

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
26 серпня 2025 року № 1334

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
щодо відновлення папілярного візерунку пальців рук невідомих тіл
(останків) загиблих (померлих) осіб

I. Загальні положення

1. Ці Методичні рекомендації розроблено з метою забезпечення уніфікованого підходу до відновлення папілярного візерунку пальців кистей невідомих тіл (останків) загиблих (померлих) осіб в умовах виражених пізніх трупних змін, що ускладнюють або унеможливають застосування стандартних методів дактилоскопічної ідентифікації.

2. У цих Методичних рекомендаціях терміни вживаються у значеннях, наведених у Кримінальному процесуальному кодексі України, Законі України «Про судову експертизу» та наказі Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 1995 року № 6 «Про розвиток та удосконалення судово-медичної служби України», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України від 26 липня 1995 року за № 248/784.

3. Методичні рекомендації пропонують алгоритми дій судово-медичних експертів при роботі з трупами в різних стадіях трупних змін, зокрема за наявності гниття, муміфікації, сапоніфікації, термічних уражень, мацерації або інших форм посмертної трансформації шкірного покриву.

4. Використання зазначених методів не виключає застосування новітніх, експериментальних або допоміжних методик, за умов належного документального обґрунтування їх доцільності в межах конкретного випадку.

5. Вибір конкретного методу відновлення папілярного візерунку рекомендується здійснювати судово-медичним експертом на підставі візуальної оцінки збереженості тканин, ступеня трупних змін, умов транспортування, перебування тіла, доступності необхідного обладнання та хімічних реагентів.

6. Усі процедури відновлення папілярного візерунку, обробки кистей, ін'єкції, нагрівання, хімічні маніпуляції та дактилоскопічні дії рекомендовано здійснювати в умовах, що забезпечують максимальну збереженість біологічного матеріалу та відповідають правилам біобезпеки.

II. Відновлення папілярного візерунку у стадії ранніх трупних змін

1. До ранніх посмертних змін, що негативно впливають на можливість отримання якісної дактилоскопічної інформації, придатної для проведення

ідентифікаційних заходів, належать трупне залякання та висихання шкіри пальців кисті.

2. Трупне залякання спричиняє ригідність м'язів-згиначів пальців, що унеможливорює або значно ускладнює проведення маніпуляцій, необхідних для отримання дактилоскопічних відбитків, у тому числі через обмеження доступу до пульпарних поверхонь нігтьових фаланг. У разі наявності трупного залякання, що охоплює як поверхневі, так і глибокі м'язи-згиначі пальців кисті, внаслідок чого пальці перебувають у напівзігнутому положенні, спроби їх примусового розгинання можуть спричинити постмортальні ушкодження, рекомендовано застосування хірургічного методу мобілізації пальців:

1) Для забезпечення доступу до пульпарних подушок нігтьових фаланг (за винятком великих пальців) рекомендується проводити розсічення сухожилків м'язів-згиначів (*Tendi m. flexoris digitorum superficiali et profund*) відповідних пальців з долонної поверхні в ділянці між проксимальною та середньою фалангами за допомогою скальпеля.

2) У випадку необхідності доступу до долонної поверхні нігтьових фаланг великих пальців рекомендовано здійснювати розтин у проекції тенара з перетином м'яза-привідника великого пальця (*m. adductor pollicis*), короткого м'яза-згинача великого пальця (*m. flexor pollicis brevis*) та м'яза, що протиставляє великий палець (*m. opponens pollicis*).

3. Висихання епідермісу призводить до зменшення об'єму м'яких тканин, втрати еластичності шкіри, утворення тріщин, складок і деформації папілярного візерунка, що істотно погіршує якість дактилоскопічних відбитків або унеможливорює їх отримання без проведення попередньої реконструкції. У разі трупного висихання, що призводить до зменшення об'єму м'яких тканин нігтьових фаланг, втрати еластичності шкіри та спотворення папілярного візерунка, рекомендовано застосування ін'єкційного методу відновлення тканин:

1) відновлення об'єму пульпарних подушок можливо здійснювати шляхом внутрішньотканинного введення 50% водного розчину гліцерину відповідно до методики Свенсона та Венделя. Ін'єкція проводиться тонкою голкою через бічну поверхню середньої фаланги під кутом 30–45° у напрямку пульпи нігтьової фаланги;

2) рекомендований об'єм введення становить 1–3 мл на один палець залежно від ступеня висихання. Введення розчину має здійснюватися повільно, з контролем ступеня наповнення пульпарної подушки та недопущенням надлишкового тиску, який може спричинити розрив тканин;

3) після ін'єкції рекомендується витримати 2–5 хвилин для стабілізації об'єму та розправлення шкірних складок;

4) після цього проводиться дактилоскопіювання стандартними методами з використанням фарб або цифрових зчитувальних пристроїв.

III. Відновлення папілярного візерунка у стадії пізніх трупних змін

1. Під час емфізематозного періоду гниття характерним є відшарування епідермісу, що супроводжується утворенням трупних бул, заповнених серозним або геморагічним ексудатом. У подальших стадіях процес має генералізований характер, що зумовлює відторгнення значних ділянок епідермального покриву з оголенням дерми, яка зазнає виражених гнильних змін та набуває темно-зеленого або чорного забарвлення.

Очищення епідермісу рекомендується здійснювати методом пасивного промивання шляхом занурення кисті або її сегментів у мильний водний розчин. Для усунення механічних забруднень дозволяється застосовувати лише інструменти з мінімальним механічним впливом (м'які пензлі, пінцети з атравматичними закругленими кінцями).

Застосування водяного струменя високого тиску, активного промивання або тривалого перебування у мильному розчині не рекомендовано.

Для вилучення епідермісу з кистей рук трупа застосовуються такі методи:

1) пасивне відшарування – передбачає занурення кистей рук у статичну воду з контрольованою температурою (25–30 °C) із забезпеченням постійного візуального контролю за процесом відшарування;

2) механічне відшарування – використовується у випадках часткового самовільного відшарування епідермісу та потребує делікатного механічного втручання з метою його повного вилучення;

3) гідростатичне відшарування – передбачає ін'єкційне введення води під епідерміс для створення локального тиску, що забезпечує рівномірне його відшарування. Ін'єкція здійснюється тонкою голкою відповідно до методики Свенсона та Венделя, з урахуванням положення кисті, що мінімізує ризик пошкодження папілярного візерунка на нігтьовій фаланзі.

У разі цілісного збереження епідермального шару рекомендовано застосовувати метод «епідермальної рукавички». Суть методу полягає в одяганні відшарованого епідермісу на руку оператора з подальшим проведенням дактилоскопіювання. Надягання епідермісу здійснюється поступово — від дистальних фаланг пальців у напрямку до проксимальних відділів. Для забезпечення щільного прилягання епідермального шару до шкіри дослідника дозволяється використання адгезивних речовин, зокрема вазеліну.

Перед проведенням дактилоскопіювання поверхню епідермісу рекомендується знежирити ефіром, ацетоном або 96% етанолом. Після знежирення шкіру слід повністю висушити.

У разі наявності поверхневих ушкоджень або незворотних змін епідермісу рекомендовано застосування методу «реверсивної епідермальної рукавички». Для цього на внутрішню (дермальну) поверхню епідермісу наноситься

дактилоскопічна фарба за допомогою валика, після чого виконується перенесення відбитка на паперову основу. Отримане зображення має негативний характер і дзеркальне просторове відображення відносно стандартного дактилоскопічного відбитка.

2. У випадках повного руйнування або відсутності епідермального шару дактилоскопічне дослідження рекомендується проводити з використанням дерми. Структура дерми відрізняється від епідермісу: рельєф формують сосочки, які іноді мають від двох до п'яти вершин при одній основі.

Очищення гнилісно зміненої дерми включає видалення залишків епідермісу та сторонніх забруднень. З огляду на вищу механічну стійкість дерми порівняно з епідермісом, для очищення дозволяється використовувати плаский металевий шпатель, що забезпечує ефективне видалення забруднень без ризику травмування рельєфу.

Знежирення дерми перед дактилоскопіюванням рекомендовано проводити шляхом короткочасного занурення кисті у розчин ацетону низької концентрації.

Для відновлення об'єму пульпарних подушок нігтьових фаланг можливе застосування ін'єкційного введення охолодженої до 5 °C води через медіальну фалангу пальця згідно з методикою Свенсона та Венделя.

Відновлення рельєфу папілярних візерунків дерми рекомендується досягати шляхом занурення кисті у воду, нагріту до приблизно 90 °C, після попереднього ін'єкційного введення води низької температури в товщу м'яких тканин.

Час експозиції підбирається індивідуально за результатами візуального контролю.

Одразу після вилучення пальця з розігрітої води та його просушування серветкою може проводитися дактилоскопіювання стандартними методами з використанням фарб.

3. У періоді активного розкладу важливим елементом судово-медичного дослідження є ретельний огляд кистей з метою виявлення залишків або фрагментів епідермісу.

Проведення дій з епідермісом у періоді активного розкладу рекомендовано здійснювати відповідно до порядку, визначеного пунктом 1 розділу II цих Методичних рекомендацій. Залежно від ступеня збереження епідермального шару, рекомендується застосування методу «епідермальної рукавички» або альтернативного варіанту — методу «реверсивної епідермальної рукавички».

У випадку повного руйнування епідермісу та необхідності роботи з дермою, заходи з очищення, знежирення, відновлення об'єму м'яких тканин та реконструкції рельєфу папілярного візерунка рекомендується виконувати в порядку, передбаченому пунктом 2 розділу II цих Методичних рекомендацій.

4. У разі наявності муміфікованих або сапоніфікованих змін шкірно-підшкірних структур допускається застосування окремих спеціалізованих методів реконструкції папілярного візерунка з епідермісу або дерми.

Метод об'ємного відбитка полягає у нанесенні попередньо змішаного двокомпонентного силіконового компаунду безпосередньо на пульпарні подушки пальців та тильну поверхню нігтьової фаланги. Після затвердіння матеріалу відтиск обережно знімається, утворюючи негативне, дзеркальне, об'ємне зображення папілярного візерунка, яке може бути піддане подальшому аналізу за допомогою оптичних, цифрових або криміналістичних методів.

Для отримання дактилоскопічного відбитка отриманий силіконовий наперсток вивертається у зворотному напрямку (реверсне вивертання) та використовується як носій для зняття відбитка за стандартною методикою.

Метод рентгенконтрастного дактилоскопіювання рекомендується застосовувати для оперативної ідентифікації невстановлених трупів з вираженими трупними змінами. Метод базується на візуалізації рельєфу папілярного візерунка за допомогою рентгеноконтрастної пасти та цифрового рентгенографічного знімання.

У якості контрастної речовини рекомендовано використовувати пасту, виготовлену шляхом змішування оксиду свинцю (PbO , червоний свинець) та діоксиду свинцю (PbO_2) з камфорною олією у співвідношенні 3:1. Структура пасти забезпечує рівномірне заповнення борозен папілярного візерунка.

Застосування методу включає такі етапи:

1) делікатне механічне очищення долонних поверхонь дистальних фаланг пальців від забруднень та включень;

2) дисекція нігтьової та медіальної кісткових фаланг шляхом розсічення м'яких тканин вздовж довжника відповідного пальця по тильній поверхні з подальшим відсепаруванням кісток дистальної та медіальної фаланг;

3) нанесення контрастної пасти на поверхню папілярних ліній;

4) рентгенографія за допомогою цифрового рентген-апарату (візіограф розташовується під дистальною фалангою, випромінювач – перпендикулярно до візіографа з боку долонної поверхні).

Отримані рентгенограми мають дзеркально відображене зображення папілярного візерунка, аналогічне до зображення при реверсивному дактилоскопіюванні.

Відновлення природньої еластичності та пружності м'яких тканин за допомогою занурення пальців кистей у розчин MF-24.

Для приготування 1 літра розчину необхідно 325 мл 25%-го розчину аміаку, 10 гр гідрокарбонату натрію, 175 мл 96%-го розчину етилового спирту, 30 мл розчину диметилсульфоксиду та 470 мл дистильованої води.

Залежно від ступеню вираженості муміфікації кисті рук рекомендується повністю занурювати в розчин MF-24 на 2-8 годин при періодичному візуальному контролі процесу відновлення. Після набуття м'якими тканинами пружності та еластичності об'єкти варто вилучити із вказаного розчину з подальшим промиванням проточною водою. У разі недостатнього відновлення об'єму пульпарних подушок допускається додаткова ін'єкція спеціальних рідин через медіальну фалангу за методикою Свенсона та Венделя.

Після відновлення об'єму м'яких тканин долонні поверхні дистальних фаланг пальців висушуються фільтрувальним папером та проводиться класичне дактилоскопіювання.

5. У разі наявності опікових ушкоджень кистей, що супроводжуються вуглецевими нашаруваннями, сажою або обвугленням, рекомендованим первинним заходом є проведення очищення шкірних покривів за допомогою м'яких щіток та мильних миючих засобів. Метою обробки є видалення зовнішніх забруднень без порушення залишків рельєфу папілярного візерунка.

Після завершення очищення рекомендовано здійснити занурення обробленої ділянки в розчин MF-24 з метою часткового відновлення еластичності тканин і створення умов для подальшого дактилоскопічного дослідження.

6. У разі значного гнильного ураження, що унеможлиблює проведення дактилоскопії, доцільно зафіксувати морфологічні зміни та застосувати альтернативні методи ідентифікації.

**Директор Департаменту
високотехнологічної
медичної допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА