

Д.И. Головин

Вскрытие трупов

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 617
ББК 54.5
Д11

Д11 **Д.И. Головин**
Вскрытие трупов / Д.И. Головин – М.: Книга по Требованию, 2021. – 100 с.

ISBN 978-5-458-38407-0

Г.В. Шор предложил извлекать органы не поодиночке, не группами, а целым органокомплексом. Преимущество способа Шора заключается в том, что полная эвисцерация органокомплекса позволяет сохранять естественные связи между органами, а это является необходимым условием при исследовании патологически измененных отношений. Способ вскрытия по Шору более, чем другие, соответствует современным методологическим представлениям о целостности организма. Распространение способа вскрытия по Шору затруднялось тем обстоятельством, что до настоящего времени не имелось подробного руководства. Издание такого руководства является давно назревшей необходимости. Однако следует оговориться, что способ вскрытия по Шору претерпел с течением времени некоторые изменения. В настоящем руководстве способ вскрытия по Шору излагается в модификации Гаршина. Вскрытие отдельных внутренних органов после эвисцерации имеет некоторые особенности, определяющиеся тем, что органы находятся в составе органокомплекса. На эти особенности и будет обращено внимание при описании соответствующих приемов. Что же касается вскрытия головы, позвоночника и конечностей, то по Шору оно производится так же, как при других способах. Поскольку рисунки подчас заменяют пространные описания, настоящее издание снабжено сравнительно большим количеством иллюстраций как оригинальных, так и заимствованных у Б. Фишера, Науверка, Летюля, И.И. Медведева.

ISBN 978-5-458-38407-0

© Издание на русском языке, оформление

«YOYO Media», 2021

© Издание на русском языке, оцифровка,

«Книга по Требованию», 2021

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, кляксы, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

В крупных, хорошо оборудованных больницах, вскрытия производят в отдельном здании — прозекторской, расположенной в некотором отдалении от больничных корпусов. В прозекторской, помимо специального секционного зала, в котором непосредственно производятся вскрытия, имеется еще ряд помещений — морг, прощальный зал, комната для выдачи родственникам похоронных свидетельств, гистологическая лаборатория и др.

Небольшие лечебные учреждения располагают, конечно, меньшими возможностями. Однако при любых условиях обязательным является содержание секционного зала в такой же чистоте, какую принято поддерживать в операционной.

Секционный зал имеет каменный пол, асфальтированный или, лучше, кафельный. Стены облицованы материалом, позволяющим производить их обмывку. Окна достаточно велики для того, чтобы пропускать много света; в летнее время они защищены сеткой от мух. Помещение ежедневно вентилируют. В нем находятся только те предметы, которые необходимы для вскрытия, а именно — секционный стол, секционный столик, шкафы для хранения инструментов, реактивов и одежды, весы, письменный стол, несколько табуреток, умывальник. Полотенце, мыло и шетки следует иметь как для перчаток, так и, отдельно, для рук.

Секционный стол приблизительно следующих размеров: в высоту 90 см, длину до 200 см и ширину 80 см. Верхняя крышка стола сделана из материала, не пропитывающегося кровью и другими жидкостями — искусственного или естественного камня (например, мрамора или гранита), стекла, оцинкованного железа. Поверхность стола должна быть совершенно гладкой для предохранения кожи трупа от повреждений. Края стола валикообразно утолщены в виде бортов. Для стекания жидкости стол имеет специальное отверстие в

том конце, где находятся ноги трупа. Для того, чтобы обеспечить отток жидкости, достаточно придать крышке стола соответствующий уклон; особые углубления, предложенные для этой цели, излишни.

Жидкость отводится в канализационную систему; если же ее нет, то в специальный сосуд, в который следует добавлять хлорную известь (в особенности при вскрытии инфицированных трупов). К нижней части стола подведена вода, горячая и холодная; кран снабжен резиновым шлангом.

Эвисцерированный органокомплекс трудно исследовать на том же столе, на котором лежит труп. Поэтому органокомплекс после эвисцерации укладываются на отдельный столик, установленный поперек секционного стола в ногах трупа. Форма этого столика в миниатюре повторяет секционный стол. Он также снабжен бортиками и имеет небольшой уклон, так как передние ножки его несколько короче, чем задние, обращенные к прозектору. Дно столика состоит из ряда планок, между которыми имеются щели для стекания жидкости. Размеры столика рассчитаны на то, чтобы на нем мог полностью разместиться крупный органокомплекс. Поверхность столика должна составлять не менее 40×60 см, высота (считая с бортами) — около 20 см.

Помимо столика, на секционном столе находится деревянный брускок, употребляемый при вскрытии в качестве подпорки, с углублением для шеи трупа.

Инструменты. Для вскрытия трупа необходимо иметь:

- 1) нож малый ампутационный (употребляется для разрезов кожи и при эвисцерации органокомплекса);
- 2) нож большой ампутационный (для разрезов органов эвисцерированного органокомплекса и головного мозга);
- 3) хрящевой нож (для разреза хрящевой части ребер);
- 4) хирургический скальпель (для препаратовки);
- 5) ножницы остроконечные (для вскрытия протоков и мелких сосудов);
- 6) ножницы тупоконечные (для вскрытия сердца, аорты и ее крупных ветвей, дыхательных путей, пищевода и желудка, влагалища и мочевого пузыря, а также для рассечения связок и препаратовки);
- 7) кишечные ножницы с утолщением на конце одной из бранш (для вскрытия тонкого и толстого кишечника);
- 8) костные прямые кусачки Листона;
- 9) пила дуговая (для распила костей черепа);
- 10) пила листовая (для распила длинных и других костей);
- 11) долото;
- 12) металлический молоток (для отделения спиленной крышки черепа удобны молотки с загнутой на конце ручкой);

- 13) пинцет Шора с широкими зубчатыми лапками (для захватывания органов и тканей);
- 14) анатомический пинцет;
- 15) хирургический пинцет;
- 16) зонд;
- 17) ложка с длинной ручкой (для вычерпывания жидкости из полостей трупа);
- 18) измерительные цилиндры различной емкости;
- 19) металлическая измерительная линейка;
- 20) рулетка с металлической измерительной лентой;
- 21) весы (для взвешивания органов);
- 22) точильный брускок;
- 23) упаковочные иглы (для зашивания трупа).

Перед вскрытием на секционном столике раскладывают лишь те инструменты, без которых невозможно или очень трудно обойтись (ножи ампутационные, большой и малый, реберный нож, пинцет Шора, ножницы тупоконечные, остроконечные и кишечные, пила дуговая, молоток, долото, измерительная линейка). Остальные инструменты подают по мере надобности.

Как видно из приведенного списка, при вскрытии можно обходиться теми инструментами, которыми располагает любое хирургическое отделение. Однако имеются и такие инструменты, которые применяются исключительно или преимущественно в прозекторской практике; наличие их желательно, но не обязательно. Это двойная пила Люэра, состоящая из двух параллельных пил, предназначенная для перепиливания задних дужек позвонков, рахитом Гелли, особые щипцы, служащие для пересечения задних дужек позвонков, мозговой нож Вирхова с обоюдоострым лезвием, мизелотом Пика, нож с длинной ручкой и коротким загнутым лезвием, употребляется для разреза продолговатого мозга при извлечении головного мозга и др.

Желательно иметь также бритву, шприц, измерительный циркуль, лобзик для выпиливания тонких костных пластин, крючки для раздвигания краев разреза.

После вскрытия инструменты должны быть тщательно вымыты, насухо вытерты и уложены в шкаф. При длительном хранении инструменты смазывают вазелином и завертывают в бумагу.

Одежда вскрывающего. Перед вскрытием надевают закрытый белый халат, поверх халата — клеенчатый фартук, на голову — полотняный колпак, на ноги — калоши. Рукава халата засучивают выше локтя. Перед тем, как одеть резиновые перчатки, проверяют их целость и засыпают внутрь тальк. Предплечья обычно оставляют открытыми. Этим сохраняется свобода движений, а загрязнения легко избежать уже при небольшом навыке. Нарукавниками пользуются лишь в хо-

лодное время года в нетопленном помещении. Тогда рукава халата не засучивают, а завязывают у лучезапястного сустава; перчатки натягивают либо поверх халата, либо поверх нарукавников.

После вскрытия, не снимая перчаток, моют их под краном с мылом и щеткой, вытирают насухо, а затем уже снимают, посыпают тальком и кладут в коробку. При мытье рук мыло, щетку и полотенце меняют.

Подготовка и проведение вскрытия. Труп укладывают на секционный стол головой к окну. Под лопатки трупа помещают деревянную подпорку со специальной выемкой. В ногах трупа устанавливают секционный столик с инструментами (большой и малый секционные ножи, реберный нож, пинцет Шора, остроконечные, тупоконечные и кишечные ножницы, дуговую пилу, молоток и долото, измерительную линейку). Остальные инструменты, как было уже указано, подают во время вскрытия по мере необходимости.

Вскрывать нужно при дневном свете, — электрическое освещение изменяет естественные оттенки цвета тканей и органов.

Место прозектора — у правой стороны трупа. По ходу вскрытия прозектор передвигается в пределах своей стороны стола, покидая свое место лишь для вскрытия черепа. Помощник прозектора, клиничисты и другие присутствующие на вскрытии лица помещаются не рядом со вскрывающим, а напротив него.

После наружного осмотра трупа приступают к самому вскрытию. Вслед за разрезом мягких тканей и распилом костей осматривают полости тела и расположенные в них органы. Извлекают в виде единого органокомплекса органы шеи, грудной и брюшной полостей, затем головной мозг. Укладывают извлеченные органы на секционный столик, снова осматривают и подробно исследуют при помощи соответствующих разрезов. Вскрытие конечностей, придаточных полостей черепа, извлечение и исследование спинного мозга производят только по специальным показаниям.

При проведении вскрытия необходимо тщательно соблюдать чистоту. Опытный прозектор пачкает лишь перчатки. Загрязнение фартука, не говоря уже о предплечьях, оставляемых открытыми, свидетельствует о неправильной технике.

Исследование внутренних органов у секционного стола. Внутренние органы исследуют дважды — до эвисцерации и после.

До эвисцерации, при осмотре полостей и органов *in situ* выявляют, в первую очередь, состояние стенок полостей (брюшины, плевры, перикарда, твердой мозговой оболочки), содержимое полостей, положение внутренних органов. Как правило, до эвисцерации

разрезы внутренних органов не производят, ограничиваясь осмотром и ощупыванием. Целости патологических очагов также стараются не нарушать, так как после полной эвисцерации, сохраняющей естественные и патологические связи органов, можно вернуться к измененным участкам и исследовать их со значительно большей полнотой, чем при осмотре *in situ*. К следам хирургического вмешательства следует относиться как к патологическому очагу, то есть, по возможности, не нарушать прижизненных отношений: обходить место операционного разреза, не снимать наложенных швов, не извлекать катетеров, тампонов и при эвисцерации включать в состав органокомплекса участки кожи с операционной раной или свищевым отверстием. Если в полости обнаружена жидкость, ее собирают в измерительный сосуд, обратив внимание на цвет, прозрачность, запах.

После эвисцерации внутренние органы снова осматривают и ощупывают, затем производят необходимые разрезы, наконец выделяют из состава органокомплекса и взвешивают. Исследование ведут по системам, придерживаясь следующего порядка: сердечно-сосудистая система, дыхательная, мочеполовая, пищеварительная. Кишечник вскрывают последним во избежание загрязнения других органов.

По ходу исследования как предварительного, при осмотре полостей, так и более подробного, после извлечения органокомплекса, выясняют состояние поверхности органа, его цвет, форму, величину, консистенцию, вид на разрезе и вес. Названные качества перечислены не в произвольной, а определенной последовательности.

Начинают осмотр органа с того, что отмечают, изменена ли его оболочка, имеется ли нарушение цвета и формы. Нарушение формы неразрывно связано с изменением величины; орган измеряют в трех взаимоперпендикулярных плоскостях. При ощупывании выясняют, какова консистенция органа и, в ряде случаев, имеется ли в нем патологический очаг.

Основываясь на результатах осмотра и ощупывания определяют место разреза.

При разрезе нужно не только раскрыть патологический очаг, но и наглядно показать его связь с окружающими тканями. Отступают от типичных общепринятых разрезов только при наличии соответствующих показаний. Дополнительные разрезы производят в параллельных плоскостях, причем не разделяя орган на отдельные части, а оставляя с одной его стороны полосу неразрезанной ткани. Это дает возможность осмотреть орган, переворачивая разрезанные отделы, как листы книги. Для проведения ровного разреза используют всю длину ножа, плавно ведя его в одном направлении; пилящие движения оставляют на поверхности разреза ступенчатый след. Сосуды и полостные органы разрезают ножницами.

При осмотре поверхности разреза, обращают внимание на рисунок органа, кровенаполнение, характер отделяемого. Исследование завершают взвешиванием органа.

Головной мозг, легкие, печень, почки, селезенку обмывать водой нельзя; вода вымывает кровь из органа, меняет его цвет и рисунок. Помимо этого, обмывание органов водой делает их малопригодными для дальнейшего сохранения в виде макропрепараторов. Восстановление естественной окраски, утрачиваемой во время фиксации в формалине, достигается, как известно, при помощи спирта, превращающего метгемоглобин в нейтральный гематин; естественно, что из бескровленных органов могут получиться лишь плохие препараты.

Обмывают водой только кожу, различные слизистые оболочки, интиму крупных сосудов, эндокард и клапаны сердца.

Нельзя поглаживать поверхность слизистой оболочки ножом и даже перчаткой, так как при этом легко слушивается эпителиальный покров и возникают артефакты, выявляющиеся при гистологическом исследовании.

Гистологическое, химическое, бактериоскопическое, бактериологическое, серологическое и вирусологическое исследования.

Гистологическое исследование безусловно необходимо не только в неясных в диагностическом отношении случаях, но и при злокачественных опухолях, предраковых состояниях, системных поражениях кроветворного аппарата, инфекционных заболеваниях, а также при расхождении клинических и анатомических диагнозов.

Для гистологического исследования из органов вырезают пластины толщиной не более сантиметра. Вырезанные кусочки фиксируют в 10 или 20% формалине, изредка и только для специальных целей, — в других фиксаторах.

Некоторые химические исследования проводятся по ходу вскрытия. К ним относятся реакции на амилоид и на железо.

Для выявления амилоида поверхность разреза органа поливают люгольевским раствором (1,0 йода, 2,0 йодистого калия, 300 мл воды). Амилоид от йода буреет. Но так как паренхима многих органов имеет сама по себе буроватую окраску, поверхность разреза поливают дополнительно 10% раствором серной кислоты. Амилоид окрашивается в темно-фиолетовый цвет.

Выявление железа в тканях основано на реакции получения сернистого железа при соединении сернистого аммония с гемосидерином. При орошении поверхности разреза органа раствором сернистого аммония места отложения гемосидерина окрашиваются в черный цвет.

При подозрении на отравление необходимо сохранить для химического исследования содержимое желудка и кишечника. Для этого, перевязав желудок в двух местах, у входа и при-

вратника, отрезают его, желательно еще до эвисцерации комплекса. Так же поступают с кишечной петлей. При подозрении на диабетическую кому из мочевого пузыря берут мочу для исследования на сахар. Определения белка в моче трупа, как правило, не производят, так как вскоре после смерти в ней появляется белок вследствие трупного аутолиза.

Для обнаружения тех или иных химических веществ в гистологических срезах предложены многочисленные способы. Но изложение микрохимических методик относится к курсу гистологической техники.

Бактериоскопический метод заслуживает самого широкого применения. Всегда желательный при изучении инфекционной патологии, этот метод становится обязательным, если бактериологическое исследование провести невозможно.

Техника изготовления мазка проста. Предметным стеклом прикасаются к исследуемому объекту (брюшине, плевре, перикарду, поверхности разреза легочной ткани и т. д.). Полученную каплю размазывают на поверхности таким же образом, как и при изготовлении мазка крови. При исследовании полужидких сред, а также жидкости, скопившейся под оболочками головного мозга, материал наносят на предметное стекло и размазывают кончиком тщательно обмытого ножа. На предметном стекле можно делать не только мазки, но и отпечатки органов. Мазки фиксируют троекратным проведением через пламя горелки (мазком вверху) с промежутками в одну секунду. Фиксация отпечатков производится смесью абсолютного спирта и абсолютного эфира, взятых поровну (в течение 20 мин.), либо метиловым спиртом или денатуратором (5 мин.). Окрашиваются мазки и отпечатки, как минимум, двумя способами — метиленовой синью и по Граму.

Бактериологический метод для установления диагноза иногда имеет решающее значение. Все правила взятия трупного материала для бактериологического исследования основаны, во-первых, на соблюдении асептики и антисептики, во-вторых, на учете возможностей развития трупной флоры, преимущественно в кишечнике. Труп нужно хранить при низкой (до 10°) температуре. Вскрытие необходимо производить как можно раньше или хотя бы в течение первых 12, в крайнем случае 24 часов после смерти. При вскрытии на вторые сутки и позже, при хранении трупа в теплом помещении результаты бактериологического исследования будут менее надежны.

Для бактериологического исследования можно взять различные жидкости трупа (не менее 5—10 см³), кусочки органов (не менее 3×3×3 см) и целые органы.

Кровь обычно берут из сердца. Вскрытие начинают с отделения грудины. Начинать вскрытие с извлечения головного

мозга нельзя, так как в полость сердца может засосаться содержащий бактерии воздух. По этой же причине лучше отдельить грудину не целиком, а перепилить ее, не трогая грудино-ключичного сочленения, на уровне второго ребра, после разреза хрящевых частей ребер и отделения подлежащих мягких тканей (при разделении грудино-ключичного сочленения легко повредить крупные вены шеи). Разрезав сердечную сорочку, прижигают шпаделем переднюю поверхность стенки правого желудочка и вкалывают в его полость стерильную иглу шприца или пастеровскую пипетку, предварительно обломав ее конец. В пастеровскую пипетку кровь поступает в силу капиллярности. Иногда приходится слегка передвигать пипетку, одновременно надавливая на сердце. Если имело место повреждение крупных вен шеи или необходимость бактериологического анализа выявились после извлечения головного мозга и вскрытия полостей сердца, то кровь добывают из локтевой либо бедренной вены. Смазав кожу йодной настойкой, затем спиртом, прижигают ее раскаленным шпаделем. Стерильным скальпелем разрезают кожу и обнажают вену. Вновь прокалыв скальпель, делают разрез вены и насыпают кровь в стерильный шприц или пастеровскую пипетку.

Из плевральной, брюшной, перикардиальной и других полостей жидкость также добывают стерильной пипеткой или шприцем, предварительно прижигая стенку полости раскаленным шпаделем. При вскрытии брюшной полости прежде всего берут материал из брюшины, печени, мочевого пузыря, а затем уже из других органов, осторожно их раздвигая. Желчный пузырь можно взять целиком, перевязав его шейку. Для исследования содержимого кишечника извлекают и отделяют перевязанную в двух местах кишечную петлю. При вскрытии грудной клетки, полости черепа материал берут опять-таки сначала из поверхностно-расположенных отделов, затем из более глубоких. Вырезать кусочки из органов можно, впрочем, и после эвисцерации. Костный мозг из плоских костей (грудины, ребер) выдавливают при помощи костных щипцов после обжигания поверхности распила: обжигание обязательно и при извлечении пинцетом или лопаточкой костного мозга трубчатых костей.

Взятый материал полагается сеять на питательные среды немедленно. Обычно это производится бактериологом. При невозможности немедленно произвести посев, кровь и другие жидкости пересыпают в бактериологическую лабораторию в стерильных пробирках, закрытых резиновыми пробками, или пастеровских пипетках, запаянных с обеих сторон. Кусочки органов и целые органы помещают в широкогорлые стеклянные стерильные банки со стеклянными притертymi или корковыми пропарифицированными пробками. Горлышки банок обвязывают пергаментной бумагой.

Серологическое исследование может способствовать диагностике таких заболеваний, как бруцеллез, туляремия, пищевые токсикоинфекции, сифилис, тиф, паратифы. Кровь на реакцию Вассермана, Видаля, Вейль-Феликса и другие берут из сердца, либо из локтевой или бедренной вены.

Вирусологическое исследование незаменимо для распознавания вирусных заболеваний, например, гриппа, полиомиэлита, энцефалита. При бешенстве особое значение имеет исследование кусочков тканей из области аммонова рога, при полиомиэлите — продолговатого и спинного мозга, при гриппе — дыхательных путей и легких. Материал берут в условиях строгой асептики.

ВСКРЫТИЕ ТРУПОВ МЕТОДОМ ПОЛНОЙ ЭВИСЦЕРАЦИИ

Во многих руководствах вскрытие трупов советуют начинать с извлечения головного и спинного мозга и лишь потом переходить к исследованию органов шеи, грудной и брюшной полостей. Вряд ли такой порядок вскрытия целесообразен. Очень часто морфологические изменения головного мозга оказываются вторичными, развивающимися вслед за поражением сердца, легких, почек и других внутренних органов (метастазы, эмболии и т. д.). Кроме того, указанный порядок вскрытия просто неудобен. Распил костей черепа обычно поручают санитару. Нет необходимости ждать пока он закончит свою работу. В это время можно заняться эвистерацией и исследованием органокомплекса.

Мы соблюдаем следующую последовательность при вскрытии трупов:

1. Наружный осмотр трупа;
2. Вскрытие и осмотр брюшной полости;
3. Вскрытие и осмотр грудной полости;
4. Извлечение органов шеи, грудной и брюшной полостей в виде единого органокомплекса;
5. Исследование органов извлеченного органокомплекса;
6. Вскрытие и осмотр полости черепа. Извлечение и исследование головного мозга;
7. Вскрытие и осмотр придаточных полостей черепа;
8. Вскрытие и осмотр позвоночного канала. Извлечение и исследование спинного мозга;
9. Вскрытие конечностей;
10. Уборка трупа.

Поскольку исследование конечностей, придаточных полостей черепа, позвоночного канала с извлечением спинного мозга производится только при особых показаниях, обычное вскрытие включает в себя:

1. Наружный осмотр трупа;
2. Вскрытие и осмотр брюшной полости;

3. Вскрытие и осмотр грудной полости;
4. Извлечение органов шеи, грудной и брюшной полостей в виде единого органокомплекса;
5. Исследование органов эвисцерированного органокомплекса;
6. Вскрытие и осмотр полости черепа. Извлечение и исследование головного мозга;
7. Уборка трупа.

1. НАРУЖНЫЙ ОСМОТР ТРУПА

Наружный осмотр следует производить всегда в одной и той же последовательности. Во-первых, необходимо выяснить данные, касающиеся каждого трупа независимо от патологических изменений — пол, возраст, внешнее строение тела (*habitus*), питание, состояние кожных покровов и видимых слизистых. Во-вторых, нужно установить внешние особенности, обусловленные патологическим процессом, а также следы различного рода повреждений. В-третьих, обращают внимание на наличие и характер трупных изменений.

Определение пола трупа не встречает затруднений. Возраст в патологоанатомической практике устанавливают лишь приблизительно. При оценке внешнего строения тела наиболее точными являются результаты антропометрических измерений, но эти измерения обычно не производят. Рост, телосложение определяют на глаз. Телосложение может быть крепким или слабым, правильным или неправильным (кифоз, лордоз, сколиоз, куриная грудь и т. д.). Устанавливают, к какому конституциональному типу относится труп — астеническому, нормостеническому или гиперстеническому.

Питание определяют по толщине подкожного жирового слоя и по объему мышц, преимущественно конечностей. Если не обнаружено истощения или общего ожирения, питание оценивают как хорошее, удовлетворительное, пониженное.

Кожные покровы бледны; иной их цвет обусловлен обычно не самой смертью, а особенностями того или иного заболевания. Например, желтоватый цвет кожи приобретает при желтухе, цвет бронзы — при адиссоновой болезни, восковидный цвет — при выраженной анемии. Кожные сыпи изучать на трупе трудно, они как бы гаснут. Артериальное полнокровие на трупе также исчезает; венозное полнокровие, а также пигментации, напротив, заметны хорошо.

Получив общее представление о возрасте, внешнем строении тела, питании, состоянии кожных покровов, приступают к более подробному осмотру трупа, начиная с головы, кончая нижними конечностями. Обращают внимание нет ли выделе-