əlaqədar asfiksiya nəticəsində erkən ölüm baş verə bilər. Əgər orqanizm belə zəhərlərin qəbuluna tab gətirərsə sonrakı mərhələdə zəhər qana sorulur və onun ümumi təsiri başlayır. Aşındırıcı maddələrlə zəhərlənmələr zamanı əsas diaqnostik müayinələr məhkəmə-kimyəvi yolla aparılır. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi klinik əlamətlər nəzərə alınmaqla zəhərlənmiş şəxslərin müayinə xüsusiyyətlərinə uyğun aparılmalıdır.

25.1. Turşularla zəhərlənmələr.

Məhkəmə-tibbi praktikada ən çox sirkə turşusu, xlorid turşusu, sulfat turşusu, nitrat turşusu, oksalat turşusu, karbol turşusu və s. turşularla zəhərlənmələrə təsadüf olunur.

Turşularla zəhərlənmələr zamanı sərbəst hidrogen ionları toxumalardakı su ilə reaksiyaya girib turş albuminatlar əmələ gətirir və nəticə etibarlı ilə toksiki təsir nəticəsində dehidratasiya və zülalların quru (və ya koagulyasion) nekrozu əmələ gəlir. Turşuların tərkibində nə qədər çox sərbəst hidrogen (H) ionları olursa onların təsiri daha güclü, kəskin olur. Turşularla zəhərlənmələr zamanı istiliyin ayrılması müşahidə olunur. H⁺ ionlarının təsiri nəticəsində qanın tərkibində olan hemoqlobin parçalanır və turş hematin, hemotoporfirin və s. kimi maddələr əmələ gəlir. Belə parçalanma məhsulları toxumalara tünd qəhvəyi rəng verir. Qatı turşularla zəhərlənmələr zamanı ölüm mədə-bağırsaq traktının selikli qişasının reseptorlarının kəskin qıcıqlanması nəticəsində əmələ gələn şokdan ola bilər. Bundan başqa belə zəhərlərin təsirindən mədə-bağırsaq divarlarının deşilməsindən sonra zəhərləyici maddələrin peritona təsiri nəticəsində də ölüm baş verə bilər. Bir çox qatı turşular buxar şəklində yayıla bilər və belə buxarlarla nəfəsalma yuxarı tənəffüs yollarının ödeminə səbəb ola bilər. Bu isə mexaniki asfiksiya törədərək ölümə səbəb ola bilər. Zəhərlənmiş şəxs zəhərin qəbulundan ilkin vaxtlarda həlak olursa peritonitdən və ya başqa digər infeksiya ağırlaşmalardan da (pnevmoniya, mediastinit və s.) ölə bilər. Qana daxil olmuş hidrogen ionlarının bir hissəsi qanın aktiv və ehtiyat qələviliyi hesabına neytralizə olunur. Qanın OH ionlarının tükənməsindən sonra isə qanın reaksiyası turş mühitli olur bu da ümumi olaraq orqanizmdə maddələr mübadiləsinin ağır pozulmasına, iri damarlarda qanın laxtalanması-

na, methemoglobininin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bütün bu pozğunluqlara ilk olaraq mərkəzi sinir sistemi reaksiya verir. Əvvəlcə qıcolmalar, bəbəklərin genişlənməsi baş verir, sonra isə hətta tənəffüs mərkəzinin iflici, daha doğrusu asfiksiya baş verə bilər. Ona görə də H^+ ionları ümumi təsirinə görə asfiktik zəhərlərə aid olunur.

Turşularla zəhərlənmiş şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı ağız boşluğunda kimyəvi yanıqlar, udlağın, qida borusunun mədənin selikli qişasının quru nekrozu, nekrotik nefroz, toksik hepatit müşahidə oluna bilər. Mədə və qida borusunun perforasiyası hallarında mədə və bağırsaqlarda, qarın boşluğunda çoxlu miqdarda qanın olması aşkar olunur. Qatı turşuların buxarları ilə nəfəsalma zamanı tənəffüs yollarının iltihabi əlamətlərinə rast gəlinir.

Sirkə turşusu (acidum articum – CH_3-COOH) ilə zəhərlənmələr.

Sirkə turşusu məişətdə və istehsalatda geniş istifadə olunan kəskin iyli, bir əsaslı turşudur. $+16^\circ C$ -də sirkə turşusu soyuyaraq kristallik kütləyə çevrilir (buzlaşmış turşu). Sirkə turşusunun bir sıra formaları var və bu formaların tərkibində sirkə turşusunun qatılığı müxtəlif olur. Susuz və ya buzlaşmış sirkə turşusunda 96%, sirkə essensiyasının tərkibində 50-80%, mətbəx sirkəsində 3-9%, ağac sirkəsində 6%, üzüm sirkəsində 3-5% sirkə turşusu olur. Sirkə turşusunun ölüm dozası, onun məhlulda qatılığından asılıdır. Susuz sirkə turşusu üçün bu 15 ml., mətbəxt sirkəsi üçün – 200 ml-dir.

Sirkə turşusu ilə zəhərlənmələr adətən intihar hallarında rast gəlinir. Bu turşunu az yaşlı uşaqlar bədbəxt hadisə nəticəsində qəbul edərək də zəhərlənə bilər. Sirkə turşusunun per os qəbulu zamanı qəbul etdikdən dərhal sonra güclü qusmalar və mədə-bağırsaq traktı boyu güclü ağrılar müşahidə olunur. Qusuntu kütlələrindən sirkə turşusunun kəskin iyi hiss olunur. Eyni zamanda udlaqda, qida borusunda da belə ağrılar müşahidə olunur. Sirkə turşusu ilə zəhərlənmələr üçün ən xarakter əlamət qanda hemoliz və hemoqlobinuriyadır. Sidikdə zülalın miqdarı 30%-dən çox ola bilər. Hematuriya kəskin böyrək çatışmazlığı ilə müşayiət olunur.

Uremiya əksər hallarda ölümə səbəb olur. Sirkə turşusu ilə zəhərlənmiş şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı dəri örtüyünün və hər iki gözün ağıl qişasının sarı rəngdə olması müşahidə olunur. Meyitin daxili müayinəsi zamanı boşluqlardan sirkə turşusunun spesifik iyi ilə yanaşı qida borusunun, mədənin və bağırsaqların selikli qişalarının bozumtul-qonur rəngli koagulyasion nekrozu aşkar edilir. Qaraciyərdə nekroz, qansızmlar, qırtlağın, bronxların kimyəvi yanıqları, ağ ciyərlərin iltihabi dəyişiklikləri aşkar olunur. Gecikmiş hallarda böyrəklərdə nekrotik dəyişikliklər, onların ölçülərinin böyüməsi, piqmentli nekroz müşahidə olunur.

Xlorid turşusu ilə zəhərlənmələr

Xlorid turşusu (acidum hydrochloricum – HCL) kəskin iyli, şəffaf, bir əsaslı turşudur. Qatı xlorid turşusunun tərkibində 36-38%, tibbi və ya aptek

xlorid turşusunda isə 25% hidrogen xlorid olur. Xlorid turşusundan bir çox sahələrdə (kimya, konserv, məişətdə və s.) istifadə olunur. Təbabətdə bir çox mədə xəstəliklərinin müalicəsində istifadə olunur.

Xlorid turşusu ilə zəhərlənmələrin klinik təzahürləri sirkə turşusunda olduğu kimidir və bunlar turşunun qatılığından, qəbul dozasından çox asılıdır. Belə zəhərlənmələr zamanı qanlı qusmalara, güclü ağrılara təsadüf olunur. Əsas əlamətlərdən biri tənəffüsün çətinləşməsidir. İlk saatlarda sidik ifrazı ləngiyir. Xlorid turşusunun ölüm dozası 10-20 qr-dır.

Meyitin xarici müayinəsi zamanı ağzın ətrafında kimyəvi yanıq izləri tapılır. Bu yanıqlar sarımtıl-bozumontul rəngdə olur. Ağız boşluğunun və udlağın selikli qişası şişkinləşmiş olur və bəzən bozumontul lay şəklində soyulur. Təşrih zamanı mədədə baş verən dəyişikliklər sirkə turşusu ilə zəhərlənmələrdə olduğu kimidir, lakin bir qədər zəif təzahür edir. Mədə kütləsi sarımtıl və ya yaşımtıl rəngdə olur. Mədə divarının perforasiyasına az hallarda rast gəlinir. Gecikmiş ölüm hallarında meyitdin təşrihi zamanı daxili orqanların degenerativ dəyişiklikləri tapılır.

Nitrat turşusu ilə zəhərlənmələr (acidum nitricum – HNO₃)

Nitrat turşusu rəngsiz və ya bir qədər sarımtıl rəngli havada zəif tüstülənən xüsusi iyli mayedir. Qatı nitrat turşusu (68%) ağımtıl buxar ifraz edir. Nitrat turşusu çox güclü oksidləşdirici olduğundan raket yanacağının tərkib hissəsi kimi istifadə olunur. Zəhərlənmələr zamanı ilkin olaraq ağız, qida borusu və mədədə kəskin ağrılar əmələ gəlir. Bəzən qonur rəngli qusuntu kütlələrinin tərkibində mədənin selikli qişalarının hissələri də tapılır. Kəskin dövrədən sonra qanlı ishal, tənəffüs yollarının ödemi (turşunun buxarlarının təsirindən) və böyrəklərin dəyişiklikləri əmələ gəlir. Albuminuriya, hematuriya və hətta anuriya inkişaf edə bilər. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı mədə-bağırsaq traktının selikli qişasının sarımtıl rəngdə olması (ksantoprotein reaksiyası), böyrəklərdə nekrobiotik dəyişikliklər, qaraciyərin və miokardın distrofiyası, bronxit, pnevmoniya müşahidə olunur. Qanda methemoqlobin tapılır. Zəhərin ölüm dozası 8-10 qr-dır. Şokdan və ağırlaşmalardan ölüm ehtimalı daha çoxdur. Nitrat turşusu ilə zəhərlənmə hallarında diaqnoz qoyulması elə də çətinlik törətmir.

25.2. Qələvilərlə zəhərlənmələr

Qələvilər turşulardan fərqli olaraq öz anionları ilə təsir göstərir. Qələvilərin yerli təsiri nəticəsində zülalların pıxtılaşması, hidrolizi, piylərin sabunlaşması və qələvi və albuminatların əmələ gəlməsi ilə özünü büruzə verir. Qələvilərin təsiri nəticəsində yaş və ya kollikvasion nekroz əmələ gəlir. Qələvilər asanlıqla toxumaların dərinliklərinə keçərək nekrotik kütlələr əmələ gətirir. Qələvilərin təsiri onların qatılığından, təsir müddətindən, hansı toxumaya təsir etməsindən çox asılıdır. Hemoqlobinə təsiri nəticəsində qələvi

hematin əmələ gəlir və bu da zədələnmiş toxumalara qonur yaşılmıtlı, qonur qəhvəyi rəng verir. Güclü təsirə malik qələvilər dərinli, tükləri, dırnaqları və hətta sümüyü əridə bilər. Daha çox natrium, kalium, ammonium – hidrokssidlə zəhərlənmələr təsadüf edir. Qələvilərin ümumi təsiri nəticəsində turşu–qələvi müvazinətinin qələviliyin artması istiqamətində pozulmasına və alkalozə səbəb olur. Qələvilərin letal dozası 15-20 ml-dir. Naşatır spirti ilə per os zəhərlənmələrdə letal doza 25-30 ml-dir. Qələvilərlə zəhərlənmələr ən çox per os daxil edilməklə baş verir. Bəzi hallarda kriminal abort məqsədilə də qələvilər uşaqlıq yolundan daxil ola bilər. Qələvilərlə zəhərlənmə kəskin başlanır. İlk olaraq qida borusu və mədə nahiyəsində yandırıcı ağrılar hiss olunur. Bunun ardınca tərkibində mədənin selikli qişasının qopmuş hissəcikləri olan qonur kütlə şəklində qusmalar meydana çıxır. Zəhərin böyük dozalarının qəbulu zamanı tez bir zamanda şok və kollaps əmələ gəlir. Əgər zəhərlənmə sağalma ilə nəticələnsə bu çox gec baş verir və çox hallarda mədənin və qida borusunun çapıqlaşaraq yığılması ilə nəticələnir. Turşularla zəhərlənmələrdən fərqli olaraq mədənin perforasiyasına az hallarda rast gəlinir. Gecikmiş hallarda infeksiya ağırlaşmalar, böyrək çatışmazlığı ölümə səbəb ola bilər.

Meyitin müayinəsi zamanı ağız ətrafında «sabunlaşmaya» oxşar boz rəngli kimyəvi yanıqlar, ağzın, udlağın, qida borusunun, mədənin selikli qişasının kollikvazion nekrozu üçün xarakter olan pıxtılaşma aşkar edilir. Mədənin selikli qişası qara rəngdə olur. Uşaqlıq yolundan daxil olduqda kiçik çanağın, aralığın, uşaqlıq toxumasının, sidik kisəsinin zədələnmələrinə təsadüf olunur. Naşatır spirti ilə zəhərlənmələr zamanı orqanlardan xarakterik iyi gəlir. Qələvilərlə zəhərlənmələrdə histoloji müayinə zamanı kollikvazion nekroza xarakter olan əlamətlər tapılır. Qələvilərlə zəhərlənmənin təşrih diaqnozu məhkəmə-kimyəvi təsdiqini tapmalıdır. Qələvilərin az qatılıqda qəbulu zamanı onlar asanlıqla sorulur və orqanizmə ümumi təsir göstərir. Turşu –qələvi müvazinətinin qələviyə doğru dəyişməsi mərkəzi sinir sisteminin oyanıqlığı, qıcolmalar, sayıqlamalar şəklində klinik təzahür edir. Eyni zamanda pnevmoniya və nefrit kimi ağırlaşmalarda inkişaf edə bilər.

Aşırdıcı zəhərlərlə zəhərlənmələr zamanı ölümün səbəbi aşağıdakılar ola bilər:

1. Ağrı şoku;
2. Udlağın, qırtlağın ödemi nəticəsində asfiksiya;
3. İntoksikasiya;
4. Ağır ağırlaşmalar:
 - bronxopnevmoniyalar;
 - böyrək çatmamazlığı;
 - qara ciyər çatmamazlığı;
 - infeksiya ağırlaşma, sepsis.

FƏSİL XXVI. DESTRUKTİV ZƏHƏRLƏRLƏ ZƏHƏRLƏNMƏLƏR

Destruktiv zəhərlər rezorbtiv zəhərlər qrupuna aid olmaqla toxumalarda və parenximatoz orqanlarda distrofik, degenerativ dəyişikliklər törətməklə onların strukturunun dəyişməsinə gətirib çıxarır. Destruktiv zəhərlər arasında ağır metallarla və onların üzvi birləşmələri ilə zəhərlənmələrə daha çox təsadüf edilir. Destruktiv zəhərlərlə zəhərlənmələrdə distrofik dəyişikliklər daha aydın təzahür etdiyinə görə orqanlarda baş verən pozğunluqlar makroskopik olaraq daha yaxşı görünür, buna görə də belə zəhərlənmələrin diaqnozu meyitin məhkəmə-tibbi təsrihinə əsasən təyin oluna bilər. Lakin zəhərlənmənin təyini məhkəmə-histoloji və məhkəmə-kimyəvi diaqnostik metodlarının köməyi ilə təyin olunmalıdır. Belə zəhərlərin əsas xüsusiyyətlərindən biri digər zəhərlərdən fərqli olaraq meyitdə və onun hissələrində uzun müddət qalmasına görə fərqlənir. Müəyyən metodların köməyi ilə uzun müddətin keçməsinə baxmayaraq belə zəhərləri təyin etmək mümkündür. Destruktiv zəhərlərlə zəhərlənmələr içərisində ən çox təsadüf edən civə və arsen birləşmələri ilə zəhərlənmələrdir. Belə zəhərlərlə zəhərlənmələr bədbəxt hadisələr nəticəsində, özünə qəsd məqsədi ilə daha çox istifadə olunur. Bu zəhərlər ən çox ağızdan və nadir hallarda hamiləliyi pozmaq məqsədi ilə uşaqlığa yeridilməklə qəbul olunur. İstehsalat sənayesində belə zəhərlərlə təhlükəsizlik qaydalarına əməl edilməyən şəraitdə xroniki zəhərlənmə baş verə bilər. Bu qrupa aid olan zəhərlər əsasən maddələr mübadiləsinin pozğunluğuna, ferment sisteminə, mərkəzi və periferik sinir sisteminə, daxili orqanlara təsir etməklə destruktiv dəyişikliklər törədir.

26.1. Arsenlə zəhərlənmələr

Arsen dəyişkən valentli, boz rəngli suda həll olmadığı üçün öz-özlüyündə zəhərli olmayan metaldır. Arsen asanlıqla oksidləşir və zəhərli anhidridlər əmələ gətirir. Bunların arasında ən çox əhəmiyyət kəsb edən As_2O_3 – və ya ağ arsendir. Arsenlə zəhərlənmə dedikdə arsenin bu birləşməsi nəzərdə tutulur. Bu ağ rəngli şəkərə oxşar, iysiz, dadsız və ya qismən metal duzu tamli tozdur. Soyuq suda az həll olur, isti suda və bir az turş və qələvi mayelərdə daha yaxşı həll olunur. Spirtə həll olmur.

Ümumiyyətlə arsen birləşmələri tənəffüs yollarından və həzm sisteminin selikli qişasından asanlıqla sorulur. Arsen birləşmələrinin təsiri sulfhidril qrup fermentlər sisteminin blokada olunması nəticəsində toxumalarda oksidləşmə proseslərinin pozulmasına əsaslanır. Bu birləşmələrin rezorbtiv təsiri özünü kapilyarlara təsir etməklə göstərir (kapilyar zəhəri).

Arsen birləşmələri ilə zəhərlənmənin iki forması var:

1. Mədə-bağırsaq və ya vəbayabənzər forması;
2. Paralitik və ya serebrospinal forması.

Zəhərlənmələrin ilkin əlamətləri 1-ci saatin sonunda və bəzən zəhər qəbul olduqdan bir neçə saat sonra özünü büruzə verir. Mədə-bağırsaq forması zəhər orqanizmə ağızdan qəbul etdikdə əmələ gəlir. Bu zaman ürəkbulanma meydana çıxır, ağızda metal dadı və ağzın yanması hissi yaranır. Udlaqda, qida borusunda, mədədə yanma hissi olur. Sonra isə arasıkəsilməz qusmalar başlayır. Əvvəlcə qusuntu mədə möhtəviyyatı ilə sonra isə ödlə qatışmış olur. Bəzən qusuntu kütlələri qanlı olur. Daha sonra ishal baş verir. İfraz olunan nəcis kütləsi vəba xəstəliyində olduğu kimi «düyü həlimini» xatırladır. Kəskin yanğı hissi baş verir, orqanizmin kəskin susuzlaşması nəticəsində damarlarda qanın qatılaşması inkişaf edir. Sidik ifrazı azalır, səs xırıltılı olur, güclü baş ağrıları, ürək fəaliyyətinin zəifləməsi, kürəyəbənzər əzələlərin qıcolmaları, huşun itməsi və dərin koma inkişaf edir. Zəhər qəbul edildikdən 5-20 saat sonra ölüm baş verir. Arsenlə zəhərlənmənin mədə-bağırsaq forması vəba xəstəliyinə çox oxşardır, fərq ondadır ki, vəba əvvəlcə ishal, sonra qusma ilə başlayır. Vəba xəstəliyində udlaqda və qarında kəskin qarın ağrıları olur.

Arsenlə zəhərlənmənin paralitik və ya serebrospinal forması üçün ümumi zəiflik, yuxululuq, ürək fəaliyyətinin kəskin zəifləməsi, başgicəllənmə, ətrafların sianozu və soyuması xarakterikdir. Bəzən koma ilə əvəz olunan qıcolmalar və sayıqlamalar müşahidə olunur. Ölüm zəhər qəbul olduqdan 4-10 saat ərzində baş verir. Ağ arsenin ölüm dozası 0,1-0,2 qr-dır. Meyitin müayinəsi zamanı dərinin quruluğu və parıltılığı qeyd olunur. Meyit qacıması özünü kəskin büruzə verir. Kəskin baş verən zəhərlənmələrdə qan açıq qırmızı və duru olur. Lakin gecikmiş hallarda qanın qatılaşması və tündləşməsi müşahidə olunur. Mədənin selikli qişası şişkinləşmiş, damarları genişlənmiş və qansızmalı görünür. Mədə бүкүşlərinin dərinliyində zəhərin kristalları aşkar oluna bilər. Gecikmiş hallarda miokarda, böyrəklərdə və qara ciyərdə piy distrofiyası müşahidə edilir. Arsen orqanizmin bərk toxumalarında (sümük, tük, dırnaq) yığılmaq qabiliyyətinə malikdir. Uzun müddət keçdikdən sonra belə toxumaların məhkəmə-kimyəvi müayinəsi yolu ilə arsenin təyini mümkündür. Arsenlə xroniki zəhərlənmələr zamanı məhkəmə-kimyəvi laboratoriyalara əlavə olaraq tüklər, dırnaqlar və sümüklər göndərilir.

26.2. Civə və onun birləşmələri ilə zəhərlənmələr.

Civə maye halında olan metal olub, təmiz halda daxilə qəbul zamanı o qədər də təhlükəli deyil. Civə buxarları (otaq temperaturunda buxarlanır) zəhərlidir və onunla tənəffüs etdikdə zəhərlənmə törədir. Civənin çoxlu miqdarda kimyəvi birləşmələri məlumdur. Məhkəmə-tibbi praktikada civə iki xloridlə (süleymani), civə xloridlə (kalomel), civə sianidlə (partlayıcı civə) və s.civə birləşmələri ilə zəhərlənmələrə daha çox təsadüf olunur.

Süleymani ilə zəhərlənmələr.

Süleymani ağ rəngli kristallik tozdur, suda və spirtdə yaxşı həll olur. Süleymani ilə zəhərlənmə per os və selikli qışalardan daxil olmaqla təsir göstərə bilər. Zəhər həzm sisteminin selikli qışasından asanlıqla sorulur. Sorulduqdan sonra sulfhidril qrupları ilə birləşərək, hüceyrədaxili elektrolit balansını pozur və bununla bütün toxumaların bioloji aktivliyini tormozlayır. Yerli təsiri nəticəsində toxumalarda səthi nekroz əmələ gəlir. Zəhərlənmənin əlamətləri zəhər qəbul olunduqdan qısa müddət ərzində baş verir. Ağızda ağrı, qaşınma, metal dadı hiss olunur. Qida borusu gedişində və mədədə yandırıcı ağrılar olur, təngənəfəslik, ürəkdöyünmə, ağız suyunun ifrazının çoxalması baş verir. Süleymani böyük dozalarda orqanizmə daxil olduqda ilk saatlarda baş beyinin damar hərəkəti mərkəzinin iflicindən ölüm baş verə bilər. Gecikmiş hallarda dispeptik pozulmalar, ürək fəaliyyətinin zəifləməsi, nəbzın tezləşməsi meydana çıxır. Bədənin temperaturu aşağı düşür, tənəffüs çətinləşir, huşun itməsi və kürək əzələlərin qıcolmaları müşahidə olunur. Eyni zamanda kollaps və şok vəziyyəti yarana bilər. İntoksikasiyanın 2-ci günü xorali stomatit və ya gingivitin əmələ gəlməsi nəticəsində ağızdan çürümə qoxusu gəlir. 2-3-cü gündən sonra dispeptik əlamətlər zəifləyir və zəhəri orqanizmdən xaric edən orqanların fəaliyyətinin pozulması simptomları meydana çıxır. Bu, ən çox özünü böyrəklərdə "suleymani böyrəyi", yoğun bağırsaqlarda "süleymani koliti" və ağız suyu vəzilərində özünü birüzə verir. Ölüm adətən birinci həftənin sonu və ikinci həftənin əvvəllərində uremiya nəticəsində baş verir.

İlk sutka ərzində ildırımsürətli ölüm hallarına az rast gəlinir. Suleymaninin ölüm dozası daxilə qəbul zamanı 0,2-0,3 qr., venadaxilinə yeridilmə hallarında isə bundan iki dəfə azdır.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı xorali stomatit, gingivit, kolit, mədənin selikli qışasının ödemi, qızarması müşahidə olunur. Bəzi hallarda suleymani tabletlərinin təsirindən mədənin perforasiyası törəne bilər. Əsas xarakter əlamətlərdən biri «suleymani böyrəyinin» olmasıdır. İlk günlərdə ölüm hallarında böyrəklər qırmızımtıl, doluqanlı, şişkin (böyük qırmızı, «suleymani böyrəyi») olur. Birinci həftənin sonunda baş verən ölüm hallarında böyrəklərin həcmi kiçilir, rəngi bozumontul-sarı rəngdə olur, konsistensiyası yumşalır (kiçik solğun «suleymani böyrəyi»). İkinci həftədə böyrəklərin həcmi böyüyür, böyrəkdə baş verən nekrotik dəyişikliklər petrifikasiya və regenerasiya ilə üst-üstə düşür (böyük solğun «suleymani böyrəyi»). Makroskopik müayinədə böyrək kapsulası gərginləşmiş, bozumontulsarı rəngdə olur və asanlıqla soyulur. Baş beyində mərkəzi və alın qırıqlarının, görmə qabarıqlarının və beyinciyin neyronlarının distrofiyası müşahidə olunur. Böyrəklərin, nazik və yoğun bağırsaqların, qara ciyərin, baş beyin, dalağın, mədə möhtəviyyətinin və sidiyin məhkəmə-kimyəvi

analizi ilə zəhərlənmənin diaqnozunu qoymaq olar. Məh-kəmə-kimyəvi müayinələrlə yanaşı məhkəmə-histoloji müayinələr də aparılmalıdır.

Civə parenximatoz orqanlarda, beyində, sümüklərdə toplanmaq qabiliyyətinə malikdir. Uzun illər keçdikdən sonra da meyitin qalıqlarında civə birləşmələrini tapmaq mümkündür. Kalomelin ölüm dozası 2-3 qr-r., civə-sianidin ölüm doza 0,2-1 qr-r.

FƏSİL XXVII. QAN ZƏHƏRLƏRİ VƏ YA HEMOTROP ZƏHƏRLƏRLƏ ZƏHƏRLƏNMƏLƏR

Bir çox zəhərli maddələr sorularaq və ya qana daxil olaraq birincili təsir nəticəsində ağır dəyişikliklərə və ölümə səbəb olur. Qan zəhərləri dörd qrupa bölünür:

1. Hemopoezə təsir edən zəhərlər (tallium birləşmələri, benzol);
2. Hemoqlütinasiya törədən zəhərlər (fazin və s.);
3. Hemolitik zəhərlər (ilan zəhərləri, hörümcək zəhərləri, quzugöbələyinin – helvel turşusu və s.);
4. Hemoqlobinotrop zəhərlər:
 - a. methemoqlobin əmələ gətirən;
 - b. karboksihemoqlobin əmələ gətirən.

Məhkəmə-tibbi praktikada ən çox hemolitik və hemoqlobinotrop zəhərlərlə zəhərlənmələrə rast gəlinir.

27.1. Hemoqlobinotrop zəhərlərlə(dəm qazı ilə) zəhərlənmələr.

Karboksihemoqlobin əmələ gətirən zəhərlər arasında ən çox dəm qazı ilə zəhərlənmə hallarına təsadüf olunur. **Dəm qazı (CO)** karbon-oksid iysiz, rəngsiz qazdır. Təmiz halda ancaq laborator şəraitində almaq mümkündür. Əsasən digər qazlarla qarışıq şəkildə əmələ gəlir. Dəm qazı üzvi materialların (bərk və maye yanacaqlar) tam yanmaması zamanı əmələ gəlir. Sobaların yandırılması zamanı 0,3-0,8%, daş kömürün yandırılması zamanı 10%, şaxtalarda və zirzəmilərdə 2%, avtomobil mühərriki, avtomobil hərəkət edərkən – 2%, yerində işləyərkən isə – 10% qədər dəm qazı əmələ gələ bilər. Təbii qazın yanması nəticəsində də dəm qazı əmələ gəlir. Dəm qazı ilə zəngin olan havada nəfəs aldıqda qanda karboksihemoqlobinin əmələ gəlməsi baş verir. Oksigendən fərqli olaraq dəm qazı hemoqlobinlə daha asan birləşmək qabiliyyətinə malikdir (200 dəfə çox). Karboksihemoqlobinin əmələ gəlməsi nəticəsində qan özünün toxumalara oksigendəşmə qabiliyyətini itirir, asfiksiya inkişaf edir və tənəffüs mərkəzinin iflicindən ölüm baş verir. Dəm qazı ilə zəhərlənmənin klinik əlamətlərinin inkişaf dərəcəsi və xarakteri tənəffüs olunan havada CO-nun qatılığından asılıdır. Tərkibində 0,02-0,05% CO olan hava ilə tənəffüs zamanı qanın hemoqlobinini 10-20%-i dəm qazı ilə birləşməyə məruz qalır. Belə hallarda zəif tengənəfəslik, qulaqlarda küy, sifətin qızarması, ürəkbulanma və baş ağrıları əmələ gəlir. Tənəffüs olunan havada CO-nun miqdarı 0,1% olanda hemoqlobinin 30%-nin birləşməsi baş verir və güclü baş ağrıları ilə müşayiət olunur. Dəm qazının miqdarı 0,15-0,2% olan hallarda güclü əzələ zəifliyi, huşun ala-qaranlıq olması və bayılmalar müşahidə olunur. Dəm qazının qatılığı 0,3-0,5% olan hallarda qanın 60-70% hemoqlobini dəm qazı ilə birləşərək karboksihemoqlobin əmələ gətirir və nəticədə qısa müddət

ərzində huşun itməsi və ölüm baş verir. Havada dəm qazının qatılığı 0,8% və ondan çox olanda ildırımsürətli ölüm baş verir.

Dəm qazı ilə zəhərlənmədən ölmüş şəxslərin meyitlərinin müayinəsi zamanı açıq-qırmızı rəngdə meyit ləkələri (imbibisiya mərhələsi artıq I sutkanın axrında özünü biruzə verə bilər), qanın və daxili orqanların al qırmızı rəngdə olması, daxili orqanların doluqanlılığı, baş beyin ağ maddəsinə çoxlu sayda kiçik qansızmaların olması aydın nəzərə çarpır. Qanda karboksihemoqlobin tapılır. Ekspres diaqnostikası üçün təşrih zamanı karboksihemoqlobinin qanda olmasını təyin etmək üçün Hoppe-Zeyler və formalin sınaqlarından istifadə olunur. Hoppe-Zeyler sınağını aparmaq üçün şüşə çubuqla əşya şüşəsinin üzərinə bir-birindən aralı qan tökülür. Damcılarının birinin tərkibində karboksihemoqlobin olan, digərində isə kontrol kimi digər səbəbdən ölmüş şəxsin qanı tökülür. Hər iki qan damcısının üzərinə 1 damcı 33%-li Na və ya K əsası əlavə edilir. Sonra isə həmin qarışıq təmiz şüşə çubuqla qarışdırılır. Tərkibində karboksihemoqlobin olan qanın rəngi dəyişmir, kontrol üçün götürülmüş qan isə qələvi hematinin əmələ gəlməsi hesabına qonur rəng alır. Hoppe-Zeyler sınağı yenidoğulmuş uşaqların qanına tətbiq olunarkən qeyri dəqiq nəticələr verə bilər, ona görə ki, yenidoğulmuşların hemoqlobini qələvilərin təsirinə daha davamlıdır. Meyitin təşrihi zamanı karboksihemoqlobinin təyin olunması zamanı spektroskopik müayinədən də istifadə etmək olar. Bu məqsədlə iki kimyəvi sınaq şüşəsinə 6-8 ml təmiz soyuq su tökülür. Şüşə çubuqla sınaq şüşələrinin birinə bir neçə damcı müayinə olunan qandan, digər sınaq şüşəsinə isə eyni miqdarda kontrol üçün dəyişilməmiş qan damcıları tökülür. Bu qarışıqlar ayrılıqda qarışdırıldıqdan sonra spektroskopik müayinə olunur. Qanın tərkibində karboksihemoqlobin olan spektrin sarı, yaşıl zolağında iki ədəd tünd rəngli udma zolaqları əmələ gəlir ki, bunlarda demək olar ki karboksihemoqlobinin udma zolaqları ilə eynidir. Onları fərqləndirmək üçün hər bir sınaq şüşəsinə natrium hidrosulfid və yaxud da digər güclü reduksiyaedici maddə ammonium sulfid əlavə olunur. Qanda karboksihemoqlobin olduqda spektrin udma zolağında heç bir dəyişiklik baş vermir. Nümunə üçün götürülmüş sınaq şüşəsində qanın spektrində isə oksihemoqlobinin reduksiya olunmuş hemoqlobinə keçməsi ilə əlaqədar sarı-yaşıl hissə hemoqlobinin bir udma zolağı ilə əvəz olunur. Qanın tərkibindəki karboksihemoqlobinin miqdarı məhkəmə-kimyəvi üsulla təyin edilir. Laboratoriyaya göndərmək üçün qan şpris vasitəsi ilə dərin venalardan və ya ürəyin sağ yarısından götürülür. Götürülmüş qanın miqdarı 2-3 ml olmalıdır. Qan olmadıqda 50-100 qr skelet əzələsi də götürülərək müayinəyə göndərilə bilər. Karboksihemoqlobin qan ləkəsində və qurumuş qanda da aşkar oluna bilər. Onu da nəzərə almaq lazımdır ki, ölüm baş verdikdən bir neçə saat sonra meyitin qanında dəm qazının miqdarı 10-12% azalır. Məhkəmə-kimyəvi müayinədə karboksihemoqlobinin tapılmaması dəm qazı ilə zəhərlənməni istisna etmir. Belə ki, ildırımsürətli dəm qazı ilə

zəhərlənmələrdə qanda karboksihemoqlobin tapılmaya bilər. Ölüm baş verdikdən bir neçə ay sonra da qanda karboksihemoqlobin aşkar oluna bilər.

Methemoqlobin əmələ gətirən zəhərlərlə zəhərlənmələr.

Belə zəhərlərə anilin, nitrobenzol, kalium xlorat (Bertole duzu), natrium trinitrit və s. aiddir. Bu maddələr hemoqlobinin tərkibində olan 2 valentli dəmiri (oksihemoqlobin) 3 valentli dəmirə (methemoqlobin) çevirir. Bunun nəticəsində qanın hemoqlobini asanlıqla özünə oksigeni birləşdirmək və ayırmaq qabiliyyətini itirir. Çoxlu miqdarda methemoqlobinin əmələ gəlməsi oksigen aclığına və asfiksiyaya səbəb olur. Uşaqlar belə zəhərlərin təsirinə daha həssasdır. Qanda methemoqlobinin miqdarı 70-80% olduqda ölüm baş verir. Bertole duzunun ölüm dozası 15 qr-r, anilinin ölüm dozası 10-20 qr-r, natrium nitritin ölüm dozası 1-2 qr-r.

Methemoqlobinin miqdarı 30% olduqda zəhərlənmələrin ümumi əlamətləri meydana çıxır. Bunlara baş ağrısı, baş gicəllənməsi, tənginəfəslik, arterial təzyiqin enməsi və qusmaların olması aiddir.

Bertole duzu ilə zəhərlənmələr.

Bertolle duzu - (KCLO_3). Bertole duzu suda yaxşı həll olan və duzlu dadı olan kristallik tozdur. Zəhərlənmənin ilkin əlamətləri zəhər qəbul olunduqdan bir neçə dəqiqə sonra təzahür edir. Əsas klinik əlamətlər: tənəffüsün çətinləşməsi, sifətin göyərməsi, bəbəklərin genəlməsi, ürək fəaliyyətinin zəifləməsi kimi əlamətlərdir. Mədə nahiyəsində küt ağrılar olur, kəskin yanğı hissi və qusmalar meydana çıxır. Qusmalar əvvəlcə qida qalıqları ilə sonradan isə qonur-qanlı seliklər şəklində olur. Ölüm tez bir zamanda, bir neçə saat ərzində baş verə bilər. Əgər zəhərlənmə müddəti uzanarsa sidik qara rəng alır, onun tərkibində methemoqlobin əmələ gəlir. Uremiyanın əlamətləri formalaşır, çox vaxt uremik nefrit müşahidə olunur. Meyitin məhkəmə-tibb muayinəsi zamanı bozultul-qəhvəyi və bəzən boz rəngdə meyit ləkələri, kofe və ya şokolad rəngli qatı yapışqanlı qanın olması, rəngi qanın rənginə uyğun şişmiş mədə-bağırsaq yollarının olması müşahidə olunur. Qara-ciyər, dalaq, böyrəklər böyümüş olur və onlarda degenerativ dəyişikliklər tapılır.

Qanda methemoqlobinin olması spektroskopik metodun köməyi ilə təyin olunur. Bu zaman spektrin qırmızı sahəsində qara udma zolağı əmələ gəlir.

Nitrobenzolla ($\text{C}_6\text{H}_5\text{NO}_2$) zəhərlənmələr.

Kəskin acı badam iyli, şirin tamlı, sarımtıl, yağlı mayedir. Suda həll olmur, spirtə, efirdə, yağlarda yaxşı həll olur. Ümumiyyətlə nitrobenzolla və digər aromatik qrupdan olan nitrit birləşmələri ilə (anilin, nitrotoluol və başqaları) zəhərlənmələr zamanı bertole duzu ilə zəhərlənmələrdə əmələ gələn əlamətlər tapılır. Lakin bu qrupdan olan zəhərlərlə zəhərlənmələr zamanı ən çox mərkəzi sinir sistemi, damar sistemi və parenximatoz orqanlarda baş verən dəyişikliklər özünü daha çox biruzə verir. Parenximatoz orqanlar arasında

qara ciyərin dəyişikliklərinə daha çox rast gəlinir. Ölümün əsas səbəblərindən biri mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi nəticəsində tənəffüs mərkəzinin iflici olur.

27.2. Hemolitik zəhərlərlə zəhərlənmələr.

Bu zəhərlərin təsiri nəticəsində eritrositlərin parçalanması, hemolizin əmələ gəlməsi meydana çıxır. Hemolitik zəhərlərə ilan və hörümcək zəhərləri, quzu göbələyinin helvel turşusu, və s.aid olunur. Hemolitik zəhərlərlə zəhərlənmələr zamanı eritrositlərin damardaxili hemolizi, hemolitik anemiya, qara ciyərin distrofiyası, böyrək çatışmamazlığı xarakterdir. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı böyrək piramidalarının tünd qonur rəngdə olması, qara ciyərin diffuz, yaxud ocaqlı nekrozu tapılır.

FƏSİL XXVIII. FUNKSIONAL ZƏHƏRLƏRLƏ ZƏHƏRLƏNMƏLƏR

Bu zəhərlər rezorbtiv zəhərlər qrupuna aid olub, qana, orqan və toxumaların strukturuna o qədər də təsir göstərmir. Belə zəhərlər müəyyən qrup fermentləri blokada etməklə, funksional pozğunluq törətməklə təsir göstərir. Ona görə də, bu qrupdan olan zəhərlərlərin təsirindən baş verən ölüm hallarında orqan və toxumalarda baş verən morfoloji əlamətlər zəif olur və ya heç olmur. Buna görə də bu zəhərlərlə zəhərlənmənin diaqnostikası laborator müayinələrə və klinik əlamətlərə əsaslanır. Funksional zəhərlərin toksiki təsiri ən çox mərkəzi və periferik sinir sisteminin funksiyasının pozulmasına səbəb olur. Bununla əlaqədar olaraq funksional zəhərləri aşağıdakı kimi təsnif etmək olar:

1. Mərkəzi sinir sisteminin (MMS) funksional aktivliyini iflic edən zəhərlər;
2. MSS-nə yorucu təsir göstərən zəhərlər;
3. MSS-nə oyandırıcı təsir göstərən və qıcolmalar törədən zəhərlər;
4. Periferik sinir sisteminin funksional aktivliyini pozan zəhərlər.

Göstərilən təsnifatdan başqa funksional zəhərlər müxtəlif yarımqruplar şəklində də qruplaşdırılır. Bir çox müəlliflər bu və ya digər funksiya pozğunluğunu üstünlük təşkil etməsindən asılı olaraq funksional zəhərləri aşağıdakı kimi qruplaşdırmağı təklif etmişdir:

1. Serebrospinal;
2. Kardiotrop (intrakardial);
3. Nefrotrop.

Bundan başqa belə zəhərlər təsirinə görə ümumi funksional təsirli zəhərlərə və neyrotrop zəhərlərə bölünür. Funksional zəhərlərin göstərilən bütün təsnifatları nisbi və ya şərti xarakter daşıyır. Belə ki, bir sıra zəhərlər zəhərlərin təsiretmə şərtlərindən asılı olaraq müxtəlif cür təsir göstərə bilər. Məsələn eyni bir zəhər (etil spirti) ilkin mərhələdə MSS-nə oyandırıcı təsir göstərdiyi halda, sonradan yorucu təsir göstərə bilər. Bundan başqa eyni bir zəhər həm MSS-nə təsir etməklə yanaşı, kardiogen təsiri də göstərə bilər (fosforlu üzvi birləşmələr).

Biz daha çox zəhərlənmələrin ilkin göstərilən təsnifatına əsaslanmışıq.

28.1. Mərkəzi sinir sisteminin funksional aktivliyini iflic edən zəhərlərlə zəhərlənmələr.

Bu qrupdan olan zəhərlərə sianid turşusu və onun törəmələri, fosforlu üzvi birləşmələr və s. aid olunur.

Sianid turşusu və onun birləşmələri ilə zəhərlənmələr.

Sianid turşusu və onun törəmələri arasında kalium sianidlə zəhərlənmələr daha böyük məhkəmə-tibbi əhəmiyyət kəsb edir. Susuz sianid turşusu acı

badam iyli, 25,6 °C qaynama temperaturu olan və laboratoriyalarda təmiz halda rast gəlinən mayedir. Bir çox meyvələrin (ərik, şaftalı, badam, albalı və s.) toxumlarında az miqdarda sianid turşusu olur. Ona görə də belə meyvələrin çəyirdək və toxumlarından yedikdə zəhərlənmə baş verə bilər.

Kalium sianidlə zəhərlənmələr (KCN) – kalium sianid suda və spirtdə yaxşı həll olan, ağ və ya bulanıq – ağ rəngli, kristallik maddədir. Havada uzun müddət qaldıqda potaşa çevrilir. Sianid turşusunun və onun birləşmələrinin təsirindən tənəffüs fermenti olan sitoxromoksidazanın aktivliyi pozulur və nəticədə toxumalar oksigeni mənimsəyə bilmir. Toxumalarda dərin hipoksiya inkişaf edir. Oksigenə həssas toxumalarda, ilk növbədə baş beyin toxumasının zədələnməsi nəticəsində tənəffüs – damar hərəkəti mərkəzlərinin iflici baş verir. Toxumalar oksigeni mənimsəyə bilmədiyindən toxuma anoksiyası baş verir. Zəhərlənmənin ildırım sürətli və kəskin formaları ayırd olunur. Kalium sianidin letal dozası – 0,15-0,25 q-dır. Zəhərin böyük dozaları qəbul olunarkən zəhərlənmə çox kəskin və tez başlayır. Zəhərin qəbulundan sonra elə ilk dəqiqə ərzində huşun itməsi, qıcolma və ölüm törənir, bəbəklər genəlir, işığa reaksiya vermir, tənəffüs xırıltılı olur. Zəhərin dozası 0,1-0,2 q olduqda zəhərlənmənin ilkin əlamətləri 5-10 dəq. sonra meydana çıxır, ölüm isə zəhər qəbulundan 15-40 dəq. sonra baş verir. Bu zaman baş ağrısı, baş gicəllənmə, ürək bulanma, ürək döyülmə, ümumi zəiflik, tənəffüsün çətinləşməsi, görmənin alaqranlıqlaşması (ilkin mərhələ), göz almalarının qabarıqlığı (II mərhələ), huşun itməsi, güclü qıcolmalar (III mərhələ), tənəffüsün dayanması, reflekslərin itməsi, qeyri-iradi nəcis və sidik ifrazı, ürəyin dayanması, tənəffüs mərkəzinin iflici (IV mərhələ) baş verir.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı göyümtül, açıq-qırmızı rəngli meyit ləkələri aşkar olunur. Meyitin boşluqlarından və daxili orqanlardan acı badam iyi gəlir. Mədənin selikli qişasının qırmızımtıl rəngə boyanması və şişməsi müşahidə edilir. Sianid birləşmələri həddindən artıq uçucu olur və çürümə prosesi nəticəsində parçalanırlar. Zəhərin güclü dozaları qəbul olunarkən meyitdə uzun müddət qala bilər. Məhkəmə-kimyəvi müayinəyə baş beyin, beyincik mütləq göndərilməlidir. Eyni zamanda digər orqanlardan da tikələr müayinələr üçün göndərilir.

Fosforlu üzvi birləşmələrlə zəhərlənmələr.

Bu qrupa xlorofos, tiofos trixlorometafos, butifos, fosfamid, intraksion metafos və s. aiddir. Bu zəhərlər orqanizmə per os, dəri vasitəsi ilə tənəffüs yollarından daxil ola bilər. Onların əsas təsir mexanizmi toxuma xolinesterazasının blokada edilməsi nəticəsində asetilxolinin hidrolizinin dayanmasına və onun orqanizmdə toplanması ilə əlaqədar xolinergik sistemin qıcıqlanmasına əsaslanır. Xlorofosun letal dozası 640-660 mq/kq, tiofosun letal dozası isə 4-14 mq/kq bərabərdir. Belə zəhərlənmələrdə arterial təzyiqin enməsi, bradikardiya, qusma, ishal, bronxospazm, mioz, huşun itməsi fonunda klonik və tonik qıcolmalar kimi klinik əlamətlər meydana çıxır. Fosforlu üzvi

birleşmələrlə zəhərlənmələr zamanı kardiogen pozuntulara da rast gəlinir. Mərkəzi sinir sistemi ilə yanaşı veqetativ sinir sisteminin funksiya pozuntuları da özünü biruzə verir. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı tənəffüs yollarında çoxlu miqdarda selik, bağırsaqların spastik yığılması, bəbəklərin daralması, daxili orqanların, ürəyin distrofik dəyişiklikləri aşkar olunur. Məhkəmə-kimyəvi müayinə yolu ilə daxili orqanlarda fosforlu üzvü birləşmələri tapmaq mümkündür.

28.2. Mərkəzi sinir sisteminə yorucu təsir göstərən zəhərlərlə zəhərlənmələr.

Belə maddələrə yuxugətiricilər, etil spirti və onun surroqatları, narkotik və psixotrop maddələr aiddir.

Yuxu gətirici maddələrlə zəhərlənmələr.

Bu qrupa barbiturat turşusunun və tridinin törəmələri aiddir. Barbiturat turşusunun törəmələrindən barbitalı (veronal), fenobarbitalı (lüminal), barbamili, barbital natriumu, etaminal natriumu, tridinin törəmələrinə isə tetridini və piperidini misal göstərmək olar. Belə maddələr əsasən tablet şəklində istifadə olunur və əksər hallarda per oral yollarla qəbul olunur. Zəhərlənmələrin simptomları dərin yuxu, tənəffüsün xırıltılı olması, ətrafların soyuması, arterial təzyiqin enməsi şəklində özünü biruzə verir. Bundan sonra dərin komatoz vəziyyət, ağrı, taktil, vətər reflekslərin itməsi meydana çıxır. Ölüm tənəffüsün birincili dayanması nəticəsində baş verir. Barbitalın letal dozası 15 q., fenobarbitalın letal dozası 5 q., etaminal natriumun letal dozası isə 2 q-r.

Meyitin təşrihi zamanı spesifik əlamətlər tapılmaz. Məhkəmə-kimyəvi müayinə zamanı qanda, sidikdə, bəzən mədə-bağırsaqda, nəcisdə, baş beyində, böyrəklərdə, qara ciyərdə, öddə zəhəri aşkar etmək olar.

Etil spirti ilə və onun surroqatları ilə zəhərlənmələr.

Etil spirti (çaxır spirti və ya etanol C_2H_5OH) rəngsiz, şəffav, tez buxarlanan, acı dadlı xüsusi iyli mayedir. Etil spirti ilə zəhərlənmələrə çox təsadüf olunur. Etil spirti ilə kəskin zəhərlənmələr zamanı alkoqolun toksik təsiri nəticəsində tənəffüs mərkəzinin funksiyasının pozulması və iflici baş verir. Etil spirti qəbul olunduqdan bir neçə dəqiqə sonra şəxsdə əhval ruhiyyənin yüksəlməsi, hərəkəlilik, çox danışma, sifətin qızarması, gözlərin parıldaması müşahidə olunur. Bir qədər sonra danışq pozğunluğu, fikirlərin qarışıq olması, sifətin avazıması, bəbəklərin genəlməsi meydana çıxır. Dəri soyuyur, huşun getdikcə sönməsi, ağır soporoz vəziyyət əmələ gəlir. Nəbz çətinliklə hiss olunur, sianoz əmələ gəlir, bəbək və buynuz qısa refleksləri müşahidə olunmur, qeyri-iradi nəcis və sidik ifrazı baş verə bilər. Ölüm arterial

təzyigin getdikcə düşməsi ilə əlaqədar, ürək-damar xəstəliyi olan şəxslərdə ürəyin birincili dayanması və tənəffüsün dayanması nəticəsində baş verə bilər.

96%-li etanolun letal dozası orta hesabla 250-300 ml. Qanda alkoqolun qatılığı 3‰ və ondan çox olduqda ölüm baş verir.

Ölüm dozası fərdi xüsusiyyətlərindən asılı olaraq dəyişir və orta hesabla hər kiloqram çəkiyə 5 qr. təmiz alkoqol təşkil edir.

Meyitin müayinəsi zamanı orqan və toxumalarda elə bir spesifik əlamətin aşkar edilməməsi qanda və sidikdə etil spirtinin məhkəmə-kimyəvi üsulla təyin edilməsini tələb edir. Etil spirtinin təyini üçün qan ölüm baş verdikdən iki sutka ərzində təşrih olunmuş meyitin periferik venoz damarlarından (bud və bazu venaları) və ya baş beynin sərt qişasının ciblərindən götürülür. Daxili orqanları çıxmaqla, təşrih olunmuş boşluqlardan etil spirtinin təyini üçün qan götürmək olmaz. Götürülmüş qan və sidik təmiz və steril flakonlara tökülür. Sterilliyə əməl olunmaması hallarında müayinə olunacaq qanın tərkibinə bakteriya və göbələklər düşə bilər və onlarda əlavə alkoqol əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Götürülmüş qan üç sutkadan çox olmayaraq 3-8 °C temperaturda məhkəmə-kimyəvi laboratoriyada saxlanılır. Çalışmaq lazımdır ki, meyitdən qan götürüldükdən dərhal sonra məhkəmə tibbi müayinə üçün göndərilsin. Qanın məhkəmə-kimyəvi müayinəyə göndərilərkən konservləşməsinə az hallarda icazə verilir. Qanın və sidiyin gaz-xromotoqrafik müayinə üçün yüksək temperatur şəraitdə uzun müddətli nəql olunması ehtiyacı yaranarsa, onda qan və sidik xinoxolla konservləşdirilir. Belə hallarda konservant özündə laboratoriyaya göndərilir.

Lazım olan miqdarda qan əldə etmək olmazsa və yaxud qan olmazsa, belə hallarda sağrı, bud və böyrək nahiyəsindən götürülmüş əzələ toxuması (təqribən 500 qr.) müayinə üçün götürülə bilər. Alkoqol intoksikasiyasının mərhələlərini (rezorbsiya, eliminasiya) daha dəqiq təyin etmək üçün mədə möhtəviyyatı (əgər möhtəviyyat yoxdursa, onda selik) müayinəyə göndərilməlidir.

Bir çox müəlliflərin apardığı tədqiqatların nəticəsində aydın olunmuşdur ki, aşağı temperaturun təsirindən meyitin mayələrində etil spirtinin qatılığı azalır. Qış vaxtlarında meyitin basdırılması hallarında daxili orqanların tərkibində etil spirti 4 ay müddətində, yayda basdırılma hallarında isə 2 ay müddətində qala bilər. Belə hallarda müayinəyə böyrəklər və budun əzələ toxuması göndərilə bilər. Əgər ölüm rezorbsiya mərhələsində (rezorbsiya mərhələsi və ya alkoqolun sorulması təqribən 1-1,5 saat, mədə dolu olan hallarda isə 2 saat davam edir) baş verərsə, onda qanda onun miqdarı daha çox, sidikdə isə az olacaqdır. Bu zaman rezorbsiyanın erkən mərhələlərində alkoqol daha çox tapılır. Əgər ölüm eliminasiya mərhələsində (eliminasiya mərhələsi və ya oksidləşmə mərhələsi) baş verərsə, alkoqolun miqdarı sidikdə yuxarı, qanda isə aşağı səviyyədə olur.

Alkoqol sərxoşluğunun dərəcəsinin təyini

Bir çox hallarda inzibati istintaq və məhkəmə işlərində sərxoşluğa şübhəli şəxslərin tibbi müayinəsi aparılır. Belə müayinələr narkoloqlar tərəfindən aparılır. Lazım gəldikdə isə xəstəxanalarda, poliklinikalarda, tibb məntəqələrində də belə müayinələr aparıla bilər. Bu zaman «tibbi müayinə» aktı tərtib olunur. Xəstəxanalarda alkoqol sərxoşluğunun faktı və onun dərəcəsinin təyin olunmasına nəzarət olunmalıdır. Travmatoloji xəstəliklərdə bunlar mütləq aparılır. Əgər alkoqol təyin olunarsa, bunlar tibbi sənədlərdə öz əksini tapır. Son vaxtlar alkoqol sərxoşluğunu təyin etmək üçün bir çox xüsusi cihazlar ixtira olunmuşdur. Bu məqsədlə keyfiyyət sınağından da istifadə olunur. Bu zaman L.A.Moxovun və İ.P.Şinkorenkonun ixtira etdiyi indikator borucuqlardan istifadə olunur. Alkoqol sərxoşluğuna şübhə olunan şəxsə bu borulara üfürmək təklif olunur. Həmin boruların tərkibində reaktiv olduğundan (qatı sulfat turşusunda xronoksid məhlulu ilə impregnasiya olunmuş dənəli silikaqel halında) onlar öz rəngini dəyişir və narıncıdan yaşıl və ya mavi rəngə çevrilir. Rəngsizləşmə üfürülən havada alkoqolun və ya onun oksidləşmə məhsullarını göstərir. Reaktivin həssaslığı üfürülən havada alkoqolun qanda 0,2-0,3% qatılıqlı miqdarını aşkar etməyə imkan verir. Bu sınaq o qədərə spesifik deyildir, ona görə ki, sınaq yalancı müsbət nəticə də verə bilər. Alkoqol intoksikasiyanın təyini üçün aşağıdakı cədvəldən istifadə etmək olar (cədvəl 14).

Cədvəl 14.

Alkoqol sərxoşluğunun ifadə olunma dərəcəsi

0,3 %-dən az	Alkoqolun təsirinin olmaması
0,3-0,5‰	Alkoqolun cüzi təsiri
0,5-1,5‰	Yüngül dərəcəli sərxoşluq
1,5-2,5 ‰	Orta dərəcəli sərxoşluq
2,5-3,0 ‰	Güclü dərəcəli sərxoşluq
3,0-5,0‰	Alkoqolla ağır zəhərlənmə və ölüm
5,0-6,0‰	Ölümçül zəhərlənmə

Bir çox hallarda qanda etanolun aşağı düşməsi müəyyən edilir. Belə amillərdən spirtli içki qəbulundan sonra ağır fiziki işin görülməsi, köklük dərəcəsi, ətraf mühitin hərərəti, şəxsin fərdi xüsusiyyətlərindən və s. amillərdən asılıdır. Alkoqol intoksikasiyasının ifadə olunma dərəcəsi əsasən qanda olan alkoqol dehidrogenaza və asetaldehiddehidrogenaza fermentlərinin aktivliyindən çox asılıdır. Qana sorulmuş etanol sonradan qara ciyərdə daxil olur. Qara-ciyərdə olan alkoqol dehidrogenaza və asetaldehiddehidrogenaza fermentlərinin təsiri nəticəsində etanol metabolizmə uğrayır və suya və sirkəturşusuna çevrilir. Bu yolla etanolun 95%-nin metabolizmi baş verir. Bəzi şəxslərdə bu

fermentlərin aktivliyi həddən artıq çox olduğundan onların bütün ömrü boyu spirtli içki qəbul etməsinə baxmayaraq onlar alkoqolizmə düşər olurlar. Bütün bunlar şəxsin irqi xüsusiyyətlərindən asılıdır.

Etil spirtinin bir çox dərman maddələri ilə eyni vaxtda qəbul olunması orqanizmdə ağır patoloji dəyişikliklərin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər.

Məsələn: alkoqolun narkotik analgetiklərlə, yuxugətirici neyroleptiklərlə, trisiklik antidepressantlarla birgə qəbulu zamanı tənəffüs və damar hərəkəti mərkəzin iflici, hipotenziv və spazmolitik maddələrlə birgə qəbulu zamanı arterial təzyiqin enməsi, monoaminoksidaza fermentinin inhibitorları ilə eyni vaxtda qəbulu zamanı hipertonik kriz, antikoagulyantlarla qəbulu zamanı isə qanın laxtalanmasının pozulması kimi ağırlaşmalar meydana çıxar bilər. Etil spirti somatik xəstəliklərin, bədbəxt hadisələrin əmələ gəlməsinə şərait yaradan və onları gücləndirən amillərdəndir. Eyni zamanda etil spirtinin toksiki maddələrlə qəbulu zamanı kəskin zəhərlənmə nəticəsində ölüm baş verə bilər. Etil spirti ilə zəhərlənmələrin diaqnostikası yalnız məhkəmə-kimyəvi müayinələrin nəticələrinə və katamnestik məlumatlara əsaslanmamalıdır. Etil spirti ilə zəhərlənmələr zamanı ölüm hallarında digər yanaşı gedən patoloji vəziyyətlər və xəstəliklər istisna olunduqdan sonra diaqnostika oluna bilər. Məhkəmə-tibbi ekspert alkoqol zəhərlənmələri nəticəsində baş verən ölüm hallarında hər hansı bir nəticəyə gələrkən ölümə səbəb ola biləcək digər bütün məlumatları da hər tərəfli öyrənməlidir. Ölənin şəxsinin tibbi sənədləri, ölümdən əvvəl onda hər hansı bir xəstəliyin olub-olmaması dərindən öyrənilməlidir. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı histoloji, məhkəmə-kimyəvi, bioloji və s. laborator müayinə metodlarının nəticələri nəzərə alınmalıdır. Belə toplanan kompleks məlumatlar əsasında məhkəmə-tibb eksperti ölümün səbəbi haqqında düzgün nəticəyə gələ bilər.

Metil spirti ilə zəhərlənmələr.

Metil spirti (CH_3OH , ağac spirti, metanol, karbinol) rəngsiz, spesifik iyli, güclü toksiki, şəffaf mayedir. İstehsalatda və laboratoriyada geniş istifadə olunur. Metil spirti etil spirtindən dəfələrlə çox toksikidir və ondan fərqli olaraq onun qəbulu zamanı alkoqol sərxoşluğu müşahidə olunmaya bilər. Metil spirti əsasən per oral yolla orqanizmə daxil olur. Bəzən dəridən və inhalyasiya yolu ilə orqanizmə daxil ola bilər. Metil spirti asanlıqla qana sorulur və sorulduqdan sonra ilkin olaraq zəif narkotik təsir göstərir. Maddə qəbul edildikdən 3-4 saat sonra kəskin zəhərlənmə əlamətləri meydana çıxır. Tənginəfəslik, qıcolmalar, koma, şianoz, kollaps və ölüm baş verə bilər. Zəhərlənmənin xarakter əlaməti görmə qabiliyyətinin pozulmasıdır. Bu zaman bəbəklərin genəlməsi, işığa reaksiyanın olmaması, görmə itiliyinin proqressivləşən zəiflənməsi və tam korluq meydana çıxar bilər. Ölüm zəhərlənmənin ilkin əlamətləri təzahür edəndən 0,5-1 saat ərzində baş verə bilər. Bəzən zəhərlənmə uzun çəkir. Ölüm dozası 30-100 q-r. Meyitin müayinəsində ürəyin sağ mədəciyinin arxa hissəsinə və qulaqcığına subepikardial

qansızmlar, daxili üzvlərin doluqanlıqı, beyin toxumasına, ağ ciyər plevrasına, seroz və selikli qışalara qansızmlar aşkar olunur. Metil spirti məhkəmə-kimyəvi yolla asanlıqla təyin olunur. Metil spirtinin güclü toksiki xüsusiyyətləri onun zəif oksidləşmə məhsullarının alınması ilə əlaqədardır. Alkoqoldehidrogenaza və katalaza fermentlərinin təsiri nəticəsində oksidləşmə baş verir və daha toksiki məhsullar olan formaldehid və qarışqa turşusu əmələ gəlir. Metanol etanoldan 5-6 dəfə ləng oksidləşir. Oksidləşmənin ilkin məhsulu formaldehid olur, lakin qısa müddət ərzində o qarışqa turşusuna çevrilir. Hissəvi olaraq formaldehid zülallarla birləşir və gözün torlu qışasına təsir göstərir. Bunun nəticəsində torlu qışada adenozin trifosfat turşusunun çatmazlığı ilə əlaqədar görmə qabiliyyətinin itirilməsi meydana çıxır. Qarışqa turşusunun təsiri nəticəsində ağır asidoz əmələ gəlir, hüceyrə fermentlərinin aktivliyi zəifləyir, oksidləşmə prosesləri blokada olunur. Bütün bunlarla əlaqədar olaraq toxuma hipoksiyası meydana çıxır. Metanol qəbul olunduqdan 1 saat sonra qanda sirkulyasiya etməyə başlayır və 3-4 gün müddətində qanda tapıla bilər. Zəhərlənmənin dərəcəsi qəbul olunmuş metil spirtinin dozəsindən, orqanizmin metanola həssaslığından çox asılıdır. Zəhərlənmənin üç mərhələsi aid olunur: narkotik, asidoz, mərkəzi sinir sistemin zədələnməsi (əsasən görmənin) mərhələsi. Ağır hallarda lazımi tibbi yardım almamış şəxslərdə ölüm adətən 3 sutka ərzində baş verir. 8-9% hallarda ölüm 3 sutkadan sonra baş verə bilər.

Etilenqlikolla zəhərlənmələr.

Etilenqlikol ($\text{CH}_2\text{OH}-\text{CH}_2\text{OH}$) rəngsiz və ya bir gədər sarımtıl, şirindədlı mayedir. Etilenqlikolun qlicerinlə 40-50% suda məhlulu donmaya dözümlü maye kimi (antifriz) istifadə olunur. Etilenqlikolun səhvən və ya bədbəxt hadisə nəticəsində daxilə qəbul olunması nəticəsində zəhərlənmələr baş verə bilər. Daxilə qəbul zamanı ilkin saatlarda sərxoşluq əlamətləri meydana çıxır. Qəbuldan 12 saat sonra isə sərxoşluq özünü biruzə verir. Sifətin qızarması, bədrəmə, nəbzın tezləşməsi, düşünmə qabiliyyətinin pozulması kimi əlamətlər özünü biruzə verir. Sidik bulanıq olur və tərkibində 40%-ə gədər zülal və çöküntü olur. Bütün bu əlamətlər getdikcə güclənir və komaya keçir. İki sutka ərzində ölüm baş verir. Etilenqlikolun ölüm dozası 200-250 qr-r. Zəhərlənmənin xarici və daxili əlamətləri asfiksiyanın ümumi əlamətlərinə uyğun gəlir. Baş beyin kəskin doluqanlıqı və ödemi, epikard qışası altında və mədədə xırda qansızmlar aşkar olunur. Zəhərlənmənin üç klinik dövrü ayırd edilir: gizli dövr, beyin əlamətləri dövrü, qara ciyərin və böyrəklərin zədələnməsi dövrü. Ölüm adətən II dövrün axırı, III dövrün əvvəllərində baş verir. Əgər ölüm zəhər qəbulundan bir neçə gün sonra baş verərsə qara ciyerdə və böyrəklərdə baş verən morfoloji dəyişikliklər xarakterik xüsusiyyətlərə malik olur. Böyrəklərin ölçüsü böyüyür və bəzi hallarda 600 qr. və daha çox ola bilər. Böyrəklərin xarici səthində çox vaxt yayılmış diapedef qansızmlar, kapsulun gərginləşməsi aşkar olunur. Xarakter əlamətlərdən biri böyrək

yumaqcıqlarının proksimal və distal epitelinin bir hissəsinin vakuolizasiyasıdır. Epitelial hüceyrələr deformasiyaya uğramış nüvələri sıxılmış «qabarcıqlı hüceyrələrə» çevrilir.

Qaraciyərin həcmi və çəkisi böyümüş olur və ölçüləri 2500 qr-a gədər ola bilər. Kəsikdə qara ciyər «muskatabənzər» (payların mərkəzi açıq boz rəngdə olur, periferiyası isə qırmızı qəhvəyimtil rəngli) olur. Meyitdə etilenqlikol 30 sutka və daha çox qala bilər.

Asetonla zəhərlənmələr.

Aseton (dimetil-keton) xarakterik iyli, rəngsiz mayedir. Asetonun yüksək qatılıqlı buxarları ilə nəfəsalma zamanı da zəhərlənmək olar. Aseton kumulyasiya qabiliyyətinə malikdir və bununla əlaqədar olaraq tibbi tədbirlər görüldükdən xeyli müddət sonra da aseton orqanizmə təsir göstərə və aşkar oluna bilər. Ağızdan qəbul zamanı qusma, qarında ağrılar, dərinin və selikli qişaların sianozu, halsızlıq kimi əlamətlər özünü biruzə verir. Ağızdan asetonun spesifik iyi gəlir. Taxikardiya, təngnəfəslik, bəbəklərin işığa qarşı reaksiyasının olmaması aseton ilə zəhərlənmə üçün xarakterikdir. Zəhərlənmiş şəxsə tibbi yardım göstərilməsinə baxmayaraq klinik əlamətlər dəfələrlə meydana çıxa bilər. Asetonun ölüm dozası 70-80 ml-dir. Meyitin müayinəsi zamanı plevra altına qansızmalar, ağciyərlərin, beyinin və onun qişalarının ödəmi, mədə-bağırsaq traktının başlanğıc şöbələrində nekroz aşkar olunur. Əksər parenximatoz orqanlarda distrofik dəyişikliklər aşkar olunur. Meyitin boşluqlarından spesifik aseton iyi hiss olunur.

Tetraetilqurğuşunla zəhərlənmələr.

Tetraetilqurğuşun ($(C_2H_5)_4Pb$) rəngsiz, azacıq şirin dadlı, yağda və üzvi həlledicilərdə asan həll olunan yağlı, ağır mayedir. Benzinin texniki keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə ona əlavə olunur (2-4%). Bu maddə ilə zəhərlənmə daxilə qəbul etməklə və onun buxarları ilə tənəffüs etdikdə baş verir. Zəhərlənmə çox vaxt onun buxarları ilə baş verir. Tetraetilqurğuşunun havada konsentrasiyası 0,000005 mg/l-dir. Havada tetraetilqurğuşunun buxarlarının miqdarı 0,005 qr/m³ olarsa zəhərlənmə baş verir. Daxilə qəbul zamanı onun letal dozası 10-15 ml-dir. Bu maddə əsasən fermentlərin fəaliyyətini pozmaqla mərkəzi sinir sisteminə seçici təsir göstərir. Zəhərlənmənin ilkin simptomları baş ağrısı, qusma, sonra əzələlərin əsməsi və titrəməsidir. Əzələlərin əsməsi sonradan qıcolmalarla əvəz olunur. Zəhərlənmə zamanı hallüsinasiya, dəhşətli yuxugörmələr, huşun ala-qaranlığı kimi dərin psixiki pozğunluqlar meydana çıxır. Belə zəhərlənmələr üçün bradikardiya, hipotoniya, hipotermiya triadası xarakterikdir. Tetraetilqurğuşun orqanizmdən nəcis və sidiklə xaric olur. Lakin bu zəhər kumulyasiya qabiliyyətinə də malikdir. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı elə bir xarakterik əlamət tapılmır. Əsasən daxili orqanların doluqanlılığı, ödəmi, ocaqlı bronxopnevmoniya, beyin

yarımkürələrinin qabığının zədələnməsi aşkar oluna bilər. Məhkəmə-kimyəvi yolla tetraetilqurğusun molekulu həmişə təyin olunmur, lakin buna baxmayaraq müayinə obyektlərində qurğusun birləşmələrini təyin etmək olduqca asandır.

Narkotik maddələrlə zəhərlənmələr.

Narkotik (yunanca – narkotikos – gicəlləndirən, mat qoyan). Narkomaniya törədən dərman və digər maddələrin ümumi adıdır. Narkotik aktivliyə malik olan bir neçə min kimyəvi birləşmə məlumdur. Narkotik maddələrin müxtəlif təsnifatları təklif olunmuşdur.

Bütün narkotik vasitələr əsasən 4 qrupa bölünür:

1. Opiyatlar (tiryək, morfin, heroin, buprenofin, promedol);
2. Stimulyatorlar (fenamin, kokain, pervitin);
3. Hallyusionogenlər (kannabinoidlər, meskolin, fensiklidin, psilosibin, LSD, MDMA (metilendioksimetanfentamin), ekstazi);
4. Psixodepressantlar (barbamil, etaminal natrium, benzodiazepinlər, mitakvalon).

Təbabətdə geniş istifadə olunan alkaloidlər bir çox bitkilərin tərkibində olur. Onlar əvvəlcə oyadıcı təsir göstərir, sonradan isə mərkəzi sinir sisteminin həyati vacib hissələrini iflic edir. Müasir dövrdə bir qrup alkaloidlər sintetik yolla alınır. Məhkəmə-tibbi praktikada tiryək, morfin, kokain, heroin ilə zəhərlənmələrə daha çox rast gəlinir.

Opiyatlarla zəhərlənmələr.

Opiyatların təbii və sintetik törəmələri var. Tiryəkin təbii törəmələrindən morfini, protopini, sintetik törəmələrindən isə heroini, promedolu, metadonu misal göstərmək olar.

Morfinlə zəhərlənmələr.

Morfin ($C_{17}H_{19}NO_3$) tiryəkin tərkibində 10-12 % olur, ağ, acı tamlı, suda çətin, spirtə isə yaxşı həll olan kristallik tozudur. Morfin bitki mənşəli alkaloiddir, narkotik vasitə və ağrıkəsici kimi istifadə olunur. Morfindən heroinin hazırlanması üçün xammal kimi istifadə də olunur. Morfin uzun müddət saxlandıqdan sonra bir qədər saralır. Morfin hidroxlorid təbabətdə geniş istifadə olunur və dərman forması şəklində 1 və 5%-li məhlullarından istifadə olunur. Morfin və onun çoxsaylı zəhərli törəmələri (dionin, heroin, kokain və s.) orqanizmə narkotik təsir göstərməklə baş beynin fəaliyyətini zəiflədir və iflic edir. Bu zaman ağrıya qarşı hissiyat zəifləyir, sonra isə uzunsov beynin iflici, tənəffüs mərkəzinin iflici baş verir. Belə maddələrin daxil olma yollarından və orqanizmin həssaslığından asılı olaraq dərmanın qəbulundan 10-15 dəqiqə sonra oyanıqlıq və eyforiya vəziyyəti əmələ gəlir. Sifət qızarır, bəbəklər genəlir, nəbz və tənəffüs tezləşir, düşünmə qabiliyyəti güclənir, hərəkət etməmək istəyi yaranır. Yüksək dozaların qəbulu zamanı bu mərhələ

yorğunluq, baş gicəllənmə, dodaqların göyərməsi, yuxucululuq və hərəkətsizlik kimi əlamətlərlə xarakterizə olunan mərhələ ilə əvəz olunur. Getdikcə huşun itməsi, reflekslərin sönməsi, sifətin göyərməsi, bəbəklərin kəskin daralması, tənəffüsün xırıltılı olması meydana çıxır. Ölüm tənəffüsün birincili dayanmasından, komatoz vəziyyətdə asfiksiyadan baş verir. Morfinin ölüm dozası 0,2-0,5qr-dır, iynə ilə dərialtı və venadaxili vurulması zamanı 0,1-0,2 qr-dır. 10%-li tiryək məhlulunda isə 20-50 qram morfin olur. Morfin ilə zəhərlənmələr zamanı patognomonik əlamətlər aşkar olunmur. Bir çox hallarda yüksək dozaların qəbulu zamanı ağızda zəhərin tozşəkilli kristalları tapıla bilər. Zəhərlənmə uzun müddət çəkərsə qırtlağın kəskin ödemi müşahidə olunur. Müayinə zamanı magistral damarlarda iynə izləri, inyeksiya nəhiyələrində abses və fleqmonalar müşahidə olunur. Bəzən narkotik maddələrin bağlamalara və kapsulalara yerləşdirilməsi və onların udulması hallarına rast gəlinir. Narkokuryerlər bu vasitə ilə narkotikləri ölkələrin sərhəddindən keçirmək üçün istifadə edirlər. Bir çox hallarda belə kapsulların orqanizmdə dağılması nəticəsində kəskin zəhərlənmə baş verir. Morfin meyitin daxili orqanlarında uzun müddət qalır. Morfinlə zəhərlənmə hallarında qanın və sidiyin analizi mütləq aparılmalıdır.

Morfinin qəbulu zamanı eyforiya vəziyyəti yaranır. Morfinin qısa müddət ərzində 10-15 gün qəbul olunması fiziki asılılıq yaradır.

Heroinlə zəhərlənmələr.

Heroin morfindən alınmış yarımsintetik opiatdır. Morfinin sirkə turşusunun anhidridi ilə reaksiyası nəticəsində diasetil morfin (heroin) əmələ gəlir. Suda qələvilərlə qızdırıldıqda asanlıqla morfinə çevrilir. Bəzən heroinin təsirini gücləndirmək məqsədi ilə onun tərkibinə sibazon, dimedrol, barbituratlar, sitramon və s. birləşmələr qatılır. Heroin morfindən 10 dəfə güclü təsir göstərir. Heroin adətən nəfəs yolları vasitəsi ilə, qızdırılıb maye halına salınaraq parenteral və per os yolu ilə qəbul olunur. Heroinin ölüm dozası şəxsin fərdi xüsusiyyətlərindən çox asılıdır. Belə ki 0,5-1 qr. doza narkomanlarda ölümə səbəb olmaya bilər, lakin bu doza yeni heroin qəbul edən şəxslər üçün ölüm dozası ola bilər.

Heroin tiryəkdən də alınır. Bundan başqa heroinin ağ heroin adlanan növünə də rast gəlinir. Bu heroin növü daha təmiz hesab olunur.

Meyitin müayinəsi zamanı tez baş verən ölümün morfoloji əlamətləri aşkar oluna bilər. Məhkəmə-kimyəvi müayinə ilə yanaşı hadisə haqqında olan məlumatların öyrənilməsi də daha dəqiq nəticəyə gəlməyə imkan verir. Sintetik tiryək qrupundan olan digər maddələrlə zəhərlənmələrə də təsadüf oluna bilər. Belə maddələrə meneridini, promedolu, metadonu, pentazosini və s. misal göstərmək olar.

Kokainlə zəhərlənmələr.

Kokain ($C_{17}H_{21}NO_4$). İlk dəfə olaraq 1959-cu ildə «Erythroxyton coca Lomark» bitkisinin yarpaqlarından sırf kokain alkaloidi alınmışdır. Kokain hidroxloriddən və kokain əsasından zəhərlənmələr daha çox təsadüf olunur.

Kokain hidroxlorid rəngsiz və ya ağımtıl rəngli, acı tamlı, suda yaxşı həll olan, yumşaq toza oxşar maddədir. Təbabətdə onun sintetik əvəzediciləri olan lidokain, novokain, benzokain və s. kimi maddələrdən keyləşdirici kimi geniş istifadə olunur. Kokain çox vaxt burunla iyləməklə qəbul olunur. Dərialtına və venadaxilinə yeridilmə yolu ilə qəbul olunmasına da rast gəlinir. Kokain ağıza düşdükdə keyləşdirici təsir göstərir, əsasən də dili. Kokainin xlorid turşusu, su və natriumbikorbanatla qarışığını suyun buxarlanmasına qədər qızdırılmasından təmiz kokain əsası alınır. Kokain əsasına «**Krek**»də deyilir. Kokain əsası ağ rəngli dənələr şəklində olur. Çox vaxt onu tütünlə qarışdırıb siqaret və ya qəlyan şəklində istifadə edirlər. Kəskin zəhərlənmənin I mərhələsində onun qəbulundan 10-15 dəqiqə sonra nəbzın və tənəffüsün tezləşməsi, psixiki və hərəkə oyanıqlıq, çox gülmək, zehni aktivliyin artması meydana çıxır. Bu dövrdə hallusinasiyalar və sayaqqlamalar ola bilər. Sonra zəhərin paralitlik əlamətləri özünü biruzə verir: baş gicəllənmə, baş ağrıları, huşun itməsi, ağzın və udlağın quruması, udmanın çətinləşməsi. Ürəkbulanma və qusma həmişə müşahidə olunmur. Tənəffüs getdikcə qeyri düzgün formalı, səthi olur, bəbəklər genişlənir. Ölüm zəhər qəbulundan 30 dəqiqə və daha çox müddət ərzində tənəffüs mərkəzinin iflicindən baş verir. Ölüm dozası təxminən 1-1,5 qr, dərialtı isə 0,2-0,3 qr-dır. Meyitin müayinəsi zamanı asfiksiyanın ümumi əlamətlərinə oxşar əlamətlər tapılır. Meyiddə kokain çox tez bir zamanda parçalandığı üçün məhkəmə-kimyəvi analizi vaxt itirmədən aparmaq lazımdır. Kokaindən istifadə edərkən orqanizmin müxtəlif sistemlərində kəskin və xroniki effektlər yaranır. Uzunmüddətli kokainin qəbulu zamanı ürək-damar sistemində müxtəlif ağır dəyişikliklər meydana çıxır. Ürəyin işemik xəstəliyi, miokard infarktı, tac arteriyalarının spazmi, trombozu, endokardit, toksiki miokardit əmələ gələ bilər. Eyni zamanda asistoliya, sinus bradikardiyası, mədəciklərin taxikardiyası və fibrillyasiyası, aritmiyalar kimi dəyişikliklər formalaşa bilər.

Hallusinogenlərlə zəhərlənmələr.

Hallusinogenlər qrupuna aid olan maddələr həddindən çox müxtəlifdir. Bu preparatlar daha çox hallusinasiya, illuziya və sayıqlama törədən maddələrdir. Bu qrupun narkotik və psixotrop maddələrlə zəhərlənmələrinə daha çox təsadüf olunur. **Çətənə** (konoplya) bitkisindən alınan narkotik məhsullar kannabis qrupu altında birləşdirilir. Çətənə əsasən Orta Asiya, Afrika, Amerika və ümumiyyətlə isti ölkələrdə qeyri leqal şəkildə becərilir. Azərbaycanda qara bazarda marixuana, anaşa, nəyşə və s. adlarla tanınmışdır. Çətənədən alınan narkotik vasitələrin tərkibində 25-dən çox kannabinoidlər

var. Onun yarpaq və çiçəklərindən marixuana və ya nəyşə qətranından yaxud «südündən» həşiş hazırlanır.

Həşiş (Delta-9 tetrahidro kannabinol) adətən siqaret şəklində çəkilərək qəbul olunur. Onun tablet, pasta və toz şəklində olan formalarına da rast gəlinir. Per os qəbul edildikdən sonra qanda konsentrasiyası 2-3 saatdan sonra maksimum həddə çatır. Belə maddələr əsasən qaraciyərdə, böyrəklərdə, ağciyərlərdə, beyində, dalaqda, sümük iliği toxumasında və ümumiyyətlə lipidlərlə zəngin olan toxumalarda depolaşır. Həşiş qəbulu zamanı həmin maddəyə öyrəşmə yaranır. Belə öyrəşmə anaşizm, həşişotomiya, kannabizm, və s. Adlandırılır. Kiçik dozalarda qəbulu zamanı əhval ruhiyyəni yüksəldən yüngül hallusinasiyaların meydana çıxması baş verir. Hallusinasiyalarla yanaşı həşişin uzun müddətli qəbulu zamanı sayıxlamalar, hərəkəti pozuntular, eyforiya, illuziyalar, həyəcanlanma, intuisiyanın itməsi kimi patoloji əlamətlər də əmələ gəlir. Zəhərlənmə hallarında qusma, ürəkbulanma, hipertoniya kimi əlamətlər özünü biruzə verir. Zəhərlənmələrin əlamətləri tirək qrupu zəhərlənmələrini xatırladır. Kannabinoidlər orqanizmdən sidik, nəcis, ağız suyu, qadınlarda südün tərkibində xaric olunur. Peroral qəbul zamanı belə maddələrin 10-20%-i sidiklə, 35-45%-i nəcislə xaric olunur. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı sidik, qan, nəcis, baş beyin, qaraciyər, ağciyər, mədə-bağırsaq möhtəviyyəti məhkəmə-kimyəvi tədqiqat üçün göndərməlidir. Sidikdə kannabinoidləri təyin etmək üçün immuno-kimyəvi və xromatoqrafiya metodlarından istifadə olunur. Şəxsin həşiş çəkdiyini təyin etmək məqsədilə spirtə batırılmış tampon, onun əllərinə və dodaqlarına silinib polietilen torbaya qoyularaq məhkəmə-kimyəvi laboratoriyaya göndərilir. Kannabinoidlər bioloji maddələrdə uzun müddət qaldıqda aşkar oluna bilər. Adi otaq temperaturunda 10-15 gün, dondurulmuş biomayelərdə isə 3 ilə qədər müddətdə aşkar oluna bilər. Bunlardan başqa hallusinogenlərə LSD (lizirgin turşusunun distil amidi), psilosibin, meksalin, MDMA (metilendioksimetaamfitamin, ekstazi) və s. misal göstərmək olar. Bir çox hallarda gizli üsulla sintez olunmuş amfitamin və meta amfitamin birləşmələrinə də rast gəlinir. Belə maddələrin təmizliyi 70-95%-ə çatır. Gəlir əldə etmək məqsədilə sintetik amfitaminlərə müxtəlif qarışıqlar (laktoza, saxaroza, kofein, efedrin) əlavə olunur. Hallusinogenlərin qəbulundan 5-10 dəqiqə sonra psixoloji və fizioloji əlamətlər meydana çıxır. İlk olaraq şəxsdə qeyri-iradi olaraq gülmə və ya ağlama hissi yaranır. Az bir müddətdən sonra sayıxlama, eyforiya, əhvalın dəyişməsi, suicidal fikirlər meydana çıxır. Şəxsə taxikardiya, tərləmə, titrəmə, qusma, midriaz kimi əlamətlər baş verir. Belə maddələrlə zəhərlənmələr zamanı məhkəmə-kimyəvi analizlərin nəticələri böyük əhəmiyyət kəsb edir.

28.3. Mərkəzi sinir sistemini oyadan və qıcolmalar törədən zəhərlərlə (maddələrlə) zəhərlənmələr.

Qıcolma törədən zəhərlər üçün əsas xarakterik əlamətlər skelet əzələlərinin qıcolması ilə müşahidə olunan və sonradan tənəffüs mərkəzinin iflici ilə nəticələnən, uzunsov beynin və onurğa beyninin kəskin oyanmasıdır. Belə maddələrdən daha çox strixnin və tsikutotoksin (su baldırğanı) ilə zəhərlənmələrə daha çox təsadüf olunur.

Strixninlə zəhərlənmələr.

Strixnin ($C_{12}H_{22}N_2O_2$) çox acı dadlı, ağ kristallik tozdur. Suda və spirtdə yaxşı həll olunur. Təbii halda Asiya və Afrikanın tropik meşələrində bitən hind qozu bitkisinin toxumundan alınır. Təbabətdə strixnin nitratlardan istifadə olunur. Zəhərin qəbulundan 10-15 dəqiqə və daha çox müddətdən sonra zəhərlənmiş şəxsdə süstləşmə, ətraflarda və kürək əzələsində də gərilmələr, çeynəmə əzələlərində dartılma hissi, udma pozğunluğu, sonra isə qorxu hissi və əzələlərin titrəməsi baş verir. Sonra birdən birə qəflətən bütün bədəni əhatə edən qıcolmalar başlayır. Zəhərlənmiş şəxsin bədəni qövs şəklini alır.

Bu zaman tənəffüs çətinləşir, nəbz tezləşir, sifət sianotik olur, gözlər qabarıq, bəbəklər isə genəlmiş olur. Bütün bunlara baxmayaraq şəxsin huşu aydın olur. Zəhərlənmiş şəxs iztirab vəziyyətində olur. Yığılmış əzələlərdə güclü ağrılar olur. Qıcolmalar 30 saniyədən 2-3 dəqiqəyə qədər davam edir. Sonrakı tutmalar 15-30 dəqiqə vaxt intervalında baş verir. Xarici qıcıqlandırıcılar (səs, güclü işıq və s.) tutmaların əmələ gəlməsinə təsir göstərir. Belə qıcıqlandırıcıların təsirindən tutmalar arasındakı müddət qısala bilər. Ölümə səbəb tənəffüs mərkəzinin iflic olmasıdır və bu zəhər qəbulundan 0,5-5 saat sonra baş verə bilər. Bu müddət ərzində şəxs 3-10 dəfə təkrar olunan qıcolmalar keçirə bilər. Nadir hallarda ölüm qıcolmalar arası pauza dövründə sinir sisteminin üzülməsi nəticəsində də baş verə bilər. Strixnin 0,002 qr dozası təbabətdə mədə atoniyasının pərez və iflicləri, intoksikasiyaların müalicəsində istifadə olunur. Onun letal dozası 0,05-0,1 qramdır.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsində ümumi asfiksiya əlamətləri müşahidə olunur. Bəzi hallarda mədə möhtəviyyatında strixnin kristalları tapıla bilər. Onurğa beyin mayesi götürülərək məhkəmə-kimyəvi laboratoriyalara göndərilməlidir.

Tsikototoksinlə (su baldırğanı) zəhərlənmələr.

Su baldırğanının kökləri şirin tamlı olub bir qədər kərəvəz köklərinə oxşayır. Onun köklərinin yeyilməsindən 1-2 saat sonra orqanizmdə oyanıqlıq, ürək bulanma, qusma, dəri və selikli qışaların göyərməsi kimi əlamətlər müşahidə olunur. Sonra isə huşun itməsi, çox vaxt klinik xarakterli ağır

qıcolmalar, ağızdan köpük ifrazı və kollaps meydana çıxır. Ölüm uzunsov beyinin iflicindən baş verir.

Meyitin müayinəsi zamanı ümumi asfiktik əlamətlər müşahidə olunur. Mədədə sorulmamış su baldırğanı kökünün qalıqları tapıla bilər.

Atropinlə zəhərlənmələr.

Atropin quşüzümü fəsiləsindən olan müxtəlif bitkilərin (bəyotu, bəngotu, xanımotu və s.) tərkibində olur. Atropinin əsas kimyəvi xüsusiyyəti orqanizmdə m-xolinoblokator kimi təsir göstərməsidir. Atropindən təbabətdə geniş istifadə olunur. O, mərkəzi sinir sistemində oyadıcı təsir göstərir. Yuxarıda göstərilən bitkilərin meyvəsinin və toxumalarının səhvən böyük və uşaqlar tərəfindən yeyilməsi nəticəsində zəhərlənmə hallarına təsadüf olunur.

Atropinin qəbulundan 10-20 dəqiqə sonra ağızda quruluq, udmanın və nitqin pozğunluğu, səsin xırıltılı olması, susuzluq, nəbzın sürətlənməsi, hərəkəti oyanıqlıq, bəbəklərin genəlməsi və ümumi narahatlıq kimi əlamətlər əmələ gəlir. Sonra qeyri-iradi olaraq gülmə, sayıqlama və qıcolmalar meydana çıxır. Bəbəklərin genəlməsi nəticəsində yaxından görmə funksiyası pozulur, bir çox psixi pozuntular əmələ gəlir. Ölümə səbəb tənəffüs mərkəzinin iflici nəticəsində baş vermiş asfiksiya olur. Atropinin ölümcül dozası 0,1-0,15 qr-dır.

Xanımotunun 5-8 meyvəsinin uşaqlar tərəfindən yeyilməsi ölümə səbəb ola bilər.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı xarakter morfoloji əlamətlər müşahidə olunmur. Bəzi hallarda tez baş verən ölüm əlamətləri müşahidə olunur. Mədə və bağırsaqlarda bitki mənşəli qalıqlar aşkar olunarsa, onlar botaniki müayinəyə göndərməlidir. Atropin meyvitin toxumalarında 1 il müddətinə qədər qala bilər.

Pilokarpinlə zəhərlənmələr.

Pilokarpin m-xolinomimetikdir. Təbabətdə geniş istifadə olunur. Pilokarpinlə zəhərlənmələr zamanı ilkin olaraq ümumi zəiflik, baş gicəllənmə, güclü tərləmə, təngnəfəslik, hipersalivasiya, qarında ağrılar, ishal, taxikardiya, mioz, ağciyərlərin ödəmi, bronxospazm müşahidə olunur. Pilokarpinin ölümcül dozası 60-70 mq-dır. Ölüm tənəffüs mərkəzinin iflici nəticəsində əmələ gələn asfiksiyadan baş verir. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı tez baş verən ölümün morfoloji əlamətləri ilə yanaşı tənəffüs yollarında xeyli miqdarda köpük və selik aşkar olunur.

FƏSİL XXIX. QIDA ZƏHƏRLƏNMƏLƏRİ.

Bütün qida zəhərlənmələri əmələ gəlmə səbəblərinə görə iki qrupa bölünür:

- 1. Qeyri mikrob mənşəli:**
 - a. heyvan mənşəli;
 - b. bitki mənşəli.
- 2. Mikrob mənşəli:**
 - c. toksikoinfeksiyalar;
 - d. qida intoksikasiyaları.
- 3. Naməlum etiologiyalı qida zəhərlənmələri.**

Belə zəhərlənmələr adətən təsadüf nəticəsində eyni qidadan bir qrup insanın (bir ailənin üzvləri, kollektiv, toy mərasimi iştirakçıları və s.) qəbul etməsi zamanı baş verir. Qidanın içərisinə qəsdən, ehtiyatsızlıqdan və ya bədbəxt hadisə nəticəsində qatılmış zəhərlərlə zəhərlənmələr qida zəhərlənmələrinə aid olunmur. Qida zəhərlənmələrinin məhkəmə-tibbi ekspertizası zamanı məhkəmə-tibb eksperti zəhərlənmə ilə qida məhsulları qəbulu arasında əlaqənin olub-olmamasını, sağlamlığa zərərvermənin dərəcəsini, ölüm hallarında ölümün səbəbini təyin etməlidir.

29.1. Qeyri-bakterial heyvan mənşəli qidalarla zəhərlənmələr.

Belə zəhərlənmələrə çox az hallarda təsadüf edilir və adətən bir sıra balıq növlərinin yeyilməsi nəticəsində baş verir. Belə qidalarla zəhərlənmələr müəyyən coğrafi və mövsümü xarakter daşıyır. Skumbriya, stavrida, nərə balıqlarının düzgün şəraitdə saxlanılmaması nəticəsində zaurin maddəsi əmələ gəlir və bu da zəhərlənməyə səbəb olur. Bir çox yerlərdə durna balığının, sudakın, kütümün və digər yeməli balıqların yeyilməsi zamanı toksiki mioqlobunemiya (Yuksovski xəstəliyi) əmələ gəlmişdir. Belə balıqlarla qidalanan digər heyvan növlərinin ölməsi də müşahidə olunmuşdur. Hesab olunur ki, bu zəhərlənmələrin mənbəyi su hövzələrində olan balıqların qidalandıqları su bitkiləri, fitoplanktondur. Tərkibində tetradotoksin olan balıq hissələrinin yeyilməsi çox təhlükəlidir. Bu maddə özü güclü təsirə malik olan güclü neyrotoksindir. Belə qidalarla zəhərlənmələrin klinikası çox müxtəlifdir. Adətən bədənə soyuması, skelet əzələlərində ağrıların olması və tənəffüs çatışmazlığı meydana çıxır. Belə hallar sutka ərzində bir neçə dəfə davam edir. Mioqlobinuriya nəticəsində sidik tünd qəhvəyi rəngdə olur. Ağır hallarda anuriya inkişaf edir və 5-11 gün ərzində ölüm baş verir. Ölüm həmçinin diafraqma və qabırğa əzələlərinin funksiyasının pozulması nəticəsində hipoksiyanın inkişafı ilə əlaqədar ola bilər. Ümumiyyətlə, heyvan mənşəli zəhərli məhsullarla zəhərlənmə zamanı qusma, ishal, güclü ağrılar, bədənə səpməsi, qıcolmalar müşahidə oluna bilər. Bəzi hallarda tənəffüs mərkəzinin iflici nəticəsində ölüm baş verə bilər.

29.2. Qeyri mikrobmənsəli bitki zəhərlənmələri.

Belə zəhərlənmələr adətən mövsümi xarakter daşıyır. Elmə çoxlu sayda zəhərli bitkilər məlumdur, lakin məhkəmə-tibbi praktikada onların çoxu ilə zəhərlənmə hallarına rast gəlinmir.

Göbələklərlə zəhərlənmələr.

Qeyri bakterial mənşəli bitkilərlə zəhərlənmələr daha çox mövsümü xarakter daşıyır. Təbiətdə çoxlu sayda müxtəlif növ zəhərli bitkilər var, lakin onların müəyyən bir qismi ilə zəhərlənmə hallarına təsadüf olunur. Bunlardan göbələklərlə zəhərlənmələr daha çox praktik əhəmiyyət kəsb edir. Göbələklərlə zəhərlənmələr arasında daha çox quzu göbələyi, solğun poqanka, milçəkqıran və s. göbələklərlə zəhərlənmələrə təsadüf olunur.

Solğun poqanka göbələyi zəhərlənmələr.

Solğun poqanka qəhvəyi, bozuntul, yaşılımtıl-bozuntul rəngdə olub, xarici görünüşünə görə digər yeməli göbələklərə (şampinyonlar, zol-papaqlı göbələk və s.) oxşarlığa malikdir (şəkil 127). Bəzi hallarda mütəxəssislər də yeməli göbələklə solğun poqankanı ayırd etməkdə çətinlik çəkir. Solğun poqanka göbələyinin tərkibində destruktiv təsirə malik amanitotoksin və hemolitik təsirə malik amanitohemolitin adlı maddələr var. Bu maddələr göbələk 70°C –yə gədər qızdırıldıqda parçalanırlar.

Amanitotoksin mədə şirəsinin təsirinə çox dözümlüdür və onun təsirindən parçalanmır. Solğun poqanka ilə zəhərlənmə hallarında ölmə riski çox böyükdür və təxminən 35-90% təşkil edir. Göbələyin qəbulundan 8-12 saat sonra zəhərlənmənin ilkin əlamətləri olan kəskin gastroenterit (qarın nahiyyəsində bərk ağrılar, ishal, bəzən qəbizlik), sianoz, oliqouriya, ümumi halsızlıq meydana çıxır. Oliqouriya bəzən anuriya ilə nəticələnə bilər. Bədən temperaturu getdikcə 36°C–dan aşağı düşür. Nadir hallarda sayıqlama, oyanıqlıq, huşun itməsi müşahidə olunur. Sarılıq əlamətləri də özünü biruzə verə bilər. Ölüm əsasən 2-ci, 3-cü gün, şəxs koma vəziyyətində olarkən baş verir. Solğun poqankanın toksiki dozası onun 1/4 - 1/5 hissəsinin qəbulu zamanı baş verir.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı meyitin kəskin susuzlaşması, meyit qacımasının zəif və ya heç inkişaf etməməsi, dəri örtüklərinin sarımtıl rəngdə olması aşkar oluna bilər. Mədə-bağırsaq yollarında kəskin gastroenterit əlamətləri, ürəkdə, böyrəkdə və əsasən də qaraciyərdə piy distrofiyası, orqanların seroz qişası altına və mədə-bağırsağın selikli qişasına çoxlu nöqtəvari qansızmaların olması müşahidə olunur.



Şəkil 127. Solğun poganka (*A. Phalloides*)

Milçəkqıran göbələyi ilə zəhərlənmələr.

Milçəkqıran qırmızı papaqlı və papağının üzərində qırmızı rəng fonunda ağ nöqtəvari xalları olan zəhərli göbələkdir (şəkil 128). Göbələyin tərkibində çox güclü neyrotrop təsirə malik muskarin adlı toksik maddə var. Milçəkqıran göbələyini təyin etmək asan olduğuna görə belə göbələklə zəhərlənmələri nisbətən az rast gəlinir. Əsasən uşaqların zəhərlənmələrinə təsadüf olunur.



Şəkil 128. Qırmızı milçəkqıran (*Amanita muscaria*)

Yeməklə qəbulundan 1-2 saat sonra çoxlu tərləmə, ağız suyu və gözyaşı ifrazının artması, qusma, bəbəklərin daralması, selikli-qanlı ishal müşahidə

edilir. Nəbzın yavaşması, tənəffüsün tezləşməsi və çətinləşməsi, başgicəllənmə, huşun alaqlaranlıq olması müşahidə olunur. Bəzən hallusinasıyalar, sayıqlamalar, güclü oyanıqlıq, əsəbılik kimi əlamətlər də əmələ gələ bilər.

Zəhərlənmə, qıcolma və komatoz vəziyyətlə müşayət edildikdə ölümün baş verməsi ehtimalı böyükdür. Muskarinin ölüm dozası təqribən 0,008 qr-r. Bu miqdarda muskarin 4-6 göbələyin tərkibində olur.

Meyitin məhkəmə-tıbbi müayinəsi zamanı xarakterik əlamətlər aşkar edilmir. Mədə-bağırsaq sistemində yüngül iltihabi əlamətlər müşahidə oluna bilər.

Quzu göbələyi ilə zəhərlənmələr.

Quzu göbələyinin zəhərli və yeməli növləri ayırd olunur. Bu göbələklər xarici görünüşünə görə bir-birinə çox oxşardır. Yeməli göbələklərdən fərqli olaraq kəsikdə onların quruluşu oyuq və ya dəlikli şəkildə görsənir. Yeməli quzu göbələklərindən fərqli olaraq, zəhərli quzu göbələyinin tərkibində güclü hepatotrop təsirə malik helvel turşusu vardır. Helvel turşusu hemolitik təsirə də malikdir.

Zəhərli quzu göbələyi qəbul olunduqdan 1-2 saat sonra ürəkbulanma, ödlü qusma, bəzən qıcolmalar, baş ağrıları, sayıqlamalar, huşun itməsi və ölüm baş verir. Helvel turşusunun xaric olması və parçalanması üçün göbələk mütləq 10 dəqiqədən az olmamaq şərtilə suda qaynadılmalıdır. Zəhərlənmədən 3-4 gün keçdikdən sonra kəskin ürək-damar çatmazlığından da ölüm baş verə bilər. Güclü zəhərlənmələrdə qaraciyərin və dalağın böyüməsi müşahidə oluna bilər. Meyitin müayinəsi zamanı dərinin selikli qışaların sarımtıl rəngə boyanması, selikli qışaların altında qansızmaların olması, qaraciyərin piy distrofiyası müşahidə olunur. Həmçinin qanın qatı və tünd rəngdə olması aşkar oluna bilər.

Qeyd etmək lazımdır ki, göbələk zəhərləri (ammanitohemolitin, ammanitotoksin, muskarin, helvel turşusu) məhkəmə-kimyəvi yol ilə təyin olunmur. Göbələklə zəhərlənmələrin diaqnostikasında mədə-bağırsaq sistemində tapılmış göbələyin qalıq hissələrinin tapılaraq botaniki müayinə ilə təyin olunması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

29.3. Mikrob mənşəli qida zəhərlənmələri (qida toksiki infeksiyaları).

Belə zəhərlənmələr keyfiyyətsiz balıq və süd məhsullarından hazırlanmış qida məhsulları qəbulu zamanı, bəzən isə belə qidaların saxlanma, daşınma qaydalarının sanitar-gigiyenik qaydalara uyğun təşkil olunmaması nəticəsində baş verir. Belə hallarda qida maddələrinin salmonella, proteus vulqaris, bacillus, cereuz və s. şərti patogen bakteriyaları ilə çirklənməsi nəticəsində baş verir. Ən çox müxtəlif növ salmonellalarla yoluxma baş verir. Salmonellalar elə ilk saatda çoxalmağa başlayırlar. Bağırsaqlara düşmüş mikroblar qana

keçir və bakteremiya törədir, onların parçalanması isə orqanizmdə endotoksinlərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bunun nəticəsi olaraq toksiki alimentar enterit formalaşır. Qida qəbulundan 2-4 saat sonra (bəzən 1-ci sutkanın sonu və 2-ci sutkanın əvvəlində) qəflətən bədənin temperaturu yüksəlir, ürəkbulanma, qusma, qarın nahiyyəsində ağrı, ümumi zəiflik, baş ağrıları, duru ishal kimi əlamətlər əmələ gəlir. Ağır keçən hallarda bədən temperaturu 40°C və daha yüksək olur, huş alaqaranlıq olur, əzələlərin titrəməsi, yuxululuq və hətta koma vəziyyəti yarana bilər. Ölüm halları 2-3% təşkil edir. Tez baş verən ölüm hallarına az rast gəlinir. Bu zəhərlənmələrin qripəbənzər və vəbaya bənzər formaları da ola bilər. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı orqanizmin susuzlaşması əlamətləri (dəri örtüklərinin quruluğu və parıltılı olması, gözlərin çuxura düşməsi), çürümə proseslərinin erkən əmələ gəlməsi, parenximatoz orqanlarda zülal və piy xarakterli distrofiyaların olması, qanın tünd qatı, yoğun və nazik bağırsağın selikli qişasının şişmiş və qızarmış olması aşkar olunur. Qida toksikoinfeksiyaların diaqnozu həmişə bakterioloji analiz yolu ilə təsdiqlənməlidir. Müayinə üçün laboratoriyalara qan, öd və bağırsaq möhtəviyyatı göndərməlidir. Qan ürəkdən və ya dirsək nahiyyəsində olan venalardan götürülür. Öd yaxşı olardı ki, liqatura qoyulmuş öd kisəsi ilə birlikdə göndərilсин. Eyni zamanda bağırsaq möhtəviyyatı da (yaxşı olardı ki, yoğun bağırsaq) hər iki tərəfdən liqaturaya alınmış 10-15 sm uzunluğunda bağırsaqla birlikdə steril qabda göndərilməsi də məqsədə uyğundur.

29.4. Qida intoksikasiyaları

Qida intoksikasiyalarına mikrobların çoxalma prosesi zamanı qida məhsullarında tapılmış bakterial toksinlərin təsiri nəticəsində törənən xəstəliklər aid olunur (botulotoksin, bəzi stafilokokların ştammlarının toksinləri).

Botulizm

Botulizm anaeroblara aid olan botulinus çöplərinin toksininin təsirindən əmələ gələn çox ağır xəstəlikdir. Zəhərlənmə, hazırlanma qaydaları pozulmuş konservləşdirilmiş göbələklərin, hisə verilmiş balığın, ətin, kolbasanın, pendirin, bitki mənşəli konservlərin qəbulu nəticəsində əmələ gəlir. Mikrobların sporları xarici mühit faktorlarına həddindən artıq dözümlüdür. 100°C temperaturda mikrobların sporları 6 saat müddətində yaşama qabiliyyətini saxlaya bilər. Sporlar su, peyin, sidik və s. kimi mühitlərdə yaşaya bilər. Yoxulmuş qida məhsullarının qəbulundan 1 sutka sonra ümumi zəiflik, qusma, bağırsaqların parezi ilə əlaqədar inkişaf etmiş qəbizlik, meteorizm, şiddətli yangı hissi kimi əlamətlər müşahidə olunur. Getdikcə şiddətlənən nevroloji əlamətlər özünü bürüzə verir. Ptoz, midriaz, diplopiya, nistagm, bəbəklərinin işığa qarşı

reaksiyasının olmaması, udlağın və qırtlağın iflici nəticəsində udma aktının pozulması, səsin batması müşahidə olunur.

Botulotoksin ən güclü zəhərlərdən biridir və onunla zəhərlənmələrdə ölmə riski 60-70% təşkil edir. Ölüm zəhərin qəbulundan 4-7 gün sonra tənəffüs mərkəzinin iflicindən baş verir. Ağır hallarda ölüm bir neçə saat ərzində baş verə bilər.

Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsi zamanı ümumi asfiktik əlamətlər aşkar olunur. Parenximatoz orqanlarda və sinir sistemində distrofik dəyişikliklər müşahidə oluna bilər. Məhkəmə-kimyəvi yolla botulotoksin təyin olunmur. Botulizmin diaqnostikası üçün klinik əlamətlərdən və təşrih məlumatlarından başqa bioloji yolla toksinin aşkar olunması metodundan da istifadə olunur. Bu metod heyvanların yoluxdurulması yolu ilə aparılır. Bundan başqa yerdə qalmış qida maddələrinin diqqətli sanitariya-gigiyenik müayinəsi, xəstəliyin baş verdiyi yerin epidemioloji vəziyyəti öyrənilməlidir.

BÖLMƏDƏ ACIQLANAN SUALLAR

1. Zəhərlərin məhkəmə-tibbi təsnifatı.
2. Zəhərlərin təsir şərtləri. Zəhərlənmiş şəxslərin meyitlərinin müayinə xüsusiyyətləri.
3. Turşularla zəhərlənmələr.
4. Qələvilərlə zəhərlənmələr.
5. Arsenlə zəhərlənmələr.
6. Süleymani ilə zəhərlənmələr.
7. Dəm qazı ilə zəhərlənmələr.
8. Bertole duzu ilə zəhərlənmələr.
9. Funksional zəhərlərlə zəhərlənmələr.
10. Sianid turşusu və kalium sianid ilə zəhərlənmələr.
11. Etil spirti və onun surroqatları ilə zəhərlənmələr.
12. Metil spirti ilə zəhərlənmələr.
13. Yuxu gətirən zəhərlərlə zəhərlənmələr.
14. Morfin ilə zəhərlənmələr.
15. Tiryək preparatları ilə zəhərlənmələr.
16. Kokainlə zəhərlənmələr.
17. Atropinlə zəhərlənmələr.
18. Strixininlə zəhərlənmələr.
19. Göbələklərlə zəhərlənmələr.
20. Qida zəhərlənmələri.

VII BÖLMƏ.

CANLI ŞƏXSLƏRİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI

FƏSİL XXX. CANLI ŞƏXSLƏRİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI.

30.1. Canlı şəxslərin məhkəmə-tibbi ekspertizasının səbəbləri.

Canlı şəxslər - məhkəmə tibb ekspertizasının obyektlərindən biri olub, daha tez-tez aparılan ekspertiza növlərindəndir və eyni zamanda məhkəmə təbabətinin əsas bölmələrindən biridir. Canlı şəxslərin məhkəmə-tibbi ekspertizasının və müayinəsinin keçirilməsinin əsas səbəbləri aşağıdakılardır:

1. Müxtəlif mənşəli zərərvurmalar və xəstəliklər zamanı:
 - sağlamlığa zərər vurma dərəcəsini və xəsarətlərlə əlaqədar digər məsələlərin həlli üçün (xəsarətlərin xarakteri, əmələgəlmə mexanizmi, müddəti, xəsarəti şəxsin özünün və ya kənar şəxsin yetirməsi və s.);
 - sağlamlığın vəziyyətini, simulyasiya, dissimulyasiya, aqqravasiya, dezaqqravasiya (xəstəliklər və xəsarətlər zamanı), öz-özünə xəsarət yetirmə, süni törədilmiş xəstəliklərin təyini üçün;
 - ümumi və peşə əmək qabiliyyətinin itirilmə dərəcəsinin təyini üçün;
 - zöhrəvi xəstəliklərin və QİÇS-lə yoluxmanın təyini üçün.
2. Cinsin və ya cinsi vəziyyətin təyini zamanı (mübahisəli cinsi vəziyyətlər):
 - cinsin təyini üçün (hermafroditizm zamanı);
 - cinsi yetişkənliyin təyini üçün;
 - qızlıq pərdəsinin tamlığının təyini üçün;
 - nəsil-törətmə qabiliyyətinin təyini üçün (cinsi əlaqədə olma, mayalandırma, döllənmə, uşaq doğma);
3. Cinsi cinayətlər zamanı:
 - zor tətbiq etməklə cinsi əlaqədə olmanın təyini üçün (zorlama zamanı);
 - əxlaqsız hərəkətlərin təyini üçün;
 - seksual xarakterli zorakı hərəkətlərin təyini üçün.
4. Digər səbəblər zamanı:
 - yaşın təyini üçün;
 - alkohol sərxoşluğunun təyini üçün;
 - atalığın və analığın inkarının təyini üçün (mübahisəli atalıq, analıq hallarında və uşaqların dəyişdirilməsinə şübhə yaranarkən);
 - süni mayalanma, embrionu implantasiya etmə və tibbi sterilizasiya hallarının təyini üçün.

Canlı şəxslərin məhkəmə-tibb ekspertizası istintaq və təhqiqat orqanlarının və ya məhkəmənin qərar əsasında aparılır və belə hallarda «Ekspert rəyi» tərtib olunur. Bəzi hallarda polis şöbələrinin və məhkəmələrin yazılı təliqəsi əsasında zərərçəkmişin müayinəsi keçirilir və canlı şəxslərin «Məhkəmə-tibbi müayinəsi aktı» adlı sənəd tərtib olunur.

FƏSİL XXXI. SAĞLAMLIĞA ZƏRƏR VURMANIN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI.

Sağlamlığa zərər vurmanın məhkəmə-tibbi təyini Azərbaycan Respublikasının Cinayət məəcəlləsinə, Cinayət və Mülki Prosessual məəcəllələrinə və hazırkı qaydalara uyğun olaraq icra edilir.

Tibbi nöqtəyi nəzərindən sağlamlığa zərər vurma xarici mühit faktorlarının təsiri nəticəsində üzv və toxumaların anatomik tamlığının və yaxud fizioloji funksiyalarının pozulması kimi başa düşülməlidir.

Sağlamlığa zərər vurmanın məhkəmə-tibbi ekspertizası təhqiqat aparan şəxsin, müstəntiqin, prokurorun və məhkəmənin qərarı əsasında keçirilir.

Prokurorluq orqanlarının, DİN-nin, DTX-nin və Məhkəmənin yazılı göstərişləri (göndərişləri) əsasında məhkəmə-tibbi müayinə keçirilə bilər.

Sağlamlığa zərər vurmanın məhkəmə-tibbi ekspertizası keçirildikdə «Ekspert rəyi», məhkəmə-tibbi müayinəsi keçirildikdə isə «Məhkəmə-tibbi müayinə aktı» tərtib olunur.

Ekspert rəyinə (akta) ümumi tələbat, həmçinin ekspertin hüquq və vəzifələri Respublika CPM-nin müvafiq bəndlərində göstərilir və məhkəmə-tibbi ekspertizanın keçirilməsi barədə əsasnamədə öz əksini tapır.

Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyinə uyğun olaraq sağlamlığa zərər vurma üç dərəcəyə ayrılır:

1. Sağlamlığa ağır zərər vurma (Azərbaycan Respublikası CM, maddə 126);
2. Sağlamlığa az ağır zərər vurma (Azərbaycan Respublikası CM, maddə 127);
3. Sağlamlığa yüngül zərər vurma (Azərbaycan Respublikası CM, maddə 128).

Mövcud olan «Qaydalarda» Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində nəzərdə tutulan müxtəlif dərəcədə olan zərər vurma əlamətlərinin tibbi meyarı (kriteriyası) əks etdirilmişdir. Bu əlamətlər rəhbər tutularaq sağlamlığa zərər vurma müəyyən edilir və bunun üçün təyinedici əlamətlərdən birinin olması kifayətdir.

31.1. Sağlamlığa ağır zərər vurma (Azərbaycan Respublikası CM, maddə 126)

Ağır zərər vurmanın əlamətlərinə aiddir:

- həyat üçün təhlükəlilik;
- görmənin, eşitmənin və ya hər hansı bir üzvün anatomik olaraq itirilməsi, eləcə də hər hansı bir üzvün (orqanın) funksiyasının itirilməsi;
- ruhi xəstəliklərə səbəb olma;

- ümumi əmək qabiliyyətinin üçdə-bir hissəsindən (33%) az olmamaqla uzun müddətə, daimi (dayanıqlı) itirilməsi nə səbəbdən səhhətin pozulması;
- peşəkar (professional) əmək qabiliyyətinin tam itirilməsi;
- hamiləliyin pozulması;
- sifətin silinməz dərəcədə eybəcərləşdirilməsi;
- narkomanlıq və ya toksikomanlıqla xəstələnmə.

Həyat üçün təhlükəlilik.

Həyat üçün təhlükəli olan xəsarətlərə yetirilən anda zərərçəkmişin həyatı üçün təhlükə törədən və ya adi gedişində ölümə nəticələnən xəsarətlər aiddirlər. Xəsarətlərin həyat üçün təhlükəli olmasını qiymətləndirdikdə tibbi yardım nəticəsində ölüm halının qarşısının alınması nəzərə alınmamalıdır. Həyat üçün təhlükəli olan sağlamlığa zərər vuran bədən xəsarəti, həm də xəstəlik və ya patoloji vəziyyət halında ola bilər.

Həyat üçün təhlükəli olan xəsarətlərə aiddir:

a) kəllə boşluğuna keçən, o cümlədən beyin toxumasını zədələməyən yaralar;

b) kəllə əsası və kəllə tağı sümüklərinin sınıqları.

Qeyd: üz skelet sümüklərinin sınıqları və kəllə tağının yalnız xarici sümük səhfəsinin ayrıca çatı istisna olunur.

c) baş beyinə təzyiq edilməsi (sıxılması) və ya edilməməsi (sıxılmaması) ilə nəticələnən ağır dərəcəli beyin əzilmələri;

beyin kötüyünün zədələnməsi simptomları ilə müşayiət edilən orta beyin əzilmələri;

d) həyat üçün təhlükəli olan kəllədaxili epidural, subdural və ya subaraxnoidal qansızmalar;

e) onurğa beyinin zədələnilib-zədələnməməsindən asılı olmayaraq onurğa kanalına keçən yaralar;

f) onurğa beyni funksiyasının pozulmasından asılı olmayaraq boyun fəqərələrinin sınıq-çıxığı, cisimlərinin və hər iki qövsün sınıqları və yaxud birinci-ikinci boyun fəqərələrinin qövsünün birtərəfli sınıqları;

g) boyun fəqərələrinin çıxıqları;

h) onurğa beyninin boyun şöbəsinin qapalı zədələri;

i) onurğa beyni funksiyasının pozulması ilə və yaxud kliniki təsdiq olunmuş ağır dərəcəli şokla nəticələnən bir və ya bir neçə döş, ya da bel fəqərələrinin sınıqları, yaxud sınıq-çıxıqları;

j) ağır onurğa şoku və ya çanaq üzvlərinin funksiyasının kəskin pozulması ilə müşayiət olunan onurğa beyninin döş, bel və oma segmentlərinin qapalı zədələri;

k) udlağın, qırtlağın, traxeyanın və yemək borusunun daxilə keçən yaraları;

l) ağır dərəcəli şokla, tənəffüsün pozulması ilə və ya başqa həyat üçün təhlükəli təzahürlərlə müşayiət edilən, selikli qişanın cırılması ilə birgə olan qırtlaq və traxeya qığırdıqlarının qapalı sınıqları;

m) döş qəfəsinin plevra və ürək kisəsi boşluqlarına, divararalığına keçən, o cümlədən daxili üzvlərin zədələnməsi ilə müşayiət olunmayan yaraları;

Qeyd: Əgər hemopnevmotoraks əlamətləri yoxdursa, emfizema məhdud xarakterlidirsə və yara kanalının plevra boşluğuna keçmədiyi şübhəsizdirsə, belə hallarda döş qəfəsi yaralanmalarında aşkar olunmuş dərialtı emfizema daxilə keçən xəsarət əlaməti kimi nəzərə alın bilməz.

n) qarının, periton boşluğuna keçən, o cümlədən daxili üzvlərin zədələnməsilə müşayiət olunmayan yaraları; periton arxası sahə üzvlərin (böyrəklərin, böyrəküstü və mədəaltı vəzilərin və s.) açıq yaralanmaları; sidik kisəsinin, düz bağırsağın yuxarı və orta şöbələrinin daxilə keçən yaralanmaları;

o) döş qəfəsinin, qarının, çanaq boşluğu üzvlərinin, eləcə də periton arxası üzvlərin həyat üçün təhlükəli əlamətlərlə müşayiət olunan qapalı zədələnmələri;

p) uzun borulu sümüklərin- bazu, bud və qamış sümüklərinin açıq sınıqları;

Qeyd: mil, dirsək və incik sümüklərinin açıq sınıqlarının, bazu, bud və qamış sümüklərinin qapalı sınıqlarının, həmçinin, iri oynaqların (bazu, dirsək, mil-bilək, bud-çanaq, diz və ya aşıq-baldır) açıq, qapalı zədələrinin ağırlıq dərəcəsi onların həyat üçün təhlükə törəməsi ya da əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilməsi əlamətlərinə əsasən təyin edilir.

q) ağır dərəcəli şok və ya çoxlu qanitirmə ilə, yaxud sidik kanalının zərli hissəsinin cırılması ilə müşayiət edilən çanaq sümüklərinin sınıqları;

r) ağır dərəcəli şoka və ya kollaps törətmiş çoxlu qanitirməyə, klinik nəzərə çarpan piy və ya qaz emboliyalarına, kəskin böyrək çatmazlığı əlamətləri ilə müşayiət olunan travmatik toksikoza səbəb olan zədələr;

s) İri qan damarlarının zədələnmələri: aortanın, yuxu (ümumi, xarici, daxili), körpücükaltı, qoltuqaltı, bazu, qalça, bud, dizaltı arteriyaların və onları müşayiət edən venaların zədələnmələri;

Qeyd: digər periferik damarların (başın, üzün, boynun, saidin, əlin, baldırın, ayaq pəncəsinin) zədələnmələri hər bir hadisədə həyat üçün konkret təhlükə törəməsindən asılı olaraq qiymətləndirilir, məsələn: çoxlu qanitirmə, obyektiv təsvir olunmuş ağır dərəcəli şok.

f) bədən səthinin 15% çox sahəsini əhatə edən III-IV dərəcəli termiki yanığı; bədən səthinin 20% çox sahəsini əhatə edən III dərəcəli yanığı; bədən səthinin 30% çox sahəsini əhatə edən II dərəcəli yanığı; eləcə də az sahəni əhatə

edən, lakin ağır dərəcəli şok törədən yanıqlar; səs yarığının ödemi və daralması əlamətləri ilə müşayiət olunan tənəffüs yollarının termiki yanıqları;

x) yerli təsirdən başqa həyat üçün təhlükəli olan ümumi toksiki təsir göstərən kimyəvi birləşmələrin - qatı turşuların, aşındırıcı qələvilərin, müxtəlif yandırıcı maddələrin törətdikləri yanıqlar;

ç) həyat üçün təhlükəli əlamətlər kompleksi (beyin qan dövranının pozulması, huşun itməsi, amneziya və s.) ilə aydın nəzərə çarpan və obyektiv əlamətlərlə təsdiq olunan boyun üzvlərinin sıxılması və mexaniki asfiksiyanın digər növləri.

Həyat üçün təhlükəli olan xəstəlik və ya patoloji vəziyyətlər.

Həyat üçün təhlükəli olan xəstəlik və ya patoloji vəziyyətlər müxtəlif xarici mühit amillərini təsiri nəticəsində baş verir və qanuna uyğun olaraq ya həyat üçün təhlükə törədən halla ağırlaşır, ya da özləri bilavasitə insan həyatı üçün təhlükə yaradır.

Həyat üçün təhlükəli olan vəziyyətlərə aşağıdakılar aiddir:

- müxtəlif etiologiyalı ağır dərəcəli (III-IV dərəcəli) şok;
- kəskin ürək və ya damar çatışmamazlığı;
- kəskin böyrək və ya qaraciyər çatışmamazlığı;
- ağır dərəcəli kəskin tənəffüs çatışmamazlığı;
- irinli-septik vəziyyət;
- müxtəlif etiologiyalı koma;
- massiv qanıtırmə;
- daxili orqanların infarktı, ətrafların qanqrenası, baş beyin damarlarının müxtəlif etiologiyalı emboliası (hava, piy), tromboemboliya ilə nəticələnən yerli və orqan qan dövranının pozulması;
- həyat üçün təhlükəli olan vəziyyətlərin müştərəkliyi.

Həyat üçün təhlükəli olmayan, lakin nəticəsinə görə ağır zərərverməyə aid edilən bədən xəsarətləri.

Görmənin, eşitmənin və hər-hansı bir üzvün və yaxud həmin üzvün funksiyasının itirilməsi.

Görmənin itirilməsi dedikdə, hər iki gözdə tam dayanıqlı (daimi) korluq və yaxud 2 metr və ondan az məsafədə barmaqların sayla bilməməsinə qədər görmənin itməsi vəziyyəti nəzərdə tutulur (görmə itiliyi 0,04 və daha az).

Bir gözdə görmənin tam itməsi əmək qabiliyyətinin üçdə-birindən çox hissəsinin dayanıqlı itməsinə səbəb olur. Bu əlamətə görə də ağır zərərverməyə aid edilir.

Qeyd: kor gözün çıxarılmasına səbəb olan zədələnməsi səhhətin pozulma müddətinə görə qiymətləndirilməlidir.

Görmə qabiliyyəti, əvvəldən zəifləmiş (1,0-dan aşağı) gözlərdə görmənin itirilməsi barədə olan faiz cədvəlinə görə təyin edilir.

Eşitmənin itməsi dedikdə- tam karlıq və yaxud zərərçəkənin danışiq nitqinin qulaq seyvanından 3-5 sm eşitməməsi kimi geri dönməz vəziyyət başa düşülür.

Qeyd: bir qulaqda eşitmənin itməsi ümumi əmək qabiliyyətinin üçdə-birindən az hissəsinin itirilməsinə səbəb olur və bu əlamətə görə də az ağır zərərverməyə aid edilir.

Hər hansı bir üzvün və yaxud onun funksiyasının itirilməsi dedikdə aşağıdakılar başa düşülür:

a) dili (nitqi) itirmək, yəni öz fikrini ətrafdakılara başa düşülən, aydın səslərlə çatdırmağı bacarmamaq;

b) qol və ya qıçın itirilməsi-yəni onların gövdədən ayrılması və ya funksiyalarının itirilməsi (iflic və yaxud onların fəaliyyətlərini tam pozan digər vəziyyət).

Qeyd: qıçın və qolun anatomik itirilməsini, qıçın və qolun tamamilə gövdədən ayrılması və ya dirsək və diz oynaqaları səviyyəsindən aşağı olmamaqla amputasiyaları kimi başa düşülməlidir. Bütün başqa hallar isə ətrafın hissəvi itirilməsi kimi baxılmalı və əmək qabiliyyətinin dayanaqlı itirilməsi əlamətinə görə qiymətləndirilməlidir.

c) nəsil törətmə qabiliyyətinin itirilməsi- cinsi əlaqədə olma, mayalandırma, döllənmə və uşaq doğma qabiliyyətinin itməsi deməkdir.

Ruhi xəstəlik

Ruhi xəstəliyin diaqnostikası və onun alınmış xəsarət ilə əlaqəsi psixiatrik ekspertiza tərəfindən aydınlaşdırılır.

Ruhi xəstəliklərlə nəticələnmiş bədən xəsarətlərinin sağlamlığa zərərvermə dərəcəsi məhkəmə-tibb ekspertinin iştirakı ilə aparılır.

Əmək qabiliyyətinin üçdə bir hissəsindən az olmamaqla dayanıqlı itirilməsi ilə əlaqədar olan xəsarətlər

Ümumi əmək qabiliyyəti dedikdə insanın özünə qulluq edə bilməsi və ixtisas tələb etməyən əmək qabiliyyəti nəzərdə tutulur.

Əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilməsi- funksiyanın ömürün sonuna qədər bərpa olunmayan, geri dönməz (daimi) itirilməsi deməkdir.

Əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilməsi faktını ancaq xəsarət və xəstəliyin aydın olmuş nəticəsindən sonra təyin etmək mümkündür. Məhkəmə-tibbi nöqtəyi nəzərindən ümumi əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilməsi səhhətin 120 gündən artıq müddətdə pozulması deməkdir. Belə hadisələrdə xarici mühit faktorları təsirindən törənmiş xəsarət və xəstəliklər nəticəsində zərərçəkmiş 120

gündən artıq müddətdə əmək qabiliyyətini itirmiş olur və bundan sonra da sağalmağa doğru hər hansı bir irəliləyiş hiss edilmir. Bu da əmək qabiliyyətinin üç də birindən (33%) az olmamaqla daimi itirilməsi sayılır.

Zədələnmələrdə ümumi əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilmə həcmi xəsarətlərin nəticəsi aydın olduqdan sonra, əmək qabiliyyətinin itirilməsinin faiz cədvəli ilə obyektiv əlamətlərə əsasən təyin edilir (cədvəl 15).

Cədvəl 15.

Müxtəlif travmalar nəticəsində əmək qabiliyyətinin itirilməsinin faiz cədvəli

Sıra nömrəsi	Müxtəlif travmaların nəticələri	Ümumi əmək qabiliyyətinin dayanıqlı (daimi) itirilmə faizi
	Mərkəzi və periferik sinir sistemi	
1	Ağır kəllə-beyin travmasının qalıcı əlamətləri: tez-tez baş verən epileptik tutmalar (həftədə bir dəfədən az olmamaqla), kəmağıllıq, ifliclər, tanıma prosesinin pozulması (aqnoziya), məqsədyönlü hərəkətlərin pozulması (apraksiya), kobud nitq pozğunluğu (afaziya), hərəkətlərin koordinasiyaının olmaması (ataksiya), vestibulyar və beyincik mənşəli kobud pozğunluqlar.	100
2	Ağır kəllə-beyin travmasının qalıcı əlamətləri: ətraflarda hərəkətlərin həcmnin və qüvvənin əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, koordinasiyanın kobud, yaxud əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, əzələ tonusunun əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, yaddaşın əhəmiyyətli dərəcədə zəifləməsi və zehni inkişaf səviyyəsinin aşağı enməsi, tez-tez baş verən epileptik tutmalar (ayda bir dəfədən az olmamaqla).	75
3	Ağır kəllə-beyin travmasının qalıcı əlamətləri (kəllə qapağı və əsası sümüklərinin sınıqları, epidural və subdural hematomalar, baş beyinin əzilməsi), həmçinin trepanasiya defektinin (o cümlədən plastik əməliyyat yolu ilə qapanmış trepanasiya defektinin) olması; a) bir neçə kəllə-beyin sinirinin üzvi zədələnməsi, koordinasiyanın əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, ətraflarda əzələ tonusunun və gücünün nəzərə çarpan artması, zehni inkişaf səviyyəsinin aşağı enməsi, yaddaşın zəifləməsi, epileptik tutmalar (ildə 4-10 dəfə), sahəsi 20sm ² -dən az olmayan trepanasiya defektinin mövcudluğu; b) bir neçə kəllə-beyin sinirinin üzvi zədələnməsi, koordinasiyanın mülayim pozulması, ətraflarda əzələ tonusunun və gücünün bir qədər artması, zəif ifadə olunmuş hərəkəti pozğunluqlar, tək-tək epileptik tutmalar (ildə 2-3 dəfə),	60 45

	sahəsi 10sm²-dən az olmayan trepanasiya defektinin mövcudluğu; v) bir neçə kəllə-beyin sinirinin üzvi zədələnməsi, iybilmə və dadbilmə qabiliyyətinin pozulması, koordinasiyanın yüngül pozulması, mülatyim hərəkəti və hissi pozğunluqlar, nadir hallarda baş verən epileptik tutmalar, sahəsi 4sm²-dən az olmayan trepanasiya defektinin mövcudluğu. Qeyd: epileptik tutmaların olması və baş vermə tezliyi sığorta olunanı müşahidə edən tibb müəssisəsi tərəfindən təsdiq olunmalıdır.	30
4	Kəllə qapağı sümüklərinin tamlığının pozulması, beyin əzilməsi, epidural və subaraxnoidal hematomalardan sonrakı nəticələr: a) ayrı-ayrı ocaqlı simptomlar - göz yarıqlarının qeyri-bərabərliyi, dilin kənara əyilməsi, nistagm, burun-dodaq бүкüşünün hamarlaşması və s., həmçinin sahəsi 4sm²-dən az olmayan trepanasiya defektinin mövcudluğu. b) vegetativ simptomlar - göz qapaqlarının və əl barmaqlarının əsməsi, yüksək vətər refleksləri, vazomotor pozğunluqlar və s.	20 15
5	Beyin silkələnməsindən sonrakı qalıq əlamətləri: a) ayrı-ayrı obyektiv əlamətlər - burun-dodaq бүкüşünün hamarlaşması, göz yarıqlarının qeyri-bərabərliyi, dilin kənara əyilməsi və s. b) müayinədə aşkar edilmiş vegetativ simptomlar - göz qapaqlarının nəzərə çarpan əsmələri, yüksək vətər refleksləri, vaso-motor pozğunluqlar (vegetativ damar distoniyası).	10-20
6	Onurğa beyini funksiyasının, onurğanın boyun, döş və ya bel şöbələri səviyyəsində pozulması: a) ətraflarda kobud hissiyyat və hərəkət pozğunluqları (para və tetraplegiya), çanaq üzvləri funksiyasının kəskin pozulması, kobud trofiki pozğunluqlar, ürək-damar fəaliyyətinin və tənəffüsün pozulması b) ətraflarda əhəmiyyətli dərəcədə hissiyyat və hərəkət pozğunluqları (nəzərə çarpan monoparezlər və ya mötədil nəzərə çarpan paraparezlər) çanaq üzvlərinin trofik və funksiya pozğunluqları v) hissiyyatın və vətər reflekslərinin mötədil pozulması, qabıq və spinal xarakterli yüngül monoparezlər, kəskin nəzərə çarpmayan əzələ atrofiyası və hərəkət pozğunluqları, çanaq üzvlərinin orta dərəcəli trofik və funksiya pozğunluqları d) hissiyyatın və vətər reflekslərinin yüngül pozulması ilə müşayiət olunan (ətraflarda hərəkətlərin, həmçinin çanaq orqanlarının funksiyasının və trofikanın pozulmadığı hallarda) onurğa beyinin ötürücü funksiyasının hissəvi pozulması	100 60 40 15
7	Onurğa beyin funksiyasının oma səviyyəsində pozulması, həmçinin at quyruğu kökcüklərinin pozğunluğu:	

	a) müvafiq kökcük və kökcüklər qrupu ilə innervasiya olunan zonalarda kəskin hissiyyat pozğunluğu, hərəkətlərin düşməsi, çanaq üzvləri funksiyasının əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, trofiki pozğunluqlar (yaralar, sianoz, ödemlər) b) hissiyatın əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, hiperpatiya, hiperalgeziya, nəzərə çarpan ağrı sindromu, refleks qövsünün pozulması (reflekslərin zəifləməsi və ya düşməsi) kökcüklərə müvafiq innervasiya nahiyələrində əzələlərin kobud atrofiyası, mötədil vegetativ pozğunluqlar (ətrafların soyuması), çanaq üzvləri funksiyasının mötədil pozulması v) yüngül hissiyyat pozğunluqları (ağrı sindromu) - ətraflarda reflekslərin və hərəkətlərin pozulması (trofikanın və çanaq orqanları funksiyalarının pozulması olmadan)	40 20 5
8	Müxtəlif lokalizasiyalı travmatik radikulit (onurğanın birbaşa travması nəticəsində)	5-15
9	Üçlü, üzv və dil altı sinirlərin funksiya pozğunluqları (periferik zədələrdə) a) yüngül dərəcə - funksiyanın mötədil pozulması b) orta dərəcə - funksiyanın xeyli (əhəmiyyətli) pozulması c) güclü dərəcə - funksiyanın kobud pozulması	- 15 25
10	Boyun və bazu kələflərinin, onların sinirlərinin funksiya pozğunluqları: a) yüngül dərəcə - hissiyatın və reflekslərin yüngül pozğunluqları (hərəkət pozğunluqları, atrofiya, parezlər, kontrakturalar olmadan). b) orta dərəcə - hərəkətlərin yüngül düşməsi, qüvvənin və hissiyatın zəifləməsi, kəskin nəzərə çarpmayan əzələ atrofiyası (trofiki yara olmadan). c) güclü dərəcə - kəskin hərəkət və hissiyyat pozulmaları, trofikanın pozulması, trofiki yaralar	5 15 40
11	Bel, oma kələflərinin və onların sinirlərinin funksiya pozğunluqları: a) yüngül dərəcə - yüngül hissiyyat pozğunluqları, reflekslərin pozulması, ağrı sindromu (trofiki pozğunluq olmadan) b) orta dərəcə - əhəmiyyətli hissiyyat və hərəkət pozğunluqları (kobud atrofiyasız), trofiki pozğunluqlar (trofiki yaralar olmadan) c) güclü dərəcə - trofik yaraların inkişafı ilə olan hərəkətin, hissiyatın və trofikanın kobud pozulması Qeyd: mərkəzi və periferik sinir sisteminin travması nəticəsində baş vermiş trofiki pozğunluqlar "Cədvəlın" 1-11 maddələri ilə nəzərə alınır. 174-cü maddə bu halda nəzərə alınmır.	10 25 40
	Görmə üzvləri	
12	Akkomodasiyanın paralici: a) bir gözdə b) hər iki gözdə	15 35

13	Eyniadlı hemianopsiya	35
14	Görmə sahəsinin konsentrik (ümumi mərkəzli) daralması: 60°-yə qədər 30° -yə qədər 5° -yə qədər	10 20 35
15	Göz qapaqlarının sallanması (ptoz) və göz əzələlərinin başqa iflicləri, göz yarıqlarının qapanmasına mane olan göz qapağı defektləri, həmçinin qapaqların bitişməsi: a) bir gözdə: orta dərəcədə (göz qapağı bəbəyin yuxarı yarısını örtür) güclü dərəcədə (göz qapağı bəbəyi tam örtür) b) hər iki gözdə: orta dərəcədə (göz qapaqları bəbəklərin yuxarı yarısını örtür) güclü dərəcədə (göz qapaqları bəbəkləri tam örtür)	10 20 25 50
16	Pulsasiyaedici ekzoftalm a) yüngül dərəcə - bir qədər (mötədil) nəzərə çarpan b) orta dərəcə - əhəmiyyətli nəzərə çarpan c) güclü dərəcə - kəskin nəzərə çarpan	35-45 60-75 85-100
17	Konyuktivit, yaxud keratit a) bir gözdə b) hər iki gözdə	5 10
18	İridosiklit yaxud xorioretinit a) bir gözdə b) hər iki gözdə	10 20
19	Gözyaşı ötürən yolların funksiya pozğunluğu: a) çapıqlaşma nəticəsində gözyaşı kanallarının və gözyaşı-burun kanalının keçməməzliyi b) travmatik daktiosistit	10 20
20	Görmə itiliyinin azalmasına səbəb olmayan buynuz buynuz qışa çapığı	-
21	Görmənin tam itirilməsi: a) tək görən gözdə b) hər iki görən gözdə	100 100
22	Görmə qabiliyyəti olmayan göz almasının travma nəticəsində çıxarılması	-
23	Göz yuvası divarlarının sınığının nəticəsi: a) göz əzələlərinin zədələnməsi və göz almasının yeridəyişməsi olmadan b) göz əzələlərinin zədələnməsi və göz almasının yerini dəyişməsi ilə QEYD: göz yuvasının yuxarı divarının daxilə keçən yaralarının (sınıqlarının) nəticəsi "Cədvəl" 1-4-cü maddələri ilə təyin edilir	10 20
24	Hər gözdə görmənin birbaşa travma nəticəsində zəifləməsi (bax, müvafiq cədvəl səh. 6)	

	Eşitmə üzvləri	
25	Orta qulağın travmadan sonrakı irinli iltihabı (mezotimpanit tipli)	10
26	Posttravmatik epitempanit və yaxud xolesteatoma, qranulyasiya ilə ağırlaşan epitempanit	20
27	Travma nəticəsində vestibulyar funksiyanın obyektiv pozulması: a) yüngül dərəcə - yerisdə qətiyyətsizlik, başın döndərilməsində və gövdənin əyilməsində baş gicəllənmə b) orta dərəcə - solğunluq, qusma və öyümə ilə müşayiət olunan baş gicəllənmə tutmaları (ildə üç dəfədən az olmamaqla), yerisdə qətiyyətsizlik v) güclü dərəcə - qabarıq vegetativ reaksiyalarla keçən, çoxsaylı, uzun müddətli baş gicəllənmə tutmaları, yerisdə qətiyyətsizlik	10 30-40 50-70
28	Bir qulaq seyvanının hissəvi (1/3-dən az) olmaması	-
29	Bir qulaq seyvanının, yaxud onun bir hissəsinin (1/3-dən çox) olmaması	-
30	Hər iki qulaq seyvanının olmaması	25
31	Bir qulaqda eşitmənin zəifləməsi: a) pıçıltı nitqi bir metr məsafədən az olmamaqla, adi danışiq - 1 metrədən 3 metrə qədər, 500, 1000, 2000, 4000 hs tezliklərlə eşitmənin 30-50 db. zəifləməsi b) pıçıltı nitqi - 0, danışiq nitqi 1 metrədək, 500, 1000, 2000, 4000 hs tezliklərdə eşitmənin 60-80 db zəifləməsi c) tam karlıq - pıçıltı və adi danışiq - 0	5 15 35
32	Eşitmənin zəifləməsinə səbəb olmayan təbil pərdəsinin cırılması	2
	Tənəffüs sistemi	
33	Burunun itirilməsi (sümüklərin, qığırdağın və yumşaq toxumaların)	30
34	Burunun yumşaq hissələrinin (burun qanadlarının və ucunun) itirilməsi	15
35	Burunun ucunun və ya qanadının (qanadlarının) itirilməsi	-
36	Burun tənəffüsünün pozulması: a) orta dərəcəli - əhəmiyyətli birtərəfli, bir qədər (mötədil) ikitərəfli b) güclü dərəcəli - kəskin birtərəfli, əhəmiyyətli ikitərəfli c) tam ikitərəfli - burunun kəskin deformasiyası tın-tınlıq (burunda danışma)	10 15 30
37	Burun sümüklərinin bitişmiş sınığı - burun tənəffüsünün pozulmaması və yaxud birtərəfli mötədil (bir qədər) pozulması ilə	-

38	Zədələnmə nəticəsində qırtlaq və nəfəs borusunun funksiya pozğunluqları: a) yüngül dərəcəli - fiziki gərginlik zamanı səsin xırıltılılığı b) orta dərəcəli - disfoniya, sakit vəziyyətdə tənəffüsün pozulması (təngənəfəslik) c) güclü dərəcəli - traxeostomiya borusundan daimi istifadə, afoniya (səsin itirilməsi)	10 35 60
39	Döş qəfəsinin qapalı travması nəticəsində baş vermiş və müayinə günündə tənəffüs sistemində funksiya pozğunluğu törətməyən (tibbi sənədlərdə təsdiq olunmuş) plevrit, pnevmaniya, hemotoraks, pnevmotoraks, plevropulmonal şok	-
40	Ağ ciyərin tənəffüs səthinin azalması, atelektaz və ağ ciyər çatmamazlığı ilə nəticələnən irinli proseslərlə müşayiət olunan travmatik plevrit, pnevmaniya, hemotoraks, hemopnevmtoraks, ağ ciyərin zədələnməsindən və s. sonrakı qalıq əlamətləri: a) yüngül dərəcəli - ürək döyünmə, döşdə ağrılar, fiziki gərginlik zamanı təngnəfəslik b) orta dərəcəli - uzun göyərməsi, zəiflik, arterial təzyiqin düşməsi, qara ciyərin böyüməsi, qarınüstü nahiyyənin pulsasiyası, cüzi yüklənmə zamanı təngnəfəslik v) güclü dərəcə - sakitlik vəziyyətində təngnəfəslik, cüzi fiziki gərginlik zamanı kəskin təngnəfəslik, göyərmə, ağ ciyərlərdə durğunluq əlamətləri, dərinin mərmərəbənzər rəngi,venoz damar torunun genişlənməsi.	15 25 40
41	Ağ ciyərin bir hissəsinin çıxarılması	40
42	Ağ ciyərin tam çıxarılması	60
43	Döş qəfəsinin daxilə keçən və onun üzvlərinin funksiya pozğunluqlarına səbəb olmayan yaralanmaları: a)döş qəfəsi orqanlarının zədələnməsi ilə b)döş qəfəsi orqanlarının zədələnməməsi ilə	- -
44	Qabırğaların bitişmiş sınıqları (döş qəfəsinin funksiya pozğunluğu və onun deformasiyası olmadan): a) bir-iki b) üç-dörd c) beş-altı d) yeddi-səkkiz e) doqquz-on f) on bir və ya daha çoxunun	- - - - - -

45	Travma nəticəsində döş qəfəsinin deformasiyası: a) tənəffüs aktı zamanı hərəkətiliyinin bir qədər (mötədil) məhdudlaşması b) tənəffüs aktı zamanı hərəkətililiyinin əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşması v) tənəffüs aktı zamanı hərəkətiliyin kəskin məhdudlaşması	15 30 40
46	Sınıq nəticəsində döş sümüyünün deformasiyası: a) bir qədər (mötədil) - divararalığı orqanlarının funksiya pozğunluqları olmadan b) əhəmiyyətli tənəffüs aktı zamanı döş qəfəsinin hərəkətililiyinin məhdudlaşması ilə v) kəskin - divararalığı orqanlarının funksiya pozğunluğu ilə	10 20 35
47	Döş sümüyünün bitişmiş sınığı (funksiya pozğunluğu olmadan)	-
Ürək damar sistemi		
48	Ürəyin, onun qışalarının və iri magistral damarlarının yaralanması nəticəsində baş vermiş ürək-damar çatmamazlığı a) I dərəcə - nəbzın tezləşməsi, fiziki gərginlikdən sonra təngənəfəslik, ürəyin ölçülərinin böyüməsi, ödemlər b) II dərəcə - əhəmiyyətli təngənəfəslik, ağ ciyərlərdə və qara ciyərdə durğunluq əlamətləri, daimi ödemlər, assit, boyun venalarının şişməsi c) III dərəcə - tənəffüs ritminin pozulması, ağ ciyərlərdə durğunluq əlamətləri, plevra boşluğunda ekssudat, qanhayxırma, ürək kisəsində ekssudat, assit, qara ciyərin sirrozu və s.	30 60 90
49	Ürəyin, onun qışalarının və iri magistral damarlarının qan dövrəni pozğunluğu ilə müşaiyyət olunmayan xəsarətləri	-
50	İri periferik damarların zədələnməsi nəticəsində baş vermiş qan dövrəni pozğunluqları: a) yüngül dərəcə - bir qədər (mötədil) ödem, nəbz vurmasının zəifləməsi b) orta dərəcəli - əhəmiyyətli ödem, nəbz vurmasının kəskin zəifləməsi c) güclü dərəcə - kəskin ödem, göyermə, limfostaz, trofik pozğunluqlar (yaralar)	10 15 20
51	İri periferik damarların funksiya pozğunluğu olmayan xəsarətlər	-
Həzm üzvləri		
52	Almacıq, əng və çənə sümüklərinin sınığı, həmçinin çənənin çıxığı nəticəsində çeynəmə aktının pozulması: a) yüngül dərəcə - çeynəmə aktının və dişləmənin bir qədər (mötədil) pozulması b) orta dərəcə - çeynəmə aktının və dişləmənin əhəmiyyətli pozulması	5 10

	v) güclü dərəcə - ağzın açılmasının və dişləmənin kəskin pozulması, çənənin deformasiyası	20
53	Almacıq, əng və çənə sümüklərinin bitişmiş sınığı (çeynəmə aktı pozulmamaqla)	-
54	Çənə sümüyünün öyrəncəli çıxığı Qeyd: Çənənin öyrəncəli çıxıqlarında ümumi əmək qabiliyyətinin itirilmə faizi o halda təyin edilir ki, sığorta haqqında qanunun qüvvədə olduğu dövrdə baş verməklə ilkin çıxığın əmələ gəlməsindən sonrakı bir il ərzində törənmiş olsun	-
55	Əng və çənə sümüklərinin bir hissəsinin itirilməsi	40
56	Çənənin itirilməsi Qeyd: 55-56-cı maddələrdə göstərilən ümumi əmək qabiliyyətinin daimi itirilmə faizlərində dişlərin də itirilməsi hesaba alınmışdır (sayından asılı olmayaraq)	80
57	Dilin itirilməsi: a) distal üçdə-biri səviyyəsində b) orta üçdə-biri səviyyəsində v) tam	15 35 70
58	Daimi dişlərin itirilməsi: 2-3 dişin 4-8 dişin 9-12 dişin 13 və daha çox dişin Qeyd: 1. travma nəticəsində daimi dişin sınığı onun itirilməsi deməkdir 2. protez və süd dişlərinin itirilməsində və sınığında sığorta dəyəri ödənilmir 3. çənənin sınığı nəticəsində dişlərin itirilməsi zamanı ümumi əmək qabiliyyətinin itirilmə faizi 52 və ya 53 maddələrlə və 58-ci maddə toplanmaqla təyin edilir	5 10 15 20
59	Ağız daralması, ağız suyu fistulasının əmələ gəlməsi: a) yüngül dərəcə b) orta dərəcə v) güclü dərəcə	10 20 30
60	Yemək borusunun və ya udlağın yanıq və yaxud yaralanma nəticəsində daralması: a) mötədil - bərk qidanın keçməsi zamanı çətinlik b) əhəmiyyətli - yumşaq qidanın keçməsi zamanı çətinlik v) kəskin - duru qidanın keçməsi zamanı çətinlik q) keçməməzlik (qastrostoma)	25 40 70 90
61	Udlağın və ya yemək borusunun funksiya pozğunluğu törətməyən xəsarətləri, o cümlədən mil salıb, genişləndirdikdən sonra	-

62	Mədə-bağırsaq yolunun funksiya pozğunluğu: a) dispeptik pozğunluqlar, qastrit, pankreatit, enterit, kolit b) bitişmə keçməməzliyi (bitişmə keçməməzliyi ilə əlaqədar aparılmış cərrahi əməliyyatdan sonrakı vəziyyət), bitişmə xəstəliyi c) bağırsaq svişi d) qeyri-təbii arxa keçəcək	15 30 50 75
63	Qarın boşluğunun travması ilə əlaqədar aparılmış cərrahi əməliyyat nəticəsində əmələ gəlmiş yırtıq	-
64	Travma nəticəsində qara ciyərin zədələnməsi və yaxud öd kisəsinin kəsilib götürülməsi, təsadüfi kəskin zəhərlənmə nəticəsində inkişaf etmiş hepatit	20
65	Travma nəticəsində qara ciyərin bir hissəsinin kəsilib götürülməsi	35
66	Travma nəticəsində dalağın kəsilib götürülməsi	40
67	Travma nəticəsində mədənin kəsilib götürülməsi	80
68	Mədənin, mədəaltı vəzinin və ya bağırsağın bir hissəsinin kəsilib götürülməsi	30
69	Qarın boşluğunun travması ilə əlaqədar aparılmış laparotomiya: a) qarın boşluğu üzvlərinin zədələnməsi olmadan b) qarın boşluğu üzvlərinin zədələnməsi ilə (onların funksiya pozğunluğu olmadan) Qeyd: qarın boşluğu üzvlərinin cərrahi müdaxilə tələb olunan travmalarında üzvün tam və ya hissəvi çıxarılması əməliyyatı icra olunmuşdursa və yaxud onların funksiya pozğunluğu baş vermişdisə, o zaman ümumi əmək qabiliyyətinin daimi itirilmə faizi "Cədvəlin" 62-68-ci maddələri üzrə təyin edilir. Bu zaman 69-cu maddə tətbiq olunmur.	- -
Sidik cinsiyyət sistemi		
70	Böyrəklərin çıxarılması	50
71	Sidik-ifrazat sistemi funksiyasının pozulması: a) sistit, uretrit, pielositit, sidik axarının və ya sidik kanalının bir qədər daralması b) sidik axarının və ya sidik kanalının əhəmiyyətli daralması, sidik kisəsinin həcmnin azalması, böyrəyin bir hissəsinin çıxarılması c) sidik cinsiyyət fistulları, sidik axarının və ya sidik kanalının keçməməzliyi	10 25 40
72	Sidik ifrazat sisteminin funksiya pozğunluğu törətməyən xəsarətləri	-
73	Cinsiyyət sistemi orqanlarının xəsarətlərinin ağırlığı nəzərə alınmaqla nəticələri	15,30,50
74	Cinsiyyət sistemi orqanlarının funksiya pozğunluğunu törətməyən xəsarətləri (cırilmalar, yanıqlar, donmalar)	2

	Yumşaq toxumalar	
75	Üzdə və ya boyunun ön-yan səthində yerləşən yanıq, donma və ya yaralanmalar nəticəsində əmələ gəlmiş çapıqlar: a) yüngül dərəcəli - uzun kosmetikasının bir qədər pozulması (kosmetik nəzərə çarpan çapıqlar, geniş pigment ləkələri) b) orta dərəcəli - uzun kosmetikasının əhəmiyyətli pozulması v) güclü dərəcəli - uzun eybəcərlişməsi Qeyd: üz nahiyyəsinin şərti sərhədləri vardır: yuxarı - başın tük örtüyünün kənarı; yan - qulaq seyvanı əsasının arxa kənarı; aşağı - çənə sümüyü cismnin bucağı və aşağı kənarı	- - 25
76	Gövdə və ətraflarda müxtəlif travmalar nəticəsində əmələ gəlmiş çapıqlar: a) sahəsi 1%-dən az olan (yumşaq toxumaları darta kelloid çapıqlar) b) sahəsi 1-2% olan v) sahəsi 3-4% olan q) sahəsi 5-10% olan d) sahəsi 10%-dən çox olan Qeyd: 1. Bədən səthinin bir faizi müayinə olunanın əlinin ovuc səthinin sahəsinə bərabərdir. 2. Əgər çapıq funksiya pozğunluğuna səbəb olursa 76-cı maddə tətbiq olunmur. Belə hallarda "Cədvəl" funksiya pozğunluğunun dərəcəsi nəzərə alınmaqla, müvafiq maddələrini tətbiq etmək lazımdır.	- 10 15 25 35
77	Gövdədə və ətraflarda yanıq və donmalar nəticəsində, ən azı altı həftəlik müalicədən sonra əmələ gəlmiş geniş pigment ləkələri (orqanın funksiya pozğunluğu olmadan)	-
78	Yumşaq toxumalarda sorulmamış hematomaların, funksiya pozğunluğu verməyən posttravmatik periostitin olması ilə müşayiət olunan xəsarətlərin nəticələri	-
	Dayaq-hərəkət sistemi Onurğa sütunu	
79	Onurğanın hər-hansı şöbəsinin travması nəticəsində (büzdüm müstəsna olmaqla), onun funksiyasının pozulması: a) yüngül dərəcə - mütədil ağrı sindromu ilə hərəkətin deformasiya olmadan bir qədər məhdudlaşması b) orta dərəcə - hərəkətliliyin əhəmiyyətli (xeyli) məhdudlaşdırılması, mütədil deformasiya, ağrı sindromu v) güclü dərəcə - hərəkətliliyin kəskin məhdudlaşdırılması, əhəmiyyətli deformasiya, ağrı sindromu	15 30 50
80	Onurğa funksiyasının pozulmasına səbəb olmayan fəqərələrin bitişmiş sınıqları (fəqərələrin arxa və köndələn çıxıntıları istisna olmaqla)	-
81	Onurğa funksiyasının pozulmasına səbəb olmayan bir və ya bir neçə köndələn və arxa çıxıntıların bitişmiş sınığı	-
82	Büzdüm fəqərələrinin sınığı yaxud çıxığı nəticəsində daimi ağrı sindromu (koksipodiniya)	-

83	Travma nəticəsində büzdüm və yaxud onun bir hissəsinin çıxarılması	20
	Yuxarı ətraf Kürək və körpücük sümükləri	
84	Kürək sümüyünün, körpücük sümüyünün sınıqları, körpücük-akromial və yaxud döş-körpücük birləşmələrinin qopması nəticəsində çiyin qurşağı funksiyasının pozulması: a) yüngül dərəcə - mötədil deformasiya, əzələlərin hipotrofiyası, ətraflarda qüvvənin zəifləməsi b) orta dərəcə - əhəmiyyətli deformasiya, hipotrofiya, bazu oynaqında hərəkətlərin bir qədər məhdudlaşması v) güclü dərəcə - kəskin deformasiya, çiyin qurşağı əzələlərinin kəskin atrofiyası, bazu oynaqında hərəkətlərin kəskin məhdudlaşması	Sağ sol 10 10 20 15 25 20
85	Çiyin qurşağı funksiyasını pozmayan kürək və körpücük sümüklərinin bitişmiş sınıqları, körpücük-akromial, döş-körpücük birləşmələrinin qopması	- -
	Bazu oynaqı	
86	Bazu oynaqının ankilozu (hərəkətsizlik)	50 40
87	Travmadan sonra bazu və kürək sümüklərinin bir hissəsinin rezeksiyası nəticəsində əmələ gəlmiş sallanan bazu oynaqı	60 50
88	Bazu oynaqında hərəkət məhdudlaşması (kontraktura) a) yüngül dərəcə - bir qədər nəzərə çarpan (mötədil) kontraktura qolların önə aparılması (qatlama) - 170° - 120° qolların arxaya aparılması (açılma) - 60° - 40° qolların kənara aparılması - 150° - 120° b) orta dərəcə - əhəmiyyətli nəzərə çarpan kontraktura qolların önə aparılması (qatlama) - 115° - 75° qolların arxaya aparılması (açılma) - 35° - 30° qolların kənara aparılması-(uzaqlaşdırma) - 115° - 75° c) güclü dərəcə - kəskin nəzərə çarpan kontraktura əllərin önə aparılması (qatlama) - 75° -dən az əllərin arxaya aparılması (açılma) - 30° -dən az əllərin kənara aparılması - (uzaqlaşdırma) - 75° -dən az Qeyd: bazu oynaqında normada hərəkətlərin həcmi: əllərin önə aparılması (qatlama) 180° ; əllərin arxaya aparılması (açılma) - 60° - 70° ; əllərin kənara aparılması (uzaqlaşdırma) - 180° . Hərəkət: içəri - 90° , bayıra - 50° .	10 10 20 15 40 30

89	Bazunun (öyrəncəli) çıxığı Qeyd: 1) bazunun çıxığı bazu oynanının funksiya pozğunluğuna səbəb olduqda, ümumi əmək qabiliyyətinin daimi itirilmə faizi 88-ci maddə ilə təyin olunur. 2) bazunun öyrəncəli çıxıqlarında ümumi əmək qabiliyyətinin daimi itirilmə faizi yalnız o halda təyin edilir ki, çıxıq, birincili çıxığın baş verdiyi gündən sonrakı bir il ərzində - sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddətdə baş vermiş olsun; adəti çıxıqların residiv hallarında sığorta dəyəri ödənilmir.	20	15
90	Bağların, oynaq kisəsinin cırılması, bazunun çıxığı və ya oynaqı təşkil edən sümüklərin sınığı, oynaq funksiyasının pozulması olmadan	-	-
	Bazu		
91	Yuxarı ətrafın və kürəyin (və ya onun bir hissəsinin) olmaması (itirilməsi)	80	75
92	Bazu oynaqında ekzartikulyasiyadan sonra yuxarı ətrafın itirilməsi (olmaması) və yaxud bazunun yuxarı üçdə-biri səviyyəsində güdül	75	70
93	Bazunun orta və yaxud aşağı üçdə-biri səviyyəsində güdül	70	65
94	Yalançı oynaq və yaxud bazu sümüyünün bitişməmiş sınığı	65	50
95	Bazunun funksiya pozğunluğu törətməyən bitişmiş sınığı	-	-
	Dirsək oynaqı		
96	Oynaqı təşkil edən sümüklərin rezeksiyası nəticəsində törənmiş sallanan bazu oynaqı	50	40
97	Dirsək oynaqının ankilozu (hərəkətsizlik): a) əlverişli funksional vəziyyətdə (60°-90° bucaq altında) b) əlverişsiz funksional vəziyyətdə (bucaq 60°-dən az, 90°-dən çox bucaq altında)	35 45	30 35
98	Dirsək oynaqında hərəkət məhdudlaşması (kontraktura): a) yüngül dərəcə - bir qədər nəzərə çarpan kontraktura; qatlama - 50°-60°, açılma - 175°-160° b) orta dərəcə - əhəmiyyətli nəzərə çarpan kontraktura; qatlama - 60°-90°, açılma 155°-140° v) kəskin nəzərə çarpan kontraktura; qatlama 90°-dən az, açılma 140°-dən az Qeyd: normada dirsək oynaqında hərəkətin həcmi: qatlama - 30°-40°, açılma - 180°, hərləmə - 180°	10 20 30	10 15 25
99	Oynaqı təşkil edən sümüklərin bitişmiş sınığı, bağ aparatının və yaxud oynaq kisəsinin funksiya pozğunluğunu törətməyən cırılması	-	-
	Said		
100	Dirsək oynaqında ekzartikulyasiya nəticəsində saidin itirilməsi (olmaması) və yaxud yuxarı üçdə-biri səviyyəsində güdül	70	65
101	Saidin orta və yaxud aşağı üçdə-biri səviyyəsində güdül	65	60
102	Yalançı oynaq, bitişməyən sınıq; Saidin bir sümüyündə;	25	20

	Saidin hər iki sümüklərində;	40	35
103	Saidin funksiyasının pozulması: a) yüngül dərəcə - dirsək və mil-bilək oynaqlarında hərəkət məhdudluğunun olmaması, pronasiya və supinasiyanın bir qədər pozulması (60 ⁰ -yə qədər) əzələ hipotrofiyası b) orta dərəcə - pronasiya və supinasiyanın əhəmiyyətli dərəcədə pozulması (45 ⁰ -yə qədər), mötədil deformasiya, dirsək və mil-bilək oynaqlarında bir qədər (mötədil) hərəkət məhdudluğu v) ağır dərəcədə - pronasiya və supinasiyanın kəskin pozulması (30 ⁰ -yə qədər) əhəmiyyətli deformasiya, dirsək və mil-bilək oynaqlarında əhəmiyyətli dərəcədə hərəkət məhdudluğu	10 15 25	10 15 20
104	Saidin funksiyasını pozmayan bir və yaxud hər iki said sümüyünün bitişmiş sınığı	-	-
	Mil bilək oynağı		
105	Mil-bilək oynağının ankilozu: a) funksional əlverişli vəziyyətdə b) funksional əlverişsiz vəziyyətdə	30 40	25 35
106	Mil-bilək oynağında hərəkət məhdudluğu (kontraktura): a) yüngül dərəcə - bir qədər nəzərə çarpan kontraktura qatlama - 140 ⁰ -160 ⁰ açılma - 145 ⁰ -150 ⁰ b) orta dərəcə - əhəmiyyətli (xeyli) nəzərə çarpan kontraktura qatlama - 155 ⁰ -160 ⁰ açılma - 155 ⁰ -160 ⁰ c) güclü dərəcə - kəskin nəzərə çarpan kontraktura qatlama - 160 ⁰ -dən az, açma - 160 ⁰ -dən az Qeyd: normada mil-bilək oynağında hərəkət həcmi: qatlama - 110 ⁰ -115 ⁰ , açma - 135 ⁰ -140 ⁰	10 15 25	10 15 20
107	Mil-bilək oynağının təşkil edən sümüklərin funksiya pozğunluğu törətməyən bitişmiş sınıqları	-	-
	Əl pəncəsi Bilək, əl darağı		
108	Əl pəncəsinin bilək və yaxud daraq sümükləri səviyyəsindən yerində olmaması (itirilməsi)	65	60
109	Bilək və yaxud daraq sümüklərinin bitişməmiş sınıqları və ya yalançı oynaqları	15	10
110	Bir və ya bir neçə bilək və daraq sümüklərinin bitişmiş sınığı, funksiya pozğunluğu olmadan	-	-
111	Bilək və darağın travması nəticəsində əlin funksiyasının pozulması (deformasiya, əzələ qüvvəsinin azalması, tutma qabiliyyətinin pozulması) a) yüngül dərəcə - bir qədər nəzərə çarpan b) orta dərəcə - əhəmiyyətli nəzərə çarpan v) güclü dərəcə - kəskin nəzərə çarpan	10 15 20	5 10 15

	Əl barmaqları	
	Birinci (baş) barmaq	
112	Dırnaq falanqasının deformasiyasına səbəb olan yumşaq toxumalarının çoxlu defekti	5 5
113	Güdü l səviyyəsi: a) dırnaq falanqasından b) falanqalararası oynaq lardan v) əsas falanqadan	10 10 15 15 20 15
114	Barmağın olmaması (itirilməsi)	25 20
115	Barmağın daraq sümüyü və yaxud onun bir hissəsi ilə birlikdə olmaması (itirilməsi)	30 25
116	Falanqalararası oynaq l ar anki lozu (hərəkətsizlik) a) barmağın funksional əlverişli vəziyyətində (yarı bükülmüş) b) barmağın bükülmüş funksional əlverişsiz (açılmış) vəziyyətində	10 10 15 10
117	İki oynaq l anki lozu (hərəkətsizlik) a) barmağın funksional əlverişli (yarı bükülmüş) vəziyyətində b) barmağın funksional əlverişsiz (tam açılmış, yaxud bükülmüş) vəziyyətində	15 10 20 15
118	Bilək-əl darağı oynaq l ının və barmağın hər iki oynaq l ının anki lozu (hərəkətsizlik): a) barmağın funksional əlverişli (yarı bükülmüş) vəziyyətində b) barmağın funksional əlverişsiz (tam açılmış yaxud bükülmüş) vəziyyətində	20 15 25 20
119	Kontraktura nəticəsində barmaq funksiyasının pozulması: a) bir qədər nəzərə çarpan, yaxud ağır hərəkətlilik b) əhəmiyyətli nəzərə çarpan funksional əlverişli (yarı bükülmüş) vəziyyətdə v) kəskin nəzərə çarpan, funksional əlverişsiz (tam açılmış yaxud bükülmüş) vəziyyətdə	10 10 15 10 20 15
	İkinci (şəhadət) barmaq	
120	Dırnaq falanqasının deformasiyasına səbəb olan, onun yumşaq toxumalarının əhəmiyyətli defekti, eləcə də dırnaq falanqasının distal yarısı səviyyəsində güdü l	5 5
121	Güdü l səviyyəsi: a) dırnaq falanqasının, proksimal yarısı, yaxud ikinci (distal) falanqaarası oynaq səviyyəsində b) orta falanqada yaxud birinci (proksimal) falanqa arası oynaqda v) əsas falanqada yaxud əl-darağı-falanqa oynaq l ında (barmağın olmaması)	10 10 10 10 20 15
122	Əl-darağı, yaxud onun bir hissəsi ilə birlikdə barmağın olmaması	20 15

123	Barmaq funsiyasının itirilməsi: a) mötədil (bir qədər) nəzərə çarpan kontraktura, yaxud barmaq oynaqlarında ağır hərəkətlilik, həmçinin ikinci (distal) falanqalar arası oynaqın ankilozu b) funksional əlverişli (yarı bükülmüş) vəziyyətdə barmağın kontrakturası, eləcə də birinci (proksimal) yaxud əl-darağı falanqa oynaqının ankilozu v) barmağın funksional əlverişsiz vəziyyətdə (tam açılmış, yaxud bükülmüş) kontrakturası, eləcə də iki və üç oynaqın ankilozu	10 5 15 10 20 15
-----	---	--------------------------------

	Üçüncü (orta), dördüncü (adsız) yaxud Beşinci (çəçələ) barmaqlar	
124	Güdü l səviyyəsi: a) dırnaq falanqasının, yaxud ikinci (distal) falanqaarası oynaqın səviyyəsində b) orta falanqanın yaxud birinci (poksimal) falanqaarası oynaqın səviyyəsində v) əsas falanqanın, yaxud əl darağı-falanqa oynaqı səviyyəsində (barmağın olmaması-itirilməsi)	5 5 10 10 15 10
125	Barmağın daraq sümüyü, yaxud onun bir hissəsilə birlikdə olmaması (itirilməsi)	15 15
126	Barmaq funsiyasının pozulması: a) barmaqda bir qədər (mötədil) nəzərə çarpan kontraktura, yaxud oynaqlarda ağır hərəkətlilik, eləcə də ikinci (distal) falanqalararası oynaqın ankilozu b) barmağın funksional əlverişli vəziyyətdə (yarı bükülü) kontrakturası, eləcə də birinci (proksimal), yaxud əl darağı falanqa oynaqının ankilozu v) barmağın funksional əlverişsiz vəziyyətində (tam açılmış, yaxud bükülmüş) kontrakturası, eləcə də iki və ya üç oynaqın ankilozu	5 5 10 10 15 15
	Bir əldə bir neçə barmaq	
127	Bir əldə iki barmağın olmaması (itirilməsi): a) birinci və ikincinin (I+II) b) birincinin üçüncü, dördüncü yaxud beşinci ilə (I+III), (I+IV), (I+V) v) ikincinin üçüncü, dördüncü, yaxud beşinci ilə (II+III), (II+IV), (II+V) q) üçüncünün dördüncü, yaxud beşinci ilə (III+IV), (III+V) d) dördüncü beşinci ilə (IV+V)	45 40 35 30 30 25 25 20 25 20

128	Bir əldə üç barmağın olmaması (itirilməsi): a) birinci və ikincinin üçüncü, dördüncü yaxud beşinci ilə (I+II+III), (I+II+IV) yaxud (I+II+V) b) birinci və üçüncünün dördüncü yaxud beşinci ilə (I+III+IV), (I+III+V) v) birinci və dördüncünün beşinci ilə (II+III+IV), q) ikinci və üçüncünün dördüncü yaxud beşinci ilə (II+III+IV), (II+III+V) d) ikinci və dördüncünün beşinci ilə (II+IV+V) e) üçüncü və dördüncünün beşinci ilə (III+IV+V)	50 45 45 35 35 35	45 40 40 30 30 30
129	Bir əldə dörd barmağın olmaması (itirilməsi) a) birinci, ikinci və üçüncünün dördüncü yaxud beşinci ilə (I+II+III+IV), (I+II+III+V) b) birinci, ikinci, dördüncü və beşinci birlikdə (I+II+IV+V) v) birinci, üçüncü, dördüncü və beşinci birlikdə (I+III+IV+V) q) ikinci, üçüncü, dördüncü və beşinci birlikdə (II+III+IV+V)	55 55 55 50	50 50 50 45
130	Bir əldə bütün barmaqların olmaması (itirilməsi)	60	55
131	əlin bütün barmqlarının kontrakturası a) yüngül dərəcə - hərəkətin bir qədər (mötədil) məhdudlaşması, yaxud ağır hərəkətlilik b) orta dərəcə - funksional əlverişli vəziyyətdə (yarıbükülmüş) v) güclü dərəcə - funksional əlverişsiz vəziyyətdə (tam açılmış, yaxud бүkүlmüş) eləcə də barmaq oynaqlarının ankilozu	35 50 60	25 40 55
132	əlin dörd barmağının kontrakturası a) yüngül dərəcə - hərəkətin bir qədər (mötədil) azalması, yaxud ağır hərəkətlilik b) orta dərəcə - funksional əlverişli vəziyyətdə (yarıbükülmüş) v) güclü dərəcə - funksional əlverişsiz vəziyyətdə (tam açılmış, yaxud бүкүlmüş) eləcə də barmaq oynaqlarının ankilozu	30 45 55	20 35 50
133	falanqların (falanqanın) bitişmiş sınığı, barmaq funksiyasını pozmayan bir və ya bir neçə barmaq oynağının yaxud vətərlərin zədələnməsi	-	-
Çanaq			
134	Sümüklərin sınması, qasıq və oma-qalça birləşməsinin qopması nəticəsində çanaq funksiyasının pozulması a) yüngül dərəcə funksional əlverişli müvazinət vəziyyətində (açılmış, düzlənmiş) b) orta dərəcə - müvazinətin əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, bud-çanaq oynağında hərəkət məhdudluğu v) güclü dərəcə - müvazinətin əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, hər iki bud çanaq oynağında hərəkət məhdudluğu	20 30 50	
135	Çanaq funksiyasının pozulmasına səbəb olmayan, çanaq sümüklərinin sınığı, qasıq yaxud oma-qalça birləşməsinin qopması	-	
Aşağı ətraf Bud-çanaq oynağı			
136	Bud çanaq oynağının ankilozu (hərəkətsizlik)		

146	Bağ aparatının cırılması nəticəsində oynaqda artıq (patoloji) hərəkətlilik	10
147	Diz oynaqında hərəkət məhdudluğu (kontraktura): a) yüngül dərəcə - bir qədər (mötədil) nəzərə çarpan kontraktura qatlama (bükülmə) 80°-85° açılma 170°-175° b) orta dərəcə - əhəmiyyətli dərəcədə nəzərə çarpan kontraktura qatlama (bükülmə) 90°-100° açılma 165°-150° v) güclü dərəcə - kəskin nəzərə çarpan kontraktura qatlama (bükülmə) 100°-dən az açılma 150°-dən az Qeyd: normada diz oynaqında hərəkətin həcmi : qatlama (bükmə) 30°-40°, açılma 180°	10 20 30
148	Diz oynaqını əmələ gətirən sümüklərin bitişmiş sınığı, hemortroz, bağların cırılması, diz qapaqlarının zədələnməsi, funksiya pozğunluğuna səbəb olmadıqda	-
	Baldır	
149	Baldırın diz oynaqında ekzartikulyasiya nəticəsində itirilməsi və yaxud baldırın yuxarı üçdə-biri səviyyəsində güdülün olması	60
150	Baldırın orta və ya aşağı üçdə-biri səviyyəsində güdülün olması	50
151	Baldır sümüklərinin yalançı oynaqı və ya bitişməmiş sınığı: a) hər iki sümüyün b) qamış sümüyünün v) incik sümüyünün	45 35 10
152	Baldırın funksiyasının pozulması: a) yüngül dərəcə - müvazinətin bir qədər (mötədil) pozulması, ağrı sindromu, cüzi deformasiya (1-2 sm qısalma), diz və ya aşıq-baldır oynaqlarının birində hərəkətlərin bir qədər (mötədil) məhdudlaşması b) orta dərəcə - müvazinətin əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, ağrı sindromu, ödem, deformasiya, diz və aşıq baldır oynaqlarının hər ikisində hərəkətlərin bir qədər və ya bu oynaqlardan birində hərəkətlərin əhəmiyyətli dərəcədə məhdudlaşması. v) güclü dərəcə - müvazinətin kəskin pozulması, ağrı sindromu ödem, diz və aşıq-baldır oynaqlarının hər ikisində hərəkətlərin əhəmiyyətli dərəcədə pozulması və yaxud bu oynaqlardan birində hərəkətlərin kəskin məhdudlaşması, nəzərə çarpan deformasiya	15 25 40

153	Baldır sümüklərinin funksiya pozğunluğunu törətməyən bitişmiş sınığı: a) bir sümüyün b) hər iki sümüyün	- -
	Aşıq-baldır oynaqı	
154	Sallanan aşıq-baldır oynaqı	35
155	Aşıq-baldır oynaqının ankilozu (hərəkətsizliyi): a) funksional əlverişli vəziyyətdə (90-95 bucaq altında) b) funksional əlverişsiz vəziyyətdə (qalan bütün başqa vəziyyətlərdə)	25 35
156	Aşıq-baldır oynaqında hərəkətlərin məhdudlaşması (kontraktura): a) yüngül - bir qədər (mötədil) ifadə olunmuş kontrakturalar b) orta dərəcə - əhəmiyyətli dərəcədə ifadə olunmuş kontraktura c) güclü dərəcə - kəskin ifadə olunmuş kontraktura	10 15 20
157	Aşıq-baldır oynaqının funksiyasını pozmayan sümüklərin oynaqdaxili sınığı, hemartrozu, bağların cırılması, oynaqın çıxığı	-
	Ayaq	
158	Ayağın aşıq-baldır oynaqında ekzartikulyasiyası və yaxud daraqarası, daban və ya aşıq sümükləri səviyyəsində amputasiyası nəticəsində itirilməsi	40
159	Ayağın distal hissəsinin daraq sümükləri səviyyəsində amputasiyası nəticəsində itirilməsi	30
160	Aşıq və ya daban sümüklərinin sınığı, aşıqaltı çıxığı nəticəsində ayağın funksiyasının pozulması: a) yüngül dərəcə - müvazinətin bir qədər (mötədil) pozulması, ödem, ağrı sindromu b) orta dərəcə - müvazinətin əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, nəzərə çarpan ağrı sindromu, deformasiya, aşıq-baldır oynaqında hərəkətlərin bir qədər məhdudlaşması v) güclü dərəcə - müvazinətin kəskin pozulması, kəskin nəzərə çarpan ağrı sindromu, nəzərə çarpan deformasiya, aşıq-baldır oynaqında hərəkətlərin əhəmiyyətli dərəcədə pozulması	10 15 25
161	Ayağın və aşıq-baldır oynaqının funksiyasını pozmayan aşıq və daban sümüklərinin bitişmiş sınığı və aşıqaltı çıxığı	-
162	Travma (sümüklərin sınığı, çıxıq, yaralanmalar, yanıq, donma) nəticəsində ayağın funksiyasının pozulması: a) yüngül dərəcə - müvazinətin bir qədər (mötədil) nəzərə çarpan pozulması, cüzi deformasiya, ağrı sindromu b) orta dərəcə - müvazinətin əhəmiyyətli dərəcədə pozulması, nəzərə çarpan deformasiya, ağrı sindromu v) güclü dərəcə - müvazinətin kəskin pozulması, nəzərə çarpan deformasiya, dayanıqlı ağrı sindromu, o cümlədən yalançı oynaq və yaxud bir və ya bir neçə sümüyün bitişməmiş sınığı	10 15

		20
163	Ayağın funksiyasını pozmayan daraqarxası və daraq sümüklərinin bitişmiş sınığı	-
	Ayaq barmaqları	
164	Ayaq barmaqlarının hamısının ayaq darağı – falanqa oynaqlarından ekzartikulyasiya və ya əsas falanqalar səviyyəsində amputasiyası nəticəsində itirilməsi	25
165	Birinci barmağın ayaq darağı sümüyü və ya onun bir hissəsilə birlikdə itirilməsi	15
166	Birinci barmağın darağı-falanqa oynaqında ekzartikulyasiyası nəticəsində itirilməsi və yaxud güdülün əsas falanqa səviyyəsində olması	10
167	Birinci barmağın funksiyasının travma nəticəsində pozulması və yaxud dırnaq falanqasının itirilməsi	5
168	Birinci barmağın falanqasının (falanqalarının) funksiya pozğunluğunu törətməyən bitişmiş sınığı və ya çıxığı	-
169	Ayaq barmağının daraq-falanqa oynaqından ekzartikulyasiya nəticəsində itirilməsi və yaxud güdülün əsas falanqa səviyyəsində olması (birincidən başqa)	5
170	Barmağın daraq sümüyü və yaxud onun bir hissəsi ilə birlikdə (birinci barmaqdan başqa) itirilməsi	10
171	Barmağın funksiyasının pozulması və yaxud bir-iki falanqanın (birinci barmaqdan başqa) itirilməsi: bir-iki barmağın üç-dörd barmağın Qeyd: Ayağın iki barmağının (birinci barmaqdan başqa) sınığı nəticəsində, barmaqlardan birinin funksiyası pozularsa, onda 171-ci maddəyə əsasən ümumi əmək qabiliyyətinin daimi itirilməsi 5% təyin edilir.	5 10
172	Barmaqların funksiya pozğunluğunu törətməyən bitişmiş sınığı (birinci barmaqdan başqa): bir-iki barmağın üç-dörd barmağın	- -
173	Posttravmatik tromboflebit, limfostaz, trofiki pozğunluqlar: a) yüngül dərəcəli b) orta dərəcəli v) güclü dərəcəli Qeyd: bu maddə sığorta olunanın travma aldığı gündən azı 9 ay keçdikdən sonra müayinəsində tətbiq olunur	5 10 15
174	Travmatik osteomielit, funksiya edən svişlər, irinli proseslər Qeyd: əl və ayaq barmaqlarının irinli prosesi 174-cü maddəni tətbiq etməyə əsas vermir	10
175	Protezlənməmiş güdülün istənilən lokalizasiyalı sınığı	

Qeyd; a) uşaqlarda əmək qabiliyyətinin itirilməsi mövcud olan «qaydalarda» müəyyən edilmiş ümumi qaydalara əsasən təyin edilir.

b) əlillərdə aldığı xəsarət ilə əlaqədar əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilməsi, əlillikdən və onun qrupundan asılı olmayaraq sağlam şəxslərdə olduğu kimi təyin edilir.

Peşəkar (professional) əmək qabiliyyətinin tam itirilməsi.

Peşə əmək qabiliyyəti – insanın müəyyən bir peşə sahəsində işləmək bacarığı nəzərdə tutulur. Peşəkar əmək qabiliyyətinin tam itirilməsi, yəni onun 100% itirilməsi nəzərdə tutulur.

Hamiləliyin pozulması.

Müddətindən asılı olmayaraq hamiləliyin pozulması, orqanizmin fərdi xüsusiyyətlərindən asılı deyilsə, xəsarətlə birbaşa səbəbli əlaqəsi varsa, ağır zərər vurmaya aid edilir. Belə hadisələrdə məhkəmə-tibbi ekspertiza mama-ginekoloqla birgə aparılır.

Sifətin silinməz dərəcədə eybəcərləşdirilməsi

Məhkəmə-tibbi eksperti xəsarəti sifətin eybəcərləşdirilməsi kimi qiymətləndirə bilməz. Belə ki, bu tibbi məfhum deyildir. Ekspert adi əlamətlərə əsasən bədən xəsarətinin ancaq xarakterini və sağlamlığa zərər vurma dərəcəsini, eləcə də silinməz olub- olmamasını təyin edir.

Sifətin silinməz xəsarətləri dedikdə sifətdə, eləcə də qulaq seyvanlarında elə patoloji dəyişikliklər (kobud çapıqlar, burunun və qulağın hissəvi, eləcə də tam amputasiyaları, deformasiya, mimika və çeynəmə pozğunluqları, kəskin nəzərə çarpan asimmetriya və s.) başa düşülür ki, onlar vaxt keçdikcə bərpa olunmur, geri dönməzdirlər və onları aradan qaldırmaq üçün cərrahi müdaxilə (kosmetik əməliyyatlar) lazımdır. Vaxt keçdikcə öz gedişləri boyu və eləcə də qeyri-cərrahi vasitələrlə əhəmiyyətli dərəcədə bərpa olunan, çəkilib gedən xəsarətlər isə sifətin silinən xəsarətləri kimi başa düşülməlidir.

Narkomanlıq və ya toksikomanlıqla xəstələnmə

Narkomanlıqla, toksikomanlıqla xəstələnmə ilə nəticələnmiş sağlamlığa zərər vurmanın dərəcəsini qiymətləndirilməsi uyğun olaraq məhkəmə-narkoloji, məhkəmə-toksikoloji ekspertizaların aparılmasından sonra məhkəmə-tibb eksperti tərəfindən narkoloqun, toksikoloqun iştirakı ilə keçirilir.

31.2. Sağlamlığa az ağır zərər vurma (Azərbaycan Respublikası CM, maddə 127)

Az ağır zərər vurma əlamətlərinə aiddirlər:

- həyat üçün təhlükəliliyin olmaması;

- hazırkı «Qaydalarada» nəzərdə tutulmuş ağır zərərvurmanın əlamət və nəticələrinin olmaması;
- səhhətin uzun müddətə pozulması;
- ümumi əmək qabiliyyətinin üçdə-birindən az hissəsinin əhəmiyyətli dərəcədə dayanıqlı itirilməsi (10-33%).

Səhhətin uzun müddətə pozulması

Səhhətin uzun müddətə pozulması dedikdə, xəsarətlə bilavasitə əlaqəli nəticələrin (xəstəlik, funksiya pozğunluğu və s.) 21 gündən (3 həftədən) çox davam etməsi başa düşülməlidir.

Əmək qabiliyyətinin üçdə-birindən az hissəsinin dayanıqlı itirilməsi

Əmək qabiliyyətinin üçdə-birindən az hissəsinin əhəmiyyətli dərəcədə dayanaqlı itirilməsi dedikdə, ümumi əmək qabiliyyətinin 10 faizdən 33 faizə qədərini itirilməsi nəzərdə tutulur.

31.3. Sağlamlığa yüngül zərər vurma (Azərbaycan Respublikası CM, maddə 128)

Yüngül zərər vurmanın əlamətləri aşağıdakılardır:

- səhhətin qısa müddətə pozulması;
- əmək qabiliyyətinin cüzi hissəsinin dayanıqlı itirilməsi.

Səhhətin qısa müddətə pozulması səhhətin bilavasitə xəsarətlə əlaqədar 6 (altı) gündən artıq, ancaq 21 (iyirmi bir) gündən (3 (üç) həftədən) çox olmayan bir müddətdə pozulması nəzərdə tutulur.

Əmək qabiliyyətinin cüzi dayanıqlı itirilməsi dedikdə ümumi əmək qabiliyyətinin 10%-ə qədər itirilməsi nəzərdə tutulur.

Səhhəti qısa müddətə pozan yüngül zərər vurmaya aid edilə bilərlər:

- 1) XI-XII qabırğalar istisna olmaqla 1(bir) qabırğanın fraqmentlərinin yeri dəyişməyən sınıqları.
- 2) Burun sümüyünün cərrahi müdaxilə tələb etməyən əhəmiyyətli deformasiyası olmayan sınığı.
- 3) Əl və ayaq barmaqlarının falanqa sümüklərinin sadə (yerini dəyişməyən, qəlpəsiz) sınıqları (əllərin I barmaqları, ayaqların I, II və III barmaqları istisna olunmaqla).
- 4) Stasionar və ambulator müalicə alıb almamasından asılı olmayaraq cərrahi tikilən və ya cərrahi tikişə ehtiyacı olan yaralar.
- 5) Baş beyin silkələnməsi.

Qeyd: Həyat üçün təhlükəli olmayan baş beyin əzilmə və silkələnmələrinin zərər vurma dərəcəsinin təyininə bu zədələrə dair metodik tövsiyə rəhbər tutulmalıdır.

31.4. Döymə, əzab və işgəncə vermə.

Döymə xəsarətin ayrıca, xüsusi bir növünü təşkil etmir. Döymələr dəfələrlə, çoxlu zərbələrin yetirilməsi ilə xarakterizə olunur. Əgər döymədən sonra zərərçəkənin bədənində xəsarət qalarsa, onların sağlamlığa zərər vurma dərəcəsi adi əlamətlərə görə təyin edilir. Əgər döyülmədən sonra zərərçəkənin bədənində hər-hansı bir xəsarət izi (əlaməti) qalmırsa, məhkəmə-tibb eksperti öz rəyində zərərçəkənin şikayətini qeyd edir, göstərir ki, xəsarətin obyektiv əlaməti yoxdur və bədən xəsarətinin zərər vurmasını təyin etmir. Belə hallarda döyülmə faktını təyin etmək təhqiqat orqanlarının, ilkin istintaqın, prokurorluğun və məhkəmənin səlahiyyətinə aiddir.

Məhkəmə-tibb eksperti xəsarətləri əzab və işgəncə kimi qiymətləndirmir. Bu sualın həlli təhqiqat orqanlarının, ilkin istintaqın, prokurorluğun və məhkəmənin səlahiyyətinə aiddir.

Buna baxmayaraq məhkəmə-tibb eksperti aşağıdakıları təyin etməlidir:

- xəsarətlərin mövcud olmasını və xarakterini;
- xəsarətlərin törənmə müddətləri arasındakı fərqi;
- aləti və xəsarətin yetirilmə üsulunun əlamətlərini (tibbi məlumatlara görə).

Xəsarətlərin yetirilmə üsulları dedikdə aşağıdakılar başa düşülür:

- a. şəxsi uzun müddət qidadan, sudan, istilikdən, sığınacaqdan məhrum etmə və yaxud səhhəti üçün zərərli şəraitdə saxlama və başqa oxşar hərəkətlərlə yetirilmiş əməllər (əzab);
- b. şəxsə dəfələrlə və ya uzun müddət ərzində ağrılar yetirmə-çimdikləmək, kəsib-doğramaq, küt və iti batıcı alətlə çoxlu, lakin kiçik ölçülü xəsarətlər yetirmə, termiki faktorlarla təsir etmə və buna oxşar digər hərəkətlərlə əlaqəli əməllər (işgəncə).

31.5. Sağlamlığa zərər vurmanın təyininin aparılma qaydaları.

Məhkəmə-tibb eksperti sağlamlığa zərər vurmanı təyin etmək məqsədi ilə məhkəmə-tibbi ekspertizası keçirdikdə zərərçəkmişin özünü müayinə edir. Bu ekspertizanın ancaq tibbi sənədlər (xəstəlik tarixi, ambulator xəstənin tibbi kartası-vərəqəsi və s.) əsasında keçirilməsinə çox az hallarda yol verilir. Belə hallarda

ekspertizaya xəsarətlərin xarakteri, klinik gedişi və ekspertizaya vacib olan digər məlumatlar kifayət qədər qeyd edilmiş tibbi sənədlərin əsli təqdim edilməlidir.

Məhkəmə-tibb eksperti müayinə olunanın şəxsiyyətini onun pasportu və ya pasportu əvəz edən digər sənəd əsasında müəyyənləşdirir; xəsarətin yetirilmə şəraitini, şikayətləri və lazım olan başqa məlumatları müayinə olunanın özündən soruşur; iş materialları və tibbi sənədlərlə tanış olur. Bütün əldə olunmuş məlumatlar ekspert rəyinə (akta) qeyd edilir.

Qeyd: bəzi hallarda müayinə olunanın şəxsiyyətinin təhqiqat və istintaq işçiləri də təsdiq edə bilərlər. Azyaşlıların müayinəsində müayinə olunanın fotosəkli (iki ədəd) ekspertizaya təqdim olunmalıdır.

Məhkəmə-tibb eksperti ekspertizanı təyin etmiş şəxsin və ya orqanın qarşısında ekspertizanın keçirilməsi üçün zəruri tibbi sənədlərin təqdim olunması barədə vəsatət qaldırır.

Qeyd: Səhiyyə müəssisələrinin rəhbərləri və həkimləri, məhkəmə-tibbi ekspertiza apararkən klinik müayinələrin aparılmasında, laborator analizlərin, məsləhətlərin keçirilməsində ekspertə köməklik etməyə borcludurlar.

Məhkəmə-tibb ekspertiza aparıldıqda ekspert tibbi sənədlərin əslindən istifadə etməlidir. Çox az hallarda tibbi sənədlərin surətlərindən və onlardan çıxarışdan istifadə etməyə yol verilir, bir şərtlə ki, həmin sənədlərdə xəsarətlərin xarakteri, kliniki gedişi tam, mükəmməl əks olunsun. Həmin sənədlər həkimin imzası və tibb müəssisəsinin möhürü ilə təsdiq edilməlidir.

Zəruri hallarda məhkəmə-tibb eksperti zərərçəkənin müayinəsindən başqa, cəlb edilmiş müvafiq mütəxəssislərin əlavə müayinələrindən istifadə edə bilər. Belə hallarda «Ekspert rəyində» (akt)da şəxsin harada, nə vaxt, kim tərəfindən müayinə edilməsi və bu zaman hansı faktların müəyyənləşdirilməsi və mütəxəssisin hansı nəticəyə gəlməsi öz əksini tapmalıdır. Ekspert yazılı surətdə təqdim edilmiş müayinələrin nəticələrini nəzərə almaqla «Rəy» tərtib edir.

Məhkəmə-tibb eksperti xəsarətlə əlaqədar xəstəliyin xarakterini və müddətini və yaxud funksiyasının pozulmasını qiymətləndirərək, ekspertizanın gedişində müəyyən edilmiş obyektiv tibbi məlumatlara əsaslanmalıdır. Tibbi sənədlərdə xəstəliyin davam etmə müddəti xəsarətin xarakterinə uyğun gəlmirsə və obyektiv məlumatlarla təsdiq edilmirsə, ekspert öz nəticəsində həmin halı qeyd edərək, əldə olunmuş məlumatlara əsasən bədən xəsarətlərinin sağlamlığa zərər vurma dərəcəsini təyin edir.

Bədən xəsarəti yetirildikdən sonra əvvəlki xəstəliklərin kəskinləşməsi, eləcə də bədən xəsarətlərinin təsadüfən baş vermiş digər nəticələri, orqanizmin fərdi xüsusiyyətləri, tibbi yardım göstərilərkən törənmiş defektlər və s. nəticəsində əmələ gəlmiş hallar özlüyündə bədən xəsarətinin sağlamlığa zərər vurma dərəcəsinin dəyişməyə əsas verməməlidir.

Belə hallarda məhkəmə-tibb eksperti öz rəyində baş vermiş ağırlaşma və yaxud ağırlaşmanın xarakterini göstərməklə onların mövcud bədən xəsarəti ilə hansı səbəbli əlaqələri olmasını qeyd etməyə borcludur.

Bədənin sağlam cüt hissəsinin və ya cüt üzvünün zədələnmələrində eyni adlı cüt hissəsinin və ya eyni adlı digər cüt üzvün pozulmuş funksiyası nəzərə alınmadan ancaq yetirilmiş travmanın nəticəsi qiymətləndirilməlidir.

Ölüm hallarında xəsarət aşkar edilərsə məhkəmə-tibb eksperti öz nəticəsində digər sualları həll etməklə yanaşı aşağıdakıları göstərməli və əsaslandırmalıdır:

- a. ölümün səbəbini;
- b. xəsarətlə ölüm arasında səbəbli əlaqənin olub-olmamasını.

Əgər ekspertiza təyin edilməsi barədə qərarda bədən xəsarətlərinə dair sual qoyulmuşsa, məhkəmə-tibb eksperti meytdə ağır, az ağır, yüngül zərər vurmanın əlamətlərinin olub-olmamasını göstərir.

Məhkəmə-tibb eksperti ölümlə xəsarətin səbəbli əlaqəsini təyin etdikdə, bədən xəsarətlərini şərtsiz (mütləq) və şərti (nisbi) ölümcül kimi xarakterizə etməməlidir. Çünki Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsində belə bölünmə yoxdur.

Sağlamlığa zərər vurmaya dair ekspertiza keçirildikdə ekspert rəyində (aktı) aşağıdakılar mütləq əks olunmalıdır:

- 1) Tibbi nöqteyi nəzərdən xəsarətlərin xarakteri (sıyrıq, qançır, yara, sınıq və s.) onların yerləşdikləri nahiyələr (lokalizasiyaları) və xüsusiyyətləri.
- 2) Xəsarət yetirə biləcək alət və ya vasitənin növü.
- 3) Xəsarətlərin əmələ gəlmə mexanizmi.
- 4) Xəsarətlərin yetirilmə müddəti (vaxtı).
- 5) Təyini (kriteriya) əlamətlərini-həyat üçün təhlükəlilik, səhhətin pozulması, əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilməsi və s. göstərməklə bədən xəsarətlərinin sağlamlığa zərər vurma dərəcəsini.

Qeyd: Əgər ekspert zərərçəkənin müayinəsində xəsarətlərin müxtəlif törənmə mənsəllərini aşkar edərsə, onların hər birinin nə ilə və hansı vasitə ilə törənməsini göstərməlidir;

Əgər xəsarətlərin müxtəlif törənmə müddətləri aşkar edilərsə, onların dəfələrlə (təkrari) yetirilməsi qeyd edilməklə, törənmə müddətləri və sağlamlığa zərər vurma dərəcələri ayrı-ayrılıqda göstərilməlidir.

«Ekspert rəyinin» (aktın) nəticə hissəsi ekspertiza keçirilərkən aşkar edilmiş məlumatların analizinin nəticəsidir. Bu ətraflı və elmi əsaslandırılmalıdır.

Sağlamlığa zərər vurmağın təyində təxmini fikir yürütməklə ilkin nəticəyə gəlmək yol verilməzdir.

Obyektiv məlumatlarla xəsarətin həyat üçün təhlükəli olması təyin edilərsə və yaxud həyat üçün təhlükəli olmayan xəsarətin gedişi şübhə doğurmursa,

məhkəmə-tibb eksperti bədən xəsarətinin sağlamlığa zərər vurma dərəcəsini onun aqibətini gözləmədən müəyyən etməlidir.

Aşağıdakı hallarda məhkəmə-tibb eksperti bədən xəsarətinin sağlamlığa zərər vurma dərəcəsini təyin etməyə tələsməyib gözləməlidir:

1. klinik şəklin aydın olmaması və ya zərərçəkənin ekspertizanı kifayət edəcək dərəcədə klinik laborator müayinələrindən keçirilməməsi;
2. həyat üçün təhlükəli olmayan xəsarətlərin nəticəsi aydın olmadıqda;
3. müayinə olunanın əlavə müayinədən imtina etməsi və yaxud təkrari müayinəyə gəlməməsi, əgər bunlar xəsarətin xüsusiyyətini, kliniki gedişini və nəticəsini düzgün qiymətləndirməyə imkan vermirsə;
4. sağlamlığa zərər vurmanın dərəcəsi və xarakterinin aydınlaşdırılmasında lazım olan tibbi sənədlərin, o cümlədən əlavə müayinələrin nəticələrinin olmaması.

Belə hallarda məhkəmə-tibb eksperti rəyinin nəticə hissəsində sağlamlığa zərər vurmanın dərəcəsinin təyin edilə bilməməsi səbəbini şərh edir, bu sualın həlli üçün hansı sənəd və məlumatların (tibbi sənədlər, əlavə müayinənin nəticələri və s.) vacibliyini göstərməklə təkrar müayinənin vaxtını təyin edir.

«Ekspert rəyi» ekspertizanın təyin etmiş şəxsə və yaxud onun göstərişinə əsasən səlahiyyətli nümayəndəyə təqdim edilir. Prokurorluq orqanlarının, DİN-n, məhkəmənin yazılı tapşırıqlarına (təliqə, göndəriş) əsasən tərtib olunmuş «Məhkəmə-tibbi müayinə aktları» tələb olunmadıqda, tərtib olunduqdan bir ay sonra aidiyyəti üzrə nəzarətedici orqanlara məlumat verilir.

Müayinə olunan şəxsə sənədin verilməsi prokurorluq, DİN və məhkəmənin yazılı icazəsindən sonra təqdim edilə bilər.

«Ekspert rəyinin» (aktın) çıxarışla və yaxud başqa sənədlə əvəz edilməsi qadağandır.

FƏSİL XXXII. SƏHHƏTİN VƏZİYYƏTİNİN, SİMULYASIYA -DİSSİMULYASIYA SÜNİ XƏSTƏLİK VƏ ÖZ-ÖZÜNƏ XƏSARƏT YETİRMƏ HALLARINDA APARILAN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZALAR.

Səhhətin vəziyyətinin müəyyən edilməsi ekspertizalarında əsasən müxtəlif ixtisaslı (cərrah, terapevt, infeksiyoz, uroloq və s.) həkimlərin iştirakı lazım gəlir. Bu səbəbdən ekspertizalar komissiya şəklində aparılır. Aşağıdakı hallarda məhkəmə-tibbi ekspertiza yolu ilə səhhətin vəziyyəti müəyyən edilir.

1. Şəxs xəstəliyinə görə ifadə verməkdən boyun qaçırdıqda.
2. Ağır xəstəliyi ilə əlaqədar sağlana kimi məhkum olunmuş şəxs barəsində azadlıqdan məhkum etmə, islah əmək işləri və digər cəza tədbirləri olan höküm təxirə salındıqda.
3. Həqiqi hərbi qulluğa çağırışdan boyun qaçıрма və hərbi qulluqçunun hərbi xidmətdən boyun qaçırması hallarında (CM-maddə 335).
4. Şəxs müstəntiqin və ya məhkəmənin çağırışına gəlmədikdə və ya bununla bağlı xəstəliyi haqqında düzgünlüyünə şübhə yaradan tibbi sənəd təqdim etdikdə və s.

Məhkəmə-tibbi ekspertiza aparılan zaman ekspertlər müayinə olunanın tərəfindən onun səhhətinin vəziyyəti barəsindəki söylədikləri müxtəlif yalanlarla üzləşə bilər. Belə hallara- simulyasiya, dissimulyasiya, aqravasiya, dezaqravasiya, süni xəstəlik və öz üzvünə xəsarət yetirmə aid olunur.

Simulyasiya.

Mövcud olmayan xəstəliyin əlamətlərini yaratmaq simulyasiya adlanır. Simulyasiyanın qəsdən və patoloji halları ayırd olunur. Qəsdən törədilən simulyasiya zamanı şəxs bilərəkdən həkimi çaşdırmaqla, özündə olmayan xəstəliyin əlamətlərini yaradır. Patoloji simulyasiya xəstə şəxslərdə baş verir. Əksər hallarda simulyantlar sağlam şəxslər olur və müxtəlif yollarla hər hansı bir xəstəliyin simptomlarını göstərməyə cəhd edirlər. Patoloji simulyasiya ən çox psixiki və nevroloji xəstələr tərəfindən heç bir məqsəd olmadan mövcud olmayan xəstəliyin əlamətlərini göstərməsi ilə xarakterizə olunur.

Bir çox orqanların xəstəliklərinin müxtəlif simptomları simulyasiya oluna bilər. Onlara eşitmə orqanı (karlıq), görmə orqanı (görmə itiliyinin zəifləməsi), ürək-damar sistemi (taxikardiya, aritmiya), tənəffüs sistemi (öskürək, astma, ağ ciyər və rəmi simptomları), mədə-bağırsaq (qastrit, mədə və on iki barmaq bağırsağın yarası), sidik-cinsiyyət sistemi (hematuriya, albuminuriya) və s. misal göstərilə bilər. Hər hansı bir xəstəliyin simulyasiyasının təyini müəyyən çətinliklər törədə bilər, ona görə də simulyasiyaya şübhə yaradan şəxs və ya simulyant stasionar şəraitində bütün lazım olan kliniki və laborator müayinələrdən keçirilməlidir. Müayinə olunan şəxsin üzərində gizli nəzarət aparmaq lazımdır.

Simulyantın bütün şikayətləri və özündə əks etdirdiyi istədiyi bütün simptomlar hər tərəfli analiz olunmalıdır. Xüsusi tibbi biliyi olmadan, hətta ən təcrübəli simulyant belə xəstəliyi tam əks etdirə bilməz. Silmulyantın müayinəsi zamanı qanunsuz və gipnoz müayinə metodlarından istifadə etmək olmaz.

Dissimulyasiya.

Məhkəmə-tibbi təcrübədə bəzən müayinə olunan şəxsin özündə olan xəstəliyi gizlətməsi hallarında rast gəlinir. Buna dissimulyasiya deyilir. Dissimulyasiya əksər hallarda qəsdən və hər hansı bir məqsədlə edilir. Zöhrəvi xəstəliklər, keçmiş doğuşlar məsuliyyətdən yaxa qurtarmaq məqsədilə gizlədilə bilər. Bəzən dissimulyantlar öz xəstəliklərini gizlətmək məqsədilə müayinəyə sağlam şəxsi göndərə bilər. Eyni zamanda laborator müayinələrə sağlam şəxsin bioloji möhtəviyyatlarını təqdim edə bilər. Mübahisəli cinsi vəziyyətlərdə keçmiş hamiləlik, doğuş və abortlar gizlədilə bilər.

Aqravasiya.

Aqravasiya xəstəliyin mövcud olan əlamətlərini şişirtmək deməkdir. Aqravasiya zamanı şəxsin özündə xəstəlik olur, lakin onun əlamətləri şəxs tərəfindən şişirdilir. Xəstəliyin və ya xəsarətin əlamətlərini şişirtməklə aqgrovantlar müəyyən bir məqsəd güdə bilərlər, məsələn: stasionarda çox qalma, müalicənin müddətini uzatma. Aqravasiya qəsdən və patoloji formada ola bilər. Patoloji aqravasiya ruhi və nevroloji xəstələrdə heç bir niyyət olmadan təqdim edilir. Belə hallarda aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalarda ekspertlər klinik və laborator müayinələrin nəticələrinə əsaslanmalıdır.

Dezaqravasiya.

Dezaqravasiya aqqravasiyanın əksi olan anlayışdır. Bu zaman xəstə şəxs özündə olan xəstəliyi və xəstəlik əlamətlərini azaltmağa çalışır. Bu xəstəliyin müddətini azaltma, xəstəxanada az yatmaq məqsədi ilə və s. hallarda rast gəlinir.

Öz üzvünə xəsarət yetirmə

Öz üzvünə xəsarət yetirmə müəyyən məqsədlə qəsdən öz bədəninə hər hansı bir xəsarətin yetirilməsinə deyilir. Bu zaman xəsarəti şəxsin xahişi əsasında kənar şəxs də yetirə bilər. Öz üzvünə xəsarət yetirmə məqsədi ilə odlu silah, küt və iti alətlərlərdən istifadə olunur və adətən, həyat üçün təhlükəli olmayan xəsarətlər yetirilir. Xəsarətlər çox zaman aşağı və yuxarı ətraflara yetirilir. Bəzən xəsarətlər said, bazu, baldır, bud və hətta döşün sol yarısına yetirilə bilər. Tipik hallarda xəsarətlər əl və ayaqlara yetirilir.

Odlu silahlarla öz üzvünə xəsarət yetirmə ən çox əl nahiyyəsinə istiqamətlənir. Nadir hallarda aşağı ətrafın, saidin və digər nahiyyələrinin xəsarətlərinə rast gəlinir. Bu zaman xəsarətlərin diaqnostikası onların lokalizasiyasına, yara kanalının istiqamətinə, giriş və çıxış dəliklərinin formasına və onların xüsusiyyətlərinə, hisin və barıtın olmasına əsaslanır. Onu da nəzərə almaq lazımdır ki, atəşin yaxın məsafədən atılmasını gizlətmək məqsədi ilə öz-özünə

xəsarət yetirən şəxs ara qat kimi paltar hissələri, ayaqqabı, taxta parçası və s. əşyalardan istifadə edə bilər. Nadir hallarda şəxs partlayıcı maddələrdən istifadə etməklə özünə xəsarət yetirə bilər.

İti alətlər kimi ən çox baltadan, dəhrədən, beldən və s. istifadə olunur. Çox hallarda sol əlin barmaqları, az hallarda isə ayaq barmaqlarının kəsilməsi hallarına rast gəlinir. Bədənin müxtəlif nahiyələrində və ya barmağın güdülündə çərtilmələrin olması bədən hissəsinə bir neçə zərbənin endirilməsini göstərir. İlk növbədə şəxs daha səthi zərbələr endirir və bu zaman çərtmələrin olması öz üzvünə xəsarət yetirməyə sübut ola bilər.

Küt alətlərin təsirindən ayağın və əlin müəyyən vasitələrlə əzilməsi yolu ilə xəsarətlər yetirilə bilər. Bəzən şəxs göstərilən nahiyələri təkər və iri əşyaların altına qoymaqla özünə xəsarət yetirir. Belə xəsarətlərin xarakterinə əsaslanaraq onların bədbəxt hadisə və ya özünə xəsarət yetirmə nəticəsində əmələ gəlməsi fikrini söyləmək çox çətinidir. Bu zaman hadisənin baş vermə şəraiti ilə xəsarət alan şəxsin söylədiyi fikirlər dərindən təhlil olunmalıdır. Göstərilən bütün hallarda hadisə yerinin müayinəsində məhkəmə-tibbi ekspertin iştirakı vacibdir. Ekspertizaya həmçinin bütün maddi sübutlar: paltarların və bədənin ayrı-ayrı hissələri, xəsarət yetirən silahlar və alətlər təqdim olunmalıdır.

Süni xəstəlik.

Süni xəstəlik çox vaxt insan sağlamlığı üçün təhlükəli olmayan üsullarla törədilir. Bu zaman mexaniki, termiki, kimyəvi, bioloji və s. üsullardan istifadə oluna bilər.

Kimyəvi, bakterial və digər maddələr dərinin və dərialtı toxumaların yaralarını, yanıqlarını, irinli-iltihabi xəstəliklərini və s. törətmək üçün istifadə olunur. Bu məqsədlə benzin, kerosin, skipidar, aşındırıcı qələvilər, turşular, sabun, duzlar, sidik, nəcis, irin, isti əşyalar və s. maddələrdən istifadə oluna bilər. Belə maddələr şpris vasitəsi ilə dərialtı toxumaya, əzələyə yeridilə bilər. Bu məqsədlə iynə, mismar, məftil, iti taxta, çubuq və s. vasitələrdən də istifadə oluna bilər. Əlin və ayağın dondurulması hallarında rast gəlmək olar. Görmə orqanının süni xəstəliyini törətmək məqsədi ilə, mexaniki, kimyəvi, şüa və toksiko-allergik qıcıqlandırıcılardan istifadə etmək olar. Bu zaman konyuktivit, keratit və s. kimi göz xəstəlikləri törədilə bilər. Gözə toz, qum, xırda tüklərin yeridilməsi, aşındırıcı maddələrin tökülməsi, uzun müddət günəşə, qaynaq işlərinə baxma, göz yarığına bitki hissələrinin yeridilməsi süni göz xəstəliklərinin törədilməsinə səbəb ola bilər. Süni törədilmiş cərrahi xəstəliklərə - yırtıqları, düz bağırsağın düşməsinə aid etmək olar. Onların təyin olunması erkən hallarda yumşaq toxumalar nahiyəsində qansızmaların və sıyrıqların olmasına əsaslanıla bilər.

Terapevtik süni xəstəlik törətmək məqsədi ilə müxtəlif dərman preparatlarından istifadə olunur. Şəxs hipertenziv dərmanları qəbul etməklə hipertoniya xəstəliyini, işlətmə dərmanlarını qəbul etməklə diareya törədə bilər.

FƏSİL XXXIII. MÜBAİSƏLİ CİNSİ VƏZİYYƏTLƏRDƏ APARILAN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZALAR.

Cinsi vəziyyətin məhkəmə tibbi ekspertizası həm cinayət və həm də mülki işlər zamanı keçirilir. Belə ekspertizaların keçirilməsi adətən həqiqi cinsiyyətin, bəkirəliyin, hazırkı hamiləliyin, keçmiş hamiləlik hallarının olmasının, abort hallarının və mayalandırma qabiliyyətinin olmasının müəyyən edilməsi məqsədi ilə aparılır.

Mama-ginekoloji məhkəmə-tibbi ekspertizaları xüsusi mama-ginekoloji ekspertiza ixtisasını keçmiş ekspert aparmalıdır. Çox vaxt belə ekspertizalar mama-ginekoloq, seksopatoloq, uroloq, andropatoloqların iştirakı ilə aparılır.

Məhkəmə-tibbi mama-ginekoloji ekspertizalar aşağıdakı halları təyin etmək üçün keçirilir:

1. cinsi yetkinliyi;
2. bəkirəliyin (qızlıq pərdəsinin tamlığının) pozulmasını;
3. zorakı (güc tətbiq etməklə baş verən) cinsi əlaqəni xarakterizə edən əlamətləri;
4. əxlaqsız hərəkətlər edilməsini xarakterizə edən əlamətləri;
5. mayalandırma və cinsi əlaqədə ola bilmə qabiliyyətini;
6. hamiləliyi və keçirilmiş doğuşları;
7. hamiləliyin pozulmasının travma ilə əlaqəsini;
8. hamiləliyin süni pozulmasını;
9. cinsi;
10. əmək qabiliyyətinin dayanıqlı itirilmə dərəcəsi və ya fiziki əməyə yararlılıq müəyyən edilən hallarda cinsiyyət üzvlərinin vəziyyətini.

33.1.Cinsin təyini

Cinsin təyininin məhkəmə-tibbi ekspertizası məhkəmə-tibb ekspertlərin, uroloqun və psixatrin iştirakı ilə komission qaydada keçirilir.

Bu ekspertiza, doğularkən uşağın cinsinin səhv təyində, nikahın pozulması işlərində, cinsi cinayət hadisələrində, cinsi pozğunluqlarda, təhqir edilmə və s. hallarda təyin edilir. Cinsi mənsubiyyətin müəyyən edilməsi həm uşaqlarda, həm də böyüklərdə aparıla bilər.

Mülki və ya pasport və bioloji cinsiyyət ayırd edilir.

Bioloji cinsiyyət özündə genetik (və ya xromosom), hormonal və morfoloji cinsiyyət əlamətlərini birləşdirir.

Genetik və ya xromosom cinsiyyəti mayalanma zamanı xromosomların birləşməsi ilə (XX və ya XY) müəyyən edilir.

Cinsiyyət vəzilərinin differensiasiya prosesi hamiləliyin 7-8 həftəsində başa çatır. Cinsiyyət hormonları döln hormonal cinsini müəyyən edir. Onlardan kişi və ya qadın cinsi orqanlarının, yəni morfoloji cinsin formalaşması asılıdır.

Məhkəmə-tibbi praktikada az hallarda hermafroditizm kimi daxili və xarici cinsi orqanların anadangəlmə patologiyasına rast gəlinir.

Hermafroditizm (ikicinsilik), xonsalığ yəni - bu bir şəxsdə eyni zamanda hər iki cinsə aid olan cinsi xüsusiyyətlərin olması nəzərdə tutulur.

Belə ki, həqiqi və yalançı hermafroditizm anlayışları mövcud olmaqdadır.

Həqiqi hermafroditizm zamanı şəxsə hər iki (kişi və qadın) cinsə aid edilən cinsiyyət vəziləri inkişaf etmiş olur. Xarici cinsi üzvləri isə ya qarışıq tipli ola bilər, ya da kişi və ya qadın xarici cinsi üzvlərinə bənzər inkişaf edə bilər.

Yalançı (bir cinsiyyət vəzili) hermafroditlər bircinslidirlər: yəni daxili cinsiyyət vəziləri bir cinsə - qadın və ya kişiye məxsus inkişaf edir. Xarici cinsiyyət üzvləri isə düzgün inkişaf etmir: belə ki, yalançı qadın tipli hermafroditdə inkişaf etmiş yumurtalıqlarla yanaşı kişi tipinə bənzər xarici cinsiyyət üzvləri olur, yalançı kişi tipli hermafroditdə isə inkişaf etmiş xayalarla yanaşı qadın tipinə bənzər xarici cinsiyyət üzvləri olur.

Cinsi vəzilər həm ovogeneza və həm də spermatogeneza əlamətləri ilə funksiya olunurlarsa bu həqiqi hermafroditizmdir.

Həqiqi və yalançı hermafroditizm hallarına ekspert təcrübəsində çox nadir hallarda rast gəlinir. Belə patologiyalar zamanı cinsin müəyyən edilməsi yalnız şəxsin hərtərəfli müayinəsi ilə, o cümlədən genetik müayinə metodu ilə aparılır, belə ki, kişi psevdohermafroditizmi adətən kişi genotipi ilə xarakterizə edilir, qadın isə qadın genotipi ilə. Bundan əlavə şəxsin cinsi meyilliyi böyük əhəmiyyət kəsb edir və bunu seksopatoloq müəyyən testlərlə təyin edir.

Beləliklə hermafroditizm zamanı cinsi mənsubiyyəti müəyyən etmək üçün ekspert komissiyasına həkim-ginekoloq, həkim-genetik, seksopatoloq, mama-ginekoloq, həkim androloq daxil edilir.

Həqiqi cinsi mənsubiyyətin müəyyən edilməsi epispadiya və hipospadiya kimi embrional patologiyalar zamanın da aparılır.

Epispadiya sidik kanalının kişi cinsi üzvünün üst səthdən yarıq qalması səbəbindən həmin nahiyyənin açıq qalmasıdır. Bəzən bu yarıq yuxarıya doğru davam edərək qasıq nahiyyəsinə keçir və qasıq bitməsi, sidiklik öndən açıq qalır.

Hipospadiya zamanı sidik kanalı aşağı nahiyyədən açıq qalır. Əgər hipospadiya ilə bərabər şəxsə xayalar qarın boşluğunda qalarsa onda xarici cinsiyyət üzvləri qadın üzvlərinə oxşayır. Buna yalançı xonsalığ və ya yalançı hermafroditizm deyilir.

Yalançı qadın hermafroditizmi zamanı klitor artıq dərəcədə inkişaf edərək kişi cinsi üzvünə oxşayır, uşaqlıq yolu dəhlizi daralır, böyük cinsiyyət dodaqları bir-

birinə çox yaxın olur və bəzən yumurtalıqlar qarın boşluğundan xaricə çıxaraq böyük cinsiyyət dodaqlarının altında yerləşir.

Cinsin müəyyən edilməsi doğum evində mama-ginekoloq tərəfindən oğlanın səhvən qız kimi müəyyən edilməsi halarında da olur. Sonradan valideyinlər müvafiq orqanlara müraciət etməli olurlar ki, bu da məhkəmə-tibb ekspertizasının təyin edilməsi zəruriliyini yaradır.

Belə ekspertiza müxtəlif pozulma hallarında, adətən transseksualizm hallarında da təyin edilə bilər.

Transseksualizm şəxsin fərdi cinsiyyəti və morfoloji strukturları ilə onun psixiki, psixoloji hisslərinin eyni olmamasıdır. Belə patologiyaların əmələ gəlmə səbəbləri axıra qədər öyrənilməyib. Hesab edilir ki, cinsiyyətin psixoloji transformasiyasının inkişaf prosesinə onun yaşadığı ətraf mühit təsir göstərir.

Belə hallarda cinsin anatomik-funksional xüsusiyyətlərinin müəyyən edilməsi çətinlik törətmir. Lakin anatomik cinsiyyət hələ həqiqi cinsiyyət demək deyil. Məlumdur ki, transseksualizmdən əziyyət çəkən şəxslər çox vaxt tibbi (operativ) korreksiya vasitəsinə əl atırlar. Müəyyən mənada transseksualizmin bir növü kimi transvestizmi göstərmək olar.

Transvestizm şəxsin əks cinsin paltarlarını geyinməklə cinsi həzzə çatma pozğunluğudur. Belə patologiyalar zamanı da cinsi mənsubiyyətin müəyyən edilməsi zəruriliyi yaranır.

Transvestizmdən əziyyət çəkən şəxslərin əsl cinsiyyətini müəyyən etmək çətin olur.

33.2. Bakirəliyin (qızlığın) müəyyən edilməsi.

Bakirəlik (lat. – virginitas) – qadının qızlıq pərdəsinin tamlığının pozulmamış vəziyyətidir.

Yuxarıda söylənilən fikrə əsaslanaraq demək olar ki, bakirəlik nisbi mənə daşıyır, belə ki, bakirəlik həqiqi (faktik) və psevdohəqiqi (fiziki) olur.

Həqiqi bakirəlik dedikdə qızın cinsi əlaqəyə girdiyi təqdirdə qızlıq pərdəsinin («hymen»-yunan sözü olub, qışa, örtük deməkdir) pozulmamasının mümkün olmamasıdır. Həqiqi bakirəlikdə qızlıq pərdəsinin tamlığı pozulmadan (deflorasiya) cinsi aktın baş verməsi mümkün deyil. Deməli həqiqi bakirəlik cinsi əlaqənin olmamasını sübut edən əsas əlamətdir.

Fiziki bakirəlikdə isə cinsi akt zamanı qızlıq pərdəsinin tamlığı pozulmayada bilər. Buda onun anatomik xüsusiyyətləri ilə (xüsusi forması, çuxurların olması, elastiklikliyi, dartılmalar) bağlıdır.

Bakirəliyin müəyyən edilməsi çox məsuliyyətli işdir və bu zaman rəyi dəqiq diaqnostik nəticələr əsasında vermək lazımdır. Belə ki, bakirəliyin olub-olmaması

məsələsi həm hüquqi, həm də mənəvi-etik və tibbi, o cümlədən faciəvi səbəblərə (əsassız olaraq təhqir edilmiş qızların intiharı) gətirib çıxara bilər.

Buna görə də bakirəliyin müəyyən edilməsi təcrübəli məhkəmə-tibb eksperti və ya cinsiyyət orqanlarının məhkəmə-tibb ekspertizası üzrə ixtisaslaşmış həkim tərəfindən aparılmalıdır. Ümumi profilli mama-ginekoloq, həkimlər çox vaxt belə hallara düzgün qiymət verə bilmirlər. Bəzi hallarda onlar qızlıq pərdəsinin elastikliyini və dartılma dərəcəsini müəyyən edə bilmirlər. Bununla əlaqədar mama-ginekoloqlara belə növ ekspertizaların həvalə edilməsi məqsədə uyğun hesab edilmir, belə ki, çox vaxt yaxşı ginekoloqlar belə bakirəliyi dəqiq təyin edə bilmirlər.

Qızlıq pərdəsinin məhkəmə-tibbi ekspertizası zamanı mütləq aşağıdakıları müəyyən etmək lazımdır: 1) təsnifatı müvafiq pərdənin anatomik formasını; 2) hündürlüyünü (mm ilə); 3) qalınlığını (mm ilə); 4) sərbəst kənarın xarakterini; 5) təbii oymaların olmasını, topoqrafiyasını; 6) qızlıq pərdəsinin elastikliyinin dərəcəsini; 7) qızlıq pərdəsində dəliyin ölçüsünü (diametr sm. ilə).

Qızlıq pərdəsinin anatomik funksional formasını təyin etmək çox vacibdir.

Göstərilən təsnifatlara müvafiq olaraq qızlıq pərdəsi 2 cür olur: 1) tez-tez rast gəlinən qızlıq pərdəsi formaları; 2) nadir hallarda rast gəlinən qızlıq pərdələri.

Birinci növə üzükvari, aypara və s. formalı qızlıq pərdələri, ikinci növə isə saçaqvari, yarpaqvari, spiralvari, xəlbirvari, arakəsməli və s. formalı qızlıq pərdələri aiddir. Hər növ qızlıq pərdəsi hündürlüyünə (hündür, orta, alçaq), qalınlığına (qalın, nazik), dartılma dərəcəsinə (az, orta və çox elastikli), quruluşuna (konfigurasiya) görə də təsnif olunur.

Bütün müvafiq parametrlər müəyyən ölçülərə (hündürlük, qalınlıq, dəliklərin diametri) malikdirlər.

Qızlıq pərdəsi anatomik cəhətdən xarici qadın cinsi orqanının tərkib hissəsi sayılır və uşaqlıq yolunun başlanğıcı ilə uşaqlıq yolu arasında yerləşir.

Qızlıq pərdəsi uşaqlığın selikli qişasının törəməsi olaraq eyni quruluşa malikdir.

33.3 Hamiləliyin təyini

Məhkəmə tibbi praktikada hamiləliyin təyini adətən aşağıdakı cinayət işlərində rast gəlinir: nigah yaşına çatmamış şəxslərlə nikaha girmə vaxtı; cinsi əlaqənin 16 yaşına çatmamış şəxslərlə həyata keçirilməsi zamanı; zorakı və əxlaqsız hərəkətlər zamanı və s.

Bəzən qadın, kimi isə şantaj etmək məqsədi ilə və ya müvafiq imtiyazların alınması üçün hamiləliyi simulyasiya etməsi hallarına da rast gəlinir.

Hamiləliyin təyini zərurəti qeyri-qanuni abortlar zamanı da meydana çıxıb bilər. Hamiləlik faktını mama-ginekoloqla birgə məhkəmə-tibb eksperti müəyyən edir.

Müayinə zamanı hamiləliyə işarə edən bir sıra əlamətlər müəyyən edilir. Əlamətlərin xarakter və dərəcəsi hamiləliyin müddətindən asılıdır və bununla əlaqədar hamiləliyin yaxın və uzaq müddəti ayırd edilir. Bundan əlavə hamiləliyin təxmini, ehtimal edilən və həqiqi əlamətləri ayırd edilir.

Hamiləliyin təxmini əlamətləri: 1) ürək bulanma, qusma, dad hissiyyatının dəyişməsi; 2) iy bilmə hissiyyatının pozğunluğu; 3) üzün, süd vəzilərinin, qarının ağ xəttinin piqmentasiyası; 4) piylənmənin əmələ gəlməsi, qarının böyüməsi; 5) mərkəzi sinir sisteminin və psixikanın bəzi hallarda pozulması.

Hamiləliyin ehtimal edilən əlamətləri: 1) mensturasiyanın olmaması; 2) xarici cinsiyyət orqanlarının, uşaqlıq yolunun girəcəyinin və uşaqlıq yolunun özünün göyümtül rəngdə olması; 3) uşaqlığın ölçüsünün böyüməsi, formasının və konsistensiyasının dəyişməsi; 4) süd vəzilərinin böyüməsi; 5) hamiləliyə bioloji və hormonal müsbət reaksiya verən əlamətlər.

Hamiləliyin həqiqi əlamətləri: 1) qarın nahiyyəsində «hamiləlik çapıqlarının» əmələ gəlməsi; 2) dölün ürək döyüntüləri; 3) uşaqlıq səsləri; 4) ananın dölün tərpənməsini hiss etməsi; 5) palpasiya, rentgen və ya ultrasəs müayinə zamanı dölün formasının müayinə edilməsi.

Məhkəmə-tibb praktikada hamiləlik faktı və onun müddəti dəqiq müəyyən edilməlidir.

Hamiləlik dövrünün müəyyən edilməsi. Hamiləlik müddəti bir sıra kompleks əlamətlərlə müəyyən edilir. Bu əlamətlərdən biri hamiləlik dövrüdür. Minimal hamiləlik müddəti 210-246 gündür; maksimal 278-280 gün. 40-42 həftədən sonra hamiləlik dövrü vaxtından keçmiş hesab edilir.

Əgər hamiləlik doğuşla başa çatarsa bu zaman uşağın antropometrik göstəricilərinə əsasən hamiləliyin müddəti təxmini təyin oluna bilər. Bundan başqa hamiləlik müddətini müəyyən etmək üçün cinsi əlaqənin tarixi, ovulyasiya müddəti, axırncı mensturasiya tarixi, dölün ilk dəfə tərpənmə tarixi, uşaqlığın ölçüsü və digər faktlara əsaslanmaq olar. Hamiləliyin ovulyasiya tarixi ilə müəyyən edilməsi mümkün deyil, çünki ovulasiya tarixini tam müəyyən etmək mümkün olmur.

Ovulyasiya tarixini təqribən belə müəyyən etmək olar: gözlənilən, amma olmayan mensturasiya günündən 14-16 və ya 11-19 gün çıxırlar.

Doğuş, ovulyasiya baş verdikdən 278 gün sonra olmalıdır.

Axırncı menstruasiya günündən sonra hamiləlik dövrü belə müəyyən edilir: axırncı menstruasiya gününə 277,4 gün əlavə edilir və doğuş günü müəyyən edilir.

Dölün ilk dəfə tərpənmə günündən hamiləlik günü aşağıdakı kimi təyin edilir: dölün tərpənməsi 20-ci həftədə (birinci hamiləlikdə) və 18 həftəyə yaxın ikinci hamiləlikdə hiss olunur.

Hamiləlik müddətinin uşaqlığın ölçüsü ilə müəyyən edilməsi uşaqlığın dibindən simfizinə qədər olan hündürlüyə əsaslanır. Birinci ayın sonunda (4 həftə) uşaqlıq qarının üstündən müəyyən edilmir; ikinci ayın (8 həftə) sonuna uşaqlıq simfizdən bir az yuxarıda yerləşir; üçüncü ayın sonuna (12 həftə) uşaqlığın dibi simfizindən 3 barmaq enində hündürlükdə olur; dördüncü ayın sonuna (16 həftə) uşaqlığın dibi simfizindən 4 barmaq enində hündürlükdə qasıqla göbək arasında olur; 7 ayın sonunda (28 həftə) uşaqlığın dibi qasıqdan 2-3 barmaq eni yuxarıda yerləşir; 8-ci ayın sonunda (32 həftə) uşaqlığın dibi göbək və xəncərəbənzər çıxıntı arasında yerləşir; 9-cu ayın sonunda (36 həftə) uşaqlığın dibi qabırğa sümüklərinin yanında yerləşir və nəhayət 10-cu ayın sonunda (40 həftə) uşaqlığın dibi göbək və xəncərəbənzər çıxıntı arasına düşür.

Kecmiş doğuş hallarının müəyyən edilməsi.

Keçmiş doğuşların vaxtının müəyyən edilməsi ekspertizaya qədər keçən vaxtdan asılıdır. Keçmiş doğuşların təyini süd vəzilərində ifrazatın olub-olmamasına, cinsiyyət orqanlarının vəziyyətinə, uşaqlığın ölçülərinə və s. əsasən aparıla bilər.

Uşaqlığın involyasiyasından sonra keçmiş doğuşların olmasını müəyyən etmək çətindir.

Uşaqlıq yolunun çapıqları, uşaqlıq boynunun yüngül cırılmaları keçmiş doğuşların əsaslı əlamətlərindən sayıla bilər. Doğmayan qadınlarda uşaqlıq boynunun xarici dəliyi kiçik (dairəvi) olur. Doğmuş qadınlarda isə uşaqlıq boynunun xarici dəliyi bir qədər böyük və köndələn yarıq formasında olur.

Uşaq qətiləri zamanı təyin olunan məhkəmə-tibbi ekspertizalarda, meyit müayinə olunarkən keçmiş doğuş hallarının müəyyən edilməsinə ehtiyac duyulur.

Keçmiş abortun təyin edilməsi.

Adətən belə məsələlərin həlli qeyri qanuni abort halları ilə əlaqədar cinayət işləri zamanı lazım olur (ARCM. maddə 141). Başqa səbəblərə də rast gəlinir.

Müayinə edilən şəxsin məhkəmə-tibbi ekspertizası zamanı aşağıdakılar müəyyən edilir: 1) müayinə edilən qadın hamilə olub ya yox; əgər olubsa - hamiləliyin müddəti təyin edilməlidir; 2) hamiləliyin pozulması halı olub ya yox; olubsa - hamiləliyin hansı müddətində? 3) əgər hamiləlik pozulubsa, onda hansı üsulla? 4) hamiləliyin pozulması özbaşına baş verib, ya yox?

Müayinə zamanı xarici cinsiyyət orqanların vəziyyəti, selikli qişanın rəngi, zədələnmələrin olması faktı diqqətlə müayinə edilməlidir. Cinsiyyət orqanlarında

ifrazatın olub-olmamasına diqqət yetirmək lazımdır. Ginekoloji güzgü vasitəsilə uşaqlıq yolu müayinə olunmalıdır.

Uşaqlıq yolunun selikli qişasının zədələnmələri: yanıqların, cırılmaların və başqa zədələnmələrin olub-olmaması qeyd olunmalıdır.

Əsas diqqət zədələnmələrin tapılmasına və qiymətləndirilməsinə yönəlməlidir. Bəzi hallarda zədələnmələr görsənmir və onların müayinəsi üçün xüsusi mikroskopik və ya stereoskopik avadanlıqlardan istifadə etmək lazım gəlir. Zədələr tibbi manipulyasiya zamanı da yetirilə bilər.

Adi ginekoloji müayinə zamanı uşaqlığın ölçüsü, keçmiş hamiləlik müddəti, hər hansı bir kəskinləşmələrin, iltihabi proseslərin olub-olmaması və s. təyin olunur.

Hamiləliyin pozulmasının səbəbləri müxtəlifdir. Uşaqlığın perforasiyası, qarın boşluğunun və cinsiyyət sisteminin iltihabı xəstəlikləri və kəskin qanaxma, həmçinin qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsi (travmatik şok), sepsis buna səbəb ola bilər. Belə zədələnmələr həkimlər, mama-ginekoloq tərəfindən də müəyyən edilir. Çox vaxt hamiləliyin pozulması iltihabi xəstəliklər səbəbindən baş verir. Qadının belə vəziyyəti haqqında məlumatlar tibbi sənədlərdə qeyd edilir və bu məlumatları müstəntiq məhkəmə-tibb ekspertinə təqdim etməlidir. Praktikada yalançı hamiləliyin pozulması halları nadir hallarda rast gəlinir. Buna görə də qadının ginekoloji müayinəsi zamanı ilk olaraq müəyyən etmək lazımdır ki, qadın hamilə olub ya yox, hamiləlik hər hansı bir yolla pozulub ya yox?

Belə ekspertizalar zamanı qanın, sidiyin, dölün hissələrinin, ciftin, südün laborator müayinəsinə ehtiyac ola bilər.

Nəsiltörətmə qabiliyyətinin müəyyən edilməsi

Kişilərin nəsiltörətmə qabiliyyətinə aiddir: 1) cinsi aktın yerinə yetirmək qabiliyyəti; 2) mayalandırma qabiliyyəti.

Qadınların nəsiltörətmə qabiliyyətinə aiddir: 1) cinsi aktın yerinə yetirmək qabiliyyəti; 2) döllənmə, hamilə qalma və doğma qabiliyyəti.

Nəsiltörətmə qabiliyyətinin ekspertiza ilə müəyyən edilməsi həm cinayət işlərində (zorlama, yetginlik yaşına çatmamış şəxslərlə nikah əlaqələrinə girmək, pozğunluq hərəkətləri və s.) həm də mülki işlərdə (nikahın pozulması, atalığın müəyyən edilməsi, aliment iddiaları və s.) rast gəlinir.

Kişilərin nəsiltörətmə qabiliyyətinin müəyyən edilməsi.

Cinsi aktın yerinə yetirilmə qabiliyyətinin müəyyən edilməsi kişilərdə ereksiyanın olub-olmaması ilə müəyyən edilir. Kişilərdə bu funksiyanın olmaması impotensiya sayılır. Müxtəlif mənşəli impotensiyalarda cinsi aktın yerinə yetirilməsi mümkünsüzdür. Cinsi aktın yerinə yetirilməsi qabiliyyətini morfoloji-funksional məlumatlar əsasında müəyyən etmək olar. Burada həm də müayinə

edilən şəxsin yaşı da nəzərə alınmalıdır. Ereksiya təxminən 12-13 yaşlarında əmələ gəlir və qocalıq yaşlarına qədər saxlanıla bilər.

Buna görə də cinsi aktın yerinə yetirilməsinin yaş diapozonunu yaşlı kişidə müəyyən etmək mümkün deyil.

İmpotensiya somatik, sinir və ya psixoloji xəstəliklərin nəticəsi olaraq əmələ gələ bilər.

Nəsiltöətmə qabiliyyətinin olub-olmaması dəqiq müəyyən edilməlidir. Əgər lazım gələrsə müayinə edilən stasionar müayinəyə göndərilə bilər.

Bununla əlaqədar aşağıdakı ekspert nəticələri ola bilər: 1) cinsi aktın qeyri mümkünlüyü (konkret olaraq xəstəliklə təsdiq edilir); 2) müayinə edilən şəxsdə hər hansı bir xəstəliklə bağlı cinsi aktın mümkünsüzlüyünü ehtimal edən ehtimal edici nəticə; 3) cinsi aktın mümkünsüzlüyünə işarə edən heç bir obyektiv səbəbin olmaması, yekun rəydə müayinə olunan şəxsdə cinsi aktın mümkünsüzlüyü barədə heç bir təsdiqin tapılmadığı nəticədə qeyd edilməlidir.

Mayalandırma qabiliyyətinin təyini spermanın mayalandırma mümkünlüyünə əsaslanır.

Nəzəri baxımdan mayalandırma qabiliyyəti pollyusiyalar və seksual ehtiraslar zamanı spermanın ifraz edilməsidir.

Kişilərdə mayalandırma qabiliyyəti yaş baxımından nisbi xarakter daşıyır. Bəzən şəxs mayalandırmaya qadir olduğu halda, cinsi aktı yerinə yetirə bilmir və ya da bunun əksi də müşahidə oluna bilər.

Mayalandırma qabiliyyətinin yoxlanması üçün müayinə edilən şəxsin spermasının müayinəsi aparılır. Spermanın 1 ml-də normal spermatozoidlərin sayı 60 milyondan 200 milliyona qədər olmalıdır.

Normal spermada spermatozoidlər aktiv olaraq hərəkət edirlər.

Spermanın mayalandırma qabiliyyətinin itirilməsinə gətirib çıxaran patoloji vəziyyətlər aşağıdakılardır: **aspermizm**- spermanın ifraz olmaması və ya lazımı miqdarda olmaması; **aspermiya**- spermatozoidlərin və spermogenez hüceyrələrinin olmaması; **azospermiya**- spermada az miqdarda spermatozoidlərin olması və ya olmaması, lakin spermogenez hüceyrələrinin olması; **nekrospermiya** - çoxlu sayda ölü və ya az aktiv spermatozoidlərin olması; **astenospertiya** - spermada çoxlu sayda patoloji formalı zəif hərəkət edən spermatozoidlərin olması; **oligospermiya** - spermada az miqdarda spermatozoidlərin olması; **piospermiya** - spermada irinin olması; **hemospertiya** – spermada qanın olması.

Spermanın analizi xüsusi laboratoriyalarda (diaqnostik mərkəzlərdə, ailə planlaşdırma mərkəzlərində, uroloji müəssisələrdə) xüsusi ixtisaslaşmış həkimlər tərəfindən müayinə edilir. Praktiki olaraq belə hallarda mikroskopik, biokimyəvi, genetik müayinələr aparılır.

Qadınların nəsil-törmə qabiliyyətinin müəyyən edilməsi.

Qadınların cinsi akt qabiliyyətinin müəyyən edilməsi onların cinsi orqanlarının anatomik quruluşunun və ya qadına cinsi əlaqəyə girməyə imkan verməyən orqanların funksiyalarının dəyişikliyinə müəyyən etməklə təyin edilir. Ekspert təcrübəsində belə hallara az təsadüf olunur. Cinsi aktın yerinə yetirilmə qabiliyyətinin olmamasının orqanik səbəbləri, xarici və daxili cinsi orqanların inkişaf pozğunluğudur. Bunlar uşaqlığın atreziası (uşaqlığın olmaması), qızlıq pərdəsinin bəzi formalarında və s. rast gəlinir. Bundan əlavə bir sıra infeksiya xəstəliklərin inkişafı nəticəsində (qızılca, difteriya) uşaqlığın daralmasına gətirib çıxaran cinsi orqanların dəyişikliyi zamanı, yanıq zamanı, mexaniki travmalarda, cərrahi xəstəliklərdə (yırtıqlar, şişlər və s.) cinsi aktın pozulması halları müşahidə oluna bilər.

Cinsi aktın yerinə yetirilməsinə mənfi təsir göstərən amillərdən birində vaqinizmdir. **Vaqinizm** - qadınlarda nevrotik vəziyyətlə əlaqədar uşaqlıq yolunun kəskin daralmasıdır.

Vaqinizm birinci cinsi əlaqə zamanı qorxu nəticəsində və cinsi orqanların patologiyalarında formalaşa bilər.

FƏSİL XXXIV. CİNSİ CİNAYƏTLƏRDƏ APARILAN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZALAR.

Cinsi cinayət anlayışı çox mürəkkəb anlayışdır. Müxtəlif müəlliflər bunu müxtəlif cür izah edir. Cinsi cinayət hər hansı bir şəxsin cinsi toxunulmazlığına, şəxsiyyətin cinsi sərbəstliyinə, azyaşlıların normal cinsi inkişaf və tərbiyəsinə, cəmiyyətdə təyin edilmiş etika və mənəviyyət normalarına təcavüzdür.

Cinsi cinayətlərin təhqiqatı çox vaxt çətin olur, çünki istintaq zamanı alınan məlumatlar subyektiv xarakter daşıyır.

Buna görə də məhkəmə-tibb ekspertinin rəyi sübut kimi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Cinsi cinayətlər üzrə məhkəmə tibbi ekspertizalar qanunvericiliyə əsasən təyin edilir və aparılır.

Azərbaycan Respublikasının CM-nin xüsusi maddələrində cinsi cinayətlərə görə məsuliyyət nəzərdə tutulmuşdur. Bunlar Azərbaycan Respublikası CM-nin 149,150,151,152,153-cü maddələridir.

34.1. Zorlama hallarında aparılan məhkəmə-tibbi ekspertiza.

AR CM-si maddə 149. Zorlama.

- 149.1. *Zorlama, yəni zərərçəkmiş şəxsə və ya başqa şəxslərə qarşı zor tətbiq etməklə və ya zor tətbiq etmə hədəsi ilə və ya zərərçəkmiş şəxsin köməksiz vəziyyətdən istifadə etməklə onunla cinsi əlaqədə olma-dörd ildən səkkiz ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*
- 149.2. *Eyni əməllər:*
 - 149.2.1. *bir qrup şəxs, qabaqcadan əlbir olan bir qrup şəxs və ya mütəşəkkil dəstə tərəfindən törədildikdə;*
 - 149.2.2. *zərərçəkmiş şəxsin zöhrəvi xəstəliyə yoluxmasına səbəb olduqda;*
 - 149.2.3. *təqsirkar şəxs üçün aşkar surətdə yetkinlik yaşına çatmayan şəxsə qarşı törədildikdə;*
 - 149.2.4. *zərərçəkmiş şəxsi və ya başqa şəxsləri öldürmə və ya sağlamlığa ağır zərər vurma hədəsi ilə, habelə xüsusi amansızlıqla törədildikdə;*
 - 149.2.5. *təkrar törədildikdə;*
- 149.3. *Eyni əməllər:*
 - 149.1. *ehtiyatsızlıqdan zərərçəkmiş şəxsin ölümünə səbəb olduqda;*
 - 149.3.2. *ehtiyatsızlıqdan zərərçəkmiş şəxsin insan immün çatışmazlığı virusu ilə yoluxmasına və ya digər ağır nəticələrə səbəb olduqda;*
 - 149.3.3. *təqsirkar şəxs üçün aşkar surətdə on dörd yaşına çatmayan şəxs barəsində törədildikdə; səkkiz ildən on beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

AR CM-nin 149-cu maddəsinin mətnində göründüyü kimi zorlamanın obyektı demək olar ki, həmişə qadın cinsli şəxsdir. Bununla bərabər zorlama haqda o vaxt danışmaq olar ki, baş vermiş cinsi əlaqə faktı sübut edilsin və bunun zərərçəkənin razılığı olmadan, zor tətbiq etməklə baş verməsi təyin edilsin.

Zorlama nəticəsində zərərçəkmiş şəxslər azyaşlı qızlar (14 yaşına çatmamış), yetkinlik yaşına çatmayan qızlar (14-18 yaşında), yetkinlik yaşına çatan (18 yaşından yuxarı); yaşlı qadınlar, qoca qadınlar ola bilər.

Zorlama əlamətlərinə aşağıdakıları aid etmək olar: 1) zorla cinsi əlaqə aktı və ya ona təcavüz; 2) fiziki gücün tətbiqi – bədən zədələnmələri, sağlamlığa zərər vurma və ya başqa fiziki hərəkətlər; 3) hədə-qorxu gəlmə, yəni zərərçəkmişə müqavimətini qırmaq üçün real fiziki hərəkətlər etmə ehtimalı ilə psixoloji, mənəvi hədələrin olması və s. ; 4) köməksizlik vəziyyətindən istifadə etmək, yəni zərərçəkmiş şəxsin fiziki, psixoloji və ya yaşla əlaqədar köməksizliyindən istifadə etmək. Belə hallarda zərərçəkmiş şəxs real müqavimət göstərməyə qadir olmur və ya gördüyü hərəkətlərin xarakterini dərk etmir (azyaşlı qızlar, psixiki xəstələr, fiziki çatışmazlığı olan şəxslər və s.); 5) kombinə edilmiş xarakterli hərəkətlər: hədə-qorxudan sonra real fiziki zorlama halı olub və sonradan zərərçəkmiş şəxsin köməksizliyinə gətirib çıxaran hallar.

Zorlama hallarında məhkəmə-tibb ekspertizasının bilavasitə obyektləri bunlardır: 1) zorlama nəticəsində xəsarət alan və ya alanlar; 2) zorlamayı törədən şübhəli şəxs və ya şəxslər; 3) bioloji mənşəli maddi sübutlar.

Zərərçəkmiş şəxsin məhkəmə-tibb ekspertizası zamanı aşağıdakı məsələləri: 1) cinsi akt faktının olub-olmamasını; 2) zərərçəkmiş şəxsin bədənində xəsarətlərin, onların xarakterini, lokalizasiyasını, yaranma mexanizmi və vaxtını, sağlamlığa zərər vurma dərəcəsini; 3) zərərçəkmiş şəxsin köməksiz halda olmasını təyin etmək çox vacibdir.

Cinsi aktın olması faktını yalnız zərərçəkmişin cinsi orqanlarını müayinə etdikdə öyrənmək olar. Bununla əlaqədar cinsi akt anlayışının izahını bilmək lazımdır.

Cinsi akt (lat. coitus) – bu kişi və qadın, iki şəxsin arasında olan fizioloji prosesdir, yəni psixoloji hazırlıqdan sonra ereksiyalı cinsi orqanın uşaqlıq yoluna daxil edilməsi - immissiya, sonradan friksiya hərəkətləri (cinsi orqanın irəli-arxaya hərəkətləri) edilir və sonda ejakulyasiya (spermanın ifrazı) baş verir.

«Cinsi akt» anlayışı vahid tibbi-bioloji anlayış kimi başa düşülməlidir və başqa cürə yozulmamalıdır. Başqa cür seksual hərəkətlər cinsi akt sayıla bilməz. Bu anlayışın ekspert rəyində düzgün anladılmaması ağır fəsadlar törədə bilər və səhv məhkəmə hökmünə gətirib çıxara bilər.

Cinsi akt əlamətlərinə aiddir: 1) qızlıq pərdəsinin tamlığının pozulması (qız uşaqlarında deflorasiya); 2) uşaqlıqda spermanın olması; 3) hamiləliyin olması.

Göstərilən əlamətlər bütün hallarda olmur.

Cinsi həyat yaşayan və doğmuş qadınlarda əlbəttə ki, deflorasiya olmayacaq. Belə hallarda əgər eakulyasiya olmayıbsa uşaqlıqda sperma olmayacaq. Əgər zorlanmış qadın zorlamadan 5-7 və çox gündən sonra məhkəmə-tibb ekspertizasına göndərilibse, onda sperma uşaqlıq yolunda tapılmayacaq. Bu qadının uşaqlıq yolunda spermanın lizisi ilə əlaqədardır. Buna görə də çox vaxt zorlama hallarında bunu məhkəmə-tibbi ekspertiza yolu ilə (cinsi aktın olub olmamasını) təsdiq etmək olmur.

Deflorasiya - bakirəlik pərdəsinin tamamilə pozulmasıdır. Hər bir hadisə zamanı mütləq deflorasiya mexanizmini və konkret mənbəni müəyyən etmək lazımdır.

Adətən deflorasiya, uşaqlıq yoluna cinsi orqanın daxil edilməsi nəticəsində baş verir.

Deflorasiya pozğunluq hərəkətləri ilə də əmələ gələ bilər – uşaqlıq yoluna barmaqların, başqa əşyaların daxil edilməsi ilə törədilə bilər. Məsələn, onanizm ilə məşğul olduqda – barmaq və ya süni cinsi orqanın uşaqlıq yoluna daxil edilməsi nəticəsində.

Deflorasiya sadist hərəkətləri ilə törədilə bilər – uşaqlıq yoluna müxtəlif əşyaların daxil edilməsi: taxta, flakon, boru və s.

Deflorasiyanın bilmədən törədilməsi istisna edilmir – dəri zöhrəvi xəstəliklərində qıcıqlanma zamanı barmaq dırnaqları ilə qaşınmada.

Qız uşağının cinsi orqanlarının tibbi manipulyasiyaları zamanı da deflorasiya əmələ gələ bilər. Nəhayət qızlıq pərdəsinin tam cırılması doğuş zamanı baş verir.

Zərərçəkmişin cinsi orqanlarını müayinə etdikdə qızlıq pərdəsinə diqqət yetirmək lazımdır. Onun anatomik formasına, hündürlüyünə, qalınlığına, elastiklik dərəcəsinə, sərbəst kənarının xarakterinə, təbii çuxurların olmasına, topoqrafiyası və sayına, zədələnmələrin olmasına, başqa dəyişikliklərə (hiperemiya, qansızmalar. və s.).

Deflorasiya cinsi akt zamanı olmaya da bilər, belə ki elə qızlıq pərdəsi formaları var ki, onlar doğuş gününə qədər zədələnmirlər. Deflorasiyanın olmaması üçün olan şərtlər: 1) qızlıq pərdəsinin xüsusi formaları (saçaqvari, yarpaqvari, boruvari və s.). 2) qızlıq pərdəsinin əhəmiyyətli dərəcədə dartılması; 3) himenal dəliyin böyüklüyü (diametr 3sm və ondan çox); 4) pərdədə 2-3 təbii çuxurların olması; 5) göstərilən faktların birgə olması.

Qızlıq pərdəsində aşağıdakı əlamətlər ola bilər: 1) kiçik nöqtəvari və lokal qansızmalar və sıyrıntılar; 2) qızlıq pərdəsinin sərbəst kənarının müəyyən qədər az cırılması; 3) sərbəst kənardan əsasən kimi pərdənin cırılması; 4) aralığın, uşaqlıq yolunun arxa divarının selikli qışası ilə və uşaqlıq yolunun divarı ilə birgə pərdənin cırılması.

Qızlıq pərdəsinin cırılması hallarında deflorasiyanın yaranma vaxtını müəyyən etmək lazımdır. Deflorasiyanı 15-16 sutka ərzində müəyyən etmək

olur. Bu dövr ərzində pərdənin cırılma yerində toxuma regenerasiyası başa çatır və deflorasiyanın vaxtına işarə edən heç bir morfoloji əlamət qeydə alınmır. Deflorasiya zamanı əmələ gələn morfoloji dəyişikliklər deflorasiya müddətindən əlavə həm də qızlıq pərdəsinin bir sıra xüsusiyyətlərindən asılıdır (yüksək, qalın, ətli, alçaq, nazik). Pərdənin zədələnməsinin ümumi morfologiyasında belə dövrlər ayırd olunur: 1) təzə, ilkin yara (yara nahiyyəsinin qanaxması), toxuma şişkinliyi, çoxlu sayda qansızmalar – 1-3 sutka; 2) nöqtəvari yırtıqlar (irinli, irinli-fibrozlu sıyrıntılar, kiçik nöqtəli qansızmalar) - 2-7 sutka; 3) təzə bağlanmış yaralar: cırılma yerlərinin qalınlaşması və bərkiməsi – 5-10 sutka; 4) bağlanmış yara: dəliyin səthinin hamar olmaması, cırılma yerinin qalınlaşması 7-12 sutka; 5) köhnə cırılma: yırtıq yerində toxumaların ətrafı düzgün olmur, bərkiyir – 10-16 sutka.

Əgər qızlıq pərdəsində defektlər qeydə alınarsa onda mütləq aşağıdakıları müəyyən etmək lazımdır: qızlıq pərdəsinin zədələnməsi çoxdan baş verib, yoxsa bu təbii çuxurdur.

Çoxdan zədələnmiş və təbii çuxurların diferensial diaqnostikası aşağıdakı kimidir: köhnə cırılmalar adətən pərdənin arxa seqmentində yerləşir, kənarları üçbucaq formalı, dibi itibucaqlı, cırılmış pərdənin ətrafları bərk, qalınlaşmış olur, pərdənin cırılmış hissələrinin ətrafları sərbəst aralanır və birləşir.

Təbii çuxurlar əsasən pərdənin yan tərəflərindəki seqmentlərində olur: defekt əsasına çatmır; çuxur simmetrik topoqrafiyalı, formasına görə yarı oval, toxumaların rəngi pərdənin başqa hissələrinin rənginə uyğundur, kənarların ətrafı hamar, düz, nazik olur, ətrafları aralanmır və birləşmir.

Deflorasiyadan başqa cinsi aktı sübut edən faktlardan biri də spermatozoidlərin olmasıdır. Cinsi orqanlara baxışdan sonra uşaqlıq yolundan yaxma götürülür və şüşənin üzərinə yaxıdılaraq qurudulur. Həmin tampon və şüşə üzərindəki yaxmanı, ekspertiza aparan şəxs məhkəmə-bioloji müayinəyə göndərir.

Mikroskopik müayinə zamanı spermanın aşkar edilməsi spermanın olması barədə nəticəyə gəlməyə əsas verir.

Bundan əlavə hamiləliyin olması cinsi aktın olması faktını təsdiqləyir.

Zorlama nəticəsində əmələ gələn zədələnmələrin ekspertizası digər xəsarətlərdə olduğu kimi aparılır. Zərərçəkmişin ekspertizası zamanı bədən bütünü nahiyyələri nəzərdən keçirilməlidir. Zərərçəkmişin köməksizliyini müəyyən edilməsi bir çox hallarda məhkəmə-tibb ekspertizasının predmeti olur.

Məhkəmə-tibbi ekspertiza xarici təsir və ya başqa spesifik şəraitlə əlaqədar zərərçəkmişin köməksizliyinə qiymət vermir. Məhkəmə-tibbi ekspertizasının səlahiyyətlərinə psixi, somatik xəstəliklər, ağır travmalarla, emosional şokla, narkotik və alkoqolun qəbulu ilə bağlı əmələ gələn köməksizlik vəziyyətinin təyini daxildir. Belə məsələlərin həlli çətindir.

Şübhəli şəxsin məhkəmə-tibb ekspertizası bədənini, sonra isə cinsi orqanın baxışı ilə başlayır.

Əgər bədəndə zədə izləri varsa onlara məhkəmə-tibbi qiymət vermək lazımdır. Cinsi orqanın baxışı zamanı mütləq əşya şüşəsi ilə cinsi orqandan 2-3 yaxma götürmək lazımdır. Əşya şüşəsi üzərinə götürülmüş bu izlər məhkəmə sitoloji ekspertizaya göndərilir və orada qadına məxsus hüceyrələr aşkar edilir. Bunlara əsasən zərərçəkmişin menstrual siklinin vaxtını, antigen hüceyrələrinə görə isə hüceyrələrin müəyyən qrupa aid olmasını müəyyən etmək olar. Məhkəmə-tibbi praktikada zorlanmanın simulyasiyasına rast gəlinir, yəni, yalandan zorla cinsi aktın olması ittihamı irəli sürülür.

Yalançı ittihamlar isteriya, psixiki xəstəliklə, əsasən erotik sayıqlama və hiperseksual xəstəliklərdən əziyyət çəkən şəxslərdə olur. Bəzi hallarda belə zorlama hadisələrinin təsviri onların həqiqiliyini şübhə altına alır və belə olduqda ekspertdə zərərçəkmişdə psixi xəstəliyin olması barədə fikir yaranır; başqa hallarda yalançı zorlama təsviri real görünür və cinayət işinin açılmasına təkan verir. Belə hallarda «zərərçəkmişlər» özlərinə xəsarət yetirirlər, zorlama mexanizmini və cinsi aktın detallarını dəqiq izah edirlər.

Tamamilə aydındır ki, istintaq orqanlarının və məhkəmə-tibbi ekspertizanın birgə səyi nəticəsində zorlamanın simulyasiyası müəyyən edilir.

Zorlamada cinsi əlaqə fiziki və ya psixiki güc tətbiq etməklə yerinə yetirilir. Fiziki güc tətbiq etdikdə çox vaxt zərərçəkənin bədənində müəyyən nişanələr (zərbə, əl-qolu bağlamaq və müqaviməti qırmağa yönəlmiş digər hərəkətlərin izləri) qalır. Psixiki güc zərərçəkənin özünün və ya ona yaxın şəxslərə ciddi hədə formasında (öldürməklə, xəsarət yetirməklə, hədələməklə və s.) ola bilər.

Keçmiş (baş vermiş) cinsi əlaqəni müəyyən etmək üçün xüsusi məhkəmə-tibbi müayinə aparılması vacibdir.

Cinsi cinayətlərin istintaqında məhkəmə-tibbi ekspertinin imkanı olduqca çoxdur. Xüsusən də ekspertiza nə qədər tez keçirilsə daha çox qiymətli məlumatlar əldə edilir. Buna görə də bir çox cinsi cinayət hadisələrində, xüsusən zorlama və uşaqbazlıqda lazımı müayinələr təcili qaydada aparılmalıdır.

Cinsi cinayət hadisələrində yuxarıda qeyd edilən bütün ekspert hərəkətləri ilə yanaşı onun bir mütəxəssis kimi hadisə yerinə getməsi də məqsədəuyğundur. Hadisə yerinin müayinəsində ekspert müxtəlif maddi sübutların aşkar edilməsində və götürülməsində müstəntiqə yaxından kömək edə bilər.

Hadisə yerində qan ləkələri, sperma, uşaqılıq yolu ifrazatı, tüklər, mübarizə prosesində zədələnmiş bədən toxumaları və zorlayanın paltar hissələri, siqaret kötükləri, burun dəsmalları, daraqlar və digər təsadüfi əşyalar tapıla bilər.

34.2. Seksual xarakterli zorakılıq hərəkətləri və seksual pozqunluqları zamanı aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar.

C.M. Maddə 150. Seksual xarakterli zorakılıq hərəkətləri

- 150.1. *Zərərçəkmiş şəxsə və ya başqa şəxslərə zor tətbiq etməklə və ya belə zor tətbiq etmə hədəsi ilə və ya zərərçəkmiş şəxsin köməksiz vəziyyətdən istifadə etməklə uşaqbazlıq və ya seksual xarakterli digər zorakılıq hərəkətləri etmə üç ildən beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*
- 150.2. *Eyni əməllər:*
- 150.2.1. *bir qrup şəxs, qabaqcadan əlbir olan bir qrup şəxs və ya mütəşəkkil dəstə tərəfindən törədildikdə;*
- 150.2.2. *zərərçəkmiş şəxsin zöhrəvi xəstəliyə yoluxmasına səbəb olduqda;*
- 150.2.3. *təqsirkar üçün aşkar surətdə yetkinlik yaşına çatmayan şəxs barəsində törədildikdə;*
- 150.2.4. *zərərçəkmiş şəxsə və ya başqa şəxslərə qarşı xüsusi amansızlıqla törədildikdə;*
- 150.2.5. *təkrar törədildikdə beş ildən səkkiz ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*
- 150.3. *Eyni əməllər:*
- 150.3.1. *ehtiyatsızlıqdan zərərçəkmiş şəxsin ölümünə səbəb olduqda;*
- 150.3.2. *ehtiyatsızlıqdan zərərçəkmiş şəxsin insan immun çatışmazlığı virusu ilə yoluxmasına və ya digər ağır nəticələrə səbəb olduqda;*
- 150.3.3. *təqsirkar şəxs üçün aşkar surətdə on dörd yaşına çatmayan şəxs barəsində törədildikdə; səkkiz ildən on beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

Uşaqbazlıq kişi homoseksuallığının bir formasıdır (pederastiya). Uşaqbazlıq bir kişinin başqa kişi ilə cinsi əlaqədə olmasıdır. Əgər bu hərəkətlər cinayət xarakterlidirsə, belə hallar fiziki zorlama və hədə-qorxuyla müşayiət edilir. Adətən belə zorlama xarakterli hərəkətləri aktiv partnyor edir. Məlumdur ki, homoseksualistlər partnyorla yerlərini dəyişə bilərlər. Buna görə də onları aktiv və passivlərə bölmək nisbi xarakter daşıyır.

Homoseksualistlərdə rast gəlinən əsas xarakterik əlamətlərin təsnifatı.

A. Aktiv partnyorlarda əlamətlər:

- cinsiyyət orqanında ekskrementlərin olması.

B. Passiv partnyorlarda əlamətlər.

1) morfoloji (və ya anatomik)

• erkən əlamətlər: zədələnmələr (qızarmalar, qançırılar, sıyrıntılar, çatlar, cırılmalar), zöhrəvi xəstəliklərin əmələ gəlməsi (sifilis, qonoreya, bərk şankr, qonoreyalı proktit), düz bağırsaqda sperma;

• sonrakı əlamətlər: anal dəliyin qıfvarı içəri girməsi, anusda «geniş qıf» sahəsi, anal dəliyin büzücü əzələlərinin hamarlığı, anusun selikli qışasının büzülməsi, rənginin dəyişməsi (tünd qırmızı və ya tünd göyümtül), anusun ətrafında çatların olması;

2) funksional;

- düz bağırsaq sfinkterinin boşalması;
- anusun özbaşına açılması;
- büzülmə funksiyasının dəyişilməsi;
- ümumi ehtiras fenomeni.

Homoseksualizmin əsas spesifik əlamətlərinə aşağıdakıları aid etmək olar: cinsi orqanın üzərində nəcis hissəciklərinin tapılması, anusda və düz bağırsaqda sifilisin (bərk şankr), qonoreyalı proktitin təyini, düz bağırsaqda sperma izlərinin, ümumi ehtiras fenomeninin olması və s. Ümumi ehtiras fenomeni bir sıra komplekslərlə özünü büruzə verən şərti reflektor fenomendir: prostat vəzinin adi kliniki müayinəsi zamanı (həkim barmaqla düz bağırsağı masaj etməklə) hərəkət çılğınlığı, üzün qızarması və s. müşahidə olunur. Uşaqbazlıqla məşğul olmayan şəxslərdə bu hal çox vaxt olmur. Şübhəli şəxsin uşaqbazlıqla məşğul olması əlamətlərini, ekspert alınan məlumatların morfoloji və funksional xarakteristikasına əsaslanaraq təyin etməlidir.

Lesbiyanlıq – qadın homoseksualizminin formalarından biridir. Lesbiyanlığın sinonimləri: sapfizm, tribadiya, lesbi məhəbbəti.

Lesbiyanlıqda qarşılıqlı oral-genital kontaktlar (kunnilingus, lambitus), genital orqanların sürtmə yolu ilə qıcıqlandırılması və s. üstünlük təşkil edir.

Lesbiyankalar aktiv və passiv olurlar.

Aktiv homoseksualist qadınlar həm seksual və həm də qeyri seksual hərəkətləri ilə kişiləri əvəz edirlər.

Bəzi hallarda belə seksual hərəkətlərdə sadist əlamətləri də ola bilər. Buna görə də zərərçəkmişlərin bədənlərində bəzən zədələnmələr olur (diş izləri, qançırıqlar, qansızmalar, barmaq izləri, dodaq izləri və s.)

Diğər seksual xarakterli hərəkətlər cinsi pozğunluqlar və ya əxlaqsız hərəkətlər qrupuna aid (perverziy, aberrasiy, parafiliy) oluna bilər.

Cinsi pozğunluqlar dedikdə cinsi məmnunluğun və yaxud cinsi meyilliyyənin xəstəlik və ya patoloji vəziyyətlə əlaqədar pozğunluğu nəzərdə tutulur.

Nəzərə almaq lazımdır ki, konkret seksual partnyorlar üçün cinsi pozğunluqlar özünə xas seksual əlaqələrin «norması» hesab edilə bilər. Bir çox hallarda belə patologiyalı insanlar öz cinsi meyilliyyətini realizə etmək istəyir, lakin onun partnyoru buna razılaşmır və belə hallarda cinayət əməli yarana bilər.

Cinsi pozğunluq hallarında aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar zamanı cinayətin bütün detallarını öyrənməli və sonradan seksopatoloqla birgə ekspertizanı keçirmək lazımdır.

Ekspert praktikasında homoseksualizm problemi ən çox nikah pozulmaları zamanı rast gəlinir. Yuxarıda qeyd olunanlardan başqa aşağıda göstərilən digər seksual pozğunluqları da göstərmək olar:

Transseksualizm şəxsin fərdi cinsiyyəti və morfoloji strukturları ilə onun psixi, psixoloji hisslərinin eyni olmamasıdır. Belə şəxslər öz bədənlərinə qarşı nifrət hiss edirlər, başqa cinsin paltarın geyinirlər, başqa cinsin hərəkətlərini yamsılayırlar.

Əsasən transseksuallıq genetik və endokrin faktorların təsiri altında meydana gəlir.

Fetişizm (simvolizm) - cinsi partnyoru simvolizə edən hər hansı bir əşya, paltar, bədən hissəsi ilə cinsi meyllilik pozğunluğudur.

Piqmalionizm (monumentofiliya, ikonolaqniya) fetišizmin bir növü olan lüt insan bədəninin təsviri ilə seksual meyllilik (şəkil, rəsm, heykəl və s.)

Narsisizm – (autofiliya, autoerotizm, autoerostiya) – lüt bədənə meyllilik pozğunluğudur.

Transvestizm – paltarın başqa cinsin paltarı ilə dəyişmək yolu ilə cinsi məmnunluq formasıdır.

Pedofiliya – uşaqlara cinsi meyllilikdir.

Partenofiliya – yaşlı bakirə qadınlara meyllilikdir.

Efebofiliya - gənc oğlan və oğlan uşaqlarına meyllilikdir.

Nimfofiliya – gənc qızlara və qız uşaqlarına meyllilikdir.

Zoofiliya (sodomiya, zooerastiya) – heyvanlara cinsi meyllilikdir.

Zoosadizm – zoofiliya və sadizmin müxtəlifliyidir. Burada cinsi məmnunluq heyvanlara cinsi akt zamanı işgəncə verməkdir.

Sadizm – dar mənada, seksual sadizmdir, yəni partnyora ağrı, bədən xəsarəti və ya başqa növ alçaltdırma hərəkətləri ilə cinsi məmnunluğa çatmadır.

Vampirizm – partnyorun qanının dadını hiss etdikdə cinsi məmnunluq hissi duyma cinsi pozğunluğudur.

Mazoxizm – bu alçaldırma və fiziki işgəncə alma yolu ilə cinsi məmnunluqdur.

Eksqibisionizm – cinsi orqanların ictimai yerlərdə göstərilməsi və ictimai yerlərdə onanizm etmə cinsi məmnunluğudur.

Petting – əl, bədən hissələri, dodaq, dil vasitəsi ilə erogen zonaları qıcıqlandırmaqla qarşılıqlı orqazm əmələ gətirməkdir.

Frottaj – cinsi orqanın qadının müxtəlif bədən hissələrinə o cümlədən paltarın üstündən, sürtmə yolu ilə cinsi məmnunluqdur.

İnsestofiliya – yaxın qohumlarla cinsi əlaqə (bacı- qardaş, ata-qız və s.).

Plüralizm – üç və daha çox partnyorlarla cinsi aktdır.

Nekrofiliya – meyitlə cinsi əlaqəyə girməklə seksual meyllilikdir.

C.M. Maddə 151. Seksual xarakterli hərəkətlərə məcbur etmə

Əmlakın məhv edilməsi, zədələnməsi və ya götürülməsi hədəsi ilə və yaxud zərərçəkmiş şəxsin maddi və sair asılılığından istifadə etməklə onu cinsi əlaqəyə girməyə, uşaqbazlığa və ya seksual xarakterli digər hərəkətlərə məcbur etmə

Minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

CM Maddə 152. On altı yaşına çatmayan şəxslərlə cinsi əlaqədə olma və ya seksual xarakterli digər hərəkətlər etmə

Yetkinlik yaşına çatmış tərəfindən aşkar surətdə on altı yaşına çatmayan şəxslə cinsi əlaqədə olma və ya seksual xarakterli başqa hərəkətlər etmə

Üç ilədək müddətə azadlığın məhdudlaşdırılması və ya eyni müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Qeyd olunan maddədə qadının və kişinin könüllü olaraq 16 yaşına çatmamış digər şəxslərlə cinsi əlaqədə olmasına görə cəzalandırılması nəzərdə tutulmuşdur. Zərərçəkənlərin yaşını təsdiq edən tibbi sənədlər olmadığı hallarda məhkəmə-tibb eksperti onun yaşını-16 yaşına çatıb-çatmamasını təyin etməlidir.

Konkret işin xüsusiyyətlərindən asılı olaraq məhkəmə-tibb eksperti baş vermiş cinsi əlaqə faktını və ya onun qeyri-təbii formasını təyin edə bilər.

CM Maddə 153. Əxlaqsız hərəkətlər

Təqsirkar üçün aşkar surətdə on dörd yaşına çatmayan şəxsə qarşı zor tətbiq etmədən əxlaqsız hərəkətlər törətmə

Minimum əmək haqqı məbləğinin beş yüz mislindən min mislinədək miqdarada cərimə və ya iki ilədək müddətə islah işləri və ya iki ilədək müddətə azadlığın məhdudlaşdırılması və ya iki ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

Əxlaqsız hərəkətlər dedikdə təbii və qeyri-təbii cinsi əlaqə ilə bağlı olmayan, lakin 16 yaşına çatmamış kişi və ya qadın cinsli şəxslərin iştirakı ilə və ya onların yanında aparılan cinsi həvəsin müxtəlif üsullarla təmin etmək formaları (cinsiyyət üzvlərinə əllə toxunmaq, cinsiyyət üzvünün cinsiyyət orqanlarına və ya digər nahiyələrə, məsələn budlara, sargılara, dodaqlara və s.sürtülməsi; 16 yaşına çatmamışın yanında cinsi əlaqə və ya onanizm ilə məşğul olmaq, onlara cinsi pozğunluqları öyrətmək, pornoqrafik şəkil və ədəbiyyatla tanış etmək və s.) başa düşülür.

Əxlaqsız hərəkətlərin təzahürü müxtəlif xarakter daşıyır. Əxlaqsız hərəkətlər əlamətlərinə aiddir: selikli qışanın qızarması, qızlıq pərdəsinin tam və ya natamam cırılmaları, onun kənarlarına və ya əsasına qansızmalar; xarici cinsiyyət üzvlərinin, xüsusən də kiçik cinsiyyət dodaqları nahiyəsinin, klitorun, sidik kanalının xarici dəliyinin selikli qışasında çatlar, kiçik cırılmalar, sıyrıq və qansızmalar; qasıq, aralıq, arxa keçəcək dəliyi və s.nahiyələrdə müxtəlif xəsarətlər.

34.3. Zöhrəvi xəstəlikləri yayma və insan immun çatışmamazlığı virusu (QİÇS)-ilə yoluxduma hallarında aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar.

C.M.Maddə 139. Zöhrəvi xəstəlikləri yayma 139.1. *Özündə zöhrəvi xəstəlik olduğunu bilən şəxsin bu xəstəliyi başqa şəxsə yoluxdurması minimum əmək haqqı məbləğinin üç yüz mislindən beş yüz mislinədək miqdarda cərimə və ya iki ilədək müddətə əmək işləri və ya iki ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

139.2. *Eyni əməllər iki və ya daha çox şəxsə qarşı və yetkinlik yaşına çatmayan şəxsə qarşı törədildikdə dörd ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

Məhkəmə-tibbi ekspertiza, müayinə olunanda zöhrəvi xəstəliklərin olub-olmamasını təyin etmək məqsədilə keçirilir.

Buna cinayət işlərinin istintaq prosesində və bəzən də məhkəmədə mülki iddia işlərinə (boşanma, atalığın təyini, aliment tələbi və s.) baxılarkən zərurət yaranır.

Məhkəmə-tibb eksperti müayinə olunanda məhz hansı zöhrəvi xəstəliyin olmasını, xəstəliyin klinik gedişinə görə yoluxma müddətini, yoluxma mənbəyini aşkar etməlidir. Məhkəmə-tibbi təcrübədə daha çox siflis və süzənəklə yoluxma hallarına rast gəlinir. Bundan başqa yumşaq şankr və 4-cü zöhrəvi xəstəlik zamanı da cinayət məhsuliyəti nəzərdə tutulmuşdur.

Ekspertiza ümumi əsaslar üzrə aparılsa da bəzi spesifik xüsusiyyətlərə malikdir.

Müayinə olunanın bədənində, o cümlədən cinsiyyət üzvləri nahiyəsində səpgilərin olmasına, yerləşdikləri nahiyələrə, cinsi əlaqədən hansı müddət sonra meydana çıxmalarına, ağrısız yaraların və ya eroziyanın olmasına, cinsiyyət üzvlərində şankrın və ifrazatın olub-olmamasına diqqət yetirilir. Zöhrəvi xəstəliklərin son diaqnozu laborator müayinələrin nəticəsinə əsaslanmalıdır

C.M. Maddə 140. İnsan immun çatışmamazlığı ilə yoluxdurma

140.1. *Bilə-bilə başqa şəxsi insan immun çatışmazlığı virusu ilə yoluxma təhlükəsi qarşısında qoyma iki ilədək müddətə əmək işləri və ya iki ilədək müddətə azadlığın məhdudlaşdırılması və ya bir ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

140.2. *insan immun çatışmazlığı virusu ilə yoluxmasını bilən şəxsin bu xəstəliyi başqa şəxsə yoluxdurması iki ildən beş ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

140.3. *Bu Məcəllənin 140.2-ci maddəsində nəzərdə tutulmuş əməllər nəticəsində iki və daha çox şəxsi və ya yetkinlik yaşına çatmayan insan*

immun çatışmazlığı virusu ilə yoluxdurma beş ildən səkkiz ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.

- 140.4. *Öz xidməti vəzifələrini lazımınca yerinə yetirməməsi nəticəsində başqa şəxsi insan immun çatışmazlığı ilə yoluxdurma üç ilədək müddətə müəyyən vəzifə tutma və ya müəyyən fəaliyyətlə məşğul olma hüququndan məhrum edilməklə üç ilədək müddətə azadlıqdan məhrum etmə ilə cəzalandırılır.*

Məhkəmə-tibbi ekspertizanın məqsədi QİÇS xəstəliyinin olub-olmamasını, onun yoluxma mənbəyini və yoluxma müddətini təyin etməkdir. QİÇS-lə yoluxma əsasən cinsi əlaqə yolu ilə, xüsusəndə homoseksualistlərdə baş verir. Lakin qan köçürmə və digər tibbi manipulyasiyalar zamanı da tibb işçilərinin səhlənkarlığı üzündən bu təhlükəli xəstəliyə yoluxma hallarına da tez-tez rast gəlinir. QİÇS diaqnozunun təsdiqi qanın seroloji reaksiyasına əsaslanır. Məhkəmə-tibb ekspertləri şəxsi ümumi müayinə etdikdən sonra ondan qan nümunəsi götürüb Respublika QİÇS-in nəzarət mərkəzinə göndərilər (Səhiyyə Nazirliyinin 23.10.97-ci il tarixli 157 sayılı əmrinə əsasən).

FƏSİL XXXV. YAŞIN MƏHKƏMƏ-TİBBİ TƏYİNİ

Yaşın təyininin məhkəmə-tibbi ekspertizası məhkəmə-istintaq orqanlarının təliqəsi və ya qərarı əsasında zərərçəkmişin, şübhəli şəxsin təqsirləndirilən və digər şəxslərin sənədləri olmadığı hallarda aparılır (CPM-maddə 140).

Bir çox hallarda yaşın təyini zərurəti onunla əlaqədardır ki, konkret hüquqi nəticələrin qüvvəyə minməsi, əsasən də cinayət məsuliyyəti yaş həddinə çatmaqdan asılıdır. Cinayət törətməyə görə məsuliyyət 16 yaşa çatdıqdan sonra başlayır. Qətl, qəsdən bədən xəsarətləri yetirmə, quldurluq, zorlama və digər təhlükəli cinayətlərə görə məsuliyyət isə 14 yaşdan hesablanır.

Uşaqları qəsdən dəyişdirmə hallarında, orduya çağırılarkən, parçalanmış, skeletləşmiş və ya naməlum şəxslərin meyitlərinin müayinəsi aparılarkən də yaşın təyini zərurəti yarana bilər.

Yaşın təyini bir çox müxtəlif əlamətlərə əsasən təyin olur. Bunlara əsasən antropometrik və antroskopik əlamətləri göstərmək olar.

Yaş əlamətlərinə aşağıdakılar aid olunur:

Boy (bədən uzunluğu), döş qəfəsinin dairəsi, yuxarı və aşağı ətrafların (uzunluğu, bazu, said, bud, baldır), başın ölçüləri (başın dairəsi, köndələn, çəp, vertikal diametrləri), dişlərin sayı və vəziyyəti (süd, daimi, ağıl dişləri və onların sürtünmə dərəcəsi), dəri örtüklərinin vəziyyəti (rəngi, konsistensiyası), qırıqlar, döş gilələrinin və cinsiyyət orqanlarının pigmentasiyası, üzdə, qoltuqaltı çuxurda, qasıq nahiyəsində tüklərin inkişaf dərəcəsi, qızlarda - süd vəzilərinin inkişafı, aybaşı siklinin əmələ gəlməsi və çanağın ölçüləri, oğlanlarda - səsin dəyişməsi, rentgenoloji müayinədən təyin olunan skelet sümüklərinin yaş həddinə uyğun dəyişiklikləri və inkişaf dərəcəsi.

Yaşın təyinin məhkəmə-tibbi ekspertizası aparılarkən nəzərə almaq lazımdır ki, yaş sosial şəraitdən, bioloji xüsusiyyətlərdən (qidalanma şəraiti, irsiyyət, fiziki iş, sənət, keçirilmiş xəstəliklər, iqlim və s.) asılıdır. Ona görə də yaşın təyini zamanı bütün əlamətlər kompleksinə istinad etmək lazımdır.

Yaşın skelet sümüklərinin xüsusiyyətlərinə görə təyini metodu son zamanlar çox böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu həmin metodun daha dəqiq və obyektiv məlumatlar və nəticələr verməsi ilə əsaslandırılır.

Təyin olunmuşdur ki, skeletə görə yaşın təyini cinsi yetişkənlik dövrü başa çatdıqdan sonra daha dəqiq nəticələrə gəlməyə imkan verir. 23-25 yaşında sümük toxumasının tam differensiasiya prosesi baş verir.

Uşaqlarda 3 yaşına qədər olan müddətdə yaş təyin olarkən sümükləşmə nöqtələrin, dişləri, skelet sümüklərinin inkişaf dərəcəsi, əmgəklərin vəziyyəti nəzərə alınır.

3 yaşından 21 yaşa qədər sümükləşmə nöqtələri və sinostozların əmələ gəlməsi, kəllə əsası və kəllə tağı tikişlərinin bitməsi ayırd olunur (cədvəl 16, 17).

Cədvəl 16

**Yuxarı ətraf sümüklərində sinostozların əmələ gəlməsi
(V.İ Paşkovaya., S.A Burova görə)**

Lokalizasiya	Yaşı	
	Oğlanlar	Qızlar
I daraq sümüyü epifizinin və distal falanqaların	14 - 18	12 - 16
Proksimal və orta falanqaların epifiz və II-V daraq sümükləri	14 - 20	12 - 17
Mil və dirsək sümüklərinin distal şöbələri	16 - 20	13 - 19
Bazu sümüyünün başı	17 - 20	16 - 19
Bazu sümüyünün böyük qabarı	3 - 7	2 - 6
Bazu sümüyünün başcıq yüksəkliyi, xarici kondiliusu və bloku	11 - 13	13 - 16
Bazu sümüyünün daxili kondiliusu	14 - 18	12 - 15
Dirsək çıxıntısı	13 - 18	11 - 16
Mil sümüyünün proksimal epifiz	13 - 18	10 - 15

Cədvəl 17

Aşağı ətraf sümüklərində sinostozların əmələ gəlməsi

Lokalizasiya	Yaşı	
	Oğlanlar	Qızlar
I daraq sümüyünün epifiz	14 - 18	11 - 16
Distal falanqaların epifiz	12 - 18	11 - 15
Proksimal falanqaların epifiz	13 - 19	10 - 16
Orta falanqaların epifiz	12 - 17	9 - 14
II - V daraq sümüklərinin epifiz	14 - 19	12 - 16
V daraq sümüyünün epifiz	12 - 15	10 - 13
Daban sümüyünün epifiz	13 - 18	10 - 16
Bud sümüyünün böyük və kiçik burmaları	15 - 18	13 - 17
Bu sümüyünün başı	15 - 19	13 - 18
Qamış sümüyünün distal epifiz, qamış və incik sümüklərinin proksimal epifizləri	15 - 20	13 - 18
Qamış sümüyünün qabırğaları	14 - 19	13 - 17
Qamış və incik sümüklərinin distal epifiz	14 - 18	12 - 17

Yaşın təyini zamanı istifadə olunan daimi əlamətlərdən biri də dişlərdir. Uşaqlarda dişlər həyatının 6 ayından sonra çıxmağa başlayır. 2

yaşında uşaqlarda 20 diş çıxır. Sürd dişlərinin daimi dişlərlə əvəz olunması 6-8 yaşından başlayır və 14-15 yaşında artıq 28 daimi diş olur. Ağıl dişləri 18-25 yaş arasında çıxır (cədvəl 18).

Cədvəl 18

Dişlərin çıxma müddəti

Nº	Dişlər	Sürd dişləri, aylar	Daimi dişlər, illər
1	Daxili kəsici	6 - 8	6 - 8
2	Xarici kəsici	7	7 - 9
3	Köpək	15 - 20	10 - 12
4	Birinci kiçik azı	-	9 - 12
5	İkinci kiçik azı	-	11 - 13
6	Birinci böyük azı	12 - 14	6 - 7
7	İkinci böyük azı	20 - 30	12 - 13
8	Üçüncü böyük azı	-	17 - 25

Yaşın təyini zamanı həmçinin dişlərin sürtünmə dərəcəsinə də istinad etmək olar (cədvəl 19)

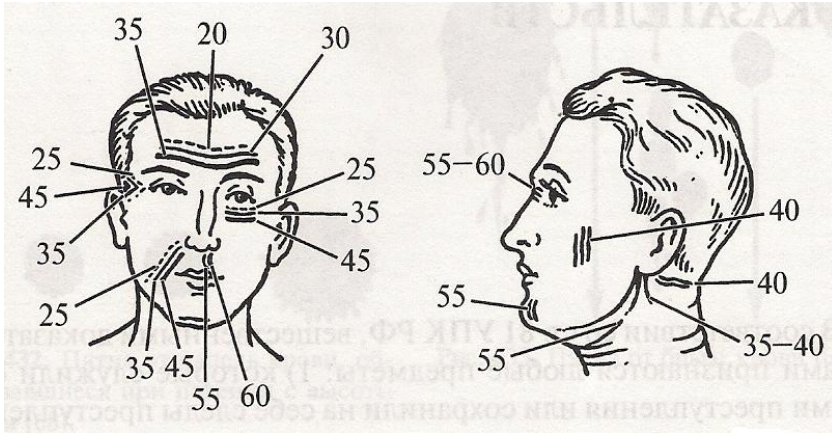
Cədvəl 19

Yaşdan asılı olaraq yuxarı çənədə dişlərin sürtünmə dərəcələri şərti göstəricilərlə (M.İ. Gerasimova görə)

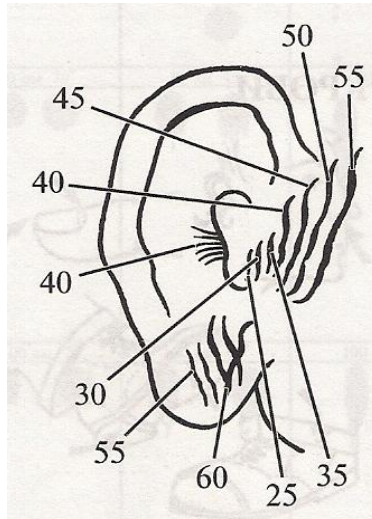
Yaş, illər	Kəsici dişlər	Köpək dişlər	Kiçik azı dişlər	Birinci böyük azı dişlər	İkinci böyük azı dişlər
10 - 13	Sürtünmə hələ başlamamışdır				
13 - 14	0 - 1	0	0	0	0
14 - 16	1	0	1	0	0
16 - 18	1 - 2	1	1	1	1
18 - 20	2 - 3	2	2	2	1
20 - 25	2 - 3	2	2	2	2
25 - 30	3	2	2 - 3	2 - 3	2
30 - 35	3	2 - 3	2 - 3	3	2 - 3
35 - 40	3	3	3	3 - 4	3
40 - 50	3 - 4	3 - 4	3 - 4	4	3 - 4
50 - 60	4 - 5	4	4	5	4 - 5
60 - 70	5 - 6	5	5 - 6	5 - 6	6

* 0 - sürtünmə yoxdur, 1 - ancaq emallar sürtünmüşdür, 2 - qabarcıqlar silinmişdir
 3 - sürtünmə dentinə toxunmuşdur, 4 - sürtünmə diş kanalına toxunmuşdur,
 5 - sürtünmə diş tacını tam bölmüşdür, 6 - diş tacı tamamilə sürtünmüşdür.

Digər əlamətlər nisbi daimidir, lakin bir çox qanunauyğunluqlara əsaslanır. Belə ki, 20 yaşında burun dodaq qırışları və alın qırışları, 25-30 yaşında gözlərin bayır bucaqlarında və alt göz qapaqlarında qırışlar, 30-35 yaşında traqus yanı qırışlar əmələ gəlir. Boyunda və qulaq sırğalıqlarında qırışlar təqribən 50 yaşlarında əmələ gəlir. 50-60 yaş arasında uzun dərisində, əllərin və saidlərin bayır səthlərində piqmentasiya sahələri görünməyə başlayır və dəri getdikcə öz elastikliyi itirir. Qulaq seyvanında baş verən dəyişikliklərdə yaşın təyində də istifadə oluna bilər (şəkil 129, 130).



Şəkil 129. Üz və boyun nahiyyələrində yaşdan aslı olaraq qırışların əmələ gəlmə müddəti (rəqəmlərlə yaş göstərilir)



Шякил 130. Qulaq nahiyyəsində yaşdan aslı olaraq qırışların əmələ gəlmə müddəti (rəqəmlərlə yaş göstərilir)

Yaşın təyininin məhkəmə-tibbi ekspertizası aparılarkən məhkəmə-tibbi eksperti dəqiq məlumat verə biləcək bütün məlumatlara və əlamətlərə kompleks şəkildə əsaslanmalıdır. Belə hallarda daha dəqiq nəticəyə gəlmək olar.

BÖLMƏDƏ AÇIQLANAN SUALLAR

1. Canlı şəxslərin məhkəmə-tibbi müayinəsinin aparılma səbəbləri.
2. Canlı şəxslərin məhkəmə-tibbi ekspertizasının qaydaları.
3. Sağlamlığa zərər vurma dərəcəsinin təsnifatı.
4. Sağlamlığa ağır, az ağır və yüngül zərər vurma.
5. Səhhətin vəziyyətinin məhkəmə-tibbi ekspertizası.
6. Cinsin təyini. Cinsi yetkinliyin təyini.
7. Qızlıq pərdəsi və onun məhkəmə-tibbi müayinəsi.
8. Keçmiş abortun təyini.
9. Zorlama hadisələrində aparılan məhkəmə-tibbi ekspertiza.
10. Uşaqlıq.
11. Az yaşlıların əxlaqsızlaşdırılması.
12. QİÇS və zöhrəvi xəstəliklərdə aparılan məhkəmə-tibbi ekspertiza.

VIII BÖLMƏ

MADDİ SÜBUTLARIN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI

FƏSİL XXXVI. BIOLOJİ MƏNŞƏLİ MADDİ SÜBUTLARIN MÜAYİNƏSİ

Maddi sübutlar — məhkəmə-tibbi ekspertizanın müayinə obyektlərindən biridir. Cinayətin açılmasına kömək edən hər bir əşya maddi sübut ola bilər. Maddi sübutların müayinəsi öz müxtəlifliyi ilə seçilir, onlar məhkəmə-tibbi, məhkəmə kimyəvi, texniki, kriminalistik müayinədən keçirilə bilər. Maddi sübutların müayinəsi ilə bir çox orqan və təşkilatlar məşğul olur, həmin müayinələr əsasən “MTE və PA” Birliyinin laboratoriyasında, Daxili İşlər Nazirliyinin texniki-kriminalistik laboratoriyasında və Ədliyyə Nazirliyinin Məhkəmə Ekspertiza Mərkəzində aparılır. Məhkəmə-tibbi ekspertizada ən çox bioloji mənşəli maddi sübutlar müayinə olunur. Maddi sübutların müayinəsi Azərbaycan Respublikasının Cinayət və Cinayət-Prosesual Məcəllələrinə, Azərbaycan Respublikasında “Məhkəmə-tibbi ekspertizaların təşkili və keçirilməsi haqqında” əsasnaməyə, mövcud qaydalara, Səhiyyə Nazirliyinin digər normativ aktlarına əsasən aparılır. Maddi sübutların ekspertizası zamanı, müayinənin aparılmasında məqsəd, bioloji obyektlərdə - qan, sidik, tük, sümük və müxtəlif ifrazatlarda tibbin və məhkəmə-təbabətinin xüsusi sahələrinə məxsus bilikləri tətbiq etməklə, yuxarıda göstərilən obyektlərdə növ, qrup və s. əlamətləri aydınlaşdırmaqdır.

Maddi sübutların müayinəsinə keçməzdən əvvəl maddi sübut anlayışı haqqında olan bir neçə maddəni qeyd etməyi lazım bilirik.

CPM. Maddə 124. Sübutların anlayışı və növləri

124.1. Məhkəmənin və ya cinayət prosesi tərəflərinin əldə etdiyi mötəbər dəlillər (məlu-matlar, sənədlər, əşyalar) cinayət təqibi üzrə sübutlar hesab olunur.

Bu sübutlar:

- 124.1.1. cinayət-prosesual qanunvericiliyinin tələblərinə əməl etməklə insan və vətəndaş Konstitusiyaya hüquq azadlıqları məhdudlaşdırılmadan və ya məhkəmənin qərarı əsasında (bu Məcəllə ilə nəzərdə tutulmuş təxirə salına bilməyən hallarda isə müstəntiqin qərarı əsasında) məhdudlaşdırmaqla əldə olunmalı;*
- 124.1.2. hadisənin cinayət hadisəsi olub-olmaması, törədilmiş əməldə cinayətin əlamətlərinin olub-olmaması, bu əməlin təqsirləndirilən şəxs tərəfindən öredilib-törədilməməsi, onun təqsirli olub-olmaması,*

habelə ittihamın düzgün həll edilməsi üçün əhəmiyyət kəsb edən digər hallar göstərməlidir.

- 124.2. *Cinayət prosesində aşağıdakılar sübut kimi qəbul olunur:*
- 124.2.1. *şübhəli, təqsirləndirilən və zərər çəkmiş şəxsin və şahidlərin ifadələri;*
- 124.2.2. *ekspertin rəyi;*
- 124.2.3. *maddi sübutlar;*
- 124.2.4. *istintaq və məhkəmə hərəkətlərinin protokolları;*
- 124.2.5. *digər sənədlər.*

CPM. Maddə 128. Maddi sübutlar

- 128.1. *Öz xüsusiyyətinə və əlamətlərinə, mənşəyinə, aşkar edildiyi yerə və vaxtına və ya üzərində hadisənin izlərinin saxlanıldığına görə cinayət təqibi üzrə əhəmiyyət kəsb edən halların müəyyən edilməsinə kömək edən hər bir əşya maddi sübut hesab edilə bilər.*

CPM. Maddə 143. Sübutların toplanması

- 143.1. *Sübutların toplanması ibtidai araşdırma və məhkəmə baxışı zamanı dindirilmə, üzləşdirmə, götürmə, axtarış, baxış, ekspertiza, tanınmaya təqdim etmə və digər prosesual hərəkətlərlə həyata keçirilir.*

CPM. Maddə 273. Tədqiqat üçün nümunələrin götürülməsinin şərtləri

- 273.1. *müstəntiq tədqiqat üçün nümunələrin götürülməsi məqsədilə müvafiq istintaq hərəkətini aşağıdakı hallarda apara bilər;*
- 273.1.1. *nümunələr hər hansı insanın, heyvanın, insan meyitinin, heyvan cəsədinin, habelə əşya və ya maddələrin xassələrini əks etdirdikdə;*
- 273.1.2. *nümunələr cinayət təqibi üçün əhəmiyyətli olduqda.*
- 273.4. *Zəruri hallarda başqa şəxslərin hüquqlarını pozmamaq şərtlə tədqiqat üçün nümunələr ekspert tərəfindən də götürülə bilər.*
- 273.5. *Tədqiqat üçün nümunələrin götürülməsi üsulundan asılı olmayaraq onların insana əzab verən, onun həyatına, səhhətinə və ya bədən bütövlüyünə təhlükə törədən üsulla götürülməsi qadağandır.*

CPM. Maddə 274. Tədqiqat üçün götürülən nümunələrin növləri

- 274.0. *Tədqiqat üçün aşağıdakı nümunələr götürülə bilər:*
- 274.0.1. *qan, sperma (məni), tük, dırnaq kəsintisi, bədənin xarici örtüklərinin mikroskopik qazıntısı;*
- 274.0.2. *tüpürcək, tərt və orqanizmin digər ifrazatları;*
- 274.0.3. *dəri naxışının (nəqşəsi), dişlərin və əl-ayaqın izləri;*
- 274.0.7. *alətlər, güllə və gilizlər;*
- 274.0.8. *digər maddələr və əşyalar*

Cinayətin edilməsi üçün alət olan və ya üzərində cinayətin izlərini saxlayan əşyalar, habelə cinayət işinin üstünün açılmasına səbəb olan digər əşyalar **maddi sübut** adlandırılır. Səlahiyyətindən asılı olaraq maddi sübutlar müxtəlif idarələrin müxtəlif laboratoriyalarında, o cümlədən məhkəmə-tibbi ekspertiza xidmətinin məhkəmə-bioloji, tibbi-kriminalistika, məhkəmə-histoloji və məhkəmə-kimya bölmələrində müayinə olunurlar. Məhkəmə-bioloji ekspertizalar zamanı insan (heyvan) mənşəli maddi sübutlar (qan, tüklər, sperma, tüpürcək, burun ifrazatı, tər-piy ifrazatı, süd vəzilərinin sekreti (şirəsi), uşaqlıq yolu ifrazatı, sümük və toxuma qalıqları və s.) müayinə olunur və onların insan (heyvan) mənsubiyyəti müəyyən edilir. Bu maddi sübutlar müayinəyə həm təmiz, həm də müxtəlif əşyaların üzərində olduğu halda təqdim edilir.

Maddi sübutlar müxtəlif əşyaların üzərində olduqda bu əşyalar onların üzərindəki bioloji mənşəli maddi sübutların müəyyən edilməsi məqsədilə məhkəmə-tibbi müayinəyə təqdim olunurlar. Belə əşyalar özləri də maddi sübutlar olmaqla daşıyıcı əşyalar adlandırılırlar. Hadisə yerindən maddi sübutları müstəntiq götürür, onları qablaşdırır, möhürləyir və tədqiqata göndərir. Bunların yerinə yetirilməsində məhkəmə-tibb eksperti yaxından iştirak edir və müstəntiqə köməklik göstərir. Maddi sübutlar ekspertizanın aparılması haqqında çıxarılmış qərarla birlikdə müayinəyə göndərilir. Ümumiyyətlə maddi sübutların ekspertizası, təhqiqat aparan şəxs, müstəntiqin, prokurorun, məhkəmənin qərarına və yazılı göstərişinə əsasən məhkəmə-tibbi ekspertizanın müvafiq laboratoriyalarında aparılır. Həmçinin belə laboratoriyalarda meyiti və canlı şəxsləri müayinə etmiş ekspertlərin yazılı göndərişinə əsasən bəzi obyektlər də müayinə olunur.

Müayinəyə təqdim olunan sənəddə, iş haqqında məlumat, müayinəyə göndərilən əşyaların sayı, ekspertiza zamanı həll olunacaq suallar, əvvəllər tərtib olunmuş akt və rəylərin təsdiq olunmuş surətləri, hadisə yerinin müayinəsi və maddi sübutların götürülməsinə dair tərtib olunmuş protokolların təsdiq olunmuş surəti olmalıdır. Ekspertizaya təqdim olunmayan, lakin müəyyən işlərlə əlaqədar ekspertizanın keçirilməsinin labüdlüyü olan hallarda bütün lazım olan sənədlər tələb edilə bilər.

Maddi sübutların müayinəsinə aparan hər bir ekspertin iş jurnalı olmalıdır. Belə jurnallar səhifələnir, tikilir və möhürlənib imzalanır. Ekspert bu jurnalda apardığı müayinələr və maddi sübutların təsviri barədə öz qeydlərini aparır.

Ekspert maddi sübutların müayinəsinə apararkən əvvəlcə onların qablaşdırılmasına, möhürlənməsinə, onların vəziyyətinə, tamlığına diqqət yetirməlidir. Eləcə də ekspertizaya təqdim olunmuş sənədlərdəki məlumatlarla müayinəyə göndərilmiş maddi sübutların düzgünlüyünə (bəzən təqdim olunmuş sənədlərdə öz əksini tapmış maddi sübutlar, qablaşdırmış qutuda

olmaya və ya sayları uyğun gəlməyə bilər) fikir vermək lazımdır. Möhürlənməmiş, tamlığı pozulmuş, qablaşdırılmamış maddi sübutlar qəbul edildikdə, bağlamada sənədlərdə göstərilən əşyalar olmadıqda, onların sayı az və ya çox olduqda və digər uyğunsuzluq hallarında müvafiq akt tərtib olunur və şöbənin üç işçisi tərəfindən imzalanır və aktın bir nüsxəsi ekspertizanı təyin edən şəxsə göndərilir.

Tez xarab olan maddi sübutlar xüsusi şəraitdə saxlanılmalıdır (məsələn, soyuducuda). Maddi sübutlar və sənədlər üçün ayrı-ayrı şkaf və seylflər olmalıdır.

İcrada olan maddi sübutların, sənədlərin saxlanması və ekspertizanın düzgün aparılması məsuliyyəti onu icra edən ekspertin üzərinə düşür.

Maddi sübutlar aşağıdakı ardıcılıqla müayinə olunur:

1. Təqdim olunmuş sənədlərlə tanışlıq.
2. Maddi sübutlara baxış və onların bioloji mənşəli olmasının təyini.
3. Ekspertizanın aparılma planının tərtibi.
4. Maddi sübutların təsviri və obyektlərin nömrələnməsi.
5. Obyektlərin növünün, cinsinin, qrupunun təyini və nəticənin tərtib olunması.
6. Məhkəmə-tibbi müayinə aktının və ekspert rəyinin tərtib olunması.

Maddi sübutların müayinəsi zamanı tərtib olunan sənədlər Cinayət-Prosesual Məcəlləsinə uyğun tərtib olunmalıdır. İş jurnalında öz əksini tapmayan qeydlər, rəy və aktlarda yazılmamalıdır. Rəyin və aktın titul vərəqəsi təsdiq olunmuş xüsusi blanklarda yazılmalıdır və onlar aşağıdakı hissələrdən ibarət olur:

- İşin məzmunu;
- Maddi sübutların təsviri;
- Tədqiqat və ya müayinələr;
- Nəticə hissəsi.

İşin məzmunu hissəsində iş haqqında qısa məlumat verilməlidir. Təkrari ekspertizalar apardıqda isə digər məlumatlar da yazılır. Bundan başqa, əvvəlki ekspertizanı aparan müəssisənin adı, o cümlədən, ekspertin adı, soyadı, ekspertizanın nömrəsi, aparılma tarixi də göstərilməlidir.

Rəyin və ya aktın müayinə hissəsində tətbiq olunan üsullar və alınmış nəticələr qeyd olunur.

Rəyin və aktın nəticə hissəsində suallara cavab müəyyən ardıcılıqla verilməlidir. Tərtib olunan nəticə hissəsi, ancaq tədqiqatın nəticələrinə əsaslanmalıdır.

Qarşıya qoyulan hər hansı bir suala cavab vermək mümkün deyilsə, ekspert bunu nəticə hissəsində əsaslandırmalıdır.

Tərtib olunmuş rəyin və aktın nəticə hissəsinə sonda ekspert və ya ekspertlər imza etməlidirlər.

Tərtib olunmuş rəy və ya akt qablaşdırılmış və möhürlənmiş maddi sübutlarla birlikdə göndərməlidir (hər bir bağlamada özünəməxsus müəyyən yazı olmalıdır). Tərtib olunmuş rəylə birlikdə şöbə müdirinin imzası ilə təsdiq olunmuş göndəriş vərəqəsi də olur.

Göndəriş vərəqəsində aşağıdakılar göstərməlidir:

- a) Rəyin və ya aktın nömrəsi və vərəqlərinin sayı.
- b) Cinayət işinin nömrəsi, cildlərin sayı, zərərçəkmişin və ya cinayətdə təqsirləndirilən şəxsin soyadı, adı, atasının adı.
- c) Qaytarılan maddi sübutların miqdarı.
- d) Maddi sübutlar və ya onlardan bir hissəsi laboratoriyada saxlanılırsa, saxlanma səbəbini göndəriş vərəqəsində qeyd etmək lazımdır.
- e) Ekspertizanın gedişində maddi sübut tam sərf olunubsa, o haqda da məlumat göndəriş vərəqəsində öz əksini tapmalıdır.
- f) Tərtib olunmuş rəy və ya aktla birlikdə göndəriş vərəqəsində ekspert idarəsinin rəhbərinin imzası olmalıdır.

Məhkəmə-bioloji şöbədə ən çox qan, tüklər və sperma müayinə olunur.

36.1. Qanın məhkəmə-bioloji müayinəsi.

Qan fiziki, kimyəvi, bioloji faktorların təsirindən öz əvvəlki rəngini dəyişə bildiyindən (qəhvəyi, yaşıl, boz rəngə çevrilə bilər) və bir çox rənglər, meyvə şirəsi ləkələri xarici görünüşcə qanı xatırlatdığından, belə ləkələr qana şübhə yaradan ləkələr adlanır.

Hadisə yerindən qan götürmək üçün aşağıdakı üsullardan istifadə olunur:

- a) üzərində qan izi olan kiçik əşyaları bütövlükdə götürmək;
- b) taxta əşyaları qaşımaqla, kəsməklə, mişarlamaqla götürmək;
- c) qan hopmuş torpağı qazmaq və qutuya yerləşdirmək;
- d) üzərində qan ləkəsi olan suvağı ehtiyatla qoparıb, götürmək;
- e) üzərində qan ləkəsi olan bitki hissəsini kəsmək və dərhal konservləşdirib götürmək;
- f) üzərində qan ləkəsi olan kağız örtüyünü kəsib götürmək;
- g) üzərində qan ləkəsi olan iri həcmli əşyalardan qanı qaşıyıb (bu mümkün olmadıqda isə tənzip və ya tamponla silib) götürmək;
- h) şüşə, marmar və metal əşyalardan qan ləkəsini filtr kağızına keçirməklə götürmək;
- i) üzərində qan olan qarı tənzip üzərinə yerləşdirmək, əritmək və tənzipi qurudub laboratoriyaya göndərmək;

j) qanı sınaq şüşəsinə keçirib və laboratoriyaya göndərmək.

Qanın müayinəsi zamanı hadisənin baş verdiyi şəraitdən və ekspertizanın imkanlarından asılı olaraq, ekspert qarşısında müxtəlif suallar qoyula bilər. Qana şübhəli ləkələrin müayinəsi zamanı 3 əsas suala bütün hallarda aydınlıq gətirilməlidir: 1.Ləkənin qan ləkəsi olub-olmaması. 2.İnsan və ya heyvan qanı olması (qanın növünün təyini). 3.Qanın qrupunun təyini.Hadisənin baş verdiyi şəraitdən asılı olaraq, əlavə suallara da ehtiyac duyula bilər: 1.Qan ləkəsinin əmələ gəlmə müddətinin təyini. 2.Regionarlığının təyini. 3.Ləkə əmələ gətirən qanın miqdarının təyini. 4.Yenidoğulmuşun və ya yaşlı şəxsin qanı olub-olmamasının təyini. 5.Qanın kişiyə, yaxud qadına mənsub olmasının təyini (ləkədəki qanın cinsiyyət mənsubluğu). 6.Hamilə qadının qanı olub-olmamasının təyini.

Ləkədəki qanın miqdarından, xarici faktorların təsirindən, qanda baş verən dəyişikliklərdən, ləkənin hansı əşya üzərində yerləşməsindən, dəqiq metodların olmamasından (məsələn, müddətin və regionarlığın təyində) asılı olaraq qarşıda qoyulmuş sualların hamısını həll etmək heç də həmişə mümkün olmur.

Müxtəlif cinayətlərdə, məsələn qətl hadisələrində, səxslərə zərər vurma hallarında, nəqliyyat hadisələrində və s. cinayətlərin açılması üçün qanın müayinəsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Buna görə də hadisə yerində üzərində qan və ya qanabənzər şübhəli ləkələr olan maddi sübutların hamısı diqqətlə müayinə edildikdən sonra müstəntiq tərəfindən qeydə alınıb, qablaşdırılaraq məhkəmə-bioloji tədqiqatlar üçün məhkəmə-bioloji laboratoriyalara göndərilir.

Qanın laboratoriya müayinəsi zamanı aşağıdakılar müəyyənləşdirilir: ləkələrdə qanın olmasının təyini; qanın növünün təyini; qan ləkəsinin əmələ gəlmə vaxtının təyini; qanın regionarlığının təyini; qanın qrupunun, kişi və ya qadına aid olmasının təyini.

Ləkələrdə qanın olmasının təyin etmək üçün mövcud olan sınaqları iki qrupa bölmək olar: dəqiq və qeyri-dəqiq (şübhəsiz və şübhəli) müayinə metodları. Qeyri-dəqiq müayinə metodları zamanı müsbət nəticə tək qanla yox, hər hansı bir zülalla da alınır. Dəqiq müayinə metodlarında isə müsbət nəticə ancaq hemoqlobin və ya onun törəmələri olduqda alınır.

Qeyri dəqiq metodlar.

Qeyri-dəqiq müayinə metodlarından geniş yayılan ultrabənövşəyi şüalarla aparılan tədqiqatlar və kimyəvi reaksiyalardır.

Ultrabənövşəyi şüalar altında müayinə.

Ultrabənövşəyi şüalar altında qan ləkələri tünd-qəhvəyi rəngdə və məxmər üzlü (səthli) olur. Köhnə qan ləkələrində ekzogen faktların təsiri altında hemoqlobinin hematorfirinə dəyişməsi baş verdiyindən ultrabənövşəyi şualarda köhnə qan ləkələri narıncı-qırmızı çalar alır. Ultrabənövşəyi şüalar altında müayinə aparmaq üçün obyekt qaranlıq otaqda düz səth üzərində yerləşdirilir və müayinə olunan obyektin üzərinə ultrabənövşəyi işıq mənbəyi yönəldilir.

Hidrogen peroksidi ilə reaksiya.

Təcrübə qanın hidrogen-peroksidini suya və sərbəst atomlu oksigenə ayırmaq qabiliyyətinə əsaslanır. Əşya şüşəsinin üzərinə götürülmüş qana bənzər ləkənin üstünə şüşə çubuqla və ya pipetlə 2-3%-li hidrogen-peroksid məhlulu əlavə edilir. Eritrosit stromalarında olan katalazanın təsiri altında, hidrogen-peroksid, ağ köpüklər (qabarcıqlar) əmələ gəlməklə parçalanır. Belə bir nəticə ləkənin qan ləkəsi olmasına şübhə yaradır.

Benzidin sınağı- Reaksiya qanın onun tərkibində olan peroksidazanın köməyi ilə oksigeni bir maddədən digərinə keçirmək qabiliyyətinə əsaslanır. Qanın peroksidazasının xüsusiyyətləri benzidin köməyi ilə müəyyən edilir. Bu məqsədlə əşya şüşəsinin üzərinə götürülmüş qana oxşar ləkəyə 1%-li benzidin etil spirtindəki məhlulu (və ya sirkə turşusu) və eyni zamanda hidrogen-peroksid əlavə edilir. Ləkədə qan və ya digər zülal olduqda göy rənglənmə əmələ gəlir. Etil spirti əvəzinə sirkə turşusundan istifadə olunduqda rənglənmə yaşıl rəngdə olur. Raksiya çox həssas olduğundan köhnə ləkələrdə də müsbət nəticə alınır.

Dəqiq metodlar.

Dəqiq metodlardan mikrokristallik reaksiyalar və mikrospektral metodu geniş yayılıb. Əmələ gəlmiş kristalları ancaq mikroskop altında müşahidə etmək mümkün olduğundan reaksiya mikroskopik adlanır. Əmələ gələn udma spektrini (zolağını) yalnız mikrospektroskop altında müşahidə etmək mümkün olduğundan metod mikrospektral adlanır (şəkil 131).

Mikrospektroskop – mikroskop okulyarı əvəzinə mikrospektral başlığı olan adi mikroskopdan ibarət cihazdır.

Teyxmanın mikrokristall reaksiyası (duzlu-turş hemin kristallarının alınması).

Əşya şüşəsinin üzərinə götürülmüş qan qaşıntısına 2-3 xırda natrium xlorid kristalları əlavə edilir və möhkəm sürtməklə qarışdırılır. Sonra 2-3 damcı soyuq sirkə turşusu əlavə edilir. Preparat örtük şüşəsi ilə örtülür, alov üzərində qaynayana qədər (preparatın mərkəzində qabarcıqlar (köpüklər) əmələ gələnə qədər) qızdırılır. Belə təsir nəticəsində qanın rəngləmə maddəsi preparat soyuduqda çəp paraleloqram formasında (qəhvəyi rəngli) kristallara çevrilən

hemin hidroxloridinə (duzlu turş heminə) keçir və həmin kristallar mikroskop altında yaxşı görünür.

Takayamanın mikrokristallik reaksiyası (hemoxromogen kristallarının alınması).

Əşya şüşəsinin üzərinə götürülmüş qan qasıntısına bir neçə damcı Takayama reaktivi (3 hissə 10%-li NaOH, 3 hissə piridindən, 3 hissə qlükozanın doymuş su məhlulundan və 7 hissə distillə olunmuş sudan ibarətdir) əlavə edilir və örtük şüşəsi ilə örtülür. Bu zaman əmələ gələn hemoxromogen qırmızı rəngli polimorf kristallar formasını alır. İynə, romb şəkilli kristallar ulduz, dairə və uzun dəstə formasında qruplaşırlar.



Hemoxromogen kristalı



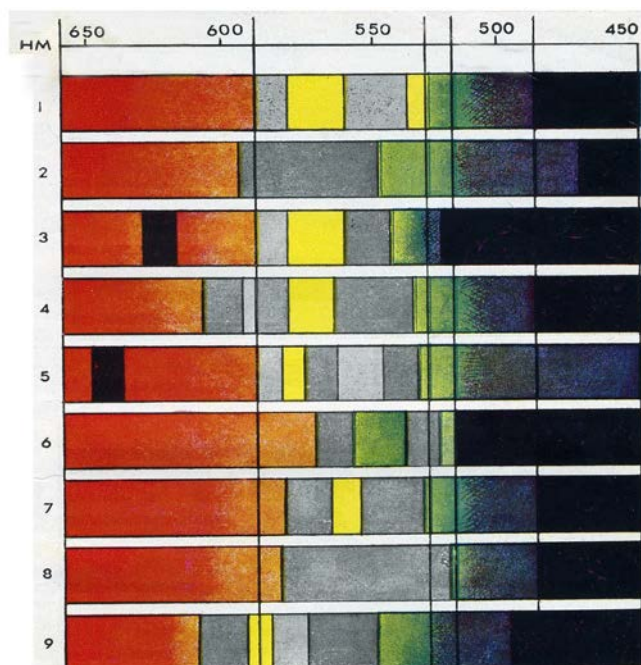
Hemoxromogen spektri

Şəkil 131. Mikrospektral tədqiqat

Mikrospektral metod.

Oksihemoqlobin spektrinin alınması üçün təzə qan damcısı əşya şüşəsinin üzərinə götürülür. Qan distillə olunmuş su ilə açıq çəhrayı rəng alınanadək həll edilir. Preparat örtük şüşəsi ilə örtülür.

D və E Fraunqofer xətləri arasındakı spektrin sarı-yaşıl hissəsində 2 zolaq şəklində oksihemoqlobinin udma spektrini müşahidə edirik (zolaqlardan biri D xəttindən sağda, o biri isə E xəttindən solda yerləşir). Hemoxromogen spektrinin tədqiqi üçün Takayama reaksiyası ilə hemoxromogen kristalları alınarkən hazırlanmış preparatdan istifadə edilir. D və E Fraunqofer xətlərinə müvafiq olan spektrin sarı yaşıl hissəsində 2 zolaq şəklində hemoxromogenin udma spektrini mikroskop altında görürük (bir zolağı D və E xəttləri arasında, ikincisini E xəttindən sağda). Hematoporfirin spektrini almaq üçün əşya şüşəsinin üzərinə götürülmüş qan qasıntısına 1-2 damcı konsentrasiya olunmuş kükürd turşusu əlavə edilir, preparat örtük şüşəsi ilə örtülür. D və E Fraunqofer xətlərinə müvafiq olaraq spektrin narıncı-sarı və sarı-yaşıl hissəsində iki zolaq şəklində hematoporfirin udma spektrini mikrospektroskop altında müşahidə

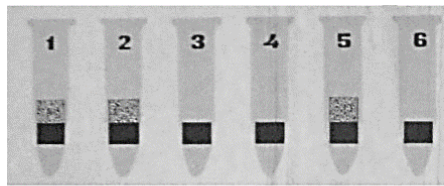


1 -oksihemoqlobin, 2 -bərpa olunmuş hemoqlobin, 3 -neytral mühitdə met-hemoqlobin, 4 -qələvi mühitdə methemoqlobin, 4 -turs hematini, 5 -hemoxromotogen, 6 -karboksihemoqlobin, 7 -sianmethemoqlobin, 9 -hematoporfirin

Şəkil 132. Hemoqlobin və onun törəmələrinin udma spektrləri

Ləkələrdəki qanın növünün təyini. Çistoviç-Ulenqut presipitasiya reaksiyası.

Çistoviç-Ulenqut presipitasiya reaksiyası tədqiq olunan qanda zülalın növünün müəyyən edilməsinə imkan verir (şəkil 133). Reaksiyanın aparılması üçün standart, keyfiyyətli, spesifik presipitasiya edən zərdablardan istifadə olunur. Standart o deməkdir ki, verilən zərdab müəyyən standart üzrə bir qrup laboratoriya heyvanlarının dəqiq müəyyən edilmiş heyvan növünün zülalı ilə immunizasiyası vasitəsi ilə hazırlanmışdır. Keyfiyyətli o deməkdir ki, alınmış zərdab çöküntüsüz, şəffaf, açıq sarı və ya sarı rəngdə olmalı, zülalla reaksiyaya 1:10000 titrində girməli, başlanmasından 8-10 dəqiqə gec olmayaraq reaksiya verməli və 60 dəqiqədən tez olmayaraq heç bir əlavə reaksiya verməməlidir. Spesifik təsir onu göstərir ki, verilən zərdab ancaq dəqiq müəyyən edilmiş heyvan növünün zülalı ilə müsbət nəticə verməlidir. Başqa heyvan növünün zülalı ilə isə reaksiya verməməlidir. Presipitasiya edən o deməkdir ki, verilən zərdab ancaq presipitasiya (zülalı çökdürmə) reaksiyasını verməlidir.



- 1-2 Qan ləkəsindən hazırlanmış ekstrakt
3-4 Kontrol sahədən
5 İnsan antigeni 1:1000 nisbətdə
6 Fizioloji məhlul

■ İnsan zülalını çökdürən zərdab □ Presipitasiya reaksiyası müsbətdir

Şəkil 133. Presipitasiya reaksiyası

Çistoviç-Ulenqut reaksiyası sınaq şüşələrində (aşağı ucu uzadılmış kiçik sınaq şüşələr) aparılır. Reaksiyanın aparılması üçün hərəsində 4 sınaq şüşəsi olan 3 sıra lazımdır. Hər sıranın birinci sınaq şüşələrinə tətbiq olunan ləkənin 0,9 ml 1:1000 həll edilmiş ekstraktı tökülür.

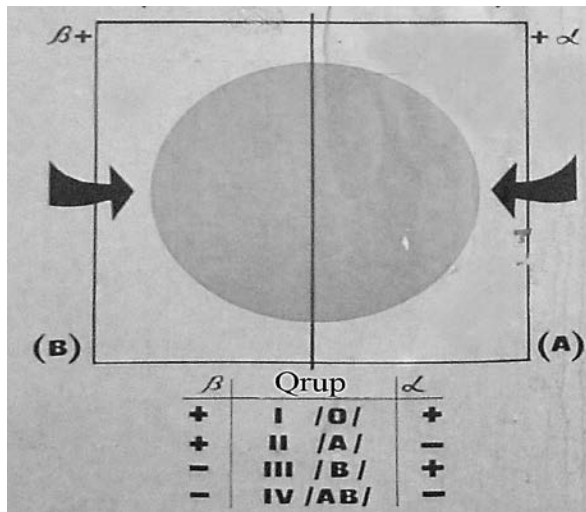
Hər sıranın ikinci sınaq şüşələrinə 0,9 ml daşıyıcı ekstraktı tökülür. Hər sıranın 3-cü sınaq şüşələrinə 0,9 ml fizioloji məhlul (ekstraktın alınmasında istifadə olunan) tökülür. Hər sıranın 4-cü sınaq şüşələrinə 0,9 ml məlum antigen (presipitogen) tökülür. Yəni, əgər birinci sırada biz insan zülalını spesifik zərdabla işləyəcəyiksə, onda birinci sıranın 4-cü sınaq şüşəsinə 0,9 ml insan antigeni məhlulu tökülür. İkinci sırada at zülalına spesifik zərdabla işlədikdə, ikinci sıranın 4-cü sınaq şüşəsinə 0,9 ml məhlul at antigeni tökülür. Üçüncü sırada it zülalına spesifik zərdabla işlədikdə, üçüncü sıranın 4-cü sınaq şüşəsinə 0,9 ml məlum it antigeni tökülür. Hər sətərə müvafiq olaraq hər sınaq şüşəsinin dibinə Pasterov pipeti ilə (nazik kapilyar uclu şüşə pipetlə) 0,1 ml spesifik zərdab əlavə edilir. Hər sınaq şüşəsi üçün təzə təmiz Pasterov pipeti istifadə olunur. Nəticəni presipitasiya halqasına görə müşahidə edirlər. Ləkə xaricində nəzarət daşıyıcı bioloji təmizdirsə və fizioloji məhlulun tərkibində heç bir qarışıq yoxdursa, bu zaman hər sıranın ikinci-üçüncü sınaq şüşələrində presipitasiya reaksiyası baş verməyəcək. İstifadə edilən spesifik zərdablar keyfiyyətli olduqda sınaq şüşələrinin dördündə də presipitasiya reaksiyası müsbət olacaq, yəni ki, zərdablar məlum antigenə spesifik reaksiya verirlər. Ləkələrdə zülalın növü bilavasitə hər sıranın birinci sınaq şüşələrindəki reaksiyalara görə təyin edilir. Yəni ki, ləkədə insan zülalı olduqda presipitasiya reaksiyası birinci sıranın 1-ci sınaq şüşəsində, at zülalı olduqda, presipitasiya reaksiyası ikinci sıranın 1-ci sınaq şüşəsində, it zülalı olduqda 3-cü sıranın 1-ci sınaq şüşəsində müsbət olacaq.

ABO sistemi üzrə qan qrupunu və MN sistemi üzrə qan qrupunun (tipinin) təyini.

Qanın müəyyən (konkret) şəxsə mənsubiyyəti ehtimalı. Qanın qrup və tip xüsusiyyətlərinin müayinəsi.

Standart aqqlutinasıya edən α , β , $\alpha\beta$ zərdablardan və standart A, B, AB eritrositlərdən istifadə etməklə ABO sistemi üzrə qan qrupunun (cəmi 4

qrup mövcuddur) təyin edilməsi mümkündür. ABO sistemi üzrə qan qrupunu kifayət qədər maye qan olduqda təyin etmək mümkündür, reaksiya isə vizual müşahidə olunur, yəni reaksiya makroaqqlyutinasiya xarakteri daşıyır. Məhkəmə-tibbi praktikada əksər hallarda miqdarı minimal olan quru qana təsadüf edilir. Bu səbəbdən məhkəmə-bioloji praktikada ABO sistemi üzrə qan qrupunu təyin etmək üçün mikroaqqlyutinasiya reaksiyasından istifadə edirlər, yəni aqqlyutinasianın nəticəsi mikroskop altında müşahidə olunur (şəkil 134).



Şəkil 134. Ləkələrdə qan qrupunun təyini

Bundan başqa məhkəmə-bioloji praktikada və ədəbiyyatda α aqqlyutinini anti-A, β aqqlyutinini isə anti-B adlandırırlar. Klinik praktikada işi asanlaşdırmaq üçün hesab edilir ki, (0) qan qrupu olan adamlarda eritrositlərdə şərti olaraq 0 aqqlyutinogeni yoxdur və buna görə də ona sıfır (0) aqqlyutinogeni deyilir, çünki (O) aqqlyutininləri ilə aqqlyutinasiya olunmur. Lakin, (0) qan qruplu insanlarda (0) aqqlyutinogeni eritrositlərdə material mövcuddur və irsi olaraq valideynlərdən uşaqlara keçir. İnsanın bütün ifrazatları ABO sistemi üzrə qan qrupuna müvafiq olan qrupa malikdirlər. Yəni, şəxsin qan qrupu (B) olduqda, onun tüpürcəyi, sperması və s.-də (B) qruplu olacaq.

ABO sistemi üzrə qrup xüsusiyyətlərindən başqa eritrositlərdə tipik adlandırılan M və N aqqlyutinogenləri də mövcuddur. Tip xüsusiyyətlərindən asılı olaraq bütün insanların qanı 3 tipə bölünür: M, N və MN. Təbiətdə qanın plazmasında anti-M və anti-N aqqlyutininləri yoxdur, buna görə də klinikada qan köçürmə zamanı qanın M, N və MN tip xassələri maraq oyat-

mır, çünki M, N, MN aqqlutinogenlərin varlığı və anti-M, anti-N aqqlutininlərin yoxluğu qan köçürmə zamanı heç bir uyğunsuzluq yaratmır.

Məhkəmə-bioloji praktikada isə qanın MN tip xüsusiyyətlərinin əhəmiyyəti böyükdür, çünki ABO sistemi üzrə eyni qan qruplu insanlarda MN sistemi müxtəlifdir, bu da bəzi hallarda qanın mənsubiyyətinin fərdiləşdirilməsinə imkan verir. Bundan başqa qanın MN xüsusiyyətləri irsən valideynlərdən onların uşaqlarına keçir. Qanın MN xüsusiyyətlərinin təyin edilməsində süni yolla (in vitro) alınmış anti-M və anti-N zərdablarından istifadə edilir.

Müayinə olunan qan ləkəsinin qrup, tip və digər xüsusiyyətlərini müəyyən etməklə və bu xüsusiyyətlərin ayrıca təqdim edilmiş konkret qan nümunəsinin xüsusiyyətləri ilə müqayisə etməklə qanın konkret bir şəxsə məxsus olması ehtimalı müəyyən edilir.

Qanın qrup, tip və digər xüsusiyyətləri irsi olaraq valideynlərdən onların uşaqlarına keçir. Qan xüsusiyyətlərinin irsən keçmə prinsipi müxtəlif irsi əlamətlərin ümumi irsən keçmə qaydasına əsaslanır. Yəni, uşağa konkret əlamət valideynlərin birindən yox, hər ikisindən irsən keçir və valideynlərdə olmayan əlamət uşaqda ola bilməz. Beləliklə, uşağın, ananın və ehtimal edilən atanın qan nümunəsi olduğu halda ABO, MN və qanın digər xüsusiyyətlərinə görə həmin şəxsin uşağın atası olmasını müəyyən etmək mümkündür, yəni, atalıq ekspertizası aparmaq olur (şəkil 135).

Nigah kombinasiyaları	Uşaqlar	
	ola bilər	ola bilməz
O × O	O	A, B, AB
O × A	O, A	B, AB
O × B	O, B	A, AB
O × AB	A, B	O, AB
A × A	O, A	B, AB
A × B	O, A, B, AB	—
A × AB	A, B, AB	O
B × B	O, B	A, AB
B × AB	A, B, AB	O
AB × AB	A, B, AB	O

Şəkil 135. Atalığın inkarı ekspertizası. ABO sistemi üzrə (qan qrupları)

36.2. Tüklərin məhkəmə-bioloji müayinəsi

Tüklər də qan kimi maddi sübut olaraq bir sıra cinayətlərin açılmasında çox vacib və əhəmiyyətli rol oynayırlar. Tüklərin tədqiqatları əsasən sitoloji və histoloji metodlar ilə aparılır. Bunun üçün xüsusi mikroskopik avadanlıqdan istifadə olunur

Tüklərin müayinəsi zamanı aşağıdakılar həll olunur:

- göndərilən obyektlər həqiqətən tükdür (tüklərin mövcudluğu) ya yox;
- tüklər kimə məxsusdur (insana yaxud heyvana);
- tüklərin regional mənşəyi (hansı hissədənir);
- tüklər qoparılıb ya tökülüb, xaricdən təsirə məruz qalıbdırmı: mexaniki, termik və s. (tüklərin zədələnməsi), süni boyanma, xəstəlik;
- tüklərin cinsi mənsubiyyəti;
- tüklərin müəyyən bir şəxsə məxsus olması (tüklərin oxşarlığı).

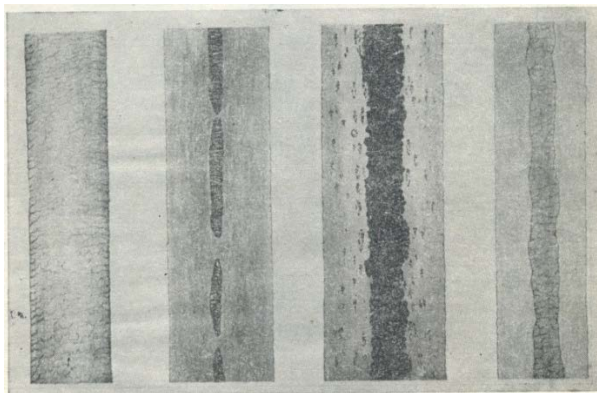
İnsan tükləri

Tüklərin makroskopik və mikroskopik müayinəsi əsasında tükün insana və ya heyvana məxsus olması, bədənə hansı nahiyədən olması təyin edilir.

İnsan tüklərinin beyin maddəsi çox zaman kiçik, əksər halda ensiz fasiləli dartılmış, hərdən adacıqlar formasında olan, çox vaxt tamamilə mövcud olmayan struktura malikdir, onun qalınlığı tükün qalınlığının 1/6-1/7 hissəsinə bərabərdir (şəkil 136).

Qabıq maddə tüklərin əsas hissəsini təşkil edir və əsasən periferik hissədə yerləşən pigmentdən ibarətdir (qızılı-sarı, qəhvəyi və ya qara rəngli). Ağarmış tüklərdə pigment olmur.

Kutikula pərdəsi xırda hüceyrələrdən ibarətdir. Onlar bir-birinə möhkəm bitişdiyindən, tükün optik kənarlarının dişliliyi zəif nəzərə carpır.



Şəkil 136. İnsan tükləri (mikroskop altında)

Heyvan tükləri

Kutikula qatı enli dartılmış formasındadır. Hüceyrələrin sərbəst kənarları bir-birindən uzaqdır. Kutikulanın dişləri iri, aydın görünəndirlər.

Beyin maddəsi enli, fasiləsiz və bərabər qalınlıqdadır və müxtəlif heyvanlarda müxtəlif olan müəyyən struktura malikdir (şəkil 137).

Qabıq maddə ensizdir, piqmenti mərkəzdə yerləşir (beyin maddəsi ətrafında).



Dovşan tükü

At tükü

İt tükü

Qoyun tükü

Şəkil 137. Heyvan tükləri..

Liflər

İpək lifləri – rəngsiz (və ya boyanmış) saplardır, çox vaxt düz, nadir hallarda burulmuş, düz kontorlu və bütün uzunluq boyu bərabər enlikdə olur, struktursuzdurlar, hərdən tutqun parıltılı olurlar və işığın istiqamətini dəyişirlər.

Pambıq lifləri – yastı, (ortasında kanala və ya kanalsız) spiral şəkildə burulmuş liflərdir.

Kətan lifləri – silindirik saplardır. Bir-birindən aralı yerləşən xarakter qalınlıqları var. Lifin uzunluğu boyunca onun mərkəzindən ensiz fasiləli kanal keçir. Qalın yerlərində köndələn cızıqlanma var.

Qoparılmış canlı tüklər.

Kök ucu əksər halda qarmağa oxşar formalı soğanağı saxlayır. Soğanaq hərdən çevrilmiş qın pərdəsi ilə əhatə olunur.

Vaxtı keçən qoparılan tüklər – zəif piqmentli, çatları buynuzlaşmış, pərdəli qalıqları olan soğanağı olur.

Vaxtı ötmüş tökülən tüklər – zəif piqmentli, quru, pərdəsiz soğanağı olur. Diferensiasiya (fərqləndirmə).

Qoparılmış, tökülmüş və vaxtı ötmüş düşməkdə olan tüklərin diferensiasiyasını pikrofuksinlə rəngləmə yolu ilə keçirirlər. Tüklərin kök hissəsini pikrofuksin boyağına salırlar, 20-30 dəqiqə ərzində saxlayırlar. Sonra obyekt boyaq maddəsindən çıxarılır və əşya şüşəsinin üzərinə qoyularaq örtük şüşəsi ilə örtülür. Adi işıq mikroskopu ilə müəyyən olunur.

Yaşamağa qabil olan qoparılmış tüklərin qın pərdəsi qırmızı rəngə boyanır. Buynuzlaşmış hüceyrələr sarı rəngə boyanır.

Küt alətlə zədələnmiş tükün zərbə zamanı yastılaşması nəticəsində əmələ gələn qeyri-bərabər miləoxşar genişlənmələri olur. Maddənin çatlaması, gövdəsində boşluqların və yarıqların əmələ gəlməsi müşahidə olunur. Tüklərin zədələnmiş hissələrinin tamamilə əzilməsi və ayrılması baş verə bilər.

Yolunmuş tüklər adətən qırılma yerində pilləkən şəkilli forma ilə xarakterizə edilir. Cəld möhkəm yolunduqda kənarları düz də ola bilər (şəkil 138).

Təzə kəsilmiş tükün üfiqi və ya çəp yerləşmiş çox saylı xırda dişli kəsik yeri olur.

Perhidrolla rəngi solmuş pigmentli tüklərdə qabıq maddə bozuntul-sarı rəngdə olur. Onun fonunda konturu aydın olmayan daha tünd, sarı rəngli pigment dənələrinin kölgəsini görmək olar. Qabıq maddənin uzununa cızıqlanması və hava ilə dolu çoxsaylı boşluqlar aydın görünür. Belə uzanan tüklərin kök hissəsində verilən pigmentli tükə xas olan pigmentin dənələrini və rəngini aydın görmək olar.

Rənglənmiş pigmentli tüklərdə pigment dənələri adətən qabıq maddənin sarı, açıq-qəhvəyi fonunda yerləşirlər. Kutikula qatı sarıya çalan yarışəffaf dartılmış formada olur.

Süni boyanmış ağarmış tüklərdə qabıq maddəsi boyaq maddəsinin rəngindən asılı olaraq sarı, açıq-qəhvəyi, narıncı və s. rəngdə ola bilər. Qabıq maddəsində pigment olmur. Onun uzununa cızıqlanması, hava ilə dolmuş çoxsaylı boşluqların olması aydın görünür.

Güllə təsirinə məruz qalan tüklər yüksək temperaturun təsirinə məruz qalan və küt alətlə zərbə yetirilən tüklərin xüsusiyyətlərini özündə birləşdirir.

Yüksək temperaturun təsirinə məruz qalmış (yandırılmış) tük kolba şəklində köpmüş olur. Qabıq və beyin qatlarında çoxlu sayda hava ilə dolmuş boşluqlar müşahidə olunur. Tükün buynuz maddəsinin dəyişməsi nəticəsində rəngi kürən olur. Kömürlənmiş yerlərdə tük qara rəngdə və buruq olur.

Kimyəvi burulmuş tüklərin kutikula hüceyrələrinin azad kənarları xeyli aralanmış, sanki qabıq qatdan uzaqlaşmış və lif formasında sallanan şəkildə görsənir.

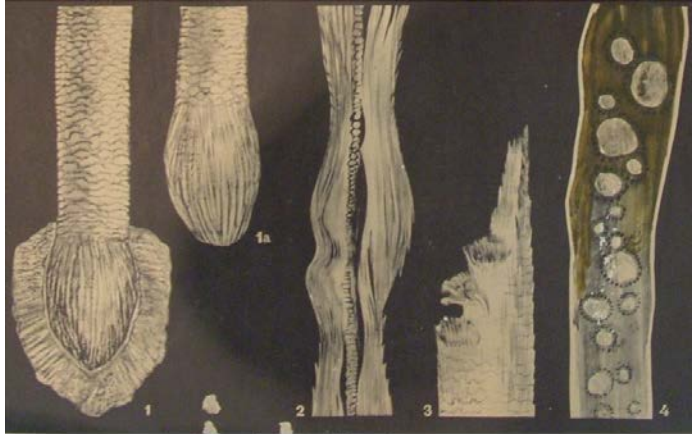
Tüklər xəstə olduqda onların kutikula, qabıq və beyin maddəsi patoloji prosesə cəlb edilir. Bu prosesi R.M.Yusifli təsvir etmişdir.

Ən geniş yayılan xəstəliklərə aşağıdakılar aid olunur:

- Düynü kövrəklik;

- Trixoptiloz;
- Bifurkasiya (tüklərin haçalanması);
- Düyünlülük (trixonodoz).

Xəstə və travma almış tüklərin müayinəsi histokimyəvi metodların köməkliyi ilə aparılır.



1. Qoparılmış 1a. Özü düşmüş
2. Əzilmiş 3. Kəsilmiş 4. Termiki təsirə məruz qalmış

Şəkil 138. Zədələnmiş tüklər

Hematoksin və eozinlə rəngləmə.

Xəstəlik nəticəsində dəyişmiş tük sahələri (bütün tük kimi) çəhrayı rəngə, tək pigment isə göy rəngə boyanır. Mexaniki travmalı sahədə isə qabıq maddə əsasən qırmızı-bənövşəyi rəngə boyanır.

Van Qizon üzrə rəngləmə.

Yağsızlaşdırılmış tüklər 30 dəq. müddətinə Erlix hematoksilininə yerləşdirilir, distillə olunmuş su ilə 1 dəqiqə müddətində yuyulur, pikrin turşusundan, turş fuksindən və karbol-ksiloldan ibarət olan qatışığa qoyulur, distillə suyu sonra isə 96 %-li spirtin 3 porsiyasında yuyulur.

Bütün tük və onun xəstə olan sahələri əsasən yaşıl rəngə, pigment isə qırmızımtıl rəngə boyanır. Tükün travma almış sahələri isə bütövlükdə açıq-qırmızı rəng alır.

Tüklərin cinsi mənsubiyyətini onun soğanığının qısa hüceyrələrində müəyyən edirlər. Burda X-xromatini (qadına məxsus) və Y-xromatini (kişiyə məxsus) təyin olunur.

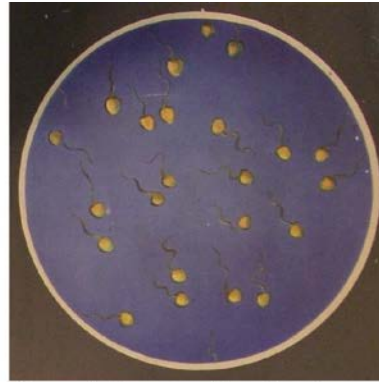
36.3. Spermanın məhkəmə-bioloji təyini və müayinəsi.

Spermanın məhkəmə-bioloji müayinəsi zamanı adətən aşağıdakılar həll olunur:

- maddi sübutlarda sperma varmı? (spermanın mövcudluğu);
- spermanın növünün təyini (sperma kimə – insana, yoxsa heyvana məxsusdur);
- spermanın qrup mənsubiyyətinin təyini.



Mikroskopik metod



Lyuministent mikroskopiyası

Şəkil 139. Spermanın təyini

Ləkələrdə sperma mövcudluğunun təyini.

Ləkələrdə sperma mövcudluğunun müəyyən edilməsinin dəqiq və qeyri-dəqiq metodları var (şəkil 139). Qeyri-dəqiq metodlar ancaq ehtimal olunan (təxmini) nəticə verir. Dəqiq metodlara elə mikroskopik reaksiyalar aiddir ki, onların aparılması zamanı mikroskop altında bütün tərkib elementlər ilə birlikdə ən azı bir spermatozoid aşkar edilsin. Ləkənin sperma ləkəsi olmasını ancaq tam spermatozoidlərin tapılması sübut edə bilər. Bunun üçün spermadan yaxma hazırlanır, eritrozın məhlulu ilə rəngləyib, mikroskop altında müayinə olunur. Bundan başqa spermatozoidləri aşkar etmək üçün digər metodlar da vardır. Bunlara spermatozoid izlərinin alınması, epimikroskopiya, mikrolüminesensiya və s. metodları aid etmək olar. Bəzən azospermiya zamanı, sperma olduğuna baxmayaraq spermatozoid aşkar edilməyə bilər.

Qeyri dəqiq metodlar.

Qeyri-dəqiq metodlara ultrabənövşəyi şüalar altında müayinələr və kimyəvi reaksiyalar aiddir. Bu reaksiyalardan ən çox Floransın mikrokristallik reaksiyası istifadə edilir.

Ultrabənövşəyi şüalar altında müayinə.

Spermanı aşkar etmək üçün maddi sübutlara qaranlıq otaqda ultrabənövşəyi şüalar altında baxılır. Sperma bir sıra zülali maddələr kimi solğun mavi flyuoressensiya (ışıqlanma) verir. Işıqlanma verən ləkələr onların yerləşməsinin müəyyən edilməsi və sonra dəqiq reaksiyanın aparılması üçün sapla tikilir.

Floransın mikrokristallik reaksiyası.

Üzərində spermanın olması şübhə edilən parçanın sapı əşya şüşəsinin üstündə liflərə ayrılır və üzərinə 1-2 damcı Florans reaktivi (1,65 hissə kalium yod, 2,54 hissə kristallik yod və 30 hissə distillə olunmuş su) əlavə edilir və örtük şüşəsi ilə örtülür. Mikroskop altında çoxsaylı qəhvəyi rəngli çəp paraleloqram şəklində kristallar görəcəyik, bəzi hallarda ucları haçalanmış olur (qaranquş quyruğu kimi). Kristallar bir-birindən ayrı yerləşir və ya xaç şəklində düzülür və sıx topalar yaradırlar.

Dəqiq metodlar.

Dəqiq metodlardan məhkəmə-bioloji praktikada ən geniş yayılanı Koren – Stoks reaksiyasıdır.

Koren –Stoks reaksiyası.

Sperma ilə hopdurulmuş parça sapı əşya şüşəsi üzərinə qoyulur və ona 1-2 damcı eritrozın məhlulu (0,5 qr eritrozın 25%-li ammonyakın 100 ml-nə) əlavə edilir və dərhal distillə su ilə yuyulub, örtük şüşə ilə örtülür. Mikroskop altında çəhrayı rəngli başçıqları və rəngsiz quyruqları olan spermatozoidlər müşahidə olunur.

Spermanın qrup və növ mənsubiyyətinin təyini.

Spermanın növünü Çistoviç-Ulenqut reaksiyası ilə, qrup mənsubiyyətini isə mikroaqqlyutinasia reaksiyası ilə təyin edirlər. Spermanın qrupu ABO sistemi üzrə müəyyən edilir. Sperma izlərinin müayinəsində bütün hallarda, spermanın qrupunu təyin etmək məqsədəuyğundur. Spermanın qrupunun təyini sperma izlərində ABO eritrositar izoseroloji sistemə görə aqlütinogenlərin aşkar edilməsinə və tüpürcək nümunələrinin müayinəsində insan ifrazatında bu aqlütinogenlərin ifrazetmə qabiliyyətinin öyrənilməsinə əsaslanır. Beləliklə, üzərində sperma izləri olan əşyalarla yanaşı, zərərçəkmişin və şübhəli şəxsin duru qan və ağız suyu nümunələri (ləkədə) ekspertizaya müayinə üçün göndərilməlidir. Zərərçəkmişdən götürülmüş qan və ağız suyu nümunələrində onların qrupları təyin edilir və spermanın qrupu ilə tutuşdurulur. Spermanın qrupunun təyini onun müəyyən bir şəxsə mənsub olmasını inkar və ya təsdiq edir.

FƏSİL XXXVII. MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZA OBYEKTLƏRİNİN İDENTİFİKASIYASI

Məhkəmə-tibbi kriminalistika şöbəsi məhkəmə-tibbi ekspertizanın əsas laborator şöbələrindən biri olub diaqnostik klassifikasiya və situasiya ekspertiza məsələləri ilə məşğul olur. Kriminalistika şöbəsindən başqa tibbi-biologiya, məhkəmə-kimya və digər şöbələrdə məhkəmə-tibbi ekspertiza obyektlərinin identifikasiyası ilə (eyniləşdirmə) məşğul olur.

İdentifikasiya dedikdə müxtəlif predmet və əşyaların, əlamətlərin şəxsiyyətin yalnız onlara aid xüsusiyyətlərə görə xarakterik fərdi uyğunluğu başa düşülür.

Məhkəmə-tibbi kriminalistik, bioloji və kimyəvi identifikasiyanın özlərinə məxsus əsas prinsipləri var. Kriminalistik identifikasiyanın əsas vəzifələrinə aşağıdakıları aid etmək olar:

- Bədən xəsarətləri yetirmiş alətlərin, şəxsiyyətin eyniləşdirilməsi. İnsan həyatına və sağlamlığına qarşı yenəlməmiş hadisələrin rekonstruksiyası (bərpa edilməsi). İdentifikasiyası məqsədilə təbabətdə, kriminalistikada, antropologiyada və digər elmi sahələrdə istifadə olunan laborator və elmi-texniki vasitələrin köməkliyi ilə məhkəmə-tibbi ekspertizanın və müayinələrin həyata keçirilməsi.
- Prosesual hərəkətlərdə iştirak etmək və hüquq-mühafizə orqan işçilərinə konsultativ kömək göstərmək, onları məhkəmə-kriminalistika şöbəsinin vəzifələri və imkanları ilə tanış etmək.
- Digər məhkəmə-tibbi ekspertiza şöbələrində aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar zamanı konsultativ elmi-texniki məsləhətlərin verilməsi və onların laborator vasitələrlə təmin olunması.
- Ekspertlərə metodik köməyin göstərilməsi və iş prosesində yeni elmi və texniki nailiyyətlərdən istifadə edilməsi.

37.1. Məhkəmə-tibbi trassoloji ekspertiza

İstənilən aləti xarakterizə edən əlamətlər fərdi və qrup şəklində ola bilər. Qrup şəklində olan əlamətlərə əsasən alətlərin növünü təyin etmək olar.

Fərdi əlamətlərə əsasən isə təqdim olunmuş alətin ona oxşar digər alətlərdən fərgini ayırd etmək olar.

Əşyalar bir-biri ilə və yaxud ətraf mühitlə əlaqədə olduqdan sonra onların üzərində müxtəlif izlər əmələ gəlir. Əşyaların xarici quruluş izlərini öyrənən bölməsi trassalogiya adlanır. Trassalogiyada iz dedikdə elə dəyişiklik başa düşülür ki, bu zaman bir əşyanın xarici quruluşu digər əşyada öz əksini tapmış olsun. İzlərdəki əlamətlərə əsasən obyektin eyniliyinin təyin olunması identifikasiya adlanır.

Belə ekspertizalar ekspert kriminalistlər tərəfindən aparılır. Bu zaman məhkəmə-tibbi kriminalistika şöbəsinin ekspertləri mikroskopik, rentgenoloji,

fotoqrafik, kimyəvi, spektroqrafik ölçü və s. müayinə metodlarından istifadə edir. Ekspertizanın növündən, qarşıya qoyulan suallardan asılı olaraq müxtəlif müayinə metodlarından istifadə oluna bilər.

Canlı şəxslərin və meyitlərin məhkəmə-tibbi ekspertizası zamanı mütəxəssis qarşısında həmişə xəsarət yetirən alətin (silahın) növünü təyin etmək lazım gəlir. Lakin onu da qeyd etmək lazımdır ki, canlı şəxslərin toxumalarının zədələnməsi zamanı çox hallarda xəsarət yetirən alətlərin küt, iti və ya odlu silah zədələnmələrinə aid olunması təyin oluna bilər. Ona görə ki, əksər qrup alətlərin canlı toxumalarda yaratdığı izlər oxşar xarakterli olur. Nadir hallarda sümük və qığırdaq toxumasının zədələnmələri zamanı fərdi əhəmiyyət kəsb edən əlamətlər qala bilər ki, bunları da identifikasiya yolu ilə təyin etmək olur. Mexaniki təsir zamanı zədə törədən alətlərin xarici quruluşunun xüsusiyyətləri müxtəlif növ izlər şəkilində əks oluna bilər. Avtomaşın təkerinin protektorunun izləri, yaxma izləri (qan, tük, sperma) basılma izləri və s. göstərmək olar.

Bədən üzərində və paltarlarda olan xəsarətlərə görə əşyaların oxşarlığını müqayisəli müayinə yolu ilə təyin edərkən onların üzərində olan qan izləri, hopmuş hüceyrələr, liflər və s. məhv ola və ya itirilə bilər. Ona görə də müqayisəli müayinə aparmazdan əvvəl belə obyektlərin məhkəmə-tibbi laboratoriyalarda seroloji və sitoloji metodların köməyi ilə lazım olan müayinəsi aparılmalıdır.

Bədəndə və paltarda olan xəsarətlərə əsasən əşyaların və silahların oxşarlığını və növ mənsəbiyyətinin təyini trassoloji identifikasiyaya əsaslanır.

İdentifikasiyanın əsası ondan ibarətdir ki, hər bir canlı və cansız təbiətli obyekt elə xarici quruluş əlamətlərinə malikdir ki, bu əlamətlər həmin obyektin fərdiliyini təkrarolunmazlığını, ona oxşar digər obyektlərdən fərqli olmasını göstərir.

İdentifikasiion ekspertiza əsasən iki mərhələdə aparılır. Birinci mərhələdə müayinə olunan obyektlər, məsələn: hadisə yerində tapılmış iz və ümumi quruluş əlamətlərinə görə identifikasiya.

Ümumi əlamətlərin fərqli olması zamanı tapılmış əlamətlərin fərdi və ya qrup əlamətlərinə aid olmasından asılı olmayaraq oxşarlığın olmaması nəticəsi çıxarıla bilər. Belə hallarda müayinə dayandırılır. Ümumi əlamətlərin üst-üstə düşmə hallarında ekspertiza davam etdirilir.

Müayinənin II hissəsi obyektlərin fərdi əlamətlərinə əsasən aparılır. Eyni adlı hissələrin, onların təxmini yerləşməsinə, xarici quruluşunun xüsusiyyətlərinə görə oxşarlığının olması öyrənilir.

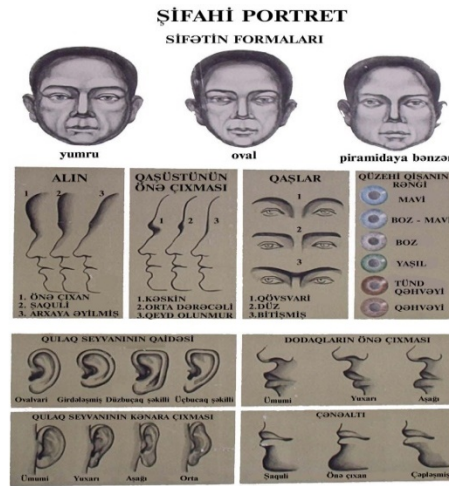
Bəzi hallarda müqayisəli müayinələr zamanı eksperimentlərin aparılmasına ehtiyac duyulur. Belə eksperimentlər zamanı hər hansı bir silahın xarici quruluşu, müxtəlif şəraitlərdə əks olunma xüsusiyyətləri öyrənilir.

37.2. Portret identifikasiyası

Portret identifikasiyasının canlı şəxslərə tətbiqi adətən ekspert-kriminalistlər tərəfindən aparılır. Əgər ölən şəxsin xarici görünüşü və onun sağlığında olan şəkli ilə müqayisənin aparılması lazım gələrsə onda bu işi məhkəmə-tibb ekspertləri həyata keçirir. İnsanın portret identifikasiyası aparılarkən bir çox metodlardan istifadə oluna bilər. Təsviri eyniləşdirmə metodunun məzmunu ondan ibarətdir ki, ardıcıl olaraq insanın sifətinin bütün görünən hissələri təsvir olunur. Bu hissələrə tükləri, üzü və onun elementlərini, qırıqları, büküşləri, fərdi xüsusiyyətləri və başqalarını misal göstərmək olar. Bu zaman üz quruluşunun elə hissələri və elementləri ölçülür ki, onları ölçmək mümkün olsun (şəkil 140).

Meyitin müayinəsi zamanı çox hallarda tanınma fotoşəkillərinə əsasən portret identifikasiyası aparılır.

Meyitin sifətinin və həyati şəkildə olan sifətinin təsviri başa çatdıqdan sonra onların müxtəlif vəziyyətlərində müqaisəsi aparılır.



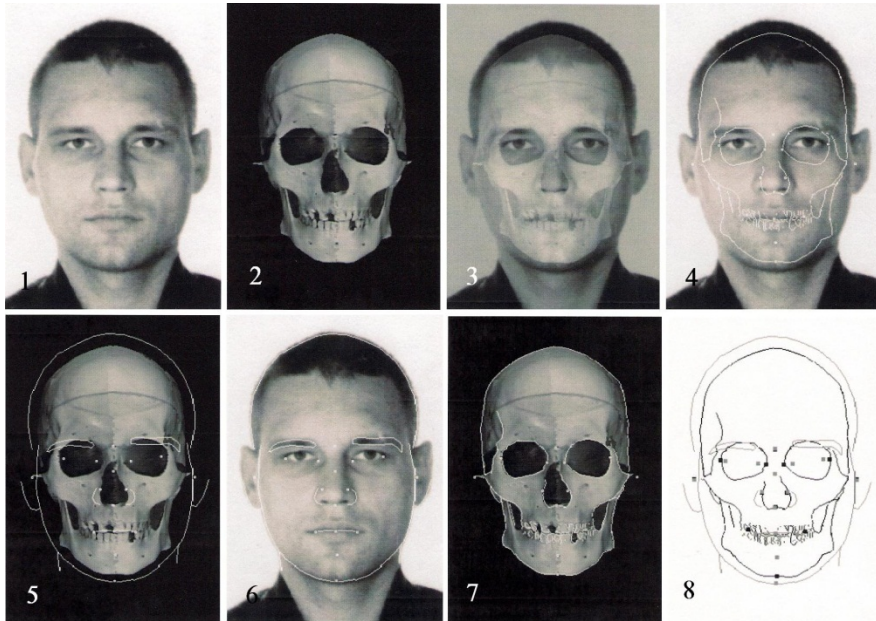
Şəkil 140. Şifahi portret

37.3. Kəllənin və üz sümüklərinin şəkillərlə eyniləşdirilməsi yolu ilə şəxsiyyətin identifikasiyası

Belə identifikasiyalar zamanı ən çox əhəmiyyət kəsb edən obyekt insanın kəlləsidir. Müayinə zamanı müxtəlif metodlardan istifadə olunur. İndiyə qədər istifadə olunan ən geniş yayılmış metodlardan biri kəlləyə və üzə görə eyniləşdirmə metodudur. Bu müayinə metodu zamanı insanın baş (sifət)

nahiyyəsinin şəxsin sağlığında çəkdiyi fotosəkillə naməlum şəxsin meyitinin kəlləsinin fotosəkili eyniləşdirilir. Əsas şərtlərdən biri ölümdən sonra hazırlanan şəkillərin göstəricilərinin, həmçinin onun masştabının dəqiq hazırlanmasıdır. Bu müayinənin əsas metodu ondan ibarətdir ki, başda və kəllədə olan xüsusi nöqtələr bir şəkildə müqaisəli eyniləşdirilir.

Başın və kəllənin fotosəkillərində olan xüsusi nöqtələrin müqayisəsində uyğunluğun və ya uyğunsuzluğun bir birinin üzərinə düşüb düşməməsi təyin edilir. Sümük və yumşaq toxumaların izlərinin qalınlığına və dişlərə daha çox üstünlük verilir. Baxmayaraq ki, bu metod çox rahatdır lakin o qədər müasir metod hesab olunmur. Müasir dövrdə meyitin kəlləsinin və başın həyati şəkilinin uyğunlaşdırılmasında komputer texnologiyalarının köməklindən geniş istifadə olunur (Ş.M.Musayev 1997 və s.) (şəkil 141).



Şəkil 141. Fotoeyniləşdirmə 1- güman olunan şəxsin portret təsvirinin reproduksiyası; 2- kəllənin təsviri; 3- tədqiq olunan kəllə və baş təsvirinin uyğunlaşdırılması; 4- baş təsviri üzərinə kəllənin kontur və konstantlarının qoyulması; 5- kəllənin təsviri üzərinə başın kontur və nöqtələrinin qoyulması; 6- kontur və konstantlarla başın yoxlanma təsviri; 7- kontur və konstantlarla kəllənin yoxlama təsviri; 8- başın və kəllənin kontur və konstantlarının uyğunlaşdırılması.

Belə hallarda kəllədə və başda olan bütün xüsusi nöqtələrin və izlərin müqayisəsi aparılır. Kəllənin fotosəkili başın sağlıqda çəkilmiş fotosəkilinə

uyğun görünüşündə dəqiq hazırlanmalıdır. Təsvirlərin üst-üstə qoyulması metodu ilə eyni vaxtda xarici görünüşün müxtəlif elementləri, onların ölçüsü, proporsiyası, onların eyni səviyyədə yerləşməsi, quruluşu və digər parametrləri müqayisə olunur. Belə müayinələr zamanı məhkəmə-tibbi ekspert kriminalistlər demək olar ki, həmişə dəqiq olaraq müsbət və mənfi nəticələrə gələ bilirlər.

37.4. Genotiposkopik identifikasiya (eyniləşdirmə) üsulu.

İlk dəfə olaraq Böyük Britaniya alimi A.C.Ceffreys (A.F.Jeffreys) cinayət və mülki işlərin araşdırılmasında şəxsiyyətin identifikasiyası məqsədi ilə «genom daktiloskopiya» (genotiposkopiya) üslubunu təklif etmişdir. Məlumdur ki, DNT molekulaları (dezoksiribonuklein turşusu) irsi məlumatların daşıyıcısıdır. Bu metod vitəsi ilə şəxsiyyətin identifikasiyası DNT molekulalarının quruluşunda fərdi hissələrin olmasına əsaslanır. Belə hissələri hipervariabel sahələr adlandırmışdır. Belə hissələrin quruluşu nəinki hər bir şəxsə fərdi xüsusiyyət daşıyır, həmçinin ciddi ardıcılıqla eyni şəxsə məxsus olan orqan və toxumalar da təkrarlamır.

Nəzəri olaraq genotiposkopik identifikasiya metodu ən universal üsul hesab olunur. Belə ki, bu metodun köməkliyi ilə tərkibində az miqdarda da olsa DNT molekulu olan müxtəlif bioloji mənşəli obyektləri identifikasiya etmək olar. Bir çox inkişaf etmiş ölkələrdə (ABŞ, Almaniya, Yaponiya və s.) cinayət və mülki işlərin araşdırılması zamanı məhkəməyə iş təhvil verilirərkən bu növ ekspertizaların cavabı olmadıqda iş icraya götürülmür. Genotiposkopik metodun köməkliyi ilə şəxsin təsdiqlənməsi barədə fikir söyləməklə yanaşı qan qohumluğu, genetik cinsi mənsubiyyət, bədən hissələrinin eyni bir şəxsə və ya müxtəlif şəxslərə mənsubluğu və s. haqqında dəqiqliklə bir nəticəyə gəlmək olar. Şəxsiyyətin identifikasiya məqsədi ilə DNT molekulalarının müayinəsinin aparılmasının bir neçə variantı təklif olunmuşdur. Bu variantlardan biri DNT restriksion fraqmentlərinin uzunluğunun polimorfizminin analizinə əsaslanır. Qısaldılmış şəkildə bu analizi RFUP adlandırırlar. Bu analiz qanın müayinəsi zamanı tətbiq olunur. Belə müayinəni aparılması aşağıdakı mərhələlərdən ibarətdir:

1) Müayinə olunan materiallardan DNT molekulunun ayrılması (götürülməsi).

2) Restriktar (endonuklear) fermentlərinin köməyi ilə DNT molekulalarının fraqmentlərə parçalanması. Restriktazaların hər bir növü öz kimyəvi tərkiblərinə görə DNT molekulalarının özünəməxsus hissələrə parçalayır.

3) DNT molekuluna belə təsirdən sonra bir-birindən uzunluğu, tərkibi molekulyar çəkirlrinə görə fərqlənən fraqmentlər əmələ gəlir.

4) Alınmış bu fraqmentlər qarışığı gəldə elektroforez yolu ilə bir-birindən ayrılır. Elektirik cərəyanı təsirindən fraqmentlər öz çəkirlrinə müvafiq olaraq gəldə qovularaq yerləşirlər. Bu fraqmentlər nə qədər kiçik və yüngül olarsa onlar bir o qədər də öz əvvəlki vəziyyətlərindən uzaqlaşirlər.

5) Elektroforetik lövhənin müxtəlif hissələrində yerləşmiş fraqmentlər arasında xüsusi zondların köməkliyi ilə polimorf fraqmentlər ayırd olunur. Bu polimorf fraqmentlər müxtəlif enlikli xətlər şəklində olur. Bu xətlər müxtəlif yerləşir və onların birgə yığını fərdi əlamət hesab olunur.

Genotiposkopik üsulun köməkliyi ilə cinayət və mülki işlər zamanı müxtəlif problemləri həll etmək olar.

BÖLMƏDƏ ACIQLANAN SUALLAR

1. Maddi sübutların məhkəmə-tibbi müayinəsi.
2. Qanın müayinəsi.
3. Ləkədə qanın olmasının təyini.
4. Qanın növünün təyini (Çistoviç-Ulenqut reaksiyası).
5. Məhkəmə-tibb təcrübəsində atalığın və analığın inkarı
6. Tüklərin müayinəsi.
7. Sperma ləkəsinin müayinəsi.
8. Məhkəmə-tibbi identifikasiya. Fotoeyniləşdirmə.
9. Molekulyar-genetik tədqiqatı (genom daktiloskopiya (A. Ceffreys üsulu)).

MÜNDƏRİCAT

MÜƏLLİFDƏN	4
I BÖLMƏ. MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİNİN PREDMETİ, METODLARI VƏ MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİNİN İNKİŞAF TARİXİ. MƏHKƏMƏ-TİBB XİDMƏTİNİN TƏŞKİLİ VƏ MƏHKƏMƏ TİBBİ -EKSPERTİZALARIN KEÇİRİLMƏSİNİN ƏSASLARI	6
FƏSİL I. MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİNİN PREDMETİ VƏ ONUN MƏZMUNU.....	6
1.1. Məhkəmə təbabətinin predmeti.....	6
1.2. Məhkəmə – tibbi ekspertizanın müayinə	7
FƏSİL II. MƏHKƏMƏ TƏBABƏTİNİN QISA İNKİŞAF TARİXİ.....	9
2.1. Məhkəmə təbabətinin qısa inkişaf tarixi	9
2.2. Azərbaycanda məhkəmə təbabətinin qısa inkişaf tarixi.....	11
FƏSİL III. AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA MƏHKƏMƏ - TİBB XİDMƏTİNİN TƏŞKİLİ. MƏHKƏMƏ TİBB - EKSPERTİZASININ KEÇİRİLMƏSİNİN ƏSASLARI	24
3.1. Azərbaycan Respublikasında məhkəmə-tibbi xidmətin təşkili.....	24
3.2. Məhkəmə-tibb ekspertizasının prosessual əsasları.....	26
FƏSİL IV. İSTİNTAQ VƏ MƏHKƏMƏ İŞİ MATERIALLARINA ƏSASƏN APARILAN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZALAR	35
FƏSİL V. TİBB İŞÇİLƏRİNİN PEŞƏ SAHƏLƏRİNDƏKİ QANUN POZUNTULARI ZAMANI CİNAYƏT MƏSULİYYƏTİ VƏ BU ZAMAN APARILAN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZALAR	36
5.1. Tibb işçilərinin qanunsuz fəaliyyətlərinə görə məsuliyyəti.....	36
5.2. Tibb işçilərinin qanunsuz peşə fəaliyyətlərinə görə məsuliyyətləri və bununla bağlı aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar	40
II BÖLMƏ. MƏHKƏMƏ-TİBBİ TANATOLOGİYA VƏ MEYİTİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI.....	49
FƏSİL VI. ÜMUMİ TANATOLOGİYA.....	49

FƏSİL VII. MEYİT ƏLAMƏTLƏRİ	54
7.1. İlkın meyit əlamətləri	54
7.2. Gecikmiş meyit əlamətləri	65
FƏSİL VIII. ÖLÜMÜN BAŞ VERMƏ MÜDDƏTİNİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ TƏYİNİ.....	72
FƏSİL IX. HADİSƏ YERİNİN MÜAYİNƏSİNDƏ MÜTƏXƏSSİS - HƏKİMİN VƏZİFƏLƏRİ	77
FƏSİL X. MEYİTİN MƏHKƏMƏ TİBBİ - MÜAYİNƏSİ	83
10.1. Meyitin məhkəmə-tibbi müayinəsinin əsas səbəbləri	83
10.2. Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasının keçirilməsinin qaydaları	87
10.3. Meyitin xarici müayinəsi	88
10.4. Meyitin daxili müayinəsi	92
10.5. Meyitin restavrasiyası və süni yolla konservləşdirilməsi	103
10.6. Meyitin məhkəmə-tibbi ekspertizasının sənədləşdirilməsi “Ekspert rəyi” və ya “Meyitin məhkəmə - tibbi müayinə aktı”	104
FƏSİL XI. NAMƏLUM ŞƏXSLƏRİN, PARÇALANMIŞ VƏ SKELETLƏŞMİŞ MEYİTLƏRİN MÜAYİNƏSİ. EKSHUMASIYA.....	109
11.1. Naməlum şəxslərin, parçalanmış və skeletləşmiş meyitlərin müayinəsi	109
11.2. Ekshumasiya	112
FƏSİL XII. YENİDOĞULMUŞ UŞAQ MEYİTLƏRİNİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ MÜAYİNƏSİ	116
12.1. Uşağın yenidoğulmuş olub-olmamasının təyini	117
12.2. Uşağın vaxtında doğulmasının və yetkinliyinin təyini.....	118
12.3. Uşağın yaşama qabiliyyətinin olub-olmamasının təyini.....	119
12.4. Uşağın diri və ya ölü doğulmasının təyini	121
12.5. Yenidoğulmuşun ölümünün səbəbinin təyini.....	124
FƏSİL XIII. QƏFLƏTİ ÖLÜM	132
13.1 Uşaq yaşlarında qəfləti ölümün əsas səbəbləri.....	132
13.2. Ürək –damar sistemi xəstəlikləri zamanı ölümün səbəbləri.....	137

13.3.	Tənəffüs üzvlərinin xəstəlikləri nəticəsində baş verən qəfləti ölüm halları.....	143
13.4.	Mərkəzi-sinir sisteminin xəstəlikləri nəticəsində baş verən qəfləti ölüm	143
13.5.	Mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri nəticəsində baş verən qəfləti ölüm	144
13.6.	Yoluxucu və parazitar xəstəliklər nəticəsində baş verən qəfləti ölüm	144

III BÖLMƏ. MEXANİKİ FAKTORLARIN TƏSİRİNDƏN BAŞ VERƏN ZƏDƏLƏNMƏLƏR VƏ ÖLÜM HALLARI 146

FƏSİL XIV. MƏHKƏMƏ-TİBBİ TRAVMATOLOGİYA	146
14.1. Xəsarətlər və travmatizm haqqında anlayış	146
14.2. Canlı şəxslərdə və meyitdə xəsarətlərin yetirilmə müddətinin təyini	150
14.3. Həyati və ölümdən sonra yetirilən xəsarətlərin differensial diaqnostikası	154
14.4. Mexaniki zədələnmələr zamanı ölümün səbəbləri	156
14.5. Zədələnmələrin təsnifatı	159
14.6. Mexaniki xəsarətlərin əmələ gəlməsinin əsas xüsusiyyətləri.....	160

FƏSİL XV. KÜT ALƏTLƏR TƏSİRİNDƏN TÖRƏNƏN XƏSARƏTLƏR 164

FƏSİL XVI. HÜNDÜRLÜKDƏN YIXILMA	175
16.1. Səth üzərinə yıxılma	176
16.2. Pilləkənvari yıxılma.....	178
16.3. Çox hündür olmayan məsafədən yıxılma (10 metrə gədər hündürlükdən yıxılma)	179
16.4. Yüksək hündürlükdən yıxılma və ya 10 metrdən çox olan hündürlükdən yıxılma.....	179
16.5. Qapalı yerlərdə yıxılma	183

FƏSİL XVII. NƏQLİYYAT TRAVMALARI	184
17.1. Avtomobil travmaları	184
17.2. Motosiklet travmaları	195
17.3. Dəmiryol travmaları	197
17.4. Traktor travmaları	200
17.5. Aviasiya travmaları.....	203
17.6. Su nəqliyyatı travmaları.....	205

FƏSİL XVIII. İTİ ALƏTLƏRLƏ YETİRİLMİŞ	
XƏSARƏTLƏR	207
18.1. Kəsilmiş yaralar	207
18.2. Deşilmiş yaralar	213
18.3. Deşilmiş-kəsilmiş yaralar	215
18.4. Çapılmış yaralar	220
18.5. Mişarlanmış yaralar	223
FƏSİL XIX. ODLU SİLAH ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ.....	224
19.1. Odlu silah anlayışı.....	224
19.2. Atəşin zədələyici faktorlarının təyininin məhkəmə-tibbi əhəmiyyəti	232
19.3. Güllənin kinetik enerjisi.Yara kanalı. Güllənin dəlib-kəçən və hidrodinamik təsiri.....	237
19.4. Ov silahları ilə zədələnmələr	243
19.5. Gülləsiz atəş	246
19.6. Partlayış travması	247
19.7. Əldə düzəldilmiş silahlarla zədələnmələr	250
19.8. Atipik silahlarla zədələnmələr	251
19.9. Atıcı (tullayıcı) alətlərlə zədələnmələr.....	251
IV BÖLMƏ. KƏSKİN OKSİGEN ÇATIŞMAMAZLIĞINDAN BAŞ VERƏN ÖLÜM HALLARI VƏ SAĞLAMLIĞIN POZULMASI.....	253
FƏSİL XX. MEXANİKİ ASFİKSİYA VƏ HİPOKSİYA	
ANLAYIŞLARI, ONLARIN TƏSNİFATI.....	253
20.1. Hipoksiya və mexaniki asfiksiya. Mexaniki asfiksiya zamanı baş verən pozulmalar və onların morfoloji təzahürləri.....	253
20.2. Strangulyasion asfiksiya.....	258
20.3. Kompresion asfiksiya	270
20.4. Obturasion asfiksiya	271
20.5. Batma.....	274
20.6. Meyitin sudaqalma əlamətləri	279
20.7. Suda başverən ölüm halı və sudan çıxarılan meyitlərdə xəsarətlər	280
V BÖLMƏ. FİZİKİ FAKTORLARIN ORQANİZMƏ TƏSİRİ	
ZAMANI ƏMƏLƏ GƏLƏN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN	
MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI.....	282
FƏSİL XXI. ELEKTRİK VURMALARIN MƏHKƏMƏ-TİBBİ	
EKSPERTİZASI	283
21.1. Texniki cərəyanın təsirindən yaranan elektrik vurma.....	283

21.2. Elektrik cərəyanının təsiri nəticəsində əmələ gələn ölüm hallarının kliniki təsviri və mexanizmi.....	287
21.3. Texniki cərəyanın zədələyici təsirinin mexanizmləri	288
21.4. Elektrik vurma hallarında məhkəmə-tibbi ekspertizanın xüsusiyyətləri.....	292
FƏSİL XXII. YÜKSƏK VƏ AŞAĞI HƏRARƏTLƏRİN - ORQANİZMƏ TƏSİRİNİN MƏHKƏMƏ TİBBİ EKSPERTİZASI	294
22.1. Yüksək temperaturun təsiri.....	295
22.2. Aşağı temperaturun orqanizmə təsirinin məhkəmə-tibbi ekspertizası.....	303
22.3. Aşağı temperaturun ümumi təsiri.....	305
FƏSİL XXIII. EKSTREMAL FAKTOLARIN TƏSİRİ NƏTİCƏSİNDƏ ƏMƏLƏ GƏLƏN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI.....	309
23.1. Barometrik təzyiqin dəyişməsi nəticəsində əmələ gələn zədələnmələrin ekspertizası	309
23.2. Radiasiyanın (şüalanmanın) təsiri	313
VI BÖLMƏ. MƏHKƏMƏ-TİBBİ TOKSİKOLOGİYA.....	318
FƏSİL XXIV. KİMYƏVİ AMİLLƏRLƏ ZƏDƏLƏNMƏLƏR, «ZƏHƏRLİ MADDƏ» ANLAYIŞI.....	319
24.1. Zəhərlərin və zəhərlənmələrin təsnifatı	319
24.2. Zəhərin orqanizmə təsiri şərtləri.....	322
24.3. Zəhərlənmələrin diaqnostikasının ümumi prinsipləri	325
FƏSİL XXV. AŞINDIRICI ZƏHƏRLƏRLƏ ZƏHƏRLƏNMƏLƏR.....	329
25.1. Turşularla zəhərlənmələr.....	329
25.2. Qələvilərlə zəhərlənmələr	331
FƏSİL XXVI. DESTRUKTİV ZƏHƏRLƏR.....	333
26.1. Arsenlə zəhərlənmələr	333
26.2. Civə və onun birləşmələri ilə zəhərlənmələr	334
FƏSİL XXVII. QAN ZƏHƏRLƏRİ VƏ YA HEMOTROP ZƏHƏRLƏRLƏ ZƏHƏRLƏNMƏLƏR	337
27.1. Hemoqlobinotrop zəhərlərlə(dəm qazı ilə) zəhərlənmələr	337

27.2. Hemolitik zəhərlərlə zəhərlənmələr	340
FƏSİL XXVIII. FUNKSIONAL ZƏHƏRLƏRLƏ ZƏHƏRLƏNMƏLƏR	341
28.1. Mərkəzi sinir sisteminin funksional aktivliyini iflic edən zəhərlərlə zəhərlənmələr	341
28.2. Mərkəzi sinir sisteminə yorucu təsir göstərən zəhərlərlə zəhərlənmələr	343
28.3. Mərkəzi sinir sistemini oyadan və qıcolmalar törədən zəhərlərlə (maddələrlə) zəhərlənmələr.....	353
FƏSİL XXIX. QIDA ZƏHƏRLƏNMƏLƏRİ	355
29.1. Qeyri bakterial heyvan mənşəli qidalarla zəhərlənmələr.....	355
29.2. Qeyri mikrobmenşəli bitki zəhərlənmələri.....	356
29.3. Mikrob mənşəli qida zəhərlənmələri (qida toksiki infeksiyaları)	358
29.4. Qida intoksikasiyaları	359
VII BÖLMƏ. CANLI ŞƏXSLƏRİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI	361
FƏSİL XXX. CANLI ŞƏXSLƏRİN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI	361
30.1. Canlı şəxslərin məhkəmə-tibbi ekspertizasının səbəbləri	361
FƏSİL XXXI. SAĞLAMLIĞA ZƏRƏR VURMANIN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZASI	363
31.1 Sağlamlığa ağır zərər vurma.....	363
31.2 Sağlamlığa az ağır zərər vurma.....	388
31.3 Sağlamlığa yüngül zərər vurma.....	389
31.4 Döymə, əzab və işgəncə vermə.....	390
31.5 Sağlamlığa zərər vurmanın təyininin aparılma qaydaları.....	390
FƏSİL XXXII. SƏHHƏTİN VƏZİYYƏTİNİN, SİMULYASIYA, DİSSİMULYASIYA, SÜNİ XƏSTƏLİK VƏ ÖZ-ÖZÜNƏ XƏSARƏT YETİRMƏ HALLARINDA APARILAN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZALAR	394
FƏSİL XXXIII. MÜBAİSƏLİ CİNSİ VƏZİYYƏTLƏRDƏ APARILAN MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZALAR	397
33.1. Cinsin təyini	397
33.2. Bakirəliyin (qızlığın) müəyyən edilməsi	399

33.3. Hamiləliyin təyini.....	400
FƏSİL XXXIV. CİNSİ CİNAYƏTLƏRDƏ APARILAN	
MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZA	406
34.1. Zorlama hallarında aparılan məhkəmə-tibbi ekspertiza.....	406
34.2. Seksual xarakterli zorakılıq hərəkətləri və seksual pozğunluqlar zamanı aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar...	411
34.3. Zöhrəvi xəstəlikləri yayma və insan immun çatışmamazlığı virusu (QİÇS)-ilə yoluxduma hallarında aparılan məhkəmə-tibbi ekspertizalar	415
FƏSİL XXXV. YAŞIN MƏHKƏMƏ-TİBBİ TƏYİNİ	417
VIII BÖLMƏ. MADDİ SÜBUTLARIN MƏHKƏMƏ-TİBBİ	
EKSPERTİZASI	422
FƏSİL XXXVI. BİOLOJİ MƏNŞƏLİ OLAN MADDİ	
SÜBUTLARIN MÜAYİNƏSİ	422
36.1. Qanın məhkəmə-bioloji müayinəsi	426
36.2. Tüklərin məhkəmə-bioloji müayinəsi	434
36.3. Spermənin məhkəmə-bioloji təyini və müayinəsi	438
FƏSİL XXXVII. MƏHKƏMƏ-TİBBİ EKSPERTİZA	
OBYEKTlərİNİN İDENTİFİKASIYASI	440
37.1. Məhkəmə-tibbi trassoloji ekspertiza.....	440
37.2. Portret identifikasiyası	442
37.3. Kəllənin və üz sümüklərinin şəkillərlə eyniləşdirilməsi yolu ilə şəxsiyyətin identifikasiyası	442
37.4. Qenotiposkopik identifikasiya (eyniləşdirmə) üsulu	444

**Azərbaycan Tibb Universitetinin
Nəşriyyat - Poliqrafiya şöbəsi**

Nəşriyyatın müdiri:	S.H.Xudayarov
Texniki redaktoru:	R.M.Seyidov
Tərtibatçı:	S.N.Namazova

Kağız formatı 70 x 100 ¹/₁₆
Sifariş 55 Tiraj 100

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.