

**Тезисы лекций
по учебной дисциплине
«СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»**

Тема № 1

« Введение в курс судебной медицины. Судебно-медицинская танатология »

Цель чтения лекции: изложить круг вопросов, рассматриваемых судебно-медицинской экспертизой, научить определять признаки смерти, давность ее наступления, трупные изменения, показать их значение для раскрытия и расследования преступлений.

ПЛАН ЛЕКЦИИ:

1. Введение в курс судебной медицины. Умирание и смерть
2. Ранние трупные изменения: охлаждение трупа, трупное окоченение, трупные пятна, трупное высыхание, трупное самопереваривание.
3. Поздние трупные изменения: гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление. Консервация

Рекомендуемая литература:

Нормативно-правовые акты:

1. Конституция Республики Казахстан. Вступила в силу 5 сентября 1995 года. Внесены изменения и дополнения 7 октября 1998 года, 21 мая 2007 года, 02 февраля 2011 года.
2. Уголовный кодекс Республики Казахстан с изменениями на 08.04.2016 г.
3. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан с изменениями на 01.01.2015 г.
4. Гражданско-процессуальный кодекс Республики Казахстан с изменениями на 01.01.2016 г.
5. Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях с изменениями на 21.04.2016 г.
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 марта 2010 года №164 «Об утверждении инструкции по производству судебно-психиатрической экспертизы» (в редакции приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31.01.2014 г. №53)
7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 августа 2013 года № 457 «Об утверждении Правил приема квалификационных экзаменов для присвоения квалификации судебно-медицинского, судебно-психиатрического, судебно-наркологического эксперта на право производства определенного вида судебной экспертизы».
8. Приказ Министра здравоохранения РК №368 от 20.05.2010г. «Об утверждении Инструкции по организации и производству судебно-медицинской экспертизы».

Основная литература:

1. Пиголкин Ю.И. Судебная медицина. Учебник. – М.: Медицина, 2003. 496 с.
2. Щадрин С.Ф., Гирько С.И., Николаев В.Н. и др. Судебная медицина. Общая и особенная части: Учебник для вузов. – М.: Эксмо, 2005. 656 с.
3. Попов В.Л. Судебная медицина. Учебник. СПб., Питер, 2002. 600 с.
4. Хохлов В.В. Судебная медицина. Руководство. – Смоленск, 2003. 699 с.
5. Датий, А.В. Судебная медицина и психиатрия Словарь-справочник для юристов. - М.: Юристъ, 1999. 474 с.
6. Кудрявцев, И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза Научно-практическое руководство - М.: Изд-во МГУ, 1999. 494 с.
7. Кудьярова, Г.М. Судебная психиатрия. [Учеб.для мед.и юрид.вузов] - Алматы: Медицина баспасы, 1999. 206 с.

Дополнительная литература:

1. Поврезнюк Г.И. Судебная экспертиза (подготовка и назначение в уголовном и гражданском процессах) Практическое пособие / Геннадий Иванович Поврезнюк; Под общ. ред. А. Ф. Аубакирова.- Алматы: ТОО "Аян Эдет", 1999. 206 с.
2. Судебная экспертиза Учеб.-практ. пособие в схемах / Каримжан Нурумович Шакиров. - Алматы: ВШП "Әділет", 1998. 44 с.
3. Теория и практика судебной экспертизы. В 4 томах: Учеб. пособие.- Алматы: Жеті жарғы, 1999.
4. Специалист в уголовном и гражданском судопроизводстве учеб.- метод. пособие / Геннадий Иванович Поврезнюк; Г. И. Поврезнюк, К. И. Брушковский.- Алматы: Аян Эдет, 2001. 174 с.
5. Тесты по судебной экспертизе (Общая часть) / Р. Б. Тапалова; Ин-т междунар. права и междунар. бизнеса "Данекер".- Алматы: Данекер, 2001. 23 с.
6. Еникеев, М.И. Юридическая психология . Учеб. для вузов / Марат Исхакович Еникеев; М. И. Еникеев.- М.: Норма, 2005. 501 с.
7. Методы электронной микроскопии в судебной экспертизе. Учеб. пособие / Роза Баишевна Тапалова.- Алматы: Қазақ ун-ті, 2008. 135 с.

Вопрос 1. Введение в курс судебной медицины. Умирание и смерть Введение в курс судебной медицины.

Судебная медицина — самостоятельная медицинская дисциплина, изучающая и разрешающая вопросы, возникающие у сотрудников судебно-следственных органов в процессе расследования и судебного разбирательства. Таким образом, первая и основная ее задача — помощь правоохранительным органам в делах (уголовных и гражданских), связанных с преступлением против жизни, здоровья, достоинства личности и здоровья населения в целом. Вторая задача заключается в оказании помощи органам здравоохранения в улучшении качества лечебно-профилактической работы.

Предметом судебной медицины является теория и практика судебно-медицинской экспертизы. Судебно-медицинская экспертиза — это практическое применение судебной медицины.

Круг вопросов, рассматриваемых судебно-медицинской экспертизой:

1. Экспертиза трупов лиц с явными признаками насильственной смерти (огнестрельные повреждения; раны, причиненные острыми и тупыми предметами; транспортные травмы, повешение и пр.);
2. Экспертиза трупов лиц без явных признаков, но с подозрением на насильственную смерть (скоропостижная смерть и пр.);
3. Экспертиза живых лиц – потерпевших, свидетелей, обвиняемых и других лиц (для установления пола, возраста и пр.);
4. Экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения (крови, спермы, волос и пр.);
5. Экспертиза по материалам уголовных дел.

Умирание и смерть

Наступление смерти связано с угасанием и прекращением функций систем кровообращения, дыхания и деятельности нервной системы. При этом отдельные органы, ткани и клетки непродолжительное время сохраняют свою жизнедеятельность, что может быть установлено с помощью ряда методов исследования и использовано в экспертной практике для установления давности наступления смерти.

Биологическая смерть (или **истинная смерть**) представляет собой необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях.

К ранним признакам биологической смерти относятся:

1. Помутнение роговицы.
2. Появление симптома «кошачьего глаза».
3. Появление симптома «тающей льдинки».

В дальнейшем обнаруживаются трупные пятна с локализацией в отлогих местах тела, затем возникает трупное окоченение, затем трупное расслабление, трупное разложение. Трупное окоченение и трупное разложение обычно начинаются с мышц лица, верхних конечностей. Время появления и продолжительность этих признаков зависят от исходного фона, температуры и влажности окружающей среды, причины развития необратимых перемен в организме.

Биологическая смерть субъекта не означает биологическую смерть тканей и органов, составляющих его организм. Смерть тканей составляющих тело человека определяется их способностью переживать в условиях гипоксии и аноксии. У разных тканей и органов эта способность различна. Наиболее короткий период переживаемости в условиях аноксии наблюдается у ткани головного мозга, если быть более точным, у коры головного мозга и подкорковых структур. Стволовые отделы и спинной мозг имеют большую сопротивляемость, вернее устойчивость к аноксии. Другие ткани тела человека обладают этим свойством в более выраженной степени. Так, сердце сохраняет свою жизнеспособность в течение 1.5-2 часов после наступления, по современным представлениям, биологической смерти. Почки, печень и некоторые другие органы сохраняют жизнеспособность до 3-4 часов. Мышечная ткань, кожа и некоторые другие ткани вполне могут быть жизнеспособными в сроки до 5-6 часов после наступления биологической смерти. Костная ткань, являясь самой инертной тканью организма человека, сохраняет свои жизненные силы до нескольких суток. С явлением переживаемости органов и тканей тела человека связана возможность трансплантации их, и, чем в более ранние сроки после наступления биологической смерти изымаются органы для трансплантации, тем более жизнеспособными они являются, тем больше вероятность их успешного функционирования в новом организме.

Сотрудники ОВД нередко первыми осматривают труп на месте происшествия, в связи с чем они должны обладать определенными знаниями из области судебной медицины, позволяющими констатировать смерть, определить примерно время ее наступления. В частности, знать, как происходит умирание, и какие изменения наступают в трупе в различные сроки после смерти. В правовой и экспертной практике принято различать смерть ненасильственную (смерть от старости и различных болезней) и смерть насильственную, наступившую в результате воздействия на организм различных внешних факторов (механических, термических, токсических и др.).

При значительных грубых повреждениях, например, при дорожно-транспортных происшествиях, смерть может наступить очень быстро. Смерти предшествует агония – период умирания, который может продолжаться до нескольких часов и даже дней. В этот период наступает постепенное затухание функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сознание потеряно или спутанное, кожные покровы становятся бледными, черты лица заостряются, появляется липкий пот, падает температура тела. Агональный период переходит в период клинической смерти, характеризующийся прекращением дыхания и сердцебиения, нарастанием кислородной недостаточности в органах и тканях.

Такое состояние продолжается 5–6 минут, и оно обратимо, т. е. энергичными реанимационными мероприятиями умирающего можно еще вернуть к жизни. Низкая температура окружающей среды может несколько продлить состояние клинической смерти. Затем наступает биологическая смерть, характеризующаяся необратимыми изменениями в органах и тканях, в первую очередь в высших отделах центральной нервной системы, наиболее чувствительных к кислородному голоданию. Редко наблюдается так называемая мнимая смерть, когда все жизненные процессы резко ослаблены и внешне создается впечатление наступившей смерти. Своевременное оказание медицинской помощи пострадавшему может восстановить жизнедеятельность организма.

Сотрудники ОВД могут встретиться с проявлениями мнимой смерти при осмотре места происшествия в случаях поражения электротоком, при тепловом и солнечном ударах, В подобных случаях они должны принять меры для оказания первой медицинской

помощи пострадавшему и направить его в лечебное учреждение.

При осмотре сотрудниками ОВД места происшествия для констатации смерти могут быть использованы такие ориентирующие признаки, как неподвижное положение тела, бледность кожных покровов, отсутствие чувствительности (реакции) к различным раздражениям – болевым, термическим, обонятельным, отсутствие рефлексов со стороны роговицы и зрачка, дыхания. Если человек жив, то при дотрагивании до роговицы глаза каким-либо предметом происходит рефлекторное закрытие глаза веками. При закрытии глаз живого человека ладонями наблюдается расширение зрачков, а при отнятии ладоней зрачки вновь сужаются. У трупа зрачки на свет не реагируют и роговичный рефлекс отсутствует. Достоверные признаки наступления смерти связаны с развитием ранних трупных изменений.

Вывод по первому вопросу. В правовой и экспертной практике принято различать смерть ненасильственную (смерть от старости и различных болезней) и смерть насильственную, наступившую в результате воздействия на организм различных внешних факторов (механических, термических, токсических и др.). Очень важно знать, как происходит умирание, и какие изменения наступают в трупе в различные сроки после смерти.

Сотрудники ОВД нередко первыми осматривают труп на месте происшествия, в связи с чем они должны обладать определенными знаниями из области судебной медицины, позволяющими констатировать смерть, определить примерно время ее наступления.

Вопрос 2. РАННИЕ ТРУПНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

К ранним трупным изменениям относятся охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение, частичное высыхание трупа и трупный аутолиз. Они появляются в первые сутки после смерти и их развитие и степень выраженности зависят от многих условий – возраста, пола, массы трупа, причин и момента наступления смерти, условий внешней среды и др.

Охлаждение трупа

Обмен веществ в организме сопровождается теплообразованием и позволяет поддерживать постоянную температуру тела порядка 36,8 – 37,0С. После наступления смерти температура тела начинает постепенно снижаться вследствие теплоотдачи до температуры окружающей среды (воздуха). Скорость падения температуры тела зависит от многих факторов – возраста и массы тела трупа, причины смерти и темпа ее наступления, температуры окружающей среды, характера и состояния одежды и др. Части тела, не прикрытые одеждой, охлаждаются быстрее прикрытых. Трупы истощенных лиц и детей охлаждаются довольно быстро. Медленно охлаждаются трупы лиц, умерших от солнечного удара. При смерти от холеры, столбняка, сепсиса после смерти может наблюдаться кратковременное повышение температуры трупа.

Учесть влияние всех указанных факторов на скорость охлаждения трупа в каждом конкретном случае бывает трудно. Принято считать, что в среднем температура трупа понижается при комнатной температуре (16 – 17С) примерно на 1 в час и, следовательно, сравнивается к концу суток с температурой окружающего воздуха. Эти данные ориентировочно могут быть использованы для суждения о сроке наступления смерти по температуре трупа.

Температуру обычно измеряют специальным термометром в прямой кишке. Рекомендуется такие измерения проводить трижды – в начале и в конце осмотра места происшествия, а затем при поступлении трупа в морг. Измерять температуру тела ориентировочно можно и на ощупь. Степень охлаждения трупа позволяет высказать мнение не только о давности наступления смерти, но и констатировать саму смерть (обычно температура тела живого человека не опускается ниже 25С).

Трупное окоченение

Трупное окоченение начинается через 1 – 4 часа после смерти и охватывает все мышцы через 8 – 10 часов. Оно проявляется сокращением и последующим затвердением мышц, что приводит к тугоподвижности суставов. Трупное окоченение сохраняется на протяжении 2 – 3 суток, затем мышцы постепенно размягчаются.

На скорость и степень развития трупного окоченения влияют такие факторы, как масса тела, ряд хронических заболеваний, окружающая среда (вода, воздух), причина смерти (столбняк, отравление стрихнином) и др. При искусственном нарушении трупного окоченения в первые 8 – 10 часов оно снова восстанавливается, но в более слабой степени.

Трупное окоченение является достоверным признаком смерти, помогает высказаться о времени наступления смерти, а иногда о ее причине. Наличие и выраженность трупного окоченения легко определяются приведением в пассивное движение суставов, путем их сгибания и разгибания. Исследование трупного окоченения проводят при первоначальном осмотре трупа на месте происшествия, а затем – в морге, что позволяет более конкретно высказаться о времени смерти.

Трупные пятна

Трупные пятна связаны с посмертным перераспределением крови в теле трупа – после остановки сердца неподвижная кровь в силу своей тяжести начинает опускаться в нижерасположенные части трупа, переполняя и расширяя имеющиеся там венозные сосуды, просвечивающие через кожу в виде пятен синюшно-багрового цвета. Такие пятна обычно появляются через 2 – 4 часа после наступления смерти. В течение первых 6 – 12 часов после смерти трупные пятна при надавливании на них полностью исчезают и через несколько секунд после прекращения давления вновь восстанавливаются. Если в это время изменить положение трупа, то трупные пятна перемещаются на нижерасположенные области тела. Примерно к концу суток трупные пятна при надавливании пальцем полностью не исчезают, а лишь бледнеют и более медленно восстанавливают свой цвет при прекращении давления. В более позднее время после смерти (через 2 – 3 суток и более) трупные пятна при надавливании уже не бледнеют.

Расположение трупных пятен зависит от расположения трупа. На их фоне могут оставаться светлые отпечатки от сдавления одеждой и различными предметами, находившимися под трупом. При смерти от острой кровопотери трупные пятна могут быть едва выражены, при смерти от удушья они обычно обильные, сине-багрового цвета, при отравлении окисью углерода цвет их розово-красный, при отравлении нитритами – шоколадный. Таким образом, исследование трупных пятен позволяет не только установить факт смерти и время ее наступления, но и высказаться в ряде случаев о возможной причине смерти, о перемещении тела трупа в ближайшие часы после смерти и по ряду

других важных для следствия вопросов. Следует, однако, отметить, что высказывания по всем этим вопросам могут носить лишь ориентировочный характер.

Трупное высыхание

Кожные покровы и слизистые оболочки трупа вследствие испарения жидкости с их поверхности вскоре после смерти начинают подсыхать. Быстрее подсыхают участки тела, не покрытые роговым слоем кожи или увлажненные при жизни. При повышенной температуре и пониженной влажности этот процесс развивается довольно быстро. При открытых глазах высыхание начинается с роговицы и белочных-оболочек глаза. Примерно через 5 – 6 часов после смерти роговица становится мутной, а белочная оболочка подсыхает в виде серовато-желтого цвета треугольников, расположенных по обе стороны роговицы (пятна Ларше). К этому же времени подсыхают увлажненные участки кожи – слизистые оболочки и кайма губ, область мошонки и больших половых губ, а также прижизненные и посмертные ссадины. Подсохшие участки кожи и слизистых становятся плотными, красновато-бурого цвета, и могут ошибочно приниматься за прижизненные повреждения.

Трупное самопереваривание

Трупное самопереваривание (аутолиз) связано с воздействием на ткани трупа ферментов желудочного сока. Особенно этот процесс выражен при быстром наступлении смерти в органах, богатых ферментами, – поджелудочной железе, надпочечниках, печени и др.; Под влиянием аутолиза внутренние органы становятся дряблыми, тусклыми и пропитываются кровяной плазмой красного цвета. Изменения в желудочно-кишечном тракте иногда ошибочно принимаются за различные патологические (воспалительные) состояния. В тех случаях, когда голова трупа находится ниже уровня туловища (например, в кювете при ДТП), содержимое желудка может вытекать по пищеводу и имитировать ожог слизистой полости рта.

Вывод по второму вопросу. Ранние трупные изменения - охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение, высыхание трупа и трупный аутолиз появляются в первые сутки после смерти. Сотрудники ОВД должны быть хорошо ориентированы в судебно-медицинском значении этих явлений, так как они позволяют разрешить ряд важных для следствия вопросов уже при осмотре трупа на месте происшествия – установить факт и время наступления смерти, первоначальное положение трупа и возможные его изменения и в какое время после смерти, выдвинуть версию о причине смерти и другое.

Вопрос 3. ПОЗДНИЕ ТРУПНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

К поздним трупным изменениям относится гниение, мумификация, торфяное дубление, образование жировоска. Развитие их начинается на 2 – 3-и сутки после смерти и продолжается, в зависимости от условий нахождения трупа, многие месяцы и годы. Результатом поздних трупных изменений является либо полное разрушение мягких тканей трупа, либо их консервация.

Гниение

При развитии процессов гниения под воздействием микробов наступает распад белков тела трупа. Развитию гниения способствует достаточная температура окружающей среды (оптимальная – 25 – 30⁰С) и повышенная влажность. При температуре ниже 0⁰С, при недостатке влаги и кислорода оно прекращается. При ряде заболеваний, предшествующих смерти, гниение может, развиваться более интенсивно (при септических процессах и др.). Первые признаки гниения обычно появляются при комнатной температуре (19 – 22 С) на вторые сутки после смерти в виде трупной зелени в паховых областях, на 3–5 сутки оно распространяется на кожные покровы всего трупа.

Образующиеся при гниении газы (сероводород, метан, аммиак и др.) выделяются через естественные отверстия тела (рот, нос, заднепроходное отверстие), поэтому от трупа начинает исходить гнилостный запах. Газы постепенно пропитывают подлежащую жировую клетчатку и раздувают ее (трупная эмфизема). Труп резко увеличивается в объеме, особенно лицо, молочные железы, живот, мошонка. Вследствие распространения микробов по венозным сосудам и загнивания в них крови венозная сеть начинает просвечивать через кожу в виде ветвистых фигур грязно-зеленого цвета. В коже образуются гнилостные пузыри, которые со временем лопаются. В дальнейшем мягкие ткани трупа постепенно, на протяжении 3 – 4 лет, размягчаются и превращаются в зловонную кашицеобразную массу, обнажая кости. Кости скелета сохраняются неопределенно длительное время. Даже резко выраженное гниение трупа не является препятствием для его исследования, при котором могут быть обнаружены различные повреждения, особенно на костях.

Мумификация

При нахождении трупа в сухом, хорошо проветриваемом помещении, в песчаной крупнопористой, хорошо проветриваемой почве и при некоторых других условиях труп быстро теряет воду, высыхает (мумифицируется) и в таком виде сохраняется длительное время. При мумификации труп теряет около 9/10 своего первоначального веса, кожа становится буровато-коричневого цвета, пергаментной плотности, хрупкой. Внутренние

органы полностью высыхают, теряют свой внешний вид, резко уменьшаются в размерах и представляют собой сухие бесформенные образования в виде пленок труп может подвергаться мумификации как целиком, так и частично. Скорость развития мумификации зависит от конкретных условий нахождения трупа и массы тела. В среднем для полной мумификации трупа требуется около года. При благоприятных условиях труп взрослого может мумифицироваться за 2–3 месяца.

Сохранность мумифицированного трупа позволяет провести опознание и идентификацию личности, установить характер имеющихся на трупе повреждений, имевшиеся при жизни заболевания костной системы, а также групповую специфичность белков тканей и органов, соответствующую группе крови.

Жировоск

При нахождении трупа в условиях повышенной влажности и отсутствии доступа воздуха (при захоронении во влажную, глинистую или болотистую почву) начавшееся гниение приостанавливается и мягкие ткани трупа под влиянием происходящих химических процессов превращаются в гомогенную серовато-белую грубозернистую, мажеподобную, а затем крошащуюся массу, имеющую запах прогорклого сыра, называемую жировоском. В начале образование жировоска происходит в подкожной жировой клетчатке живота. При образовании жировоска ткани приобретают беловато-желтый цвет грубозернистый вид, становятся крошащимися. Образование жировоска начинается через 2 – 3 месяца, для полного превращения трупа взрослого человека в жировоск требуется около года. Трупы в состоянии жировоска сохраняются длительное время. Они пригодны для опознания, на них хорошо сохраняются имевшиеся при жизни повреждения, при исследовании внутренних органов могут быть установлены болезненные изменения.

Торфяное дубление

В случаях захоронения трупов в торфяниках под воздействием содержащихся в них гумусовых кислот развивается так называемое торфяное дубление трупа – кожные покровы трупа уплотняются, приобретают темно-бурую окраску, соли в костях растворяются и вымываются, в результате чего кости становятся мягкими и легко режутся ножом. Внутренние органы резко уменьшаются в размерах. В таком виде трупы сохраняются длительное время, их можно опознать и идентифицировать, а также установить наличие и характер имевшихся при жизни повреждений.

Консервация

Консервация трупа возможна и при некоторых других условиях его нахождения, препятствующих развитию процесса гниения, – при нахождении трупа в воде с высокой концентрацией солей, нефти, при низкой температуре окружающей среды и др. Разрушение же трупа может наступить не только вследствие процессов гниения, но также личинками мух, муравьями, различными насекомыми, животными, рыбами, раками, крабами и т.д. В сырых местах разрушение трупа может быть связано с действием плесени. Так, при благоприятных условиях мухи могут полностью разрушить (скелетировать) труп взрослого за 1 – 1,5 месяца, а ребенка – за 1,5 – 2 недели. Исследование обнаруженных на трупе яиц, личинок, куколок и взрослых мух позволяет высказаться в вероятной форме о времени, прошедшем с момента начала разрушения трупа мухами. Считается, что муравьи могут превратить труп взрослого человека в скелет в течение 4 – 8 недель.

Таким образом, поздние трупные изменения: гниение, мумификация, торфяное дубление, образование жировоска. Развитие их начинается на 2 – 3-и сутки после смерти и продолжается, в зависимости от условий нахождения трупа, многие месяцы и годы. Результатом поздних трупных изменений является либо полное разрушение мягких тканей трупа, либо их консервация.

Тема 2.

«Введение в курс судебной медицины. Судебно-медицинская танатология»

ПЛАН ЛЕКЦИИ:

1. Общее понятие о механической травме
2. Повреждения, причиненные острыми предметами
3. Повреждения, причиненные тупыми предметами
4. Транспортные травмы
5. Огнестрельные повреждения

ВВЕДЕНИЕ

У органов следствия и суда возникают различные вопросы, связанные с механической травмой. Поэтому в судебной медицине уделяется особенно большое внимание изучению всех видов механических повреждений, их происхождению, механизму возникновения. Решается вопрос о причинной связи расстройства здоровья и смерти с полученными повреждениями, о последствиях, которые вызываются механической травмой, и определяется степень тяжести телесных повреждений.

Вопрос 1. ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ О МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Причинение человеку повреждений – наиболее частый повод для назначения судебно-медицинской экспертизы. Под травмой, или повреждением, понимается любое нарушение анатомической целостности либо функции органов и тканей организма, возникающее в результате неблагоприятного воздействия механических факторов.

Разнообразие механических повреждений зависит от скорости и направления движения предмета в момент соприкосновения с телом, от величины и тяжести предмета, формы соприкасающихся поверхностей, характера повреждаемых тканей и индивидуальных особенностей организма.

В результате взаимодействия всех этих факторов может произойти не только расстройство функции пораженного организма, но и поражение органа или тканей – от поверхностного осаднения до грубого разрушения.

Различают анатомические и функциональные механические повреждения. Анатомические – ссадины, кровоподтеки, раны, переломы, вывихи, разрывы, отрывы внутренних органов, отделение и размозжение отдельных частей тела. Функциональные повреждения - травматический шок, сотрясение мозга, нарушение функции дыхания и др.

Повреждения могут быть причинены: оружием – средством, имеющим специальное назначение (огнестрельное оружие, холодное оружие); орудием – средством, предназначенным для применения в быту, технике и производстве (столовый нож, молоток); предметом – средством, не имеющим специального назначения, но случайно или намеренно применяемым для нанесения повреждений (камень, палка).

Наличие у предметов общих свойств и однотипного механизма воздействия на биологические ткани позволило объединить их в следующие группы (множества): острые предметы; тупые предметы; огнестрельное оружие; взрывчатые вещества.

Установить конкретный предмет, которым нанесено повреждение, не всегда возможно. Повреждения отображают свойства не всего предмета, а только той его части, которая контактировала с телом и привела к возникновению повреждения.

Особенности воздействия травмирующих предметов на тело человека обусловлены рядом физических величин, а именно массой, скоростью, продолжительностью контакта, величиной угла воздействия.

В зависимости от значения указанных величин выделяют следующие виды механического воздействия:

Удар – столкновение двух тел, обладающих массой и скоростью. Удар может быть нанесен предметом по телу человека или тело человека может удариться о предмет. В обоих случаях возникают повреждения, не отличающиеся одно от другого.

Давление (сдавливание) – длительное взаимодействие двух и более тел, обладающих определенной массой. Тело человека может сдавливаться между двумя предметами, либо между предметом и неподвижной опорой;

Растяжение – явление прямо противоположное сдавливанию. Характеризуется наличием двух сил, векторы которых направлены в противоположные стороны;

Трение – явление, возникающее при скольжении одного физического тела по поверхности другого.

Сотрясение - закрытое механическое повреждение тела или органов и тканей, сопровождающееся нарушением жизнедеятельности тканей без грубых структурных изменений в них.

Совмещенное воздействие – одновременное воздействие на человека двух или более травматических факторов (например, удара и трения или удара и сдавливания).

Механическое воздействие на ткани и органы вызывает в них ряд сменяющих друг друга изменений, следствием которых является образование повреждений. Последовательность развития событий, от момента внешнего воздействия до формирования повреждения, называется механизм образования повреждения (механогенез травмы).

Вывод по первому вопросу. Травма - нарушение анатомической целостности органов и тканей организма либо их функции, возникающие в результате неблагоприятного воздействия внешних факторов. Разнообразие травм зависит от скорости и направления движения предмета в момент соприкосновения с телом, от величины и тяжести предмета, формы соприкасающихся поверхностей, характера повреждаемых тканей и индивидуальных особенностей организма.

Вопрос 2. ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРИЧИНЕННЫЕ ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

К моменту исследования трупа в морге предварительные сведения оказываются скудными, а орудие травмы вообще отсутствует. Нередко органы дознания или следствия предъявляют несколько предметов, из которых необходимо по виду и характеру повреждений установить конкретное орудие.

Раны возникают вследствие механического воздействия, приводящего к разъединению кожи или слизистой оболочки на всю их толщу с вовлечением подлежащих тканей и внутренних органов. Один и тот же предмет при различных механизмах своего воздействия может образовать различные раны неодинакового происхождения.

У большинства ран раневой канал заканчивается в мягких тканях – **слепые ранения**. В случаях проникновения повреждающего предмета через часть тела и выхода его с противоположной стороны наружу возникают **сквозные** раневые каналы. Раны, каналы которых обрываются в полостях (черепной, грудной, брюшной), обозначаются как **проникающие**.

Острые предметы различают: **режущие, колющие, колюще-режущие и рубящие**.

Характерные признаки **режущих** предметов - острое лезвие и небольшой вес (бритвы, ножи). Режущим действием обладают случайные предметы, имеющие острый край: осколки стекла, лист железа, шифера, фанеры. **Резаные раны** образуются, если лезвие при некотором давлении протягивается по телу. Для резаных ран характерно прямолинейное направление. Длина преобладает над шириной и глубиной. Поперечное сечение имеет форму клина.

В случаях причинения ран собственной рукой они расположены в местах, доступных для действия собственной руки. Наблюдаются множественные поверхностные, параллельно расположенные насечки, как у краев, так и у концов раны. У правой руки рана имеет направление слева направо и сверху вниз, у левой наоборот. При нанесении резаных ран посторонней рукой локализация их может быть самой разнообразной. Резаные раны ладоней возникают при захватывании режущего предмета при самообороне.

Колющие предметы характеризуются узкой удлиненной формой и острым концом

(стиллеты, штыки, вилы, гвозди, иглы). Колющие предметы способны глубоко проникать в тело. Глубина раны преобладает над шириной и длиной. Колотые раны обычно мало кровоточат, хотя внутренняя кровопотеря может быть сильной.

Форма входного отверстия зависит от формы поперечного сечения колющего предмета. Конические и цилиндрические предметы с острым концом образуют на коже раны, которые при зиянии приобретают овальную или веретенообразную форму. При наличии граней могут образовываться раны с числом лучей, равным числу граней. При большой силе удара колющим предметом образуются отверстия в плоских костях, по форме которых можно определить сечение, а иногда и форму действующего предмета.

Колото-резаные раны. Возникают вследствие действия клинка с острым концом и лезвием. Предметы, имеющие острый конец и лезвие, называются колюще-режущими (кинжалы, финские и карманные ножи). При погружении в тело острый конец прокалывает кожные покровы, а лезвие разрезает ткани.

Форма концов раны зависит от клинка: при двусторонней его заточке концы острые, при односторонней - один острый, другой закруглен. Края раны гладкие, иногда осаднены за счет действия ограничителя клинка. Раневой канал с гладкими и ровными стенками, длина раневого канала зависит от силы удара, длины клинка и характера повреждаемых тканей.

Для **рубящих** предметов характерны острое лезвие и значительный вес. Обширность повреждений зависит от остроты предмета, его веса и прилагаемой силы. Топоры любой модификации (лесорубные, плотничьи, туристические), мечи, сабли. Повреждения рубящим предметом встречаются как следствие несчастного случая, при членовредительстве. Встречаются случаи самоубийства путем нанесения рубленых повреждений.

Рубленые раны обычно имеют прямолинейную форму, длина преобладает над глубиной и шириной. Отмечается осадненность краев. Раны глубокие и широко зияют. Основной признак, отличающий рубленые раны от резаных, - нарушение целостности костей.

Вывод по второму вопросу. Раны, образованные от действия острых предметов, различают: рубленые, резаные, колотые, колото-резаные, пиленные. Возникают вследствие механического воздействия, приводящего к разъединению кожи или слизистой оболочки на всю их толщю с вовлечением подлежащих тканей и внутренних органов.

Форма раны может характеризовать механизмы ее возникновения и некоторые свойства повреждающего предмета. Один и тот же предмет при различных механизмах своего воздействия может образовать различные раны неодинакового происхождения. В зависимости от условий происхождения раны могут быть типичными для воздействия тех или иных острых предметов.

Вопрос 3. ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРИЧИНЕННЫЕ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

Самые разнообразные тупые предметы находятся в окружающем нас мире: камень, палка, лом и другие. Повреждения от тупых предметов возникают также при транспортных травмах, падениях с высоты, обвалах.

В зависимости от характера ударяющей поверхности различают следующие основные разновидности тупых предметов:

- а) предметы с ровной, плоской, широкой поверхностью.
- б) предметы со сферической, закругленной поверхностью.
- в) предметы с плоскими гранями и острыми ребрами.

Тупые предметы причиняют повреждения, характер которых может отражать особенности ударяющей поверхности.

При исследовании повреждений необходимо указать локализацию, форму и размеры, цвет, направление повреждения на поверхности тела, составные элементы раны (края, углы, стенки, дно), посторонние частицы, кровоизлияния, признаки заживления.

Механизм действия тупых предметов - удар, сотрясение, сдавление, растяжение и

трение. Наиболее часто при тупой травме отмечается образование повреждений в результате сочетания указанных выше видов действия силы. В зависимости от механизма действия тупого предмета на тело различают ссадины, кровоподтеки, раны, переломы костей, вывихи и растяжения, разрывы органов, размятие и отделение частей тела.

Ссадина - нарушение целостности поверхностного слоя кожи и слизистых оболочек. Механизм образования ссадины - удар, сдавление и трение. Ссадины чаще образуются при действии тупых предметов под острым углом. Ссадины заживают под корочкой без образования рубцов. В процессе заживления ссадин условно различают 4 стадии.

Ссадины являются объективным показателем механического воздействия. Они указывают на место приложения силы, давность, характер происшествия (полулунные ссадины на шее от ногтей при удавлении руками, на внутренней поверхности бедер при изнасиловании). По ссадинам можно судить о форме тупого предмета и его особенностях (отпечатки пряжки ремня, зубов).

Кровоподтеки представляют собой кровоизлияния в подкожной клетчатке и глубже лежащих тканях. Возникают они вследствие удара или сдавления со смещением кожи по отношению к подлежащим тканям. Различают кровоподтеки поверхностные и глубокие. Расположение кровоподтеков не всегда соответствует месту удара. Например, при трещинах и переломах костей черепа кровоизлияния располагаются в рыхлой клетчатке глазниц ("симптом очков"), при переломах ребер кровоподтеки располагаются ниже. Форма кровоподтека зависит от силы, особенностей повреждаемых тканей, толщины кожи и очень редко соответствует форме повреждающего предмета.

При болезнях, сопровождающихся повышенной ломкостью сосудов, кровоподтеки образуются даже без механического воздействия.

Давность кровоподтека устанавливают по цвету. Кровоподтеки являются объективным признаком механического воздействия и позволяют установить приживленность повреждения.

Судебно-медицинское значение. Кровоподтеки указывают на место приложения силы, характер насилия и давность травмы.

Рана - это повреждение, при котором нарушена целостность всей толщи кожи, слизистой оболочки и глубже лежащих тканей. Раны чрезвычайно разнообразны, как разнообразны предметы, которыми они наносятся.

Раны от тупых предметов в зависимости от механизма их действия можно подразделить на ушибленные, резаные, ушибленно-резаные, укушенные и скальпированные. Они легче образуются в местах, где непосредственно под кожей располагаются кости.

Раны, причиненные тупыми предметами, характеризуются: разнообразной формой, неровными осадненными краями, тупыми или закругленными краями, кровоподтечностью, размозженностью и неровностью стенок ран. Ушибленные раны мало кровоточат, часто инфицируются. Укушенные раны от действия зубов человека представляют собой щелевидные, звездчатой или неправильной формы ранки, расположенные по двум дугообразным линиям. При укусе животными такие ранки имеют вид рваных.

По особенностям ран можно судить о направлении движения орудия по отношению к тканям в момент нанесения раны, о силе удара, о положении пострадавшего, о возможности либо невозможности нанесения раны собственной рукой и давности причинения.

Переломы костей возникают при значительных внешних воздействиях. Сопровождаются обширными повреждениями мягких тканей, разрывами мышц, сосудов, связок.

Выделяют переломы от сдавления или сжатия, от сгибания, от скручивания и отрывные переломы. Переломы бывают прямые – в месте приложения силы, и не прямые – на некотором расстоянии от места приложения силы. Они бывают полные и неполные.

Полные переломы бывают закрытые и открытые, простые осложненные, оскольчатые. В зависимости от плоскости перелома различают поперечные, продольные и косые переломы. Переломы бывают одиночные и множественные (два и более в одной кости или в различных костях).

Рисунок Переломы костей черепа в судебной медицине имеют наибольшее значение. При переломах костей свода черепа различают: трещины, расхождение швов, вдавленные (террасовидные), дырчатые, оскольчатые переломы.

При действии тупого предмета в месте приложения силы происходит уплощение свода черепа, и сдавливаемый участок кости прогибается. Если эластичность кости достаточна и уплощение невелико, то после прекращения действия силы кость возвращается к исходному положению. В противном случае образуются трещины от уплощения и перегиба.

Если тупой предмет действует перпендикулярно к поверхности черепа, то трещины расходятся лучеобразно равномерно по всем направлениям. Если же тупой предмет действует под углом в определенном направлении, то в этом же направлении располагается большинство трещин.

Дырчатые переломы костей свода черепа образуются при достаточно сильном действии тупых предметов, имеющих ограниченную ударяющую поверхность. Оскольчатые переломы являются результатом воздействия большой силы при широкой ударяющей поверхности.

Переломы основания черепа возникают от ударов сбоку, особенно когда голова находится на какой-либо твердой опоре, и при падении с высоты. Продольные переломы причиняют сильные удары спереди или сзади. Трещины и переломы основания черепа, как правило, соответствуют направлению действующей силы.

Судебно-медицинское значение. Переломы костей указывают на имевшее место насилие и в связи с ним на нападение, борьбу и самозащиту; позволяют установить место приложения силы, направление удара и силу его действия, характер насилия и взаимное положение потерпевшего и нападавшего, прижизненность. О давности травмы можно судить по состоянию мягких тканей.

Падение с высоты

Падение с высоты представляет особый вид тупой травмы. При падении с высоты движется тело человека, а повреждающий предмет неподвижен. Характер и тяжесть повреждений при падении с высоты зависят от многих факторов и прежде всего от высоты падения и положения тела (позы) в момент соударения. По роду насильственной смерти это чаще всего несчастные случаи, реже - самоубийства и крайне редко - убийства.

Падение может происходить как с высоты роста человека, так и с высоты в десятки, сотни и тысячи метров (при авиакатастрофах, падение с нераскрывшимся парашютом, падение со скалы). При падении с высоты 10 м тело человека приобретает ускорение 10 км/ч, с высоты 15-20 м - 60 км/ч, с высоты около 30 м - 80 км/ч, свыше 40 м - 100 км/ч. Чем больше высота, с которой падало тело, тем выше скорость и сила инерции, тем более обширные и тяжелые образующиеся повреждения.

Различают прямое падение и последовательное (ступенчатое) падение. При прямом падении тело падает с высоты непосредственно на какую-нибудь поверхность. При последовательном падении тело ударяется о промежуточно-расположенные предметы. Падение может быть свободное и несвободное. При свободном падении тело падает самостоятельно, при несвободном - вместе с какими-нибудь предметами или транспортными средствами.

В зависимости от положения тела в момент удара о грунт все случаи падения с высоты подразделяют на несколько видов: падение на выпрямленные ноги, ягодицы, голову, на бок, заднюю или переднюю поверхность тела.

Особенности повреждений определяются условиями падения, и в этой связи особое значение приобретает осмотр места происшествия. При падении с высоты возникают

повреждения от непосредственного удара о поверхность, на которую упал человек, и в результате сотрясения тела.

Характерные признаки при падении с высоты:

1. Несоответствие между наружными повреждениями и повреждениями внутренних органов;
2. Расположение повреждений на одной стороне тела;
3. Вколачивание позвоночника в полость черепа при падении на ягодицы или голову.

Перед судебно-медицинским экспертом ставятся вопросы, касающиеся определения места приложения и направления действовавшей силы, определения позы пострадавшего при падении и в момент удара о грунт, установления свободного и несвободного падения.

Падение с высоты роста

К падению на плоскости относятся случаи падения и удара о грунт стоящего или идущего человека. При этом падение может быть как самопроизвольным, так и с приданием телу дополнительного ускорения в результате предшествовавшего толчка или удара.

В судебно-медицинской практике в случаях падения на плоскости наблюдаются черепно-мозговые травмы, которые чаще, чем другие повреждения приводят к смерти.

Повреждения головы отличаются большим разнообразием - от небольших осаднений кожных покровов и кровоподтеков в месте соударения до обширных ран мягких тканей, кровоизлияний под оболочки мозга, сотрясений, ушибов, размозжений вещества головного мозга. Это обусловлено рядом факторов, к которым, прежде всего, относятся: масса, рост, возраст и некоторые конституциональные особенности человека, анатомический тип строения и форма затылочной области головы, характер и форма соударения, толщина мягких тканей и костей свода черепа, самопроизвольное падение или телу было придано дополнительное ускорение (толчок, удар).

Характер повреждений мягких тканей головы и костей черепа при падении на плоскость во многом определяется особенностями поверхности соударения. Удар о жесткую поверхность сопровождается образованием ушибленных ран, нередко проникающих через всю толщу мягких тканей, а также распространенных переломов костей свода и основания черепа. Это связано с отсутствием у жесткой поверхности амортизирующих свойств и сокращением времени соударения, что резко увеличивает силу удара и тем самым уменьшает тяжесть черепно-мозговой травмы. Подобным амортизирующим свойством обладают густые волосы на голове.

Вывод по третьему вопросу. Травмы указывают на имевшее место насилие и в связи с ним на нападение, борьбу и самозащиту; позволяют установить место приложения силы, направление удара и силу его действия, характер насилия и взаимное положение потерпевшего и нападавшего, прижизненность. О давности травмы судят по состоянию мягких тканей.

Каждый вид травматизма имеет свои особенности, связанные не только с обстоятельствами происшествия, но и с характером причиненных повреждений. Наиболее часто в практике судебно-медицинской экспертизы встречаются случаи бытового и транспортного травматизма, когда имеет место нанесение умышленных или случайных повреждений; реже наблюдаются случаи производственного и спортивного травматизма. Военный травматизм входит в компетенцию военных врачей.

Вопрос 4. ТРАНСПОРТНЫЕ ТРАВМЫ

Судебно-медицинские исследования трупов лиц, погибших при дорожно-транспортных происшествиях (автомобильных, рельсовых и др.), составляют значительный объем работы экспертов.

На основании данных, полученных при исследовании трупа, судебно-медицинская

экспертиза имеет возможность установить факты, касающиеся как механизма транспортной травмы в целом, так и отдельных ее этапов, что помогает следственным органам реконструировать картину дорожно-транспортного происшествия. Чем менее достоверны имеющиеся в распоряжении следственных органов в каждом случае транспортной травмы доказательства, тем большее значение имеет заключение судебно-медицинской экспертизы.

К моменту производства судебно-медицинской экспертизы следователь (суд) должен с постановлением (определением) представить протоколы дорожно-транспортного происшествия, осмотра места происшествия или места обнаружения трупа, осмотра транспортного средства. Если потерпевший до назначения экспертизы находился в лечебном учреждении, следственные органы, назначившие экспертизу, обязаны представить подлинную историю болезни, рентгеновские снимки, результаты лабораторных исследований, изъятые при операции органы, части тела, а также одежду потерпевшего. Судебно-медицинский эксперт изучает эти материалы и принимает во внимание при оформлении выводов.

Автомобильная травма

При автомобильной травме возникают повреждения, причиненные частями как движущегося автомобиля, так и находящимися внутри его при внезапном изменении скорости, а также при падении из движущегося автомобиля.

Наиболее важной задачей при судебно-медицинской экспертизе автомобильной травмы является определение механизма повреждений.

Различают следующие виды автомобильной травмы.

1. Столкновение с человеком и удар частями движущегося автомобиля с последующим падением на автомобиль, отбрасыванием на грунт и возможным скольжением по нему.

2. Неполный и полный переезд колесом или колесами движущегося автомобиля.

4. Падение из движущегося автомобиля (из кабины, кузова, с подножки), сопровождающимся ударами частями автомобиля, падением на грунт и скольжением по нему;

5. Травма в кабине автомобиля от удара о части автомобиля, прижатия тела (сдавление) частями машины;

6. Прижатие частями автомобиля к неподвижным предметам.

7. Комбинированные виды автомобильных травм (удар с последующим переездом).

8. Прочие случаи (удар оторвавшимися частями автомобиля).

Различают три варианта столкновения автомобиля с человеком: передней, боковой и задней поверхностью автомобиля. При столкновении с передней поверхностью автомобиля первичное повреждение причиняется его бампером или другими выступающими частями транспортного средства, от которых возникают ссадины, кровоподтеки, переломы костей, и иногда раны. Повреждения от бампера автомобиля локализуются либо в верхней трети голени, либо на различных уровнях бедра и располагаются в поперечном направлении.

В большинстве случаев первоначальный удар наносится в места, расположенные ниже центра тяжести тела человека, в результате чего он падает на капот автомобиля. При этом возникают повреждения, которые обычно располагаются в области туловища, головы и верхних конечностей на стороне первичного удара.

Если первичный удар наносится вблизи центра тяжести, то человек отбрасывается вперед и при падении ударяется о грунт; после падения тело по инерции некоторое расстояние продвигается по грунту.

Характерным является **бампер-перелом** длинных трубчатых костей (голени, бедра), по которому судят не только об уровне расположения бампера, но и направлении удара по отношению к телу человека. Бампер-переломы довольно типичны. Если скорость велика - они поперечные, если скорость умеренная - переломы оскольчатые, на стороне

удара выбивается треугольный клин, основанием обращенный к месту приложения силы.

При **ударах** частями движущегося транспорта возникают переломы конечностей, таза, позвоночника, ребер, трещины на черепе. Наблюдаются разрывы и отрывы внутренних органов, а также явления общего сотрясения тела. Эти повреждения обусловлены как первичным ударом, так и падением на автомобиль с последующим отбрасыванием или падением тела на грунт с последующим скольжением. Для скольжения особенно характерны обширные линейные поверхностные повреждения, на фоне которых видны царапины и загрязнения.

Характерным признаком **переезда** является отслойка кожи. Она наблюдается главным образом в участках тела с хорошо выраженной подкожной жировой клетчаткой. Наиболее достоверным признаком переезда через любую часть тела является деформация последней и наличие отпечатков рисунка протектора колеса автомобиля. **Сдавление** при авариях отдельных частей тела (голова, грудь, область таза) также приводит к изменениям формы этих частей из-за множественных переломов костей.

При **падении** из движущегося автомобиля характерны повреждения, возникающие в результате удара и сотрясения тела, т.е. повреждения, наблюдающиеся при падении с высоты.

Основным механизмом возникновения повреждения при **травме в кабине** автомобиля являются удары тела о выступающие части автомобиля, сотрясение тела и в некоторых случаях - сдавление. Обычно повреждения локализуются преимущественно на передней поверхности тела.

У водителей чаще обнаруживаются множественные повреждения лица, шеи и кистей рук осколками стекла. Встречаются ссадины и кровоподтеки на передней поверхности грудной клетки, закрытые переломы грудины и ребер от действия колеса рулевого управления, оскольчатые переломы надколенника. У пассажиров встречаются повреждения в виде вывихов в тазобедренных суставах и шейном отделе позвоночника. Нередко могут обнаруживаться переломы костей носа, челюстей, продольные трещины черепа, трещины и разрывы печени, легких, селезенки.

Железнодорожная травма

Железнодорожные повреждения чаще всего бывают результатом несчастного случая из-за неосторожности пострадавшего, реже встречаются случаи самоубийства. Наиболее трудны для распознавания убийства с использованием движущегося транспорта. При железнодорожной травме повреждения могут произойти от удара частями железнодорожного транспорта, сдавления при переезде колесами рельсового транспорта или между буферами, волочения тела и падения на полотно дороги. Нередко имеет место сочетание указанных повреждений.

При исследовании трупов лиц, погибших от травмы в результате удара частями железнодорожного состава, судебно-медицинский эксперт должен установить следы и повреждения на теле и одежде, возникшие от удара по телу частями движущегося железнодорожного состава; удара и трения тела о пути при падении на них в результате отбрасывания.

Общим для большинства видов железнодорожной травмы является то, что на одежде и теле жертвы, а также в местах повреждений образуются различной степени и интенсивности загрязнения смазочными веществами, мазутом, углем, шлаком и другими материалами балластного слоя пути, а также антисептиками, которыми пропитаны шпалы.

Судебно-медицинская экспертиза трупов лиц, погибших от железнодорожной травмы, имеет ряд отличий от исследований трупов при других транспортных травмах. Они обусловлены не столько разнообразием условий травмирования, сколько конструктивными особенностями подвижного состава и строением железнодорожного полотна. Важнейшей задачей при судебно-медицинской экспертизе железнодорожной травмы является выяснение механизма образования повреждений.

Удар наносится передней поверхностью локомотива, головного вагона

электропоезда и реже боковой их поверхностью. В силу конструктивных особенностей железнодорожного транспорта и его размеров удар по телу причиняется на значительной площади, одновременно в нескольких местах и на разных уровнях. Это приводит к образованию множественных контактных и отдаленных повреждений.

Вследствие действия железнодорожного транспорта возникают повреждения, характерные и нехарактерные для этой травмы. К характерным повреждениям относятся те, которые образуются в результате действия колес железнодорожного транспорта при перекатывании их через тело. При этом происходит размозжение мягких тканей с характерным раздроблением костей и даже отделением частей тела.

На частях тела, через которые произошло перекатывание колеса, можно обнаружить: отпечаток давящей поверхности колеса железнодорожного транспорта в виде полос пергаментной плотности шириной 8-14 см. Следы обтирания представляют собой ровную полосу темно-красного цвета. Следы обтирания образуются вследствие трения боковой поверхности диска колеса о кожу при перекатывании его через тело.

Очень характерны для железнодорожной травмы повреждения, образующиеся в результате удара частями движущегося транспорта с последующим отбрасыванием. При этом возникают отрывы конечностей, следы волочения, открытые и закрытые переломы костей, различные повреждения внутренних органов, а также признаки общего сотрясения тела.

При сдавлении вагонами и буферами вагонов возникают повреждения, отличающиеся обширностью, отрывами, разрывами и смещением органов. В отдельных случаях можно встретить на коже отпечаток буферов вагонов.

При падении с движущегося железнодорожного транспорта наблюдаются повреждения, напоминающие таковые при автомобильной травме. Однако они характеризуются сравнительно большей протяженностью и массивностью.

Повреждения, полученные внутри вагонов, в основном характерны для действия тупых предметов и сочетаются с признаками сотрясения тела.

К нехарактерным повреждениям относятся повреждения, возникающие при неудачном вскакивании или соскакивании с подножек вагонов, поражении электротоком.

Авиационная травма

Авиационная травма в основном возникает в результате несчастного случая. Характер повреждений при этом бывает разнообразным и зависит от условий авиакатастрофы.

Особенности исследования трупов (останков) и сложности экспертизы во многих случаях обусловлены комбинированным механизмом образования повреждений от воздействия механических, термических и химических факторов, массивностью травмы, множественным расчленением трупов, необходимостью исследования многих погибших, которые находились на борту воздушного судна в момент катастрофы, и решением специальных задач при исследовании трупов пассажиров.

Работа выполняется бригадой квалифицированных судебно-медицинских экспертов под руководством ведущего эксперта. Этот эксперт должен быть знаком с действующими методическими рекомендациями по проведению медико-экспертных исследований при авиационных катастрофах. Авиационные врачи и другие специалисты, входящие в состав комиссии по расследованию летных происшествий, оказывают группе экспертов консультативную помощь.

Трупы и части трупов направляются в морг маркированными с указанием порядкового номера, соответствующего обозначенному в протоколе осмотра места происшествия и на прилагаемой к нему карте-схеме расположению останков по отношению к обломкам самолета и ориентирам местности, где произошла катастрофа. Останки членов экипажа маркируются номерами красного цвета; они подлежат исследованию в первую очередь.

Работу по установлению принадлежности останков конкретному лицу на месте

происшествия выполняет Комиссия по расследованию авиационного происшествия. В необходимых случаях идентификация личности трупов и их частей может производиться в физико-техническом отделении бюро судебно-медицинской экспертизы. Для установления минимального числа погибших можно производить подсчет стоп и кистей.

Трупы командира воздушного судна, второго пилота, бортинженера, штурмана, бортрадиста подлежат исследованию в первую очередь. Помимо установления причины смерти, судебно-медицинское исследование должно установить быстроту ее наступления, дать анализ топографии повреждений в зависимости от факторов, определить прижизненность, последовательность и механизм возникновения повреждений для оценки позы и рабочих действий экипажа, выявить наличие признаков, указывающих на возможное воздействие токсичных либо других неблагоприятных факторов, исключить или обнаружить признаки острых и хронических заболеваний.

Причиной некоторых авиационных происшествий может быть разгерметизация кабины при полете на большой высоте (7000 м и выше). Для проверки этой следственной версии необходимо обратить внимание на признаки баротравмы среднего и внутреннего уха.

При подозрении на пожар в воздухе, а также во всех случаях загорания воздушного судна на земле, независимо от того, имеются ли следы термического воздействия на одежде и теле погибшего, обязательным является взятие и направление материала (кровь, моча, легкое, мозг, печень) на судебно-химическое исследование на токсичные летучие вещества. Они могут образоваться и вследствие горения синтетических и декоративно-отделочных материалов (окись углерода, цианистые соединения, фенол, ацетон и др.). Важно обратить внимание на локализацию ожогов, отложение копоти, внедрение продуктов горения в кожные складки.

У пилотов, погибших при выполнении авиахимработ, надо исключить отравление ядохимикатами.

Группирование повреждений по их морфологическим особенностям, локализации и другим признакам помогает решению вопроса об обстоятельствах авиационного происшествия.

Повреждения, разные по механизму (от удара, скольжения, давления, разрыва), могут отражать различное положение пассажиров вследствие хаотичного их перемещения и, напротив, преобладание однотипных повреждений может указывать на непредвиденность аварийной ситуации.

Наличие грубой черепно-мозговой травмы, переломы грудины и передних отделов ребер, разрывы органов грудной клетки, повреждения на кистях характерны для удара передней поверхностью тела о преграду (с большой силой). К характерным признакам авиационной травмы, кроме баротравмы внутреннего уха, относится и расчленение тел пассажиров на уровне живота от воздействия привязных ремней кресел.

Вывод по четвертому вопросу. Успешное решение вопросов, интересующих следственные органы, во многом зависит от правильной организации и полноты проведенного исследования трупа. Судебно-медицинский эксперт должен установить и описать особенности и признаки, указывающие на прижизненность и давность повреждений, а также признаки, позволяющие определить по особенностям повреждений характер воздействующей поверхности части или детали конкретного транспортного средства и механизм их нанесения.

Вопрос 5. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

К огнестрельным повреждениям в широком смысле слова относятся такие, которые возникают от всех видов огнестрельного оружия, снарядов или их частей (капсюли, запалы, детонаторы), специальных боевых средств, взрывчатых веществ.

В судебно-медицинской практике встречаются огнестрельные повреждения в основном от выстрелов из ручного оружия. По назначению его делят на боевое,

спортивное, охотничье и самодельное. Иногда к огнестрельному оружию относят стартовые, строительно-монтажные и сигнальные пистолеты, хотя они по сути дела оружием не являются.

Факторы, влияющие на тяжесть огнестрельных повреждений:

1. Свойства снаряда (масса, форма, калибр, длина, материал, конструктивные особенности).

2. Особенности движения пули в воздушной среде (скорость и устойчивость, колебание, вращение).

3. Анатомические и функциональные свойства поражаемых частей тела (вариант анатомического строения, прочность и упругость тканей, объем, плотность, состояние кровенаполнения, содержание жидкости и газов).

Свойства пули, влияющие на характер ранения: масса, калибр, форма, конструктивные особенности. Наибольшей устойчивостью в полете и при поражении биологической цели будут обладать пули с большей массой, длиной и калибром. Короткие 9-мм пули массой 6,1 г к пистолету Макарова благодаря своей тупоконечной головной части быстро передают энергию поражаемым тканям и образуют слепые ранения. Остроконечные удлиненные оболочечные пули калибра 7,62 мм массой 7,9 г отдают поражаемым тканям лишь 1/10 часть своей кинетической энергии, причиняя сквозные ранения.

Оболочечные снаряды не имеют тенденции к деформации и разрушению. Они образуют раневой канал одного диаметра на всем протяжении.

Мягкие (свинцовые) безоболочечные пули обладают высокой пластичностью и при контакте с биологическими тканями тратят часть своей кинетической энергии на собственную деформацию, тем самым увеличивают время воздействия, мощность удара и благодаря этому передают телу почти всю энергию, что и приводит к высокой эффективности поражения.

Из других конструктивных особенностей снаряда следует упомянуть наличие сердечника и расположение центра тяжести.

Смещение центра тяжести пули к ее хвостовой части значительно снижает устойчивость ее движения в воздушной среде и по ходу раневого канала. Неустойчивость снаряда приводит к тому, что пуля может прийти в соприкосновение с мишенью не своим наименьшим размером, а боковым профилем. В этом случае возрастает величина передаваемой тканям энергии.

Процесс взаимодействия огнестрельного снаряда с поражаемой частью тела называют раневой баллистикой. Механизм образования огнестрельного повреждения - сложный и неоднозначный процесс, в основе которого лежат многообразные физические и химические явления. Их называют повреждающими факторами выстрела.

Повреждающими факторами выстрела являются: 1. Огнестрельный снаряд или его части (пуля, дробь, картечь, осколки разорвавшейся пули и др.), а также вторичные снаряды (осколки, частицы преграды, осколки костей). 2. Продукты сгорания пороха и капсюльного состава (пороховые газы и воздух из канала ствола, копоть и частицы металла, частицы пороховых зерен). 3. Оружие или его части (дульный конец оружия, приклад (при отдаче), подвижные части, осколки ствола или других частей (при разрыве) др.).

Определение расстояния, с которого был произведен выстрел, имеет важное судебно-медицинское и криминалистическое значение. В судебной медицине различают три дистанции выстрела: выстрел с неблизкой дистанции, выстрел в упор, выстрел с близкой дистанции.

Пулевые повреждения с неблизкой дистанции

Под выстрелом с неблизкой дистанции понимают выстрел, при котором повреждение на теле и одежде причиняется только огнестрельным снарядом. Факторы близкого выстрела в окружности входной огнестрельной раны и на одежде не

обнаруживаются. Практически дистанция этого выстрела начинается за пределами 1-1,5 м.

Пулевые повреждения возникают под влиянием силы удара снаряда, которая передается тканям не только по оси движения снаряда, но и в стороны от него. Нанося телу мощный удар на очень малой площади, пуля сжимает ткани и частично их выбивает. Ударная волна распространяется в стороны от снаряда, производя колебательные движения стенок раневого канала. Эти колебания имеют ритмичный характер и продолжают дальнейшее повреждение тканей.

Уже через 0,0005 с после первичного контакта проникающий в тело огнестрельный снаряд начинает оказывать взрывоподобное действие, формируя временную пульсирующую полость. Она существует сотые доли секунды, а затем спадает. Пульсация временной полости создает фазы положительного и отрицательного давления на поражаемые ткани. Между тем биологические ткани более устойчивы к положительному давлению и в меньшей степени способны противостоять отрицательному давлению. Отрицательное давление в водной и водонасыщенной среде вызывает кавитацию - образование вакуумных полостей - каверн. При схлопывании каверн возникают ударные волны значительной силы, приводящие к перепадам давления в несколько сотен и даже тысяч килопаскалей.

При огнестрельном повреждении различают входное и выходное отверстия, а также раневой канал, которые имеют характерные особенности.

Входное огнестрельное отверстие

К признакам входного огнестрельного отверстия относятся следующие:

1. Дефект ткани - потеря части кожи в области входного огнестрельного ранения, возникает вследствие пробивного действия снаряда.

2. Овальная или круглая форма отверстия. При внедрении снаряда под прямым углом к поверхности тела форма отверстия круглая, при ранении под углом - отверстие имеет форму овала.

3. Величина раны обычно меньше поперечного сечения снаряда. Это обусловлено свойствами ранящего предмета (заостренный снаряд, обладающий огромной кинетической энергией, оставит небольшую рану) и особенностями повреждаемых тканей.

4. Ободок осаднения (циркулярная ссадина). Возникает в момент проникновения снаряда сквозь кожу. Имеет вид пояса темного красно-бурого цвета шириной 0,1-0,3 см кольцевидной или полулунной формы.

5. Ободок обтирания или загрязнения. Возникает при стирании кожей с поверхности пули ружейного масла, частиц пороха, копоти, металла, ржавчины, нагара и имеет ширину 0,1-0,3 см. Состав ободка обтирания позволяет установить последовательность произведенных выстрелов.

6. При выстреле с близкой дистанции вокруг входного отверстия видны следы дополнительных факторов выстрела.

Выходное огнестрельное отверстие

Признаками, характерными для выходного огнестрельного отверстия, являются следующие:

1. Отсутствие дефекта ткани. Проникая сквозь биологические ткани, ранящий снаряд теряет часть кинетической энергии и, достигнув кожи у выходного отверстия, проявляет уже не пробивное, а клиновидное действие, раздвигая и разрывая ткани.

2. Форма отверстия бывает самой разнообразной: щелевидной, неправильно-округлой, вплоть до звездчатой. Она зависит от клиновидного действия снаряда, изменений его положения при продвижении по раневому каналу (пуля из тела может выйти доньшком или боковой поверхностью), от деформации снаряда при столкновении с плотными тканями (кость).

3. Величина выходной раны всегда больше входной и, следовательно, больше

поперечного сечения ранящего снаряда.

4. Ободок осаднения отсутствует, ибо при выходе из тела снаряд, выворачивая мягкие ткани наружу, не осадняет эпидермис.

5. Ободок обтирания и следы дополнительных факторов выстрела отсутствуют.

Раневой канал

Каналом называют путь, который пуля проходит в теле. Он возникает при проникновении снаряда в тело. При касательном ранении раневого канала нет. Раневой канал может быть сквозным и слепым. Сквозной раневой канал состоит из входного отверстия, собственно канала и выходного отверстия. Слепой раневой канал выходного отверстия не имеет.

Входное отверстие огнестрельной раны является началом раневого канала, который возникает вследствие разрушения мягких тканей при поступательном движении пули. Вклиниваясь в мягкие ткани, снаряд не только их разрушает, но и раздвигает. Ход канала имеет важное значение для определения соотношения стрелявшего и раненого.

По направлению различают прямой, не прямой (отклоненный) и ломаный раневой каналы. При ранении только мягких тканей раневой канал имеет прямолинейное направление. Значительное сопротивление тканей (встреча снаряда с костью) при ослаблении кинетической энергии снаряда может отклонить его и канал становится непрямым. Опоясывающий раневой канал может встретиться при ослаблении кинетической энергии снаряда. Например, пуля, пробив кожу, не преодолев сопротивление подлежащих тканей, продолжает свой путь под кожей. Ломаные раневые каналы образуются вследствие рекошетирования пули внутри тела при ее встрече с костью. При этом могут фрагментироваться не только кость, но и сама пуля. Образуется несколько ранящих снарядов (осколки кости, фрагменты пули), формирующих самостоятельные раневые каналы.

Раневой канал может быть непрерывным и прерывистым, например, раневой канал непрерывный при ранении бедра. Если снаряд проникает через ряд тканей и органов, он образует на них входные и выходные отверстия, соединенные каналами. Совокупность этих каналов создает единый, но прерывистый канал (например, ранение грудной клетки).

В плоских костях (череп, ребро, лопатка, таз) при перпендикулярном выстреле входное отверстие круглое, по диаметру почти равное диаметру снаряда. Свинцовые пули оставляют хорошо заметный темно-серый поясик металлизации. По характерной форме раневого канала в плоских костях можно установить направление движения снаряда, что имеет особое значение в случаях разрушения мягких тканей (гниение, оперативное вмешательство, скелетированный труп).

По количеству ран различают единичные и множественные, а по числу пораженных частей тела - изолированные и сочетанные огнестрельные ранения.

Выстрел с близкого расстояния

Как показывают криминалистическая и судебно-медицинская практики, выстрел с близкого расстояния - дистанция не более 1 м. При выстреле с близкого расстояния на поверхность тела действуют не только огнестрельный снаряд, но и факторы близкого выстрела.

Факторы близкого выстрела могут оказывать механическое, температурное и химическое действия.

Следы близкого выстрела:

1. Повреждения от механического действия пороховых газов и воздуха из канала ствола:

а) дефект в тканях одежды и тела, разрывы одежды и кожных покровов, разрывы и расслоение тканей по ходу раневого канала;

б) осаднение и последующая пергаментация кожи;

в) отпечаток дульного конца оружия.

2. Повреждения от температурного действия газов, копоти и пороховых частиц:

- а) опаление волос тканей и тела;
- б) ожоги;
- в) обгорание тканей одежды.

3. Повреждения от химического действия газов:

- а) образование СО-Нб, карбоксимиоглобина, Мт-Нб;
- б) обесцвечивание тканей одежды.

4. Отложение и внедрение копоти в ткани одежды, кожные покровы, стенки раневого канала.

5. Отложение и внедрение частиц пороховых зерен и металлических частиц в ткани одежды, кожные покровы, стенки раневого канала; следы удара этих частиц в виде мелкихссадин на коже и просечки на тканях одежды.

6. Отложение брызг ружейной смазки на одежде или кожных покровах.

На разных расстояниях от дульного среза оружия действие факторов близкого выстрела различно. В связи с этим в пределах близкой дистанции различают выстрел в упор, зону преимущественного механического действия пороховых газов (первая зона), зону сочетанного действия копоти, пороховых зерен и металлических частиц (вторая зона) и зону действия пороховых зерен и металлических частиц (третья зона). Границы между этими зонами носят условный характер, они меняются в зависимости от вида оружия, состояния боеприпасов, а также свойств поражаемого объекта.

Пороховые газы. Находясь в канале ствола под огромным давлением (несколько атмосфер), газы могут на расстоянии 5 см, а в редких случаях и до 10 см, оказывать разрывное и даже пробивное действие на кожу и покрывающую ее одежду.

На расстоянии до 30-35 см газы могут участвовать, воздействуя на поверхность кожи своими тепловыми, химическими и механическими факторами, в образовании бурых пергаментных пятен в окружности огнестрельных отверстий.

Пороховые газы, проникнув под кожу, приподнимают ее изнутри кнаружи и ударяют о дульный срез ствола. В результате образуется отпечаток дульного среза (штанц-марка). Штанц-марка может наблюдаться в отдельных случаях при выстрелах с расстояния около 1см.

Пламя. Оно возникает в результате взрыва части продуктов неполного сгорания пороха при соприкосновении с кислородом воздуха на некотором расстоянии от ствола оружия. В результате взрыва дымного пороха пламя в пределах до 10-15 см может вызвать опаление волос и кожи и тем самым участвовать в образовании пергаментных пятен, а также вызвать изменение одежды (от едва заметного побурения до обширного обгорания с уничтожением частей трупa).

При использовании бездымного пороха пламя также возникает. Оно имеет характер блеска.

Копоть. При сгорании пороха образуется копоть, которая имеет сложный состав. При сгорании дымного пороха она состоит из частичек угля и солей. При сгорании бездымного пороха копоть состоит из металлов (медь, свинец, сурьма).

Копоть может обнаруживаться при дистанции выстрела до 35-40 см. Если выстрел произведен перпендикулярно к поверхности тела, копоть откладывается в форме круга, при выстреле под углом – в форме овала. Частицы копоти не только оседают на поверхности кожи, но и внедряются в нее. При дистанции выстрела до 10-15 см копоть может пробивать тонкую ткань одежды. В других случаях одежда является непреодолимой преградой на пути движения копоти.

Налет копоти может быть уничтожен обычным механическим воздействием, особенно при высухании объекта, а также личинками мух и плесенью.

Порошинки. Порошинки откладываются на коже или внедряются в нее в окружности входного отверстия. При выстреле с расстояния нескольких сантиметров они располагаются очень густо. С увеличением расстояния их становится все меньше и они реже расположены. Однако площадь их распространения увеличивается и в пределах 1 м

достигает диаметра 20 см. Выстрел с расстояния 100 см оказывается предельным для отложения порошинок на коже или ткани. Порошинки различимы невооруженным глазом в виде черных или зеленовато-серых частиц. Значительное количество порошинок, достигнув кожи и причинив поверхностные повреждения эпидермиса, отпадает. Раскаленные порошинки, обжигая кожу, способствуют появлению на ней пергаментных пятен, а там, где порошинки внедрились в кожу, вокруг них возникают ободки темно-красного цвета. Раскаленные порошинки - один из основных факторов, способствующих возгоранию одежды.

Обнаружение порошинок - признак, достоверно свидетельствующий о применении огнестрельного оружия. В связи с этим здесь особое значение приобретает исследование одежды. В одежде порошинки можно обнаружить с помощью рентгеновских лучей.

К дополнительным факторам выстрела относятся также металлические частицы и следы ружейной смазки, которые могут быть выявлены различными методами исследования.

Выстрел в упор

Под выстрелом в упор следует понимать такой выстрел, когда дульный срез оружия плотно, с вдавлением, приставлен к телу. При этом пулевой канал является продолжением канала ствола оружия. Герметичность упора обуславливает появление характерных признаков этого выстрела:

- а) почти полное отсутствие на поверхности в окружности входного отверстия следов действия факторов близкого выстрела ("ничего снаружи, все внутри");
- б) образование штанц-марки;
- в) симметричные разрывы кожи у входного отверстия.

При выстреле в упор газы, а вместе с ними копоть, порошинки, частицы металла и ружейной мазки проникают в раневой канал. Эффект действия газов обусловлен не только образцом оружия, качеством боеприпасов, но и особенностями поражаемой области. Устремляясь в раневой канал, газы расширяют его и разрушают ткани. Там, где на пути газов находится кость (например, при выстреле в голову), значительная часть их, расслаивая рыхлую подкожно-жировую клетчатку, проникает под кожу, приподнимает и вздувает последнюю. В короткий срок и со значительной силой кожа припечатывается к дульному срезу, в окружности входного отверстия появляется штанц-марка. Воспроизводя форму дульного среза в виде поверхностных повреждений (ссадин, кровоподтеков) или небольших ран, отпечаток дульного среза может помочь в распознавании модели оружия и его положения в момент выстрела. Это достоверный признак входного огнестрельного отверстия.

Разрывное действие газов особенно выражено при выстреле в рот при действии оружия сильного боя. Газы разрывают покровы лица. Возникает обширная рана, лучи которой распространяются от углов рта. Кости лица и основания черепа бывают раздробленными. Мозговая часть черепа может быть снесена до основания, что объясняется гидродинамическим действием снаряда. В таких случаях осколки костей и вещество мозга могут быть отброшены на несколько метров от трупa. Аналогичный эффект наблюдается при выстрелах в голову, сердце, переполненный желудок и мочевого пузыря.

Выделяют также выстрел "почти в упор", когда дульный срез оружия находится на очень близком расстоянии от тела, подчас слегка касаясь его. Отсутствие герметичности упора обуславливает появление пергаментного кольца и кольца закопчения в окружности входного огнестрельного отверстия.

Очень близкое расстояние обуславливает возникновение тех же признаков, что и при выстреле в упор. Это объясняется тем, что вскоре после выстрела, негерметический выстрел превращается в герметический.

Особенности повреждений, причиненных выстрелами их охотничьих ружей

Эти повреждения определяются системой, калибром оружия и свойствами

боеприпасов. Обычно они образуются от действия дроби, пыжей, пуль. Повреждения из охотничьих карабинов не отличаются от повреждений, возникающих вследствие действия боевого огнестрельного оружия.

Пули для гладкоствольных ружей изготавливаются полностью из свинца и являются безоболочечными. Существует большое количество конструктивных разновидностей пуль для гладкоствольных ружей. Входное отверстие от охотничьей пули обычно большое и превышает 1 см в диаметре.

Заряд дроби в пределах до 100-200 см летит как компактный снаряд. Применение различных способов укучнения дроби, в том числе и пыжа-контейнера, увеличивает это расстояние до 400-500 см. При этом образуется одно большое входное отверстие. Радиус рассеивания дроби и соответствующая ему площадь осыпи и повреждение на одежде и теле обусловлены дистанцией выстрела.

При выстреле с расстояния 10-20 см в области входного отверстия обнаруживают изменения, типичные для механического и химического действия газов. С дистанции 3-5 м дробь начинает рассеивать в виде осыпи. Разработано много таблиц и номограмм по определению дистанции выстрела при дробовых повреждениях на основании учета площади и характера осыпи.

Войлочные просаленные пыжи летят на расстояние до 3 м.

При исследовании трупа подсчитывают количество повреждений, расстояние между ними и от участка, где осыпь наиболее концентрированная. Тщательно изучается характер повреждений на одежде и теле. Вся дробь и пыжи осторожно извлекаются и сохраняются для дальнейших криминалистических исследований. Для отыскания дроби применяют рентгенографию.

Повреждения, причиненные выстрелами из пневматического оружия, в подавляющем большинстве слепые. В раневом канале обнаруживают пулю, отличающуюся своими конструктивными особенностями. Естественно, что при выстреле из пневматического оружия нет следов воздействия сопутствующих компонентов.

Особенности повреждений, причиненных выстрелами из дефектного и самодельного оружия

Для удобства применения и ношения длинноствольное оружие укорачивается путем отпиливания приклада и части ствола. Такое дефектное оружие называют обрезом. Баллистические свойства его резко изменяются. Пуля, вылетая из обрезанного ствола, часто фрагментируется и причиняет несколько входных отверстий. Рассеивание дроби при выстрелах из обрезов охотничьих ружей начинается на меньшей дистанции, оно более обширное, и площадь поражения соответственно больше.

Самодельное оружие имеет самую разнообразную конструкцию вплоть до максимального приближения к штатному боевому нарезному оружию. Наиболее примитивный вариант - самопалы и поджиги, в трубку которых набивают порох или заменители. В качестве снаряда могут быть использованы разнообразные мелкие предметы: свинцовые и стальные шарики, гвозди, болтики, камешки и т.д. Начальная скорость огнестрельного снаряда, выстреленного из самодельного оружия, невелика, траектория его полета неустойчива. Если в качестве снаряда использована пуля, она в полете приобретает кувыркательное движение. Значительная часть порохового заряда остается несгоревшей или продолжает гореть после выброса из ствола-трубки, воспламеняя одежду при выстрелах на короткой дистанции. На этой же дистанции вокруг раны и в раневом канале оседает большое количество полусгоревших порошинок. Раневой канал обычно извилистый, слепой, в нем другие инородные тела. Повреждения могут быть у самого стрелявшего вследствие разрыва ствола самодельного оружия.

Особенности повреждений при взрывной травме

Мгновенное выделение энергии вследствие физических, химических или ядерных превращений веществ называется взрывом. Среди взрывчатых веществ (ВВ), применяемых в военных целях и технике, различают иницирующие, бризантные и

метательные. Освобождающаяся при взрыве огромная энергия формирует мощную ударную волну. В зоне начала распространения волны давление достигает нескольких тысяч атмосфер.

Некоторые газы (водород, водяной газ, метан, этан, ацетилен) в смеси с кислородом, а также пылевоздушные смеси ряда горючих веществ (угля, древесины, шерсти, ваты, муки, сахара) при определенной концентрации способны к взрыву.

Газы взрыва, расширяясь, сжимают окружающий воздух, формируют ударную волну. Ударная волна причиняет повреждения за счет избыточного давления (при величине в 1 атм и выше возникают смертельные повреждения) и действует как твердый тупой предмет с широкой поверхностью.

От действия повреждающих факторов взрыва возникают различные повреждения. Повреждаются области тела, обращенные к эпицентру взрыва, вплоть до полного разрушения и разбрасывания частей тела.

Вследствие термического действия опалаются одежда и волосы, а при возникновении пожара наблюдаются обширные ожоги тела. Образующиеся при взрыве окись углерода, синильная кислота, окись азота и т.д. в помещениях могут вызывать отравление. Разлетающиеся горящие частицы ВВ также обладают поражающим действием, вызывая в месте внедрения в тело механические и термические повреждения, сопровождающиеся закопчением.

Ударная волна, теряя свою силу вдали от эпицентра, вызывает разрывы барабанных перепонок, закрытые повреждения внутренних органов с кровоизлияниями. Повреждения могут возникать при отбрасывании тела и ударе о различные предметы.

Человек, находящийся вблизи от эпицентра взрыва, получает множественные сквозные, слепые и касательные ранения крупными и мелкими осколками оболочки ВВ. Осколки стального корпуса снаряда летят на расстояние, превышающее размер осколка в 8000 раз, алюминиевого - в 2500 раз.

Входное отверстие от осколков имеет звездчатую, овальную или неопределенную форму, изредка напоминая пулевое. Обычно хорошо выражен пояс осаднения. Рана нередко загрязнена. Раневой канал слепой, в конце его обнаруживают осколок. Криминалистическое исследование осколков позволяет восстанавливать основные характеристики взрывного устройства.

Вторичные снаряды (обломки различных предметов, встречающихся на пути взрыва, и даже оторванные части другого человека) причиняют механические повреждения.

Судебно-медицинским экспертом должен быть установлен снаряд или ВВ, которыми была причинена травма. Тщательно исследуются повреждения, по характеру которых можно решить вопрос о механизме травмы. Извлекаются осколки, кусочки ВВ и другие инородные частицы. При их отыскании целесообразно применять рентгенографию.

Основные дистанции взрыва: непосредственное соприкосновение снаряда с телом или очень близкое расстояние (в пределах действия ударной волны); неблизкое расстояние. В пределах этих дистанций действуют определенные повреждающие факторы, причиняющие характерные повреждения.

Причиной смерти при огнестрельных повреждениях являются повреждение жизненно важных органов (головной мозг), повреждения, несовместимые с жизнью (взрывная травма), кровопотеря, асфиксия (аспирация, гемо-, пневмоторакс), редко эмболии (жировая, воздушная, пульей) и различные осложнения.

При производстве экспертизы используются результаты осмотра места происшествия и другие следственные данные.

Осмотр места происшествия при огнестрельных повреждениях

В процессе осмотра места происшествия и трупа могут быть выявлены характерные признаки и следы, указывающие на определенные события или причину смерти. При выстрелах из огнестрельного оружия на месте происшествия часто остаются

пули, гильзы, пыжи, а также следы от их действия на всевозможных преградах (стенах, заборах, предметах обстановки).

По пулям и гильзам определяется вид или система оружия и проводится идентификация конкретного экземпляра, использованного для производства выстрела. В связи с тем, что при выстрелах из автоматического и полуавтоматического оружия гильза выбрасывается из ствола в определенном направлении и на известное расстояние, по расположению ее на месте происшествия можно предположить о положении стрелявшего.

Если на месте происшествия обнаружено огнестрельное оружие, необходимо зафиксировать его положение относительно отдельных предметов и трупа. При осмотре оружия обращается внимание на наличие в области дульного конца и в канале ствола крови, волос, костных осколков и кусочков, напоминающих части других тканей человеческого тела, текстильных волокон. Их обнаружение свидетельствует о выстреле в упор или с очень близкого расстояния. Из канала ствола оружия может ощущаться запах сгоревшего пороха, что указывает на недавний выстрел. Кроме того, на оружии могут оставаться отпечатки пальцев стрелявшего или потерпевшего. В некоторых случаях (особенно при самоубийстве выстрелом из длинноствольного оружия) для нажима на спусковой крючок человек прибегает к различным приспособлениям: используются палки, шнуры, иногда оружие прикрепляется к какому-либо предмету. При обнаружении на месте происшествия таких приспособлений их следует описать и сфотографировать.

При осмотре трупа обращается внимание на количество огнестрельных повреждений, отмечаются дополнительные факторы выстрела. На кистях рук покойного иногда обнаруживаются коготь и поверхностные повреждения, которые могут возникнуть при выстреле, произведенном собственной рукой.

Все вещественные доказательства, найденные на месте происшествия, изымаются следователем. В дальнейшем они подвергаются специальным исследованиям.

Тема 3. Механическая асфиксия

План лекции:

1. Понятие о гипоксии и механической асфиксии
2. Периоды и стадии механической асфиксии
3. Признаки МА

1. Понятие о гипоксии и механической асфиксии

По данным многих исследователей судебно-медицинская экспертиза лиц, погибших от механической асфиксии, составляет 25 - 30% от всех случаев насильственной смерти. Из них на долю повешения приходится 60%, а на утопление - 25%.

Понятие о гипоксии.

Недостаточное поступление кислорода в кровь из воздуха или нарушение его утилизации (усвоения) в самом организме вызывает кислородное голодание - **гипоксию**.

Для осуществления дыхательного акта требуется приспособление, обеспечивающее течение струи свежего воздуха на дыхательной поверхности, т.е. циркуляцию воздуха. В связи с этим, кроме легких, имеются дыхательные пути, а именно: носовая полость и глотка (верхние дыхательные пути), затем гортань, дыхательное горло (трахея) и бронхи (нижние дыхательные пути). Особенностью этих путей является построение их стенок из неподатливых тканей (костной и хрящевой), благодаря чему стенки не спадаются и воздух свободно циркулирует в обе стороны при вдохе и выдохе.

При вдохе кислород в составе воздуха попадает в дыхательные пути, достигая легких, где происходит газообмен (обогащение крови кислородом и выделение из нее углекислоты).

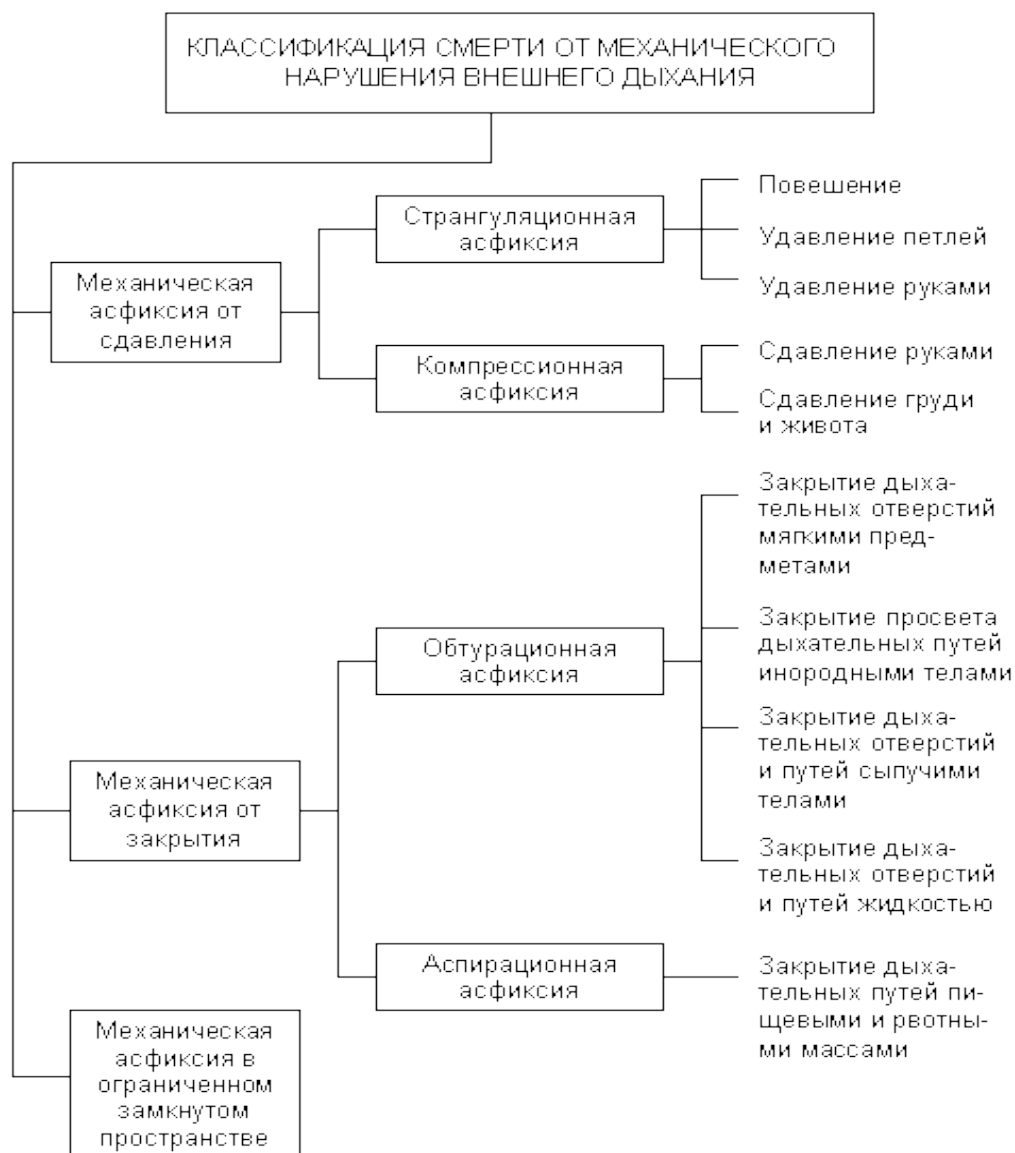
Понятие о механической асфиксии

В судебно-медицинской практике наибольшее значение имеют различные формы острого кислородного голодания, связанные с воздействием факторов внешней среды.

Асфиксия (от греч. А - отсутствие, *shygmōs* - пульс) - без пульса, но употребляется в значении "удушьё", "задушение" - частный вид гипоксии, сочетающийся с повышенным содержанием углекислого газа в крови и тканях (гиперкапния).

Механическая асфиксия - острое кислородное голодание организма, связанное с воздействием на организм внешнего механического фактора.

Классификация механической асфиксии в зависимости от механического фактора и места приложения его действия.



Классификация механической асфиксии

Большинство судебных медиков подразделяют механическую асфиксию на три основных вида: асфиксия от сдавления, от закрытия и асфиксия в замкнутом пространстве.

1. Механическая асфиксия от сдавления: странгуляционная и компрессионная.

Странгуляция - удушение, удавление.

Компрессия - сжатие.

Странгуляционная асфиксия от сдавления шеи петлей при повешении, при удушении петлей и удушения руками. В основе этого деления лежит одновременно два принципа - механизм сдавления шеи и орудие травмы.

Компрессионная асфиксия при сдавлении груди, при сдавлении груди и живота.

2. Механическая асфиксия от закрытия подразделяется на обтурационную и аспирационную.

Обтурация от лат. слова - закупоривание.

Аспирация от лат. слова - вдыхание.

Обтурационная асфиксия : закрытие отверстий носа и рта, закрытие дыхательных путей инородным телом и утопление.

Аспирационная асфиксия : аспирация крови, аспирация желудочно-кишечного содержимого, аспирация сыпучих веществ, аспирация вязких веществ

3. Асфиксия в замкнутом пространстве

2. Периоды и стадии механической асфиксии

Течение механической асфиксии протекает однотипно при различных ее видах и характеризуются определенной последовательностью и состоит из периодов и стадий.

1 период - преасфиксический и характеризуется задержкой дыхания, иногда беспорядочными дыхательными движениями, задержка дыхания зависит от тренированности организма, что предшествовало - вдох или выдох; продолжительность этого периода от нескольких минут до 2-3 минут.

2-ой период асфиксический состоит из 5 стадий и продолжается 5-6 минут.

1-ая стадия - инспираторной (инспирация-вдох) одышки: усиленные вдыхательные движения, организм стремится максимально компенсировать недостаток кислорода частыми вдыхательными движениями (накопление углекислоты ведет к возбуждению дыхательного центра), артериальное давление снижается, венозное давление повышается, отмечается заторможенность, синюшность (цианоз) лица, шеи, нарастает мышечная слабость.

2-ая стадия - инспираторной (инспирация - выдох) одышки преобладание частых выдыхательных движений, организм пытается освободиться от накопившейся углекислоты, потеря сознания, нарастает синюшность лица и шеи, в крови появляются кислые продукты (молочная кислота и др.), нарушается химизм мышечной ткани, что приводит к появлению судорог, непроизвольное выделение кала, мочи, спермы.

3-ая стадия - кратковременная остановка дыхания (30-40 сек.), артериальное давление еще больше снижается, угасают рефлексы.

4-ая стадия - терминальных дыхательных движений: беспорядочные дыхательные движения разной глубины, давление падает до 0, отсутствует биоэлектрическая активность головного мозга.

5-ая стадия - полная остановка дыхания, сердечная деятельность продолжается в течение нескольких минут (от 5 до 30). После остановки сердца наступает клиническая смерть.

Интенсивность выраженности и продолжительность отдельных стадий асфиксии зависит от ряда факторов: вида механической асфиксии, возраста, состояния здоровья.

При закрытии просвета гортани инородным телом, при повешении с передним положением петли полная остановка дыхания наступает не позже 5-6 минут. В замкнутом пространстве значительно дольше.

При наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы течение асфиксии может быть прервано на любой стадии.

Иногда может быть рефлекторная остановка сердца в самом начале при раздражении рефлексогенных зон (синокаротидной зоны) в области шеи или раздражение слизистой верхних дыхательных путей, признаки асфиксии могут отсутствовать или слабо

выражены.

3. Признаки механической асфиксии

Для всех видов механической асфиксии характерны **общеасфиксические признаки (признаки быстро наступившей смерти)** при наружном и внутреннем исследовании трупа.

Общеасфиксические признаки при наружном исследовании трупа

- синюшность (цианоз) кожных покровов лица, шеи;
- разлитые, обильные, интенсивно окрашенные (темно-фиолетовые, багрово-фиолетовые) трупные пятна, это связано с тем, что кровь в трупе при асфиксии жидкая, темная;
- более медленное охлаждение трупа;
- мелкоточечные кровоизлияния в соединительные оболочки век;
- умеренное расширение зрачков;
- непроизвольное выделение кала (дефекация), мочи, семяизвержение.

Общеасфиксические признаки при внутреннем исследовании трупа

- кровь в трупе и жидкая (жидкое состояние вызвано нарушением процесса свертываемости крови при асфиксии);
- темная жидкая кровь в сердце и крупных сосудах (темный цвет крови объясняется тем, что кровь теряет кислород и насыщается углекислотой);
- переполнение кровью правой половины сердца по сравнению с левой, связанное с затруднением оттока крови из малого круга кровообращения и первичной остановкой дыхания при продолжающем работать сердце;
- венозное полнокровие внутренних органов;
- кровоизлияния под наружную оболочку (висцеральную плевру) легких и под наружную оболочку (эпикардом) сердца - пятна Тардье (четко отграниченные, мелкие, диаметром до 2-3 мм, насыщенного темно-красного цвета; они образуются в связи с повышенной проницаемостью стенок капилляров при асфиксии, повышением давления в капиллярах и присасывающим действием грудной клетки).

Каждый из видов механической асфиксии может быть следствием как убийства, так и самоубийства или несчастного случая.

4. Повешение

Механизм сдавления органов шеи

Из всех видов механической асфиксии на долю повешения приходится 60%.

Повешение - вид механической асфиксии, при котором сдавление органов шеи петлей происходит под действием тяжести всего тела или его частей.

Повешение бывает полное - свободное висение тела и неполное - имеющее точку опоры.

Петли и их виды, варианты расположения на шее

Петли разделяют по особенностям материала, из которого изготовлена петля: жесткие (цепь, проволока, трос и др.), полужесткие (ремень, веревка и др.), мягкие (полотенце, галстук, платок и др.), комбинированные (из различных материалов с мягкой подкладкой).

По конструкции: закрытые скользящие, когда петля затягивается через узел под тяжестью тела или его частей; закрытые неподвижные, когда узел завязан так, что исключается свободное скольжение материала, из которого изготовлена петля; открытые петли, когда узел отсутствует.

По числу ходов: одиночные, двойные, множественные.

Расположение узла может быть переднее, заднее и боковое. Типичным считается заднее положение узла, заднее и боковое - атипичное.

При повешении в некоторых случаях может не быть петли, а сдавление органов

шеи происходит различными тупыми твердыми предметами: спинкой стула, кровати, перекладиной лестницы, развилкой ветвей деревьев и др.

Странгуляционная борозда - след от сдавления петли или тупого твердого предмета кожи шеи. Борозда образуется за счет давления материала петли на кожу и подлежащие ткани. Происходит слущивание поверхностных слоев кожи (эпидермиса), после снятия петли поврежденные участки кожи быстро подсыхают и уплотняются.

Выраженность странгуляционной борозды зависит от материала, из которого изготовлена петля, и степени повреждения поверхностных слоев кожи (эпидермиса). Жесткая петля формирует всегда глубокую борозду, полужесткая более глубокая чем мягкая с хорошо очерченными границами, мягкая дает слабо выраженную с нечеткими границами и мало отличается от обычного цвета кожных покровов странгуляционную борозду.

При описании странгуляционной борозды указывают ее локализацию (в какой части шеи), строение борозды (одиночная, двойная и т.п.), отображение рельефа материала, замкнутая или незамкнутая (в области затылочного бугра) направление, ширину, глубину, плотность, особенности краев и дна борозды, наличие или отсутствие кровоизлияний в области борозды и другие ее индивидуальные особенности и свойства.

Признаки повешения при исследовании трупа

При наружном исследовании трупа в случае повешения, наряду с общеасфиксическими признаками, может быть ущемление кончика языка между зубами и выступание его из ротовой полости.

Особенности странгуляционной борозды при повешении:

- странгуляционная борозда располагается чаще в верхней части шеи, выше щитовидного хряща;
- имеет косовосходящее направление спереди назад;
- не замкнута, верхний край борозды обычно бывает подрыв, а нижний - скошен.

При повешении в вертикальном положении трупные пятна расположены на нижних отделах туловища, конечностях и кистях.

На коже трупа, кроме странгуляционной борозды, возможны различные повреждения, которые могли возникнуть в период судорог и их необходимо отличать от повреждений, которые могли возникнуть в результате борьбы и самообороны.

Если петля плотно охватывает шею, то странгуляционная борозда будет замкнутой, при повешении в горизонтальном или в полугоризонтальном положении странгуляционная борозда может быть горизонтальной.

При внутреннем исследовании трупа

Кровоизлияния в подкожную жировую клетчатку и мышцы шеи по ходу странгуляционной борозды, во внутренних ножках грудино-ключично-сосцевидных мышцах шеи, переломы хрящей гортани и рожков подъязычной кости, поперечные разрывы внутренней оболочки сонных артерий (признак Аммиуса) и общеасфиксические признаки, характерные при внутреннем исследовании трупа.

Прижизненная и посмертная странгуляционная борозда

Странгуляционная борозда может образовываться и посмертно, т.е. когда подвешивается труп с целью сокрытия следа преступления. Поэтому важно установить прижизненное или посмертное происхождение имеет странгуляционная борозда.

Прижизненная странгуляционная борозда имеет внутрикожные кровоизлияния по ходу странгуляционной борозды (чаще в области дна, нижнем крае и промежуточном валике), кровоизлияния в подкожной клетчатке, мышцах шеи соответственно ходу странгуляционной борозды.

Посмертная странгуляционная борозда бледная, слабо выраженная, отсутствуют кровоизлияния в области странгуляционной борозды.

Повешение бывает, как наиболее частый способ самоубийства, повешение при убийстве встречается в следственной и экспертной практике крайне редко, повешение в

результате несчастного случая наблюдается в 1% случаев от общего количества повешений, симуляция повешения - подвешивание трупа с целью сокрытия убийства.

Удавление петлей

Механизм сдавления органов шеи

Удавление петлей - сдавление органов шеи петле путем затягивания ее посторонней силой или какими-либо приспособлениями (механизмами, например движущиеся части машин и др.).

Чаще затягивание происходит рукой постороннего лица, но может быть затягивание петли и собственной рукой, например при помощи закрутки. На шее трупа, как и в случае повешения, будет странгуляционная борозда.

Признаки удавления петлей при наружном и внутреннем исследовании трупа, особенности странгуляционной борозды

При наружном исследовании трупа в случае удавления петлей, наряду с общеасфиксическими признаками, имеет значение особенности странгуляционной борозды.

Особенности странгуляционной борозды в случае удавления петлей :

- странгуляционная борозда располагается на уровне или ниже щитовидного хряща,
- имеет горизонтальное направление,
- замкнута, равномерная по глубине.

Имеет такие же признаки прижизненности, как и в случае повешения.

Кроме того, при наружном исследовании трупа могут быть повреждения на лице шее, других частях тела (следы борьбы и самообороны).

При внутреннем исследовании трупа чаще бывают переломы хрящей гортани и подъязычной кости, кровоизлияния в мягких тканях соответственно переломам, кровоизлияния в мягких тканях соответственно ходу странгуляционной борозды и общеасфиксические признаки.

По роду насильственной смерти удавление петлей чаще всего - убийство. Нередко встречаются несчастные случаи, когда свободные части одежды (галстук, шарф) попадают в крутящиеся механизмы. Редко встречается самоубийство, например, при затягивании петли закруткой, черенком ложки и т.д.

Вопросы, решаемые судебно-медицинской экспертизой в случае повешения или удавления петлей

1. Какова причина смерти?
2. Было ли в данном случае повешение или удавление петлей?
3. Образовалась ли странгуляционная борозда при жизни или после наступления смерти?
4. Каковы особенности петли?
5. При каком положении тела произошло повешение?
6. Как долго труп находился в петле?
7. Имеются ли на трупе другие повреждения, их характер, локализация, механизм и давность образования?
8. Не употребляли пострадавший незадолго до наступления смерти алкоголь?

Удавление руками

Механизм сдавления органов шеи руками

Сдавление чаще производится пальцами и кисти рук, реже - предплечье и плечо. Сдавление шеи пальцами может быть при любом взаимном положении потерпевшего и нападавшего, предплечьем - при придавливании шеи лежащего человека или путем захвата при положении нападавшего сзади. При последнем взаимоположении шея может быть сдавлена между плечом и предплечьем.

Сдавление шеи может быть одной рукой, как правило, спереди или двумя руками, чаще при наложении сзади.



Смерть наступает от сдавления сонных артерий, вен и нервов или от рефлекторной остановки сердца.

Признаки при наружном и внутреннем исследовании трупа в случае удавления руками

Признаками, свидетельствующими о сдавлении шеи пальцами, являются небольшие сгруппированные кровоподтеки, дугообразные, полулунные, короткие полосовидные ссадины. Ссадины образуются от выступающих концевых частей ногтевых пластинок при давлении или скольжении ногтей. Нередко ссадины расположены на фоне кровоподтеков или ограничивают их с одной стороны.

Расположение ссадин и кровоподтеков, направление выпуклости дуг зависит от соотношения длины пальцев и окружности шеи, положения нападавшего относительно потерпевшего (спереди, сзади). Количество повреждений на шее обусловлено тем, было ли сдавление однократным или многократным, одной или двумя руками.

По количественному соотношению ссадин и кровоподтеков на разных поверхностях шеи можно иногда судить о том, какой рукой сдавливалась шея - правой, левой или двумя руками одновременно.

При сдавлении шеи пальцами правой руки основные повреждения располагаются на левой боковой поверхности шеи. Если удавление проводилось левой рукой, то основные повреждения будут располагаться на правой половине шеи. При сдавлении двумя руками повреждения на коже обеих переднебоковых поверхностях шеи.

При сдавлении руками шеи младенца, если руки нападавшего накладывались спереди, ссадины и кровоподтеки располагаются на задней поверхности шеи, так как наблюдается почти полное смыкание пальцев.

При удавлении руками в перчатках или через какой-либо мягкий предмет на коже шеи может не образовываться повреждений, или возникают осаднения неопределенной формы, чаще в проекции хрящей гортани. То же самое отмечается при сдавлении шеи между предплечьем и плечом. В этих случаях установить факт сдавления шеи можно только при внутреннем исследовании по обширным кровоизлияниям в мышцах, переломам подъязычной кости, хрящей гортани, трахеи.

При наружном исследовании трупа в случае удавления руками, помимо повреждений в области шеи, будут общеасфиксические признаки.

При внутреннем исследовании в случае удавления руками обнаруживаются более значительные повреждения, чем при наружном исследовании. В мягких тканях шеи обширные кровоизлияния, кровоизлияния в области корня языка, переломы подъязычной кости, хрящей гортани и режее колец трахеи. Как и при любом другом виде механической асфиксии общеасфиксические признаки.

По роду насильственной смерти удавление руками всегда убийство. При сопротивлении на теле пострадавшего возможны различные повреждения. Более типичны повреждения в затылочной области, возникающие во время прижатия затылка к твердым предметами. Кроме того, могут быть ссадины, кровоподтеки, переломы ребер, разрывы печени при сдавлении грудной клетки коленом нападающего во время прижатия тела к земле, полу.

Самоубийство путем самоудавления руками невозможно, так как человек быстро теряет сознание, и мышцы рук расслабляются.

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой в случае удавления руками

1. Имеются ли на шее трупа повреждения, характерные для сдавления шеи руками, каковы их локализация и особенности? Действительно ли смерть наступила от удавления руками?
2. Каков механизм и давность образования этих повреждений?
3. Одной (правой или левой) или двумя руками сдавливалась шея?
4. Как располагались потерпевший и нападавший по отношению друг к другу в

момент сдавления шеи?

5. Имеются ли другие повреждения, каков их характер, локализация, механизм и давность образования?

6. Не употреблял ли потерпевший незадолго до наступления смерти алкоголь?

Сдавление груди и живота (компрессионная асфиксия)

Условия, при которых происходит сдавление груди и живота

Обстоятельства, при которых возникают сдавления груди и живота, весьма разнообразны. Описано много случаев гибели в неорганизованной толпе.

Часты случаи гибели людей в результате сдавления груди и живота при обвалах, оползнях грунта, песка, угля, в карьерах или траншеях, в снежных лавинах, в шахтах. Большое число людей погибает во время землетрясений, ураганов, вследствие разрушения зданий, падения столбов, деревьев и других тяжелых предметов. Нередко встречается при опрокидывании транспортных средств.

Чаще случаи компрессионной асфиксии встречаются в условиях производства при опрокидывании автомобиля и других транспортных средств, различных станков и механизмов, строительных конструкций, засыпании пострадавших землей, песком и другими веществами.

В абсолютном большинстве случаев смерть от сдавления груди и живота относится к несчастным случаям, однако встречаются случаи убийства и самоубийства.

Сдавление груди и живота тяжелыми тупыми предметами приводит к ограничению или полному прекращению дыхательных движений и резкому нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы.

Смерть наступает лишь при сдавлении груди или одновременном сдавлении и живота; сдавление только живота в течение длительного времени (60 мин.) не сопровождается серьезными нарушениями функции внутренних органов и не приводит к смерти.

Выраженность признаков механической асфиксии зависит от силы и длительности сдавления.

Признаки компрессионной асфиксии при наружном и внутреннем исследовании трупа

При наружном исследовании трупа:

- "экхимотическая маска" - одутловатость и синюшность (цианоз) лица с множественными разных размеров (чаще точечными) кровоизлияниями синюшно-багрового цвета в кожу лица и слизистые оболочки глаз, рта. Нередко сине-фиолетовая окраска кожи и кровоизлияния распространяются на шею, верхнюю часть груди, плечи; образованию "экхимотической маски" способствует резкое повышение давления в яремных и безымянных венах.

- отпечатки рисунка тканей и складок одежды и сдавливающих предметов на теле, обнаружение песка, гравия и т.д.;

- на коже трупа иногда встречаются единичные и множественные осадения, которые возникают при сдавлении тела;

- помимо "экхимотической маски" при компрессионной асфиксии встречаются и другие общеасфиксические признаки.

При внутреннем исследовании трупа:

- "карминовый отек легких" - легкие вздуты, полнокровны, отечны, на разрезе карминово-красного (ярко-красного) цвета. Это объясняется тем, что при сдавлении груди и живота воздух все же проникает в дыхательные пути вследствие слабых дыхательных движений, а оттока крови практически нет, поэтому кровь в легких по сравнению с другими органами насыщена кислородом;

- переполнение полостей сердца темной кровью;

- выраженный венозный застой во внутренних органах;

- множественные кровоизлияния под наружными оболочками легких и сердца,

полосовидные кровоизлияния в мышцах языка, кровоизлияния в мышцах шеи, груди, спины и живота.

Сдавлению груди и живота, особенно массивными тупыми предметами, сопровождается образованием механических повреждений мягких тканей, костей грудной клетки (наиболее часты повреждения ребер), повреждением внутренних органов.

При наличии механических повреждений, возникших по механизму сдавления (переломы ребер, других костей, повреждений внутренних органов), судебно-медицинскому эксперту приходится проводить дифференциальную диагностику между компрессионной асфиксией и тупой травмой. При этом учитываются обстоятельства происшествия, выявление общеасфиксических признаков; признаков, характерных при сдавлении груди и живот; анализ, обнаруженных механических повреждений мягких тканей, костей скелета, внутренних органов и оценку их роли в причине смерти.

Вопросы, разрешаемы судебно-медицинской экспертизой при компрессионной асфиксии

1. Какова причина смерти? Наступила ли смерть от сдавления груди и живота какими-либо тяжелыми предметами, землей и др.?

2. Прижизненного или посмертного повреждения, обнаруженные при исследовании трупа?

3. Какие повреждения были обнаружены при исследовании трупа, каков их характер, локализация, механизм и давность образования?

4. Принимал ли пострадавший незадолго до наступления смерти алкоголь?

Закрытие дыхательных отверстий и путей

Механическую асфиксию от закрытия дыхательных отверстий и путей нередко называют обтурационной или задушением. В зависимости от условий и обстоятельств происшествия различают: закрытие отверстий рта и носа; закрытие просвета дыхательных путей инородными предметами; закрытие просвета дыхательных путей сыпучими предметами; закрытие просвета дыхательных путей жидкостями (утопление).

Закрытие отверстий рта и носа

В судебно-медицинской практике встречается редко и осуществляется путем прижатия какого-либо мягкого предмета: подушки, шарфа, платка или раскрытой ладони человека. Как правило, задушение таким способом встречается в отношении людей, находящихся в бессознательном состоянии, у ослабленных больных, в состоянии алкогольного опьянения, во время сна, а также новорожденных детей.

Задушение от закрытия рта и носа может также произойти в результате несчастного случая у лиц, находящихся в состоянии сильной степени алкогольного опьянения, когда они находятся лежащими лицом вниз, уткнувшись в подушку или другой мягкий предмет. Такая же смерть может быть у больных эпилепсией во время припадка, у новорожденных детей.

Наличие и выраженность повреждений при закрытии отверстий носа и рта зависят от особенностей предмета, мягкие предметы (подушка, шарф и др.) могут не оставлять на коже лица видимых повреждений.

Признаки при наружном исследовании трупа.

В то же время при закрытии носа и рта рукой практически всегда образуются повреждения от ногтей, концов пальцев в виде ссадин и кровоподтеков. На слизистой оболочке губ, особенно на внутренней их поверхности, на деснах можно обнаружить кровоподтеки, ссадины, ранки слизистой оболочки от прижатия губ к зубам, от попадания пальцев в полость рта.

При грубых насилиях, что может быть при резком сопротивлении жертвы, могут повреждаться и зубы.

Длительное прижатие лица к какому-либо предмету, даже мягкому, может сопровождаться уплощением носа, губ, бледной краской кожи этой области по сравнению с синюшностью окружающей кожи.

В полости рта, глотки, трахеи, крупных бронхах могут быть обнаружены посторонние частицы (перья от подушки, пушинки, волоски шерсти, комочки ваты, обрывки нитей и др.)

При этом виде механической асфиксии прекращается доступ воздуха к дыхательным путям, смерть наступает через 5-7 минут.

При внутреннем исследовании, кроме общего резкого венозного полнокровия внутренних органов, множественных точечных кровоизлияний под наружными оболочками легких и сердца, выявляются иногда кровоизлияния в слизистую оболочку дыхательных путей.

Закрытие дыхательных путей инородными предметами

В просвет дыхательных путей могут попасть самые разнообразные, по твердости и размерам предметы: монеты, пуговицы, куски пищи, таблетки лекарства, зерна фасоли, части детских игрушек, протезы, мягкие предметы и др.



Во время игры, смеха, плача, кашля такой предмет попадает в дыхательные пути, доходить до голосовой щели, опускаться до бифуркации (разделения трахеи на 2 крупных бронха) и даже попадать в отдельные бронхи.

Этот вид механической асфиксии встречается значительно чаще и особенно в детском возрасте.

Попадание в просвет дыхательных путей кусков пищи обычно встречается у взрослых людей, и часто бывает в состоянии алкогольного опьянения.

Смерть может наступить не сразу.

В просвет дыхательных путей могут попасть самые разнообразные, по твердости и размерам предметы: монеты, пуговицы, куски пищи, таблетки лекарства, зерна фасоли, части детских игрушек, протезы, мягкие предметы и др.

Мягкие предметы (кляпы) вводят в рот жертвы, закрывая полость рта до задней стенки глотки.

Кляпом может быть и твердый предмет (бутылка, пробки и т.п.).

Во время игры, смеха, плача, кашля такой предмет попадает в дыхательные пути, доходить до голосовой щели, опускаться до бифуркации (разделения трахеи на 2 крупных бронха) и даже попадать в отдельные бронхи.

Этот вид механической асфиксии встречается значительно чаще и особенно в детском возрасте.

Попадание в просвет дыхательных путей кусков пищи обычно встречается у взрослых людей и часто бывает в состоянии алкогольного опьянения.

Смерть может наступить от рефлекторной остановки сердца, наступающей в течение нескольких секунд, и может быть наступление смерти с обычным течением нарушения внешнего дыхания, наступающей через 4-5 минут. В некоторых случаях инородные тела, попавшие в дыхательные пути, могут находиться в них в течение ряда лет, вызывая тяжелые гнойные осложнения, требующие хирургического вмешательства.

Признаки при исследовании трупа

Закрытие просвета дыхательных путей инородными предметами легко распознается при судебно-медицинском исследовании трупа.

Кляп в полости рта и глотки выявляется при наружном исследовании трупа. При введении кляпа с большой силой могут возникать надрывы и разрывы слизистой оболочки преддверия и полости рта, переломы зубов.

Инородные тела в гортани, трахее, бронхах обнаруживаются при внутреннем исследовании трупа. В большинстве случаев они обнаруживались в области входа в гортань и в ее просвете между голосовыми складками. Полная закупорка просвета гортани крупным куском пищи или другим предметом, как правило, приводит к ателектазу (спадению) легких.

Кроме того, при исследовании трупа в случае закрытия просвета дыхательных путей инородными предметами находят характерные общеасфиксические признаки как

при наружном, так и при внутреннем исследовании трупа.

Закрытие дыхательных путей инородным телом чаще происходит случайно - несчастный случай.

Убийство путем введения инородных тел встречается редко, обычно, как детоубийство; лишь в отдельных случаях происходит убийство взрослых, находившихся в состоянии опьянения, или тогда, когда жертву связывают, а полость рта вводят кляп.

Самоубийство путем введения инородных тел в полость рта и глотку наблюдается у психических больных и встречается в психиатрических лечебных учреждениях.

Закрытие просвета дыхательных путей сыпучими веществами, желудочным содержимым, кровью (аспирационная асфиксия)

Встречается в 10% случаев от всех видов механической асфиксии.

Аспирация (закупорка) дыхательных путей сыпучими веществами (цементом, песком, торфом, мелким шлаком, мукой, зернами).

Аспирация желудочного содержимого, крови, как правило, осложняет течение различных заболеваний, патологических состояний и травм - алкогольной интоксикации, эпилепсии, черепно-мозговой травмы и т.п., которые сопровождаются потерей сознания или утратой чувствительности слизистой оболочки дыхательных путей. Особенно часто аспирация желудочного содержимого встречается при сильном алкогольном опьянении, которое снижает чувствительность дыхательных путей, вплоть до полного подавления защитных рефлексов (кашлевого и др.), вследствие чего пищевые массы аспирируются в дыхательные пути и беспрепятственно проникают в трахею, бронхи, доходя до альвеол.

При глубоком проникновении желудочного содержимого легкие вздутые, бугристые, запавшие участки легочной ткани темно-красного цвета, выбухающие - светло-серого цвета. На поверхности разреза видны выступающие из бронхов частицы желудочного содержимого (особенно хорошо они заметны при надавливании на разрезанное легкое). Содержимое желудка может попасть в дыхательные пути и посмертно - при неумелом выполнении реанимационных мероприятий, при грубых манипуляциях с трупом, иногда при выраженных гнилостных изменениях. Однако при этом желудочного содержимого немного, не проникает глубже гортани и верхней части трахеи, а наличие их на всем протяжении дыхательных путей до мелких бронхов и альвеол свидетельствует о прижизненном их активном проникновении.

Аспирация крови встречается при носовых кровотечениях, черепно-мозговой травме с переломами основания черепа, когда пострадавший находится в бессознательном состоянии. Кровь находится в дыхательных путях, доходя до альвеол.

Сыпучие тела при исследовании трупа обнаруживают на одежде, лице, ими заполнены носовые ходы и полость рта. Вследствие произвольных дыхательных движений песок, зерна часто проникают в пищевод и желудок. В дыхательных путях находят большое количество сыпучих тел, которые могут находиться вплоть до альвеол.

При аспирации сыпучими веществами, желудочным содержимым, кровью при наружном и внутреннем исследовании трупа находят характерные общеасфиксические признаки.

Основной особенностью внутреннего исследования трупа при подозрении на смерть от просвета дыхательных путей инородными телами, желудочным содержимым, сыпучими веществами является вскрытие просвета гортани, трахеи и крупных бронхов на месте, до извлечения органокомплекса.

По роду насильственной смерти закрытие просвета дыхательных путей сыпучими веществами, желудочным содержимым, кровью обычно несчастный случай.

Основные вопросы, решаемые судебно-медицинской экспертизой при закрытии отверстий рта, носа, дыхательных путей

1. Наступила ли смерть от закрытия отверстий носа и рта?
2. Руками ли какими-либо предметами проводилось закрытие отверстий рта и носа (какие повреждения обнаружены на лице)?

3. Наступила ли смерть вследствие закрытия дыхательных путей какими-либо предметами и какими именно?
4. В случае обнаружения инородных тел в дыхательных путях установить были ли они введены при жизни или после смерти?
5. Имеются ли данные, свидетельствующие о введении инородного предмета посторонней рукой?
6. Имеются ли повреждения, указывающие на возможную борьбу и самооборону?
7. Употреблял ли потерпевший незадолго до наступления смерти алкоголь?

Утопление

Утопление - это особый вид механической асфиксии, который возникает при полном или частичном погружении тела в жидкую среду (чаще воду) и протекает по-разному в зависимости от условий происшествия и особенностей организма пострадавшего.

Средой утопления чаще всего бывает вода, а местом происшествия - естественные водоемы (реки, озера, моря), в которые тело человека погружается полностью. Встречается утопление в небольших неглубоких водоемах (канавках, ручейках, лужах), когда жидкость покрывает только голову или даже только лицо погибшего, чаще находящегося в состоянии сильного алкогольного опьянения. Утопление может происходить в ограниченных емкостях (ваннах, бочках, цистернах), заполненных водой или иной жидкостью (бензином, нефтью, молоком, пивом и др.).

Типы утопления

Утопление подразделяют на аспирационное (истинное, мокрое), асфиксическое (спастическое, сухое) и синкопальное (рефлекторное).

Истинное (аспирационное утопление) характеризуется обязательным проникновением воды в легкие с последующим попаданием ее в кровь, встречается в 65-70% случаев.

При спастическом (асфиксическом) типе утопления вследствие раздражения водой рецепторов дыхательных путей наступает рефлекторный спазм гортани и вода в легкие не поступает, такой тип утопления чаще наступает при попадании в загрязненную воду, содержащую примеси химических веществ, песок и другие взвешенные частицы; встречается в 10-20% случаев.

Рефлекторное (синкопальное) утопление характеризуется первичной остановкой сердечной деятельности и дыхания практически сразу после попадания человека в воду. Возникает у людей эмоционально возбудимых и может быть в результате рефлекторных влияний: холодового шока, аллергической реакции на содержащиеся в воде вещества, рефлексов с глаз, слизистой оболочки носа, среднего уха, кожи лица и др. Правильнее считать его одним из видов смерти в воде, а не утоплением, встречается в 10-15% случаев.

Признаки утопления

При истинном утоплении при наружном исследовании трупа характерны следующие признаки:

- белая, стойкая мелкопузырчатая пена у отверстий носа и рта, образуется в результате перемешивания воздуха с водой и слизи дыхательных путей, пена держится 2-3 дня, при высыхании на коже остается тонкая мелкоячеистая пленка;
- увеличение объема грудной клетки.

При внутреннем исследовании трупа следующие признаки:

- острое вздутие легких (в 90% случаев) - легкие полностью заполняют собой грудную полость, прикрывая сердце, на заднебоковых поверхностях легких почти всегда видны отпечатки ребер;
- серовато-розовая, мелкопузырчатая пена в просвете дыхательных путей (гортани, трахее, бронхах);
- под плеврой (наружной оболочкой) легких кровоизлияния красно-розового цвета с нечеткими контурами (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа);

- жидкость (среда утопления) в пазухе основной кости черепа (признак Свешникова);

- жидкость (среда утопления) в желудке и в начальном отделе тонкого кишечника;

При спастическом типе утопления находят общие признаки, характерные для механической асфиксии при наружном и внутреннем исследовании трупа, наличие жидкости (среды утопления) в пазухе основной кости.

Специфических признаков при рефлекторном (синкопальном) утоплении нет, имеются общеасфиксические признаки.

Смерть в воде

Утопление обычно является несчастным случаем во время купания, занятий водным спортом или случайным попаданием человека в воду.

Существует много факторов, способствующих утоплению в воде: перегревание, переохлаждение, потеря сознания (обморок), судорожное сокращение икроножных мышц в воде, алкогольное опьянение и др.

Утопление редко бывает самоубийством. Иногда бывают комбинированные самоубийства, когда человек перед падением в воду, принимает яд или причиняет себе огнестрельные, резаные раны или другие повреждения.

Убийство путем утопления встречаются относительно редко путем сталкивания в воду с моста, лодки, выбрасывание новорожденных в выгребные ямы и т.п. или насильственное погружение в воду.

Возможны убийства-утопления в ванне при резком поднимании ног человека, находящегося в ванне.

Смерть в воде может наступить и от других причин. У людей, страдающими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, смерть может наступить от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

При прыжках в воду на относительно мелком месте нырнувший ударяется головой о грунт, вследствие чего могут возникнуть переломы шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга, смерть может наступить от этой травмы и признаков утопления не будет. Если травма не смертельная, то потерявший сознание человек может утонуть в воде.

Повреждения на трупах, извлеченных из воды

При обнаружении повреждений на теле необходимо решить вопрос о характере их происхождения и прижизненности. Повреждения иногда причиняются трупам частями водного транспорта (гребными винтами), при извлечении трупа из воды (баграми, шестами), при перемещении быстрым течением и ударах о различные предметы (камни, деревья и др.), а также животными, обитающими в воде (водяные крысы, ракообразные, морские животные и др.).

Трупы могут оказаться в воде при умышленном выбрасывании трупа в воду для сокрытия следов преступления.

Признаки пребывания трупа в воде независимо от причин смерти :

- мокрая одежда;
- наличие песка или ила на одежде и теле, особенно у корней волос;
- мацерация кожных покровов в виде набухания и сморщивания, постепенной отслойки эпидермиса (надкожицы) на ладонных поверхностях рук и подошвах. Через 1-3 суток сморщивается кожа всей ладони ("руки прачки"), а через 5-6 суток - кожа стоп ("перчатки смерти"), к концу 3 недели разрыхленный и сморщенный эпидермис можно снять в виде перчатки ("перчатка смерти");

- выпадение волос, вследствие разрыхления кожи через две недели начинается их выпадение, и в конце месяца может наступить полное облысение;

- признаки гниения;
- наличие признаков жировоска.

Лабораторные методы исследования при утоплении

Исследование на диатомовый планктон. Планктон - мельчайшие животные и растительные организмы, живущие в воде естественных водоемов. Из всего планктона наибольшее судебно-медицинское значение имеют диатомеи - разновидность фитопланктона (растительного планктона), так как они имеют панцирь из неорганических соединений кремния. Вместе с водой планктон попадает в кровеносное русло и разносится по всему организму, задерживаясь в паренхиматозных органах (печень, почки и др.) и костном мозге.

Обнаружение панцирей диатомей в почке, печени, костном мозге, длинных трубчатых костей является достоверным признаком утопления в воде, совпадающих по своему составу с планктоном водоема, из которого был извлечен труп. Для сравнительного изучения особенностей обнаруженного в трупе планктона необходимо одновременно исследовать воду, из которой был извлечен труп.

Гистологическое исследование. Гистологическое исследование внутренних органов трупов, извлеченных из воды, является обязательным. В легких при микроскопическом исследовании: преобладание эмфиземы (вздутия) над небольшими очагами ателектаза (спадения), которые располагаются преимущественно в центральных участках легких.

Нефтяная проба. Проба основана на способности нефти и нефтепродуктов давать яркую флюоресценцию в ультрафиолетовых лучах: от зеленовато-голубой, синей до желто-коричневой. Флюоресценция выявляется в содержимом и на слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишке. Достоверным признаком утопления является положительная нефтяная проба при утоплении в судоходных реках.

Другие физико-технические методы исследования. Определение концентрации электролитов крови, измерение электропроводимости, вязкости, плотности крови. Определение точки замерзания крови в левой половине крови разбавляется водой, поэтому точка замерзания крови будет различной, что определяется методом криоскопии.

Судебно-химическое исследование. Взятие крови и мочи на количественное определение этилового спирта методом газовой хроматографии.

Все указанные методы помогают с большей объективностью установить факт наступления смерти от утопления.

Вопросы, решаемые судебно-медицинской экспертизой при утоплении

1. Наступила ли смерть от утопления или от другой причины?
2. В какой жидкости (среде) произошло утопление?
3. Не имеется ли каких-либо причин, которые могли способствовать утоплению?
4. Как долго труп находился в воде?
5. Если на трупе имеются повреждения, то каков их характер, локализация, механизм, возникли они прижизненно или после наступления смерти?
6. Какими заболеваниями были обнаружены при исследовании трупа? Не явились ли они причиной смерти в воде?
7. Употреблял ли незадолго до наступления смерти покойный алкоголь?

Асфиксия в замкнутом пространстве

Смерть от недостатка кислорода наступает в таких замкнутых пространствах, как холодильники, сундуки, отсеках затонувших судов, кабины самолетов, в изолирующих противогазах, в полиэтиленовых мешках, надетых на голову. Накопление углекислого газа и уменьшение количества кислорода происходит постепенно.

При вскрытии трупов при наружном исследовании: обильные трупные пятна темно-фиолетового цвета, синюшность лица, губ, кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, в кожу; при внутреннем исследовании - застойное полнокровие внутренних органов, отек и полнокровие головного мозга, кровоизлияния в слизистые оболочки трахеи, бронхов, желудка, отек легких.

При судебно-медицинском исследовании трупов лиц, погибших в замкнутых пространствах, эксперты решают основной вопрос, поставленный следствием, о причине

смерти. Основная морфологическая картина асфиктической смерти представлена общеасфиктическими признаками.

Как правило, судебно-медицинские эксперты не встречаются затруднений о даче заключения о причине смерти. Совокупность данных судебно-медицинского исследования трупа, судебно-гистологического исследования и обстоятельств дела полностью укладываются в картину наступления смерти при явлениях асфиксии, вследствие недостатка кислорода и избыточного содержания углекислого газа в воздухе, в условиях пребывания людей в замкнутом пространстве.

Тема № 4

« Повреждения и смерть от действия физических и химических факторов»

ПЛАН:

1. Повреждения и смерть от действия высокой температуры
2. Повреждения и смерть от действия низкой температуры
3. Повреждения и смерть от действия электричества
4. Повреждения от действий изменения внешнего давления
5. Судебно-медицинская токсикология
6. Исследование трупов лиц, погибших от отравлений

ВВЕДЕНИЕ

В данной лекции будут рассмотрены часто встречающиеся в судебно-медицинской практике повреждения в организме человека в результате действия таких травматичных для человека внешних воздействий, как высокие и низкие температуры, электрический ток и атмосферное электричество. Здесь же будет дана их судебно-медицинская диагностика.

Вопрос 1. ПОВРЕЖДЕНИЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

Установлено, что комфортная жизнедеятельность человека протекает при стабильной температуре тела около 37оС. Возможные колебания температуры на 3-4оС в сторону повышения или понижения вызывают значительные расстройства в здоровье. Причем повышение температуры тела до +45оС и понижение ее до +25оС несовместимы с жизнью и в таких условиях наступает смерть человека. Следует различать общее и местное действие температуры (высокой и низкой).

ПЕРЕГРЕВАНИЕ

Действие высокой температуры связано с перегреванием тела. При этом тепло, вырабатываемое в теле, недостаточно активно расходуется (особенно при высокой влажности воздуха, которое задерживает потоотделение). Все это может привести к тепловому удару. Типичные симптомы: головокружение, сердцебиение, сильная слабость, покраснение лица, безразличие, сменяющееся возбуждением, а затем торможением, затруднение дыхания, наступление судорог и смерти. Тепловой удар имеет место чаще летом у лиц, занятых тяжелым физическим трудом (в сильно нагретых помещениях - котельщиков, кочегаров, литейщиков), спортсменов (тренирующихся при высокой температуре и военнослужащих (двигающихся плотным строем в жару по плохо вентилируемой дороге, при этом температура внутри колонны повышается, а вентиляция и охлаждение затрудняются). Способствует развитию теплового удара также теплая и сухая одежда из синтетического материала (плохо пропускающая воздух и влагу), интенсивная работа, наличие заболеваний (острых и хронических - сердца и легких), возраст (более подвержены старики и дети).

При судебно-медицинском вскрытии трупов лиц, погибших от теплового удара, обнаруживаются: полнокровие внутренних органов, легких, головного мозга и мозговых оболочек; рассеянные кровоизлияния на поверхности легких, головного мозга и сердца; в сосудах темная и жидкая кровь; пустой и твердый левый желудочек сердца (это результат его мышечного окоченения).

Солнечный удар (разновидность теплового удара) наступает от избыточного прилива крови к голове под воздействием солнечной радиации и перегревания коры головного мозга. Клинически он проявляется в виде головной боли, тошноты, рвоты, а в тяжелых случаях потери сознания, судорог и смерти. Чаще солнечный удар констатируют у лиц, находящихся на солнцепеке с непокрытой головой (чаще это дети 3-5 лет).

В судебно-медицинской практике встречаются случаи внезапной смерти в бане и парилке. Причина большинства из них не перегревание тела, а болезнь сердца, почек. Провоцирующим моментом осложнений в данном случае является высокая температура и повышенная влажность.

ОЖОГИ

Местное действие высокой температуры на кожу и прилежащие внутренние органы диагностируют как термические ожоги. Они могут быть причинены пламенем, раскаленными предметами, горячими жидкостями, смолами, газами, паром. В зависимости от выраженности патологического процесса различают четыре степени ожогов.

Различают четыре степени ожогов.

Ожог 1-й степени возникает при кратковременном воздействии высокой температуры. Клинически он проявляется в виде ощущения жжения, визуальное - покраснения и припухлости кожи. Излечение наступает через 3-5 дней и заканчивается шелушением поверхностного слоя кожи.

Ожог 2-й степени фиксируют при более длительном воздействии высокой температуры. При этом на пораженном участке кожи образуются довольно крепкие пузыри (как результат острой воспалительной реакции), с прозрачной жидкостью, кожа вокруг которых ярко-красная и припухшая. Заживление в данном случае наступает на 7-й день.

Ожог 3-й степени - констатируют тогда, когда наступает омертвление кожи. При влажном омертвлении на отечной желтоватого цвета коже отмечают пузыри. При сухом некрозе кожа сухая, плотная, черного или бурого цвета. Заживление таких ожогов заканчивается рубцеванием.

Ожог 4-й степени - образуется под воздействием пламени или раскаленных предметов на кожу. Он характеризуется глубоким омертвлением всех прилежащих к источнику высокой температуры мягких тканей и даже обугливанием костей.

При ожогах выделяют также:

- обваривание горячими жидкостями - супом, молоком, кипятком или паром, при этом на коже не бывает опаления волос и закопчения, а мышцы приобретают вид вареного мяса, на одежде нередко отмечают остатки горячей жидкости, которая растекаясь по телу под одеждой, формирует потеки. Ожог пламенем и раскаленным предметом отличается от обваривания горячей жидкостью наличием обгорания волос, а иногда – копоти;

- химические ожоги, которые возникают от действия кислот и щелочей. На месте ожога образуются струпы с окраской в зависимости от химической природы вещества, причинившего ожог.

Локализация и очертания ожогов могут указывать на природу их происхождения. При захватывании руками горячих предметов ожоги располагаются в области кистей.

Клиническая картина зависит в основном от площади поражения и степени ожога.

Так, например, у взрослых смертельны:

- ожоги 1-й степени с поражением более 1/2 поверхности тела;
- ожоги 2-й степени с поражением 1/2 поверхности тела;

- ожоги 3-й степени с поражением 1/3 поверхности тела.

Дети более чувствительны к действиям высокой температуры, нежели взрослые, так поверхность тела ребенка по сравнению с объемом (массой) значительно меньше, чем у взрослых.

Для определения площади ожоговой поверхности в клинике и у секционного стола наиболее целесообразно пользоваться «правилом девятки». Этот метод основан на том, что отдельные области тела составляют определенные части общей площади поверхности кожи человека: так, площадь головы равна 9%, площадь верхней конечности - 9%, нижней - 18%. Передняя и задняя поверхность туловища – по 18%, голова + шея - 9%, промежность – 1%.

Смерть при ожогах может наступить:

- от ожогового шока в результате резкого возбуждения, а затем торможения функции центральной нервной системы, с последующим нарушением функции органов кровообращения и дыхания;

- от большой потери жидкости и сгущения крови из-за повышенной проницаемости сосудистых стенок;

- от интоксикации организма продуктами распада пораженных высокой температурой тканей (белков);

- от присоединившейся инфекции (пневмонии, сепсиса и др.);

- от необратимых изменений в почках и надпочечников.

При судебно-медицинском исследовании трупов, погибших от ожогов, можно выявить:

- при быстром наступлении смерти - острое малокровие внутренних органов;

- у погибших через нескольких дней - отек мозга и множественные ярко-красные точечные кровоизлияния; в мышце сердца явления перерождения; в органах дыхания признаки воспаления; в печени и почках - жировые перерождения;

- у трупов (обнаруженных на пожарищах), кроме того, и обугливание костей, обширные ожоги кожи и внутренних органов, в дыхательных путях - следы закопчения и т.д.

При судебно-медицинской экспертизе на прижизненность ожогов указывают:

- «гусиные лапки» на лице;

- наличие копоты на дыхательных путях;

- ожоги слизистых оболочек дыхательных путей;

Судебно-медицинское исследование показало, что ожоги чаще всего являются следствием:

- несчастных случаев в быту и на производстве, при автомобильных, авиационных и других катастрофах;

- убийств;

- сожжения трупов с целью сокрытия преступления; реже самосожжения.

При этом возможны и такие варианты, как предварительное расчленение трупа на части и сожжение их или поджог помещения, в котором находится жертва преступления.

В то же время следует знать, что практически невозможно в бытовых условиях кремировать труп, так как для сожжения взрослого необходимо около 60 часов. И лишь с помощью керосина возможно сожжение трупа взрослого за 10-12 часов и трупа младенца за 2-3 часа.

При сожжении трупа на осмотре места происшествия можно обнаружить обгоревшие кости (что дает возможность определить пол, возраст, вид преступления), а при исследовании золы - драгоценные металлы, зубные протезы, остатки одежды.

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой в случаях воздействия высокой температуры (признаки прижизненного действия высокой температуры):

1. Явилась ли смерть пострадавшего результатом воздействия высокой

температуры или наступила от действия какого-либо другого фактора?

1. Чем были вызваны ожоги (действием пламени, горячей жидкости, раскаленных газов)?

2. Каково было положение пострадавшего во время получения ожогов?

3. Имеются ли на трупе следы воздействия других повреждающих факторов?

Вывод по первому вопросу. При проведении судебно-медицинской экспертизы трупов лиц, погибших от перегревания организма, не выявляются какие-либо специфические явления ни при вскрытии, ни при микроскопическом исследовании органов. Констатируют лишь патоморфологическую картину, характерную для быстрой смерти: отек и полнокровие головного мозга и его оболочек, переполнение кровью вен, мелкие кровоизлияния в ткань мозга и под оболочки сердца, плевру легких, жидкую темную кровь и полнокровие внутренних органов.

Вопрос 2. ПОВРЕЖДЕНИЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

К действию низкой температуры относится общее охлаждение организма. Ему способствуют: холод, состояние истощения, физическое переутомление, моральное угнетение, влажная одежда, высокая влажность воздуха, ветер при низкой температуре, состояние алкогольного опьянения. Более чувствительны к действию холода дети и пожилые истощенные люди.

Смерть новорожденных детей от переохлаждения может наступить и при температуре от 0 до 5о. Обычно человек умирает при падении температуры тела до 22-24о. После этого труп остывает, температура его снижается до температуры окружающей среды, наступает промерзание тканей (оледенение).

Поза трупа напоминает позу зябнувшего человека: руки согнуты в локтевых суставах, прижаты к груди, колени согнуты и прижаты к животу, «поза эмбриона». У лиц, находящихся в состоянии сильного алкогольного опьянения, она может отсутствовать. Кожные покровы бледные, «гусиная кожа» на груди, животе, конечностях. «Гусиная кожа» обусловлена сокращением мышц кожи, поднимающих волосы. Трупные пятна имеют красный или розово-красный цвет, что связано с диффузией кислорода через разрыхленный эпидермис.

Нередко на лице, конечностях встречаются мелкие ссадины, иногда имеющие вид пергаментных пятен. Такие повреждения могут возникнуть при падении обессилевшего человека перед смертью от охлаждения. Иногда встречаются участки отморожения открытых частей тела. У отверстий рта и носа обнаруживаются сосульки, на ресницах – иней.

Грязно-зеленоватые гниlostные пятна на трупе отсутствуют. Если в такой обстановке на трупе обнаруживаются гниlostные пятна, то в случае отсутствия в этот период оттепелей можно полагать, что смерть человека наступила в теплом помещении и труп его находился там до появления признаков гниения, после чего он был доставлен на место обнаружения.

Замерзший труп перед судебно-медицинским исследованием необходимо оттаивать при комнатной температуре до исчезновения оледенения тканей и органов.

Иногда при обнаружении трупа в условиях низкой температуры находят расхождение швов черепа. Это посмертное повреждение, оно происходит вследствие увеличения объема содержимого полости черепа при замерзании.

Посмертным замерзанием жидкостей объясняется нахождение льдинок в полостях сердца и в мозговых желудочках.

При исследовании трупа человека, подвергавшегося воздействию холода, необходимо не только установить причину смерти, но и попытаться выявить факторы, которые способствовали переохлаждению (травма, алкогольное опьянение, заболевание).

Смерть от переохлаждения организма - это, как правило, несчастный случай, но в

литературе описаны редкие случаи самоубийства душевнобольных этим способом. Убийства с использованием холода крайне редки и возможны только в отношении детей, больных и беспомощных людей.

ОТМОРОЖЕНИЯ

Местное действие холода приводит к возникновению отморожений. Различают четыре степени отморожения.

Степень I характеризуется багровой окраской кожи и отеком. Отморожения I степени заживают бесследно через 3-7 дней. Иногда несколько дней наблюдается легкое шелушение на месте отморожения и сохраняется повышенная чувствительность к холоду.

При отморожении II степени образуются пузыри с прозрачным серозным содержимым, гиперемией и отеком тканей вокруг. Пузыри появляются на 1-й или 2-й день. Заживление происходит через 10-20 дней без образования рубцов. Может длительно оставаться повышенная чувствительность отмороженных участков к холоду.

При отморожении III степени наблюдаются некрозы мягких тканей. Кожа мертвенно-бледная или синюшная, иногда образуются пузыри с геморрагическим содержимым. С развитием демаркационного воспаления отторгаются некротизированные ткани и происходит медленное заживление с образованием рубца. Заживление длится 1-2 месяца и более в зависимости от глубины некроза.

При отморожении IV степени развивается некроз костей и отторжение омертвевших частей тела (пальцев, кистей рук, стопы).

Низкая температура оказывает на организм общее и местное действие. Общее действие – охлаждение организма. Ему способствуют: холод, влажная одежда, высокая влажность воздуха, ветер при низкой температуре, состояние истощения, физическое переутомление, моральное угнетение, состояние алкогольного опьянения.

Дети и пожилые истощенные люди более чувствительны к действию холода. Смерть новорожденных детей от переохлаждения может наступить и при температуре воздуха от 0 до 5° С.

Как правило, смерть наступает при падении температуры тела до 22 - 24° С. После этого труп остывает, его температура снижается до температуры окружающей среды, при морозной погоде наступает промерзание тканей (оледенение). Замерзший труп перед судебно-медицинским исследованием необходимо оттаивать при комнатной температуре до исчезновения оледенения тканей и органов.

Поза трупа напоминает позу зябнувшего человека: руки согнуты в локтях, прижаты к груди, колени согнуты, прижаты к животу. Кожа бледная, на груди, животе, конечностях - "гусиная". Трупные пятна красного или розово-красного цвета, что связано с диффузией кислорода через разрыхленный эпидермис. На лице, кистях иногда встречаются мелкие ссадины. Они могут возникнуть при падении на снег обессиленного человека.

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой в случаях воздействия низкой температуры:

1. Наступила ли смерть от охлаждения?
2. Не являются ли обнаруженные на коже повреждения следствием посмертного воздействия низкой температуры?

Вывод по второму вопросу. Низкую температуру организм человека переносит низкую температуру лучше, чем высокую. Однако охлаждение со смертельным исходом возможно и при температуре выше нуля. Возникновение и степень выраженности общих и местных реакций при охлаждении зависят не только от температуры окружающей среды, но и от влажности, скорости движения воздуха, характера одежды, состояния организма.

Вопрос 3. ПОВРЕЖДЕНИЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСТВА

Довольно часто в судебно-медицинской практике встречаются экспертизы, связанные с поражением людей электрическим током. **В основном это могут быть:**

- несчастные случаи - при несоблюдении техники правил техники безопасности,

авариях на производстве, транспорте, неисправности осветительной сети и бытовой электротехники;

- убийства - при умышленном подведении проводов источника электроэнергии к поверхности тела человека;

- самоубийства - при преднамеренном подведении электрических проводов к своему телу.

Поражающее действие возможно при прямых и косвенных контактах и даже на расстоянии 1-1,5 м при приближении к установке высокого напряжения.

Судебно-медицинская экспертиза проводится совместно с техническим экспертом (инженером) для решения вопроса об обстоятельствах поражения и осмотре места происшествия. Это связано с тем, что судебных медиков всегда интересуют физико-технические, биологические, метеорологические и личностные факторы, способствующие патологическому действию электричества и получению электротравмы. Разберем их более подробно.

Физико-технические факторы - к ним относят напряжение и силу тока, время воздействия электротока, пути прохождения через организм, площадь контакта с токонесущими поводами, принципы технического устройства источника электроэнергии.

Биологические факторы - к ним относят состояние здоровья потерпевшего, его возраст (дети и пожилые более подвержены), индивидуальное сопротивление кожи, тканей, внутренних органов (в месте входа).

Метеорологические факторы - к ним относят повышенную влажность (дождливая погода) и высокую температуру внешней среды (способствует потоотделению).

Личностные факторы лица с повышенной возбудимостью, истерические личности и все те, кто длительное время страдает психическими нарушениями, более подвержены электротравме.

При электротравме человек одновременно получает следующие повреждения:

- ожоги - они образуются на месте даже кратковременного контакта с проводником тока высокого напряжения в виде различных глубоких повреждений вплоть до обугливания кожи, тканей, костей;

- механические травмы - довольно часто при отбрасывании человека от проводника электротока на предметы, его окружающие, при этом возможны разрывы одежды и обуви, вывихи и переломы конечностей, тяжелые повреждения внутренних органов и даже смерть;

- электролиз жидкостей организма - он наступает под действием электрического тока и приводит к резкому нарушению химического состава и физических свойств тканей.

Судебные медики варианты смерти при действии электрического тока классифицируют как:

- смерть мгновенная - от паралича центра дыхания и вторичной асфиксии;

- смерть быстрая - от потери сознания, острого нарушения дыхания и расстройства органов кровообращения;

- смерть замедленная - при сохранившемся сознании от сильного испуга и оцепенения (при этом возможны крики пострадавшего и попытки освободиться от проводника электротока), последующего обморока с потерей сознания, угнетением и параличом центра дыхания и остановкой сердца;

- смерть прерванная - потеря сознания, некоторое улучшение, которое вновь сменяется потерей сознания и наступление смерти;

- смерть поздняя - от изменений и осложнений, вызванных электрическим током, или обострением заболеваний, вызванных электротравмой.

При быстром и правильном оказании медицинской помощи (искусственное дыхание, массаж сердца, дефибриляция) можно вывести пострадавшего из тяжелого состояния. В медицине существуют правило: при поражении электрическим током

мероприятия по оживлению продолжать до появления трупных пятен.

Медицинское наблюдение за пострадавшими показывает, что даже при воздействии небольших величин электротока на человека возможны тяжелые осложнения в виде потери сознания, судорог, сильного испуга, расстройств нервной системы, органов зрения и слуха.

При судебно-медицинском исследовании трупа или живого человека, пострадавшего от воздействия электротока, находят ряд признаков электротравм (они могут отсутствовать примерно у трети из них при большой поверхности контакта и влажной коже). **Это:**

- анизокория;

- электрометки в месте входа и выхода как следствие кратковременного воздействия высокой температуры и ожог кожи 3-й степени с явлениями обугливания либо опаления волос на голове и волосистых участках, при чем на выходе электротока они менее выражены;

- повреждения, полученные при падении и ударах (как дополнительный травмирующий фактор, не имеющий непосредственного отношения к электротравме).

При судебно-медицинской экспертизе трупов, нередко констатируют разнообразные переломы костей и вывихи (вследствие сокращения мышц во время судорог), расплавление костей с образованием характерных шариков – «жемчужин» (от действия высокого напряжения), разрывы внутренних органов и их полнокровие, отек головного мозга и мелкоточечные кровоизлияния в его оболочки, некроз стенки сосудов (в месте приложения контактов электротока), мышцы вида "вареного мяса" (наиболее характерный признак).

Судебно-медицинская практика говорит, что при электротравмах следует придавать большое значение осмотру одежды и обуви. При этом нередко выявляют побуревшие, обуглившиеся или обгоревшие участки, а при осмотре обуви находят следы выхода электрического тока в виде оплавления гвоздей, обугливания подошв и других повреждений.

При микроскопическом исследовании судебные медики обычно находят множественные очаги некроза, разрушение мышечных волокон и клеток головного мозга.

Поражение техническим электричеством

Тяжесть повреждения от электричества в основном зависит от свойства тока, но нередко большое значение имеют и обстановка, в которой действует ток, а также особенности организма. При анализе повреждений от электричества надо учитывать напряжение и силу тока, продолжительность его действия, а при переменном токе - число колебаний. Повреждения от действия переменного тока наиболее опасны для жизни. Продолжительное действие тока на организм усугубляет тяжесть травмы, имеет значение площадь и плотность контакта: чем больше площадь соприкосновения токоведущей части с телом и чем плотнее контакт, тем значительнее может оказаться эффект действия тока.

Путь прохождения тока через тело имеет лишь относительное значение. Наибольшую опасность представляет прохождение тока через область сердца и центральную нервную систему.

Воздействие искры или вольтовой дуги вызывает местное поражение в виде различных степеней вплоть до обугливания или сгорания тканей. Представляют интерес своеобразные изменения кожи в местах входа и выхода тока.

Знаки тока, которые называются электрометками, представляют собой резко ограниченные участки повреждения кожи округлой формы, иногда соответствующие очертанию токоведущей части, бледно-желтого цвета, твердой консистенции, с углублением в центре, обычно без воспалительных экссудативных явлений в окружности. Волосы вокруг обычно целы и только скручены.

В других случаях электрометки имеют вид царапин, небольших резаных ран, мозолей или бородавок, кровоизлияний в кожу, мелкоточечной татуировки или, наконец,

сходны с фигурами молнии. Специфическое воздействие тока обнаруживается и на более глубоки и даже сравнительно далеко отстоящий участках тела. Иногда знаки тока представляют собой очаги разрушения, идущие в глубину, наподобие огнестрельной раны.

Кроме того, обнаруживаются: ожоги, электрогенный отек, металлизация, эпидермолиз, омертвления, фигуры молнии, механические повреждения.

Основными клиническими симптомами при электротравме являются в зависимости от тяжести поражения более или менее выраженные расстройства со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы, психики, реже - со стороны внутренних органов.

Поражение молнией (атмосферным электричеством)

В судебно-следственной работе поражение обычной молнией возможно только как несчастный случай. Обычно это происходит на открытом месте при укрытии от дождя под деревом или в помещении и на транспорте при контактах человека с теле- и радиосетью.

Механизм действия атмосферного электричества аналогичен электротравме, но поражающее действие возникает как результат влияния на человека высокой температуры и механической энергии.

Судебно-медицинское исследование на месте происшествия при действии молнии не представляет особых затруднений. **При осмотре обращает на себя внимание:**

- обожженная и разорванная одежда (ее обрывки могут быть отброшены);
- расплавленные металлические предметы в одежде и обуви (характерный признак);
- ожоги 1-2-й степени в виде разветвленных фигур - "фигуры молнии" темно-красного или розового цвета, исчезающие через 12-16 часов;
- обугливание мягких тканей и костей (реже);
- кровоизлияния и разрывы во внутренних органах;
- трупное окоченение и гниение (развивается быстро);
- многочисленные и дополнительные механические травмы (при отбрасывании тела на несколько метров);
- следы разрушений вокруг (разбитые стекла, поломанные и обугленные предметы), как следы действия молнии;
- характерный запах серы и озона, образующийся в момент прохождения молнии в воздухе.

Таким образом, нами рассмотрены болезненные расстройства здоровья человека при действии таких факторов, как крайние температуры, электроток и молнии.

На коже молния часто оставляет следы главным образом в виде ожогов I и II степени. Если следы имеют вид древовидно-разветвленных фигур красного или розового цвета, то это является доказательством поражения молнией.

Иногда встречаются поражения кожи в виде маленьких отверстий с обожженными краями (их можно принять за входное огнестрельное ранение), а также мелкие разрывы внутренних органов. Нередки случаи полного отсутствия видимых следов действия молнии.

При поражении молнией одежда может разрываться в различных направлениях или иметь мелкие отверстия. Края дефектов могут быть обожженными или совершенно чистыми. Характерны отверстия в подошвах обуви, а также обугливание кожи в окружности металлических гвоздей на подошвах. Металлические предметы нередко расплавляются полностью или оплавляются, имеют следы прободений со сплавленными краями, искривлениями и т.д.

Поражение молнией - всегда несчастный случай, но вследствие разнообразия следов или, наоборот, вследствие их отсутствия оно может быть ошибочно принято и за другой вид смерти.

Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой:

1. Наступила ли смерть от поражения электрическим током?

2. Какая часть тела соприкасалась с проводником, находившимся под напряжением?
3. Каково было положение потерпевшего в момент электротравмы?
4. Нет ли следов металлизации на коже, указывающих на материал проводника?

Таким образом, электрическая травма – это результат действия на живой организм технического и атмосферного электричества. Судебно-медицинская экспертиза проводится в случае определения степени утраты трудоспособности у лиц, пораженных электротоком. Электрический ток оказывает тепловое воздействие, механическое и электрическое. При несмертельных повреждениях могут наблюдаться расстройства со стороны нервной системы (параличи), органов зрения и слуха.

Вопрос 4. ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ДЕЙСТВИЙ ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕШНЕГО ДАВЛЕНИЯ

Нормальное атмосферное давление воздуха на уровне моря составляет 760 мм.рт.ст. (1 атм. - атмосфера физическая). В международной системе СИ давление измеряется в паскалях (Па), 1 атм = 1,013 x 10⁵ Па. Для удобства записи используют мегапаскали (МПа), 0,1 МПа = 1 атм (приблизительно). Колебания атмосферного давления в пределах 5% практически не вызывают у человека каких-либо негативных ощущений.

При значительном повышении или понижении барометрического давления у человека возникают отклонения в работе органов и систем, которые могут привести к нарушению здоровья или смерти. Изменения давления, способные привести к травме, чаще всего встречаются во время разного рода деятельности человека в особых условиях, осуществляемой с применением разного рода специальных устройств или без них, например, при водолазных, высотных или тому подобных работах.

Иногда при проведении такого рода работ случаются аварийные ситуации, в результате которых люди получают травмы или погибают. При этом возникает необходимость расследования обстоятельств случившегося, включая вопросы о причинах и механизме получения травмы или наступления смерти. Эти вопросы могут быть решены с помощью судебной медицины.

Повреждения от действий повышенного давления

Устойчивость организма человека к плавно возрастающему давлению велика. Человек может переносить давление 6 атм. без ущерба здоровью. При таком повышении давления происходит включение компенсаторных механизмов, которые при возвращении давления к норме полностью нормализуются.

Влияние повышенного давления чаще всего проявляется при подводных работах на значительной глубине. Так, человек, опустившийся на глубину 20 метров, ощущает на себе давление, в три раза превышающее атмосферное. Наибольшая нагрузка при повышении давления ложится на ткани тела, пограничные с полостями (легкие, желудочно-кишечный тракт, среднее ухо и им подобные). Значительная разница между наружным и внутренним давлением в области полостей и является основным травмирующим фактором.

В результате баротравмы возникают гиперемии, кровоизлияния, кровотечения, разрывы внутренних органов, и в первую очередь легочной ткани. Баротравма возникает при резких перепадах давления, особенно в момент всплытия. По статистике, при неправильной работе с аквалангами или при их неисправности смерть в 80% случаев наступает от травм легких. В частности, наблюдаются: разрывы бронхов и альвеол, сопровождающиеся кровоизлияниями и кровотечениями; разрывы ткани легких приводят к пневмотораксу, газовой эмболии, тканевой и подкожной эмфиземе. Наибольшую опасность для жизни представляет газовая эмболия - попадание пузырьков газов (воздуха) в просвет и других важных органов нарушая, тем самым кровоснабжение. Развивается

тканевая кислородная недостаточность, которая и приводит к смерти.

При нахождении человека в условиях повышенного давления снижается чувствительность кожных рецепторов. В силу этого травмирование тканей проходит незамеченным, травмы обнаруживаются только при снижении давления (при всплытии на поверхность).

При некоторых видах работ, связанных с погружением на глубину, а также в медицине, используется кислород под большим давлением. От действия кислорода под давление может развиваться так называемая кислородная интоксикация. В зависимости от давления кислорода это поражение может проявиться в течении десятка минут (при давлении 2,5-3 атм. и выше) или нескольких часов (при давлении 1-1,5 атм.). Различают нейротоксическую (мозговую форму поражения) и легочную. Каждая из форм характеризуется своей симптоматикой.

От баротравмы отличается декомпрессионная болезнь, которая развивается при сходных внешних условиях. При этом варианте развития травмы при уменьшении давления в крови происходит образование пузырьков газа (так называемое вскипание газов), которые распространяясь по сосудистому руслу, закупоривают мелкие сосуды, тем самым вызывая болезненные расстройства в органах и тканях, а при выраженности процесса приводят к смерти. Декомпрессионную болезнь называют еще кессонной болезнью.

При исследовании трупов лиц, погибших от газовой эмболии при баротравме или от кессонной болезни, по специальной методике выявляются наличие газов в сосудистом русле. Могут быть обнаружены кровяные сгустки с мелкими пузырьками газов, отмечается подкожная эмфизема (нахождение газов под кожей). При баротравме имеют место разрывы и кровоизлияния в некоторых внутренних органах. В судебно-медицинском плане хорошие результаты дает рентгенологическое исследование органов и тканей, с помощью которого отчетливо определяются пузырьки газов в различных органах и тканях.

При проведении следствия вопросы о механизме травмирования при действии на человека повышенного давления целесообразно решать путем комплексного исследования условий травмирования специалистом судебным медиком и специалистом в соответствующей области техники.

Повреждения от пониженного барометрического давления

Понижение барометрического давления может воздействовать на человека при нахождении в высокогорье, при полетах на летательных аппаратах, и в других ситуациях. Повреждающее действие на организм человека в условиях пониженного давления оказывают: гипоксия от уменьшения количества кислорода в воздухе; декомпрессионные проявления наподобие тех, которые возникают при переходе от повышенного давления к обычному.

При подъеме на высоту в начале нехватка кислорода компенсируется за счет адаптационных механизмов. По мере дальнейшего снижения барометрического давления, при подъеме на высоту 5000-7000 м возникает выраженное кислородное голодание, при этом отмечаются расстройство сердечной и дыхательной деятельности. В дальнейшем развиваются мозговые явления, такие как эйфория и галлюцинации, наступает помрачение и потеря сознания. К мозговым явлениям присоединяются цианоз и отек конечностей. Смерть наступает от остановки сердечной или дыхательной деятельности.

Скорость и выраженность развития процессов высотной гипоксии зависит от многих факторов, и в первую очередь от физического состояния человека и степени его тренированности. Ослабленные, пожилые люди быстрее реагируют на уменьшение кислорода в воздухе.

При исследовании трупов лиц, умерших в условиях пониженного барометрического давления, обнаруживаются признаки смерти от гипоксии: обильные трупные пятна; цианоз кожных покровов; кровоизлияния в оболочки глаз; жидкая темная

кровь; полнокровие внутренних органов; кровоизлияния под оболочки легких и сердца; малокровие селезенки и другие признаки.

При декомпрессионном действии пониженного барометрического давления происходят изменения, аналогичные описанным выше для кессонной болезни. Декомпрессионные проявления характерны для быстрого падения давления. При этом возникают боли в придаточных полостях носа и среднего уха, кровоизлияния в полости, разрывы барабанных перепонок. Если разреженность воздуха возникает резко и достигает значительных величин, например, при разгерметизации летательных аппаратов, то тканевые жидкости организма закипают, возникает выраженная подкожная эмфизема. При исследовании трупов лиц, погибших от высотной декомпрессии, обнаруживаются признаки, аналогичные тем, которые описаны в разделе о глубинной декомпрессии. Эффект комбинированного действия на человека зон повышенного и пониженного давления можно наблюдать при взрывах большой мощности. Такие воздействия обуславливают большое многообразие повреждений.

Вопрос 5. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ТОКСИКОЛОГИЯ

Под химической травмой понимают структурные и функциональные изменения организма, вызванные внешними химическими факторами.

Понятие "химическая травма" в определенном смысле совпадает с понятием "отравление". Яд — это вещество, поступающее в организм извне, обладающее свойством оказывать химическое и физико-химическое воздействие и способное при определенных условиях даже в малых дозах вызвать отравление. Яд — понятие относительное. Одно и то же вещество в зависимости от дозы может привести к смертельному отравлению или вызвать лечебный эффект.

Яды систематизируют:

- по их происхождению (минеральные, органические),
- способности вызывать острое или хроническое отравление,
- по избирательности действия (яды с преимущественным действием на сердечно-сосудистую, мочевыделительную, центральную или периферическую нервные системы и др.),
- способности оказывать преимущественно местное или общерезорбтивное действие на организм в зависимости от агрегатного состояния яда и т.д.

В судебной медицине принято рассматривать яды в зависимости от их способности оказывать то или иное местное повреждающее действие.

Классификации химической травмы:

- по химической сущности поражающего агента;
- по путям поступления в организм;
- по избирательности действия;
- по особенностям механизма биологического действия агента;
- по характеру местного поражающего действия;
- по соотношению последствий местного и общего действия;
- по темпу появления и развития клинических симптомов;
- по формам клинического течения;
- по другим классифицирующим основаниям.

К едким относятся яды, вызывающие резкие морфологические изменения в месте их контакта с организмом (химический ожог): концентрированные кислоты, щелочи, перекись водорода.

Действие деструктивных ядов связано с образованием дистрофических и некротических изменений органов и тканей, включая и место контакта яда с организмом. В эту группу входят соли тяжелых металлов (ртути, меди, цинка), фосфор, мышьяк, органические соединения ртути и др.

Третью группу составляют окись углерода и яды (бертолетова соль, анилин, нитрит

натрия).

Наиболее многообразна четвертая группа, в которую входят яды, оказывающие преимущественное действие на центральную и периферическую нервные системы:

- возбуждающие центральную нервную систему - собственно возбуждающие (атропин, фенамин, фенатин) и судорожные (стрихнин, эрготамин);
- угнетающие центральную нервную систему - наркотические (морфии, кодеин, хлороформ, этиленгликоль, этиловый, метиловый спирты и др.)
- снотворные (барбитураты);
- парализующие центральную нервную систему - цианистые и фосфорорганические соединения;
- действующие на периферическую нервную систему - естественные и синтетические миорелаксанты.

Приведенная группировка ядов весьма условна, так как в зависимости от разных доз, концентрации, путей поступления яда в организм и тому подобных условий одно и то же отравляющее вещество может и действовать по-разному, и вызывать разные морфофункциональные изменения.

Условия действия яда на организм. Характер морфологических и функциональных изменений при отравлениях зависит от совокупного влияния целого ряда условий. К ним относятся: свойства яда, состояние организма, пути введения, распределение, депонирование и пути выведения яда из организма, условия окружающей среды, комбинированное действие ядов.

К свойствам яда, способным влиять на характер отравления, относят его дозу, концентрацию, агрегатное состояние, растворимость и сохраняемость в окружающей среде. Доза - количество поступившего в организм яда. Смертельная доза может составлять сотые (стрихнин), десятые (морфин) доли грамма, несколько граммов (концентрированные минеральные кислоты), сотни граммов (этиленгликоль). Одно и то же химическое вещество (например, соляная кислота) в сильной концентрации может быть весьма агрессивным ядом, а при значительном разведении - лекарством, применяемым в педиатрической практике.

Яды могут быть введены в организм в твердом, жидком и газообразном состоянии. Наиболее агрессивны те, которые быстрее поступают в кровь, то есть жидкие и газообразные. Более опасны яды, способные быстро растворяться в жидкостях и тканях организма: малорастворимый ртути хлорид - каломель $HgCl_2$, относится к легким слабительным средствам, хорошо растворимый ртути хлорид - сулема $HgCl_2$ является одним из сильнейших ядов. Некоторые яды не обладают способностью длительно сохраняться во внешней среде. Так, калия цианид KCN , извлеченный из запаянной стеклянной капсулы, под действием углекислого газа, содержащегося в воздухе, превращается в поташ K_2CO_3 , способный при приеме внутрь вызывать лишь легкое послабляющее действие.

На течение и исход отравления влияет и состояние общей сопротивляемости организма. Замечено, что отравления протекают тяжелее у людей, ослабленных травмами, хроническими заболеваниями, у нетренированных и психически истощенных.

Значение путей введения яда в организм определяется тем, насколько быстро они обеспечивают поступление яда в кровь. Менее всего опасны кожные аппликации ядов, хотя некоторые из них (фенол, тетраэтилсвинец, некоторые жирорастворимые вещества) достаточно агрессивны при контакте с поверхностью кожи в зависимости от площади и времени контакта. Наиболее опасно аэрогенное, подкожное, внутримышечное поступления ядов, но встречаются и такие вещества, которые представляют опасность в основном при приеме внутрь и почти безвредны при подкожном введении (углекислый барий). Аэрогенный путь введения обычно приводит к отравлениям в производственных условиях при превышении предельно допустимых концентраций (ПДК) в воздухе рабочей

зоны. Например: ПДК для окиси углерода — 20 мг/м³; паров ртути и свинца — 0,01 мг/м³; бензола — 5 мг/м³, дихлорэтана — 10 мг/м³.

При прочих равных условиях наиболее опасно непосредственное введение яда в кровь. В период второй мировой войны фашисты осуществляли массовое умерщвление заключенных концлагерей путем введения в сердце нескольких миллилитров раствора фенола.

Слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта обладает хорошей всасывающей способностью, поэтому введение яда через рот или прямую кишку приводит к быстрому его поступлению в кровь и развитию острого отравления. Яд может быстро всасываться в кровь через слизистую оболочку влагалища при промывании его полости концентрированными растворами сильнодействующих и ядовитых медикаментов, например раствором сулемы. Особенности течения отравлений при введении ядов через прямую кишку и влагалище обуславливаются тем, что яды поступают в кровь, минуя печеночный барьер, и тем самым оказывают более выраженное токсическое действие, чем при поступлении тех же ядов и в тех же дозах через рот. В редких случаях признаки отравления могут развиваться при нанесении излишне концентрированных растворов сильнодействующих медикаментов на слизистую оболочку гортани и трахеи в целях предоперационной анестезии.

Распределение и депонирование яда в организме во многом зависят от химической структуры и агрегатного состояния яда, его способности растворяться в различных тканях и средах организма. Жирорастворимые яды (дихлорэтан, четыреххлористый углерод, бензол и др.) накапливаются в жировой ткани, печени, головном мозге. Водорастворимые яды, распространяясь во всем организме, концентрируются преимущественно в мышечной ткани, головном мозге, печени, почках. Наибольшие концентрации ядов в крови обычно бывают в период их всасывания, наименьшие — в стадии выведения. Некоторые яды могут депонироваться в костях и волосах (мышьяк, свинец, фосфор и др.).

Выделение ядов из организма происходит в большинстве случаев через почки и легкие. Через почки выводятся в основном растворимые в воде и нелетучие яды, через легкие — летучие и газообразные вещества, многие метаболиты. Менее активно выводятся яды через желудочно-кишечный тракт (алкалоиды, соли тяжелых металлов, метиловый спирт и др.). С желчью выводятся спирты, наркотики, эфирные масла; через слюнные и молочные железы — соли тяжелых металлов, морфин, этиловый алкоголь, пилокарпин и бертолетова соль; через потовые железы — фенол, галоиды.

Пути введения, характер распределения, депонирования и пути выведения ядов нередко определяют локализацию, характер и объем морфологических изменений при том или ином виде отравления. Знание этих особенностей отравления необходимо для целенаправленного поиска яда в организме.

Условия окружающей среды (температура, влажность, атмосферное давление) имеют наибольшее значение при профессиональных отравлениях в условиях специальных производств. В целом неблагоприятные внешние условия ослабляют общую сопротивляемость организма и тем самым усугубляют клиническое течение отравления. Классическим примером является усугубляющее действие низкой температуры окружающей среды на течение алкогольных отравлений. Отсутствие вентиляции является фактором, способствующим отравлению газами, находящимися в атмосфере шахт, подземных колодцев (метан, сероводород, углекислый газ).

При одновременном поступлении в организм нескольких ядов они могут оказать **комбинированное действие**, синергисты (алкоголь и барбитураты, новокаин и физостигмин, эфедрин и адреналин) утяжеляют течение отравления, антагонисты (пахикарпин и скополамин, алкоголь и кофеин, цианистый калий и глюкоза, цианиды и нитрит натрия, стрихнин и хлоралгидрат) взаимно ослабляют токсическое действие друг друга. Химический и физико-химический антагонизм ядов широко используется при

проведении антидотной терапии.

Свойства яда и условия, сопровождающие его действие, определяют последствия отравлений, которые могут выражаться легкой, средней, тяжелой степенями отравления, молниеносным, острым, подострым и хроническим клиническим течением, местными и общими проявлениями, первичным и метатоксическим действием, избирательностью действия на тонкие биохимические процессы в организме, преимущественным поражением определенных систем организма с соответствующими синдромальными проявлениями, различными путями и интенсивностью выведения яда, разнообразием непосредственных причин смерти (болевой и токсический шок, инфекционные осложнения, острая почечная и печеночная недостаточность, истощение). Сложный процесс взаимодействия яда и организма называется **токсикодинамикой**.

Судьба в организме различных ядов неодинакова. Одни не претерпевают существенных изменений, другие окисляются, восстанавливаются, нейтрализуются, адсорбируются. При этом образуются новые соединения как со сниженной, так и с повышенной токсичностью. Бензол, например, в организме вначале окисляется, а затем разрушается с образованием токсичных продуктов: оксигидрохинона, фенилмеркаптуровой и муконовой кислот. Гидролиз фосфорорганических веществ ведет к утрате их токсичности, окисление — к резкому усилению. Процессы биотрансформации ядов в основном протекают в печени, желудочно-кишечном тракте, легких, почках, жировой ткани.

Наибольшее значение имеет степень активности превращения ядов в печени. Задерживаясь в организме, яд может фиксироваться белками тканей и плазмы крови. В этих случаях образующийся комплекс яд-белок становится частично или полностью нетоксичным, в других белок выполняет функцию переносчика яда к поражаемым структурам. Образование нетоксических комплексов нередко сопровождается расходом веществ, важных для жизнедеятельности организма. Дефицит этих веществ в организме может привести к тяжелым, а иногда и необратимым изменениям углеводного и других видов обмена. Превращения яда в организме определяются понятием **токсикокинетики**

Вопрос 6. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПОВ ЛИЦ, ПОГИБШИХ ОТ ОТРАВЛЕНИЙ

Судебно-медицинское установление отравлений состоит из нескольких этапов, среди которых одним из важнейших является исследование трупа.

План судебно-медицинского исследования трупа лица, погибшего от отравления, зависит от тех сведений, которыми располагает эксперт.

Эксперт должен выяснить обстоятельства отравления (самоубийство, убийство, несчастный случай): место, где произошло отравление, состояние потерпевшего (трезв, пьян), наименование ядовитого вещества, возможный путь введения яда в организм; находился ли в лечебном учреждении. Если нет, то не оказывалась ли ему медицинская помощь, например, врачом «скорой помощи». Какие мероприятия были проведены: инъекции, промывание желудка.

Эксперту важно располагать сведениями о заболеваниях, особенно хронических, которыми страдал потерпевший (по амбулаторной карте). Другие данные – профессия, наличие доступа к некоторым ядовитым веществам, контакт с ними.

План судебно-медицинского исследования включает в себя:

1. Изучение всех материалов – карта стационарного больного, амбулаторная карта, документы скорой помощи, различные медицинские справки, рецепты, протокол осмотра трупа на месте обнаружения.

2. Выявление при наружном и внутреннем исследовании морфологических изменений с целью либо установления группы ядов, либо исключения тех или иных групп, установление возможной группы.

3. Взятие материала для судебно-химического и биохимического исследования.

4. Взятие материала для гистологического исследования

Должна быть тщательно осмотрена одежда и обувь, на которых может быть обнаружено ядовитое вещество в виде порошка или пропитывания. В карманах могут быть обнаружены лекарства, упаковки, рецепты.

К группе **едких ядов** относятся концентрированные неорганические и органические кислоты, щелочи, фенол, а также некоторые компоненты ракетных топлив.

Отравления кислотами — соляной (хлористоводородной), серной, азотной, уксусной. Местное действие концентрированных кислот состоит в том, что свободные водородные ионы отнимают у тканей воду, свертывают белок и приводят к образованию сухого коагуляционного некроза. Под воздействием H-ионов гемоглобин разрушается. Его производные (гематопорфирин, кислый гематин) обуславливают темно-коричневую или буровато-черную окраску некротизированных тканей. Азотная кислота вызывает сухой некроз с желтоватым оттенком. Общее действие концентрированных неорганических кислот ведет к резкому нарушению кислотно-основного состояния со сдвигом в кислую сторону (ацидоз).

Смертельные дозы: соляной кислоты — 5-20 мл, серной и азотной — 5-10 мл, уксусной — 12-15 г (30-40 мл уксусной эссенции).

Кислоты поступают в организм в большинстве случаев через рот. Однако встречается и аэрогенный путь. Отравление протекает остро. В начальном периоде смерть наступает от болевого шока, коллапса, спазма голосовой щели, острого отека гортани, кровотечения из сосудов пищевода и желудка. Если пострадавший не погибает в остром периоде, то в последующем летальный исход обусловлен инфекционными осложнениями (пневмонией, перитонитом), печеночно-почечной недостаточностью, общим истощением организма при развитии рубцового сужения пищевода.

При исследовании трупа находят химические ожоги кожи вокруг рта, имеющие вид вертикальных потеков, сухой некроз слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода и желудка, токсический гепатит, некротический нефроз. В некоторых случаях выявляются перфорация стенки пищевода или желудка, значительное количество крови в желудке и кишечнике. При вдыхании паров кислот обнаруживают острые воспалительные изменения слизистой оболочки дыхательных путей, явления двусторонней бронхопневмонии. При отравлениях уксусной кислотой вскрытые органы источают характерный для нее запах.

Отравления щелочами — едким натром, едким кали, едким аммонием (нашатырным спиртом). Местное действие концентрированных щелочей определяется действием на ткани гидроксильных ионов, которые вызывают набухание, затем разжижение и расплавление белков. Щелочи легко проникают в глубину тканей и образуют толстый слой влажного (коликвационного) некроза. Разрушая гемоглобин, щелочи образуют щелочной гематин, придающий некрозу буроватый цвет. Едкий аммоний, будучи слабой щелочью, вызывает поверхностный некроз с красноватым оттенком. Щелочи способны растворять кожу, ногти, волосы. Общее действие едких щелочей приводит к нарушению кислотно-основного состояния со сдвигом в щелочную сторону (алкалоз). Смертельная доза едких щелочей 10-15 г (25-50 мл аптечного нашатырного спирта).

Как правило, отравление щелочами происходит через рот, реже щелочи вводят во влагалище (криминальный аборт). Отравление начинается остро. В начальном периоде смерть может наступить от болевого шока, коллапса, спазма голосовой щели, острого внутреннего кровотечения. Позднее пострадавшие погибают от инфекционных осложнений, почечной недостаточности и истощения.

При исследовании трупа находят химические ожоги кожи вокруг рта, имеющие скользкую «смыленную» поверхность буроватого цвета, колликвационный некроз

слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода, желудка, начального отдела тонкой кишки или влагалища (при введении щелочи в его полость). Некроз обычно охватывает всю стенку желудка или кишечника. Иногда щелочь проникает в прилегающие к желудку или кишке паренхиматозные органы (поджелудочную железу, печень), вызывая локальные некрозы. При поступлении яда во влагалище его местное некротизирующее действие распространяется на клетчатку малого таза и промежности, матку, стенки мочевого пузыря. Пары щелочей могут вызывать набухание и гиперемии слизистой оболочки дыхательных путей. Отравление нашатырным спиртом сопровождается ощущением характерного для него запаха, при исследовании внутренних органов находят токсический гепатит, двустороннюю бронхопневмонию.

Отравление фенолом (карболовой кислотой, гидроксibenзолом). В отличие от кислот и щелочей фенол действует на организм целой молекулой. Местное действие фенола вначале выражается в поверхностных белесоватых химических ожогах, затем яд разъедает слизистую оболочку или кожу, и пораженная поверхность приобретает буроватый оттенок. При попадании на кожу лизола (40-60 %-й фенол в мыльном растворе) химические ожоги будут отличаться более выраженным буроватым оттенком и скользкой «омыленной» поверхностью. Помимо введения через рот яд способен поступать в организм и аэрогенно. Вместе с тем он хорошо всасывается через кожу. В зависимости от площади аппликации может быстро оказывать на организм общее действие массивными дозами. Смертельная доза в зависимости от путей поступления яда от 1-2 г. (аэрогенный, парентеральный пути) до 10-30 г (через кожу, при приеме внутрь).

Отравления фенолом характеризуются острым клиническим течением, быстро развиваются симптомы поражения центральной нервной системы, бессознательное состояние и кома. Пострадавшие гибнут в течение нескольких часов. Однако в зависимости от дозы яда смерть может наступить на 2-е сутки и позднее от острой почечной недостаточности и инфекционных осложнений. При исследовании трупа находят сухой, беловатый, иногда буроватый, твердый, разламывающийся струп слизистой оболочки желудка. Иногда струпу обнаруживают на вершинах складок слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и начального отдела тощей кишки. Желудок резко сокращен. На коже поверхностные сухие химические ожоги белесоватого или серовато-бурого цвета. В головном мозге множественные точечные кровоизлияния, в почках — явления токсического нефроза, в легких — бронхопневмония, в сосудах — темная, густая кровь. От внутренних органов идет резкий запах карболовой кислоты.

Местное действие концентрированной перекиси водорода проявляется в образовании сухого белого струпа на коже и слизистых оболочках. Вдыхание паров приводит к поражению дыхательных путей и отеку легких. При приеме внутрь наступает немедленная потеря сознания, развивается отек надгортанника, легких и головного мозга. Из-за быстрой нейтрализации перекиси водорода наиболее глубокие поражения наблюдаются в пищеводе. Образование большого количества газовых пузырьков ведет к острой эмфиземе, иногда заканчивающейся разрывом стенки пищевода или желудка. Попадание атомарного кислорода в кровеносное русло вызывает газовую эмболию. Влияние перекиси водорода на организм в целом связано с ее резко выраженным метгемоглобинообразующим действием.

Фтор и его соединения, гидразин и бороводороды поступают в организм через дыхательные пути, кожу и слизистые оболочки. При контакте с кожей пары фтора воспламеняются, что приводит к ее термическому поражению, местное действие других ядов ограничивается образованием химических ожогов кожи и слизистых оболочек. Вдыхание паров фтора, гидразина и бороводородов ведет к быстрому развитию бронхопневмонии с выраженными отеками, кровоизлияниями и некрозами. Их общетоксическое действие выражается в угнетении функции центральной нервной системы, подавлении активности ферментов, расстройствах общего и сердечного кровообразования.

При отравлениях едкими ядами для судебно-химического исследования берут паренхиматозные органы, мочу, участки с химическими ожогами, при быстро наступившей смерти — дополнительно кровь.

Отравления деструктивными ядами. Среди деструктивных ядов чаще других являются причиной отравления сулема и мышьяковистые соединения.

Отравление сулемой. Отравление обычно происходит при приеме внутрь. Яд хорошо и быстро всасывается через слизистые оболочки пищеварительного тракта. Механизм его токсического действия сводится к подавлению биологической активности всех тканей и нарушению процессов внутриклеточного обмена. Местное действие сулемы выражается в раздражении слизистых оболочек и образовании поверхностного некроза.

При больших дозах смерть наступает в первые часы от паралича сосудодвигательного центра головного мозга. Обычно же отравление заканчивается летальным исходом в течение одной недели. В этих случаях для клинической картины характерны язвенный стоматит, дифтеритический колит и некротический нефроз, что связано с путями выделения яда: через слюнные железы, кишечник и почки. Пораженные погибают от острой почечной недостаточности, реже — от других причин (пневмонии, сердечной недостаточности). Смертельная доза яда 0,1—0,3 г.

При исследовании трупа выявляют покраснение и отек слизистой оболочки желудка, покрытой серовато-белым налетом, а в поздних стадиях — геморрагическим струпом. Слизистая оболочка желудка может напоминать шагреновую кожу. При заглатывании таблеток сулемы возможна перфорация желудка. По краю десен видны явления язвенного стоматита с темно-серой «ртутной» каймой. В толстой кишке резко выраженные признаки дифтеритического колита: отек и гиперемия, пластообразные отторжения слизистой оболочки, покрытой рыхлым грязновато-серым налетом, обширные язвенные поверхности с грязно-серым дном. Некротический нефроз («сулемовая почка»): большая светлая почка с напряженной капсулой, серовато-желтым утолщенным корковым слоем, полнокровным мозговым слоем, некрозом извитых канальцев и множественными кровоизлияниями. Множественные мелкие кровоизлияния под серозные оболочки. В головном мозге глубокая дистрофия нервных клеток, преимущественно центральных и лобных извилин, зрительного бугра, подкорковых ганглиев, мозжечка. Судебно-химическому анализу подвергают промывные воды, рвотные массы, почку, желудок с содержимым, часть тонкой и толстой кишок, часть печени и головного мозга, селезенку и мочу.

Отравление мышьяковистыми соединениями (ангидридом мышьяковистой кислоты). Отравление происходит остро при аэрогенном поступлении или при заглатывании больших количеств яда. Встречаются в судебно-медицинской практике и хронические отравления при длительном приеме внутрь небольших количеств мышьяковистых соединений.

Яд легко проникает через слизистую оболочку дыхательных путей и пищеварительного тракта. Он образует с ферментами клеток прочные и высокотоксичные циклические соединения типа арсенидов. Ферменты инактивируются, обменные процессы затормаживаются, развивается деструкция внутренних органов. Соединения мышьяка обладают капилляротоксическим действием, приводящим к парезу, затем параличу капилляров и развитию коллапса. Поражение капилляров кишечника и других внутренних органов ведет к выпотеванию большого количества жидкости в кишечник и появлению частого жидкого белого хлопьевидного стула с примесью слизи и крови. Снижается артериальное давление, происходит сгущение крови, потеря воды и электролитов. Мышьяковистый водород способен проникать в эритроциты, вызывая их разрушение. Попадающее при этом в кровь большое количество калия может привести к смерти от первичной остановки сердца.

Для острых отравлений характерны желудочно-кишечная форма (рвота, сильные боли в животе, холероподобный понос, обезвоживание организма, судороги икроножных

мышц, острая печеночная недостаточность, кровь в моче, прекращение мочеотделения и смерть от острой почечной недостаточности) и нервнопаралитическая (остро развивающаяся слабость, адинамия, чувство страха, глухота, нарушения походки и параличи, потеря сознания, коллапс, кома и смерть от первичной остановки дыхания). При хронических отравлениях клиническая картина нехарактерна: могут наблюдаться симптомы желудочно-кишечных расстройств, поражение слизистых оболочек и кожи, отдельные признаки расстройства функции центральной и периферической нервных систем.

Морфологические изменения при быстрой смерти от отравления мышьяковистым ангидридом: резкое полнокровие и отек головного мозга, полнокровие других внутренних органов, множественные точечные кровоизлияния в слизистые оболочки, под внутреннюю оболочку сердца и в ткань паренхиматозных органов; серозно-некротическое воспаление слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта с мелкоочаговыми кровоизлияниями в слизистую оболочку.

При более поздней смерти число и объем кровоизлияний возрастают, слизистая оболочка изъязвляется, на дне язв находят кристаллы мышьяка в форме октаэдров. В кишечнике жидкое содержимое с белесыми хлопьями. Селезенка увеличена. Явления желтухи. В паренхиматозных органах жировая и белковая дистрофия. Кровь в сосудах темная, густая. В этот период возможны вялотекущие инфекционные осложнения. Морфологическая картина при хроническом отравлении ограничивается дистрофическими изменениями паренхиматозных органов. В начальном периоде отравления судебно-химическим исследованием находят мышьяк в стенках и содержимом желудка и кишечника, в крови, моче, печени, почках, волосах и ногтях. При хроническом отравлении объектами судебно-химического анализа становятся волосы и ногти. Мышьяк может поступать в захороненное тело из почвы. По этой причине при эксгумации берут контрольные пробы грунта над и под гробом.

Отравление ядами, изменяющими гемоглобин крови. Основное место среди ядов, изменяющих гемоглобин крови и приводящих к смертельным отравлениям, занимает окись углерода. Гораздо реже встречаются отравления метгемоглобинообразующими ядами.

Отравления окисью углерода. Отравление происходит аэрогенным путем. Попадая через легкие в кровь, окись углерода быстро образует с гемоглобином стойкое соединение — карбоксигемоглобин. В результате гемоглобин утрачивает способность воспринимать кислород, что приводит к кислородному голоданию тканей, прежде всего головного мозга, и смерти от паралича жизненно важных центров.

Смертельной считается концентрация окиси углерода в воздухе 0,6-0,8 %. Даже кратковременное пребывание в такой атмосфере связывает 60-80 % гемоглобина. После нескольких вдохов человек теряет сознание, развиваются судороги, прекращается дыхание. При меньших концентрациях пострадавшие могут находиться без сознания длительное время и погибают от прогрессирующего угнетения функции центральной нервной системы и истощения.

В случаях быстрой смерти при исследовании трупа бросаются в глаза ярко-красные трупные пятна, алая окраска крови и внутренних органов, множественные мелкие кровоизлияния в белом веществе и под оболочками головного мозга, в ткани головного мозга находят мелкие очаги белого размягчения. Судебно-химическому анализу подвергаются кровь, костный мозг, мышечная ткань.

Отравление метгемоглобинообразующими ядами. Свойством образовывать метгемоглобин обладают многие вещества. У большинства из них образование метгемоглобина является второстепенным повреждающим действием. У других это свойство является основным. К ним относятся: бертолетова соль, анилин, нитробензол, нитрит натрия и др. Яды оказывают токсическое действие при приеме внутрь или при вдыхании их пыли, механизм действия на организм этих ядов до конца не изучен. Однако

последствия их влияния установлены вполне определенно: образование метгемоглобина, разрушение эритроцитов, нарушение переноса кислорода и кислородное голодание тканей. Смерть наступает при явлениях угнетения функции центральной нервной системы в течение первых 6-24 ч. Смертельная доза бертолетовой соли и анилина 10—20 г, нитробензола 1-2 г, нитрита натрия 15-20 г.

При исследовании трупа обращают на себя внимание: сероватый оттенок трупных пятен, коричневатая окраска загустевшей крови и внутренних органов, скопления метгемоглобина в просвете извитых почечных канальцев, отек ткани и оболочек головного мозга. Для судебно-химического исследования берут кровь, мочу, желудок с содержимым, печень с желчным пузырем.

Отравление ядами, не вызывающими заметных морфологических изменений в месте их контакта с организмом. Многие яды отличаются тем, что не вызывают существенных морфологических изменений в месте контакта с организмом. Их токсическое действие проявляется преимущественно в выраженных расстройствах функции центральной или периферической нервной системы.

Яды целесообразно рассматривать в такой последовательности:

- яды, парализующие функцию центральной нервной системы;
- яды, угнетающие функцию центральной нервной системы;
- яды возбуждающего и судорожного действия;
- яды, поражающие преимущественно функцию периферической нервной системы.

Эта рубрикация условна потому, что одни яды действуют непосредственно на центральную нервную систему (ЦНС), другие — опосредованно, вызывая глубокие первичные изменения внутриклеточного обмена (НСН), в том числе и нервных клеток. Действие многих ядов, входящих в перечисленные группы, не ограничивается ЦНС, например фосфорорганические соединения (ФОС) обладают выраженным кардиогенным действием. Это подразделение условно и потому, что одни и те же яды в зависимости от дозы могут оказывать разное действие на ЦНС. Более того, один и тот же химический агент на начальных стадиях оказывает возбуждающее действие, а затем приводит к угнетению функции центральной нервной системы (например, этиловый алкоголь). Каждая из этих групп достаточно многочисленна, поэтому будут рассмотрены отравления лишь основными представителями каждой группы.

Отравление калия цианидом. Яд поступает через рот и быстро всасывается в кровь через слизистую оболочку полости рта, пищевода и желудка. Проникая в ткани, активные CN-группы стабилизируют дыхательный фермент клеток, что нарушает способность клеток воспринимать кислород. В первую очередь страдают нервные клетки головного мозга, что, в частности, приводит к параличу дыхательного и сосудодвигательного центров. Смертельная доза синильной кислоты 0,05 г., калия цианида 0,1-0,2 г.

После приема яда в течение первой минуты наступают потеря сознания, судороги и смерть. При исследовании трупа отмечают красноватый оттенок трупных пятен, полнокровие внутренних органов, иногда гиперемия слизистой оболочки желудка. Из полостей, от легких и головного мозга исходит запах горького миндаля. Для судебно-химического исследования берут желудок с содержимым, кровь, головной мозг, печень, почку и мочу.

Отравление фосфорорганическими соединениями. Это в большинстве своем инсектициды: хлорофос, трихлорметафос, бутифос, фосфамид, интратион (препарат М-84), метафос и многие другие. Независимо от путей поступления в организм (через рот, на кожу, при вдыхании) ФОС оказывают сильное токсическое действие. Они блокируют холинэстеразу клеток, что приводит к прекращению гидролиза ацетилхолина, его избыточному накоплению и резкому возбуждению холинергической системы. Действуя преимущественно на центральную и вегетативную нервную системы, ФОС вызывают:

резкое слезотделение и бронхоспазм, поражение функции зрения, падение артериального давления, урежение сердцебиения, обильное выделение слюны, рвоту, понос и спастическую перистальтику, быстро генерализирующиеся судороги с потерей сознания. Смертельные дозы различных ФОС колеблются в широких пределах: от 4-13 (тиофос) до 630-660 мг/кг (хлорофос). При исследовании трупа отмечают суженные зрачки, участки спастически сокращенных кишок, повышенное содержание слизи в дыхательных путях, иногда на ранних стадиях отравления — пневмонию, а позднее — дистрофические изменения внутренних органов.

ФОС обладают выраженным кардиогенным действием, которое сводится к дистрофическим, некробиотическим и некротическим изменениям клеток мышцы сердца и нервной системы сердца, резкому снижению или исчезновению из них гликогена, резкому угнетению ферментной активности. Судебно-химическим исследованием при смерти в первые два-три дня ФОС могут быть обнаружены во внутренних органах. При биохимическом исследовании крови и мозговой ткани выявляют угнетение активности холинэстеразы.

Способностью угнетать функцию центральной нервной системы обладают снотворные, алкалоиды опия (морфин, кодеин, наркотин, никотин, папаверин), этанол и другие спирты, некоторые технические жидкости (этиленгликоль, дихлорэтан, тетраэтилсвинец).

Отравление снотворными (барбитуратами, производными пиридина). В подавляющем большинстве случаев яд поступает в организм через рот и быстро всасывается через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта в кровь. Механизм действия выражается в угнетении функции центральной нервной системы с преимущественным торможением функции головного мозга с последующим угнетением дыхательного центра. Следствием токсического действия барбитуратов может быть повышение проницаемости сосудистых стенок. Смертельная доза различных барбитуратов колеблется от 1 г (этаминал-натрий) до 2-20 г (фенобарбитал), а производных пиридина (ноксирон) — до 10-20 г. Клиническая картина характеризуется глубоким сном, переходящим в коматозное состояние, нарушением кровообращения, трофическими расстройствами, угнетением всех видов рефлекторной активности.

При исследовании трупа не находят каких-либо специфических изменений. Лишь иногда в желудке выявляют остатки порошков или таблеток. При судебно-химическом исследовании яд обнаруживают в моче, крови, в стенке и содержимом желудка и кишечника, головном мозге, почках, печени и желчи.

Отравление морфином. Отравление происходит при подкожном или внутривенном введении или приеме внутрь. Яд быстро попадает в кровь. Токсическое действие приводит к угнетению, а затем параличу дыхательного центра. Смертельная доза при подкожном введении 0,1-0,2 г, при приеме внутрь 0,3-1,0 г. При хроническом применении развивается привыкание к морфину. Суточная доза у морфинистов может достигать 5-10 г. Клиническая картина отравления характеризуется возбуждением и эйфорией, сменяющимися сонливостью, состоянием оглушенности, тошнотой, рвотой, синюшностью губ, поверхностным дыханием, резким сужением зрачков. В дальнейшем резко падает активность рефлекторной деятельности, развивается тяжелое коматозное состояние и наступает смерть от первичного прекращения дыхания. При исследовании трупа обращают внимание на следы уколов иглой на конечностях, рубцовые изменения после флегмон и абсцессов, возникающих в местах нестерильных инъекций. В остальном морфологическая картина нехарактерна. При судебно-химическом исследовании морфин может быть найден в стенке и содержимом желудка и кишечника, печени, почках, селезенке, головном и спинном мозге, крови и моче.

Отравление этиловым спиртом — наиболее частый вид смертельных отравлений. Этанол относится к наркотическим ядам жирного ряда. Обычно отравление происходит при приеме внутрь. Алкоголь быстро поступает в кровь. Токсическое действие

направлено преимущественно на угнетение дыхательного центра и последующий паралич его деятельности. Действие этилового алкоголя на сердечную деятельность имеет существенное значение лишь у людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этих случаях смерть может наступить от первичной остановки сердца. Смертельная доза 96 %-ного этанола составляет в среднем 250-300 мл.

Клинические проявления смертельного отравления начинаются с возбуждения, обусловленного угнетением тормозных процессов коры больших полушарий головного мозга. Параллельно развиваются расстройства вестибулярного аппарата, отмечается головокружение, нарушаются координация движений, сенсорные восприятия, снижаются скорость и точность рефлекторных реакций. Постепенно происходит угнетение умственной и физической работоспособности. Границы сознания постепенно суживаются, и наступает его утрата.

При исследовании трупа не находят специфических изменений. Наибольшее значение для доказательства смерти от острого отравления этиловым спиртом имеет обнаружение его высоких концентраций (3‰ и более) в крови. Для установления времени и количества принятого алкоголя, характера его распределения в организме судебно-химическому исследованию подвергают мочу, кровь, ликвор, содержимое желудка. Процессы брожения могут привести к посмертному образованию алкоголя или увеличению его содержания в тканях трупа, поэтому оценка результатов судебно-химического анализа, особенно при далеко зашедших гнилостных явлениях, должна быть осторожной.

Отравление метиловым спиртом. Отравление происходит при приеме внутрь. Легко всасываясь в кровь, яд вначале оказывает слабое наркотическое действие, действуя целой молекулой, а затем высокотоксичными продуктами окисления - формальдегидом и муравьиной кислотой. Специфичным являются поражения зрительного нерва, сетчатки и дыхательного центра. Смертельная доза 30-100 мл.

В клинической картине различают три стадии, которые развиваются после скрытого периода: наркотическую, выраженную в признаках опьянения; стадию токсического поражения почек и сердца; стадию поражения центральной нервной системы, проявляющуюся потерей зрения. Встречаются генерализованные формы: после короткого скрытого периода резкое возбуждение и двигательное беспокойство, постепенный переход в кому и гибель от паралича дыхания.

Морфологическая картина малохарактерная. Обращают на себя внимание сладковато-приторный запах от головного мозга и из вскрытых полостей, красновато-серые трупные пятна, при смерти в позднем периоде — симметричные очаги белого размягчения головного мозга и, в частности, мозжечка. На судебно-химическое исследование направляют кровь, мочу, почку, головной мозг, содержимое желудка, рвотные массы, промывные воды.

Отравление этиленгликолем (входит в состав антифризов, гидротормозных жидкостей «ГТЖ-22», «Нева», антиобледенителя «Арктика»). Поражение организма происходит при приеме внутрь. Яд легко всасывается в кровь. Действие состоит из токсического влияния целой молекулы (наркотическое и нейроваскулярное действия, сосудистые нарушения, резкие изменения обменных процессов, ацидоз, токсическая тканевая аноксия, прежде всего головного мозга) и конечного продукта окисления этиленгликоля — щавелевой кислоты, которая, взаимодействуя с ионами калия, образует оксалаты (нефротоксическое и гепатотоксическое действие). Смерть, как правило, наступает от мозговой комы и печеночно-почечной недостаточности. Смертельная доза 1 ОС-200 мл.

Клиническую картину составляют три периода: скрытый, мозговых явлений, поражения почек и печени. Пострадавшие могут погибнуть во втором и третьем периодах. Морфологические изменения выражаются в поражении внутренней оболочки кровеносных сосудов, повышении проницаемости сосудистых стенок, рассеянных мелких

кровоизлияниях и характерных изменениях почек и печени. Почки несколько увеличены, их капсула напряжена, под капсулой отдельные крупные и мелкоочаговые кровоизлияния, рисунок коркового слоя стерт, граница между слоями подчеркнута множественными точечными кровоизлияниями, микроскопически в них выявляют некроз эпителия почечных канальцев и кристаллы в их просвете. Печень умеренно увеличена, на разрезах пестрая за счет светло-серого цвета центра долек и красно-коричневой периферии (полнокровие и кровоизлияния). Судебно-химическим исследованием обнаруживают яд в печени, почках, головном мозге, моче и желудке.

Отравление дихлорэтаном. Опасным является как поступление яда внутрь, так и вдыхание его паров. Механизм токсического действия дихлорэтана изучен неплохо. Как органическое соединение жирного ряда он оказывает наркотическое влияние. Вместе с тем он нарушает метаболизм клеток печени, приводит к жировой и белковой дистрофии этого органа. Смертельная доза 25-50 мл. Известны случаи смерти после приема внутрь 10 мл дихлорэтана. Клиническая картина характеризуется скрытым началом отравления, после чего развиваются токсическая энцефалопатия, острый гастроэнтерит с рвотой желчью и жидким хлопьевидным стулом, острая сердечно-сосудистая недостаточность с падением артериального давления, острый токсический гепатит. При аэрогенном поступлении яда рано развиваются признаки трахеобронхита и бронхопневмонии. Смерть наступает от мозговой комы или острой печеночно-почечной недостаточности.

При исследовании трупа ощущается характерный запах прелых сушеных грибов, отмечаются множественные кровоизлияния во внутренних органах, деструктивные изменения нервных клеток головного мозга, кровоизлияния и поверхностный некроз слизистой оболочки желудка и кишечника, содержимое кишечника имеет вид рисового отвара, наблюдаются явления токсического миокардита, некроз печеночных долек с кровоизлияниями в ткань печени, дистрофические и некротические изменения извитых канальцев.

Судебно-химическому исследованию подвергаются сальник, головной мозг, печень и почки, а при смерти в остром периоде — кровь, промывные воды, рвотные массы, содержимое желудка.

Отравление тетраэтилсвинцом (в качестве антидетонатора входит в состав этилированного бензина). Агрессивен при введении внутрь, аэрогенно и наочно. Всасывается легко и быстро поступает в кровь, где может циркулировать до 72 ч. Являясь жирорастворимым ядом, тетраэтилсвинец попадает в центральную нервную систему и оказывает поражающее действие как целой молекулой, так и токсическими продуктами распада (три-этилсвинец). Смертельная доза 10-15 мл этилированного бензина.

Клиническая картина характеризуется острым психозом с галлюцинациями, нарушением координации движений. Затем развивается запредельное торможение, артериальное давление падает, снижается температура тела и наступает коматозное состояние.

Характерные морфологические изменения сводятся к дегенерации нервных клеток коры больших полушарий, сосудистым расстройствам внутренних органов. Для судебно-химического исследования берут желудок и кишечник с содержимым, большие полушария и стволовой отдел мозга, печень, почку, сердце, легкие и надпочечники.

Отравление атропином. В судебно-медицинской практике отравления атропином чаще возникают при приеме внутрь растений семейства пасленовых (красавки, белены, дурмана), содержащих алкалоид атропин, реже — при подкожном или внутривенном введении медицинского препарата. Смертельная доза 0,1 г.

Отравление развивается через 10-20 мин после введения атропина. Появляются сухость во рту, носоглотке, жажда, расстройства глотания и речи. Возможна рвота. Зрачки расширяются, отмечаются двоение в глазах и светобоязнь. Кожа краснеет. Развиваются сильное психическое возбуждение, агрессивное поведение, бред, галлюцинации. Артериальное давление снижается, пульс учащается. Смерть наступает от паралича

дыхательного центра.

При исследовании трупа выделяют: одутловатость лица, пену вокруг отверстий рта и носа, отек и набухание головного мозга, отек легких, дистрофические изменения печени, почек и миокарда, в желудке иногда находят остатки растений. Атропин в организме обнаруживают судебно-химическим анализом внутренних органов, мочи и крови, ботаническим исследованием остатков растений, найденных в желудке, фармакологической пробой (сухой остаток вещества, изолированного из внутренних органов при судебно-химическом анализе, разводят в нескольких каплях воды и вводят в глаз лабораторному животному: положительный результат — расширение зрачка).

Отравление стрихнином. Чаще наблюдаются смертельные отравления при приеме внутрь ядовитых растений (чилибухи, рвотного корня и др.), содержащих алкалоид стрихнин, реже — при парентеральной передозировке препарата. Стрихнин — судорожный яд, его токсическое действие сводится к резкому повышению рефлекторной возбудимости спинного мозга. Смертельная доза в зависимости от путей введения от 0,05 до 0,3 г.

Клиника отравления отличается волнообразно возникающими приступами судорог и остановкой дыхания вследствие судорожного сокращения мышц грудной клетки и живота. Приступы провоцируются малейшим внешним раздражением (свет, звук, прикосновение). Смерть может наступить от асфиксии в результате прекращения дыхания на высоте приступа, от истощения нервной системы многократно повторяющимися изнуряющими приступами, а также от паралича дыхательного центра при действии очень больших доз стрихнина. При исследовании трупа обращает на себя внимание лишь резко выраженное трупное окоченение, в остальном морфологическая картина не имеет особенностей. Яд долго (месяцы) сохраняется в организме и выявляется при судебно-химическом исследовании мочи, содержимого желудка, тонкой и толстой кишок, крови, почек, печени, желчи и селезенки.

В группу ядов, оказывающих преимущественное действие на **периферическую нервную систему**, входят кураре и курареподобные вещества. Смерть наступает только при подкожном, внутримышечном или внутривенном введении препарата от паралича дыхательной мускулатуры при передозировке, нарушении методики его применения во время наркоза или вследствие повышенной индивидуальной чувствительности. Действие миорелаксантов обычно выражается в опущении век, подергивании глазных яблок, нистагме, двоении в глазах, параличе мускулатуры конечностей и диафрагмы. Дыхание поверхностное, вначале учащенное, затем с паузами, отмечается урежение пульса с резким прекращением дыхания при полном сохранении сознания и чувствительности.

При исследовании трупа находят застойное полнокровие внутренних органов, отек и полнокровие легких, множественные кровоизлияния под серозные и слизистые оболочки, в окружающую надпочечники клетчатку. Судебно-химическому анализу подвергают кровь, мочу, почку и печень.

Судебно-медицинская диагностика отравлений. Источниками сведений, используемых при судебно-медицинской диагностике отравлений, являются: материалы расследования, медицинские документы пострадавшего, данные судебно-медицинского исследования трупа, результаты судебно-химического анализа и других дополнительных исследований.

Среди материалов расследования ведущую роль играют данные **осмотра места происшествия**, содержание допросов свидетелей и справочные материалы о пострадавшем. На месте происшествия основное внимание обращается на отыскание остатков яда. Их можно обнаружить на одежде и в ее карманах, на теле (если труп находится на месте происшествия), в виде порошкообразных налетов вокруг отверстия рта, остатков яда в полости рта, в пищевых продуктах, посуде (даже пустой), медицинских пузырьках, ампулах и их осколках, упаковках медикаментов, шприцах, спринцовках и других предметах, в рвотных массах и иных выделениях, на стенках унитазов, ванн,

раковин и др. Объекты, в которых подозревается присутствие яда, изымают с места происшествия и направляют в судебно-медицинское учреждение для судебно-химического анализа. На месте происшествия могут обнаруживаться химические и медицинские справочники и руководства с пометками, произведения художественной литературы с описаниями отравлений, предсмертные записки и др.

Допросы свидетелей целесообразно проводить с участием врача. Необходимо выяснить условия и ориентировочное время приема яда, поведение пострадавшего, внешние проявления отравления, картину умирания, характер первой медицинской помощи (например, оказанной врачами "скорой помощи"). Родственники умершего могут рассказать, какими он страдал заболеваниями, как к ним относился, какие принимал медикаменты.

Официальные справочные материалы (трудовая книжка, характеристика условий производства) могут содержать сведения о характере и условиях трудовой деятельности погибшего.

Данные осмотра места происшествия, сведения из протоколов допросов, а также справочные сведения о занятиях умершего дают основание для предположения о возможном отравлении, факт которого должен быть доказан результатами объективных исследований.

Изучая историю болезни, обращают внимание на первичные проявления отравления, возможные пути поступления яда в организм, ведущий синдром в клинической картине и время его появления, характер и динамику поражения различных органов и систем, картину и механизм умирания, данные клинических анализов и результаты химико-токсикологических исследований крови, мочи, рвотных масс, промывных вод. Если эти объекты и их остатки находятся в клинике, их изымают и подвергают судебно-химическому исследованию. Перед наружным и внутренним исследованиями трупа в морге стоят взаимно дополняющие задачи.

При **наружном исследовании** стремятся установить признаки, указывающие:

— на **пути поступления** яда в организм (химические ожоги на губах, коже, вокруг рта, на слизистой оболочке полости рта, коже промежности и на слизистой преддверия влагалища, точечные раны от уколов иглой шприца);

— на **химическую** сущность яда (цвет трупных пятен, характер химических ожогов, размеры зрачков, цвет склер);

— на **темпы наступления смерти** (интенсивность трупных пятен, наличие трупных экхимозов, субконъюнктивальных кровоизлияний). Целью внутреннего исследования трупа является установление:

— **путей введения** яда (ожоги слизистой оболочки пищевода, желудка, влагалища и других органов, наличие в желудке остатков яда);

— **органов и тканей**, пораженных в наибольшей степени;

— **характера** контактных (химические ожоги) и дистрофических изменений внутренних органов;

— наличия и характера развившихся **осложнений**;

— **признаков**, характерных для действия отдельных ядов (цвет крови и внутренних органов, характер химических ожогов слизистых оболочек, локализация и характер воспалительных изменений желудочно-кишечного тракта, специфический запах из вскрытых полостей и от вскрытых внутренних органов);

— непосредственной **причины** и темпа наступления смерти;

— **забор материалов** для дополнительных лабораторных исследований.

Микроскопическое исследование органов и тканей имеет значение для уточнения характера первичных токсических поражений внутренних органов и осложнений отравления, для выявления скрытой патологии и определения ее влияния на течение и исход отравления.

Важнейшим среди дополнительных методов является судебно-химическое

исследование внутренних органов, тканей и жидких сред организма. Его цель — выявить яд, определить его количественное содержание и распределение в организме. Имея важное значение, результаты судебно-химического исследования не абсолютны.

Отрицательный результат судебно-химического исследования не всегда исключает отравление. При заведомом отравлении он может быть обусловлен следующими причинами: прижизненными превращениями яда в организме (разрушением, окислением, восстановлением, нейтрализацией, образованием комплексов с белками и др.), выделением яда из организма (естественными путями, со рвотой, промыванием желудка и др.), применением антидотной терапии, разрушением или изменением яда при бальзамировании трупа, неправильным забором биологического материала для судебно-химического анализа (неправильным выбором органов для анализа, недостаточным количеством биологического материала, применением консервантов, изменяющих химическую структуру яда), неправильным хранением изъятого биологического материала (разрушающее действие повышенной температуры, гнилостные процессы), неправильным выбором методики химического анализа, малой чувствительностью примененной методики химического исследования, техническими ошибками.

Положительный результат судебно-химического исследования не всегда свидетельствует об отравлении. Причинами положительного результата такого анализа (при отсутствии отравления) могут быть: эндогенное образование яда при различных заболеваниях (например, образование ацетона при диабете), длительный прием медикаментов, длительный профессиональный контакт с ядом, посмертное образование некоторых ядов при гниении трупа, посмертное проникновение яда в ткани трупа из почвы или одежды, умышленное посмертное введение яда; случайное попадание яда при неправильной санитарной обработке трупа, ошибки в организации и технике судебно-химического исследования.

Изложенные причины убедительно показывают, что судебно-медицинское доказательство отравления должно быть результатом оценки всех собранных данных: материалов расследования, данных истории болезни, результатов секционного, гистологического и судебно-химического исследования. Иногда возникает необходимость доказать возможность возникновения отравления в конкретных условиях. В таких случаях проводится следственный эксперимент, целью которого является воспроизведение обстановки происшествия. К участию в эксперименте обычно привлекаются судебные медики, токсикологи, гигиенисты и другие специалисты. В ходе эксперимента могут выполняться специальные исследования, проводится забор проб воды, воздуха и др.

Вопросы, решаемые при судебно-медицинской экспертизе

1. Свойства поражающего фактора:

1.1 агрегатное состояние (жидкое, твердое, порошкообразное, газообразное, парообразное);

1.2 растворимость в воде, спиртах, жирах;

1.3 количество (доза); 1.4 концентрация;

1.5 способность к разложению при хранении.

2. Механизм действия яда:

2.1 пути поступления яда:

2.1.1 через желудочно-кишечный тракт,

2.1.2 через слизистые оболочки полости рта, носа, прямой кишки, влагалища, конъюнктиву глаз,

2.1.3 через легкие,

2.1.4 через неповрежденную кожу, 2.1.5 подкожно,

2.1.6 внутримышечно, 2.1.7 внутривенно;

2.2 превращение яда в организме, возможность образования других ядовитых продуктов;

2.3 пути выведения яда: 2.3.1 через почки;

- 2.3.2 через слизистые оболочки;
- 2.3.3 через легкие;
- 2.3.4 с желчью; 2.3.5 через кишечник;
- 2.4 введение лекарственных веществ, растворов;
- 2.5 применение аппаратных методов лечения (гемодиализ, гемосорбция);
- 2.6 наполнение желудка пищей и ее характер;
- 2.7 одновременный прием других веществ, усиливающих или ослабляющих действие яда;
- 2.8 повышенная или пониженная чувствительность к яду, привыкание;
- 2.9 возможность отравления конкретным ядом.

Исследование трупа наркокурьера – смертельное отравление героином

Макроскопически:

- отек мягких мозговых оболочек и вещества головного мозга, переполнение кровью и расширение сосудов мягких мозговых оболочек;
 - легкие тестоватой консистенции, на разрезе ткань темно-красная, при надавливании отделяется большое количество кровянистой пенистой жидкости;
 - в полостях сердца темно жидкая кровь с рыхлыми темно-красными и серо-желтыми студневидными свертками;
 - печень, почки были полнокровные.

Микроскопически:

- полнокровие сосудов головного мозга; периваскулярный и перипеллюлярный отек, выраженные дистрофические изменения нейроцитов, микрогеморрагии, эритростазы, лейкостазы, плазматизация сосудистых стенок;
 - в сердце неравномерное кровенаполнение сосудов, множественные интрамуральные кровоизлияния, эритростазы, лейкостазы;
 - в легких полнокровие сосудов, множественные экстра- и интраальвеолярные кровоизлияния, очаговый отек, мелкоочаговая острая альвеолярная эмфизема;
 - в печени выраженная зернистая, гидропическая и диффузная крупнокапельная жировая дистрофия, местами вплоть до некробиоза и некроза отдельных гепатоцитов, выраженное полнокровие сосудов, множественные очаговые кровоизлияния;
 - в почках множественные очаговые кровоизлияния, неравномерное кровенаполнение сосудов, выраженная зернистая и очаговая гидропическая дистрофия эпителия канальцев, местами вплоть до некробиоза и некроза групп клеток и отдельных канальцев, в просвете канальцев белковые массы и гиалиновые цилиндры.

Во внутренних органах трупа (головном мозге, желудке, печени, почках, кишечнике) обнаружен героин. При биохимическом исследовании кусочков печени и скелетной мышцы отмечено отсутствие гликогена. В крови и моче трупа обнаружен алкоголь в концентрации 1,1 и 0,58 ‰ соответственно.

На основании приведенных данных было заключено, что смерть неизвестного мужчины наступила от отравления (вероятно, случайного) героином при его транспортировке в желудочно-кишечном тракте. При этом под воздействием желудочного сока и этилового спирта произошло растворение резиновой упаковки, что и привело к смертельному отравлению.

Тема № 5

«Судебно-медицинская экспертиза живых лиц»

Цель лекции: изложить процессуальный порядок назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы, осмотров и освидетельствований, изъятия образцов для сравнительных исследований;

Учебные вопросы:

Введение.

1. Поводы и порядок направления живых лиц в Бюро СМЭ.
 2. Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья.
 3. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний
 4. Судебно-медицинская экспертиза половых преступлений.
- Заключение.

Краткое содержание рассматриваемых вопросов

Введение - знание современных возможностей судебной медицины как науки и умелое использование на практике результатов судебно-медицинских исследований являются необходимыми условиями для успешного раскрытия преступлений следственными органами.

1-й вопрос — Поводы и порядок направления живых лиц на освидетельствование в Бюро СМЭ. Поводы: а) определение состояния здоровья; б) экспертиза половых состояний; в) экспертиза половых преступлений; г) разное – тождество личности, установление возраста и др.

Самым частым поводом для назначения судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц являются повреждения. Судебно-медицинским экспертом при этом разрешаются различные вопросы, но в основном должно быть установлено:

- вид повреждения (диагноз): ссадина, кровоподтек, перелом какой-то кости и т.д., их локализация, морфологические свойства;
- орудие или средство, которым могло быть причинено повреждение;
- механизм действия повреждающего фактора;
- давность (срок) нанесения;
- тяжесть вреда, причиненного здоровью.

2-й вопрос — Судебно-медицинская экспертиза по определению степени вреда здоровью. Перечислить признаки тяжкого, среднего и легкого вреда здоровью. Мучения, истязания.

Под вредом здоровью понимают либо телесное повреждение, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или физиологической функций, либо заболевания или патологические состояния, возникающие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, биологических, психических.

Опасным для жизни является вред здоровью, вызывающий состояние, угрожающее жизни, которое может закончиться смертью. Предотвращение смертельного исхода в результате медицинской помощи не изменяет оценку вреда здоровью как опасного для жизни.

3-й вопрос — Судебно-медицинская экспертиза половых состояний и половых преступлений.

Информация, получаемая с помощью судебно-медицинской экспертизы, имеет существенное значение для расследования и раскрытия преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности. Следователь при этом должен руководствоваться принципом, что чем раньше экспертизы назначены, тем более содержательными, т.е. полными и конкретными могут быть получаемые при этом данные. Поэтому некоторые экспертизы и освидетельствования являются неотложными и проводятся в любое время суток. Дата составленной при этом судебно-медицинской документации указывается с точностью до часов и минут.

Таким образом, курсанты должны получить знания о процессуальном порядке назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы, осмотров и освидетельствований, изъятия образцов для сравнительных исследований.

Чтение лекции завершается кратким резюме по всем вопросам темы и ответами на вопросы слушателей. В заключение лектор напоминает дату и тему следующего занятия.

Тема № 6

«Судебно-медицинское исследование трупа»

ПЛАН ЛЕКЦИИ

Введение.

1. Осмотр трупа на месте его обнаружения.
 2. Судебно-медицинская экспертиза трупа.
 3. Судебно-медицинская документация.
- Заключение.

Вопрос 1. ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ

Осмотр места происшествия неотложное следственное действие, заключающееся в непосредственном восприятии территории, на которой совершено то или иное преступление, с целью ретроспективного понимания сущности происшедшего события, а также осуществляемое для обнаружения, фиксации и изъятия вещественных и иных доказательств как свидетельств происшедшего.

Порядок осмотра трупа на месте его обнаружения судебным медиком регламентируется «Правилами работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия)». Этот документ утвержден приказом Министерства здравоохранения СССР от 27 февраля 1978 года за № 108/21. Правила согласованы с Прокуратурой, Министерством юстиции, Министерством внутренних дел и Комитетом государственной безопасности.

По прибытии на место происшествия судебный медик должен убедиться в том, что все необходимое по спасению жизни погибшего было сделано, и что помочь погибшему уже не представляется возможным. Особенно важны такие действия судебного медика в тех случаях, когда до него на месте происшествия медиков не было. Если же к моменту его прибытия на место происшествия там была бригада скорой медицинской помощи, то судебный медик лишь констатирует смерть, изучая наличие ее достоверных признаков.

Наиболее ранние признаки смерти, свидетельствующие о необратимых процессах в центральной нервной системе: признак Белоголова (при сдавлении глазного яблока у мертвого человека зрачок меняет форму, становится овальным вместо округлого); роговичный рефлекс; реакция зрачка на свет. Не определив у потерпевшего признаков смерти или обнаружив хотя бы слабые признаки жизни, судебный медик, обязан предпринять все усилия для проведения реанимационных мероприятий, продолжая их до прибытия скорой медицинской помощи.

Обязанности врача-специалиста при осмотре места происшествия

В обязанности врача-специалиста в области судебной медицины (или врача-эксперта) при осмотре места происшествия входит:

- 1) выявление признаков, позволяющих судить о времени наступления смерти, механизме образования повреждений, других обстоятельствах, важных для дела;
- 2) консультирование следователя по вопросам, связанным с осмотром трупа на месте его обнаружения и дальнейшим его исследованием;
- 3) оказание следователю помощи в обнаружении, фиксации, изъятии и упаковывании следов биологического происхождения;
- 4) выявление и доведение до следователя особенностей конкретного случая, имеющих значение для дела;
- 5) дача пояснений по поводу всех осуществляемых им действий.

Информация о трупе для протокола осмотра места происшествия

При осмотре трупа на месте его обнаружения судебный медик обязан установить, показать следователю и сформулировать словесно для занесения в протокол следующую информацию о трупе (дана в том порядке, в каком она должна быть получена при осмотре трупа):

- 1) описание позы трупа, включая положение головы и конечностей, а также

взаиморасположение трупа и других объектов места происшествия;

2) описание предметов, находящихся на трупе, непосредственно возле него и под ним, включая состояние поверхности, на которой труп находится (ложе трупа);

3) описание одежды, включая ее состояние, загрязнения, повреждения, а также предметы, находящиеся в карманах, при этом надо отметить, что одежду нельзя снимать, а можно только расстегивать и сдвигать;

4) характеристики пола, возраста, внешности человека (такие, как развитие наружных половых признаков, выраженность морщин, складок, состояние видимых зубов, телосложение, признаки внешности, индивидуальные особенности строения тела и др.);

5) состояние участков поверхности тела, включая естественные отверстия, слизистые поверхности и др.;

6) наличие и состояние ранних трупных явлений (степень охлаждения закрытых и открытых участков тела; температуру тела, измеренную термометром; наличие, расположение, цвет, фазу развития трупных пятен, определенную с помощью надавливания на них в соответствии с методикой; степень развития трупного окоченения в разных группах мышц; наличие и выраженность подсыхания участков тела);

7) наличие и выраженность явлений переживаемости тканей, таких, как электровозбудимость мышц, реакция мышц на механическое воздействие, зрачковые реакции. Такие исследования проводятся в случаях, когда неизвестно время наступления смерти;

8) наличие и выраженность поздних трупных явлений, таких, как гниение, мумификация, скелетирование, жировоск, торфяное дубление, а также следов воздействия животных, признаков выраженного действия влаги и др.;

9) наличие следов наложений на теле трупа;

10) наличие повреждений на трупе, их локализацию, определяемые характеристики и другую информацию о них, которую можно получить при осмотре на месте обнаружения трупа;

11) наличие и характер запахов, исходящих от трупа;

12) выявлять и при возможности передавать следователю для приобщения в качестве вещественных доказательств различные объекты, которые находятся в повреждениях и естественных отверстиях трупа, при этом слабо прикреплены к трупу и могут быть утеряны при его перемещении или транспортировке.

Исследование на трупе посмертных, явлений при осмотре места происшествия должно производиться дважды - в начале и в конце осмотра, в первую очередь это касается измерения температуры трупа. При этом необходимо измерить температуру воздуха, а при возможности и влажность.

Обнаружение и изъятие следов биологического происхождения

Важным направлением деятельности судебного медика на месте происшествия является обнаружение и изъятие следов биологического происхождения. Чаще других могут быть обнаружены следы крови, спермы, слюны, мочи, кала, влагалищных выделений, волосы, частицы тканей тела, а также другие вещества. Сходство с ними могут иметь соответствующие ткани от животных, частицы растений, синтетические и минеральные вещества.

На месте происшествия могут быть хорошо видимые следы биологического происхождения, чаще всего в качестве таковых выступают следы крови, особенно в случаях, когда на трупе имеются множественные повреждения или повреждения в область крупных кровеносных сосудов. Отсутствие следов крови при наличии на трупе повреждений свидетельствует, скорее всего, о том, что повреждения причинялись не в данном месте, а в другом. При грубом массируемом механическом воздействии на тело человека множественные хорошо выраженные следы биологического происхождения могут быть образованы и другими тканями человека.

Обнаружение следов биологического происхождения в большинстве случаев не

представляет трудностей. Внимательный осмотр составных частей места происшествия даст полное представление о таких следах. Необходимо отметить их местоположение, форму, размеры, взаиморасположение и расположение по отношению к труп, зафиксировать их фото и видео способами, отметить на плане и описать словесно в протоколе. При больших размерах следов можно извлекать их частично. Извлекать выборочно следы следует таким образом, чтобы для лабораторного исследования попали следы всех вариантов внешнего вида с различных участков места происшествия.

Многие из веществ биологического происхождения образуют слабовидимые следы. На пестрых, впитывающих следонесущих поверхностях типа лесной почвы даже значительные по размерам кровяные следы могут быть слабовидимыми. К слабовидимым относятся следы спермы, волосы, следы слюны. Для их обнаружения требуется специальная техника (источник направленного света, увеличительные лупы, лазерные, ультрафиолетовые осветители).

Решать, какие из предметов обстановки места происшествия могут нести на себе невидимые следы биологического происхождения, следует совместными усилиями следователя и судебного медика.

Упаковывать предметоносители следов биологического происхождения и сами следы необходимо после предварительного просушивания в комнатных условиях. Должна быть исключена, по возможности, просушка на отопительных приборах и в местах прямого попадания солнечного света. Помещение влажных следов в полиэтиленовые пакеты, банки и тому подобные условия влечет их интенсивное загнивание при плюсовой температуре окружающего воздуха. Если имеется возможность поместить следы биологического происхождения в холодильную камеру с отрицательной температурой, то гниение не развивается, и они сохраняются пригодными для исследования.

Более подробно и конкретно условия упаковывания, транспортировки и сохранения следов биологического происхождения будут описаны применительно к каждому из объектов в соответствующих главах учебника. Правила упаковки вещественных доказательств со следами биологического происхождения с точки зрения процессуального закона не отличаются от таковых для других вещественных доказательств.

При определенных условия большое значение для решения проблем следствия могут иметь так называемые негативные обстоятельства. Применительно к работе со следами биологического происхождения на месте обнаружения трупа (месте происшествия) под негативными обстоятельствами следует понимать отсутствие следов в тех ситуациях, когда они должны бы были быть. Например, отсутствие крови в месте обнаружения трупа со значительными повреждениями свидетельствует о том, место обнаружения трупа не является, в полном смысле этого слова, местом преступления.

Выполняя свои обязанности по осмотру места происшествия, судебный медик не должен нарушать ряд правил, которые направлены на сохранение, по возможности конечно, неизменного вида трупа и следов биологического происхождения.

Судебный медик на месте происшествия не имеет права:

- 1) производить исследования, нарушающие целостность органов и тканей трупа (разрезать, отсоединять и т.п.);
- 2) пользоваться зондами для изучения раневых каналов;
- 3) вносить какие-либо вещества на поверхность или в полости и повреждения трупа;
- 4) выполнять иные действия, изменяющие труп и повреждения, имеющиеся на нем.
- 5) воздействовать на следы биологического происхождения таким образом, чтобы это могло привести к их утрате.

По результатам данных наружного осмотра трупа на месте его обнаружения судебный медик в устной форме может ответить следователю на следующие вопросы:

1. Какова возможная причина смерти?
2. Какова приблизительно давность наступления смерти?

3. Не изменялось ли положение трупа после наступления смерти?
4. Имеются ли на трупе повреждения и предположительно каким орудием они причинены?
5. Является ли место обнаружения трупа местом, где были причинены повреждения погибшему человеку?
6. Какие следы наложения имеются на трупе, и чем они предположительно образованы?

Судебный медик может ответить и на другие вопросы следователя, если они не требуют сложных дополнительных исследований. Следует помнить, что эти сведения носят предположительный характер. Использовать эту информацию для планирования работы по раскрытию и расследованию преступления необходимо с осторожностью, так как при более полном исследовании трупа в морге и в лабораториях могут быть получены данные, в той или иной степени отличающиеся от предварительных данных места происшествия.

Иногда случается, когда наружный осмотр трупа и предварительные выводы судебного медика берутся за основу для дальнейшей работы по расследованию преступления, а судебно-медицинское исследование трупа в морге не проводится. Оправдываются тем, что причина смерти и другие обстоятельства якобы ясны из проведенного осмотра и дальнейших исследований не требуется. Такие действия - прямое нарушение закона.

Особенности осмотра трупа на месте обнаружения при различных видах смерти

Одним из требований судебной медицины к осмотрам трупов и мест их обнаружения является требование дифференцированного подхода к осмотру в случаях различных видов смерти. Соблюдение этого требования позволяет уже на месте происшествия максимально полно собрать информацию для решения вопроса о причинах наступления смерти и механизмах воздействия внешнего фактора, приведшего к смерти.

Особенности осмотра места происшествия при различных видах смерти:

1. При повреждениях тупыми и острыми предметами: необходимо детально описать характер повреждений, взаимосвязь повреждений со следами биологического происхождения; сделать предположения о возможных орудиях травмы и постараться найти орудия; необходимо постараться предположить механизм причинения повреждений и тем самым механизм взаимодействия жертвы и преступника; постараться предположительно определить время, необходимое преступнику для причинения повреждений, приложенную силу; возможность того, что действовал не один, а несколько преступников.

2. При травме от автотранспортных средств: важно тщательно описать позу трупа и его отношение к транспортному средству или его следам; зафиксировать состояние одежды и следы на ней; наличие на транспортном средстве следов взаимодействия с телом жертвы; наличие следов биологического происхождения в следах транспортного средства и др.

3. При железнодорожной травме: надо хорошо изучить и описать позу трупа, расположение его и его частей по отношению к железнодорожным рельсам, насыпи и другим частям транспортной магистрали; выявить следы биологического происхождения по магистрали в обе стороны от трупа, установить расстояние от них до трупа; описать наличие следов наложений и на одежде трупа, их характер и другое.

4. При авиационной травме: очень важно четко зафиксировать расположение трупов и их частей по отношению к самолету и его частям; установить взаиморасположение частей тела, которые предположительно могут принадлежать одному человеку; зафиксировать расположение частей тел, которые могут быть опознаны по одежде, документам, биологическим признакам или иным данным; взаиморасположение трупов и частей трупов с однотипными повреждениями; наличие и

расположение следов биологического происхождения на частях самолета и другие особенности в соответствии с конкретной ситуацией.

5. При падении с высоты: надо зафиксировать позу трупа и его расположение относительно объекта, с которого он предположительно мог упасть: наличие следов наложений на трупе, особенно нехарактерных для поверхности, на которой труп находится; наличие повреждений на трупе нехарактерных для падения на поверхность, на которой труп находится; следы биологического происхождения на объекте из которого мог выпасть погибший и др.

6. При огнестрельных повреждениях: надо детально изучить характер повреждений на теле и одежде: наличие следов наложений на одежде и посторонних предметов в области повреждений; взаиморасположение повреждений и следов биологического происхождения на предметах обстановки места происшествия; при обнаружении предполагаемого орудия травмы определить наличие на нем следах биологического происхождения и др.

7. При механической асфиксии: следует обратить внимание на наличие одутловатости лица; наличие следов на шее, лице и грудной клетке, наличие точечных кровоизлияний в оболочках глаз; выявить на месте происшествия предметы, которые могли быть использованы для сдавления шеи или других частей тела; установить соответствие или несоответствие странгуляционной борозды и предмета, использованного для сдавления шеи; расположение трупных пятен; наличие и расположение следов биологического происхождения и др.

8. При утоплении в воде: выявить наличие предметов, способных удерживать труп на воде или предметов утяжеляющих труп; состояние одежды и наличие на ней следов наложений; наличие и локализация повреждений; расположение и выраженность мацерации кожи; наличие пены у отверстий рта и носа и некоторые другие признаки.

9. При отравлениях: провести тщательный поиск следов повреждений от воздействия яда на коже и одежде; искать следы наложения на одежде и окружающих предметах; установить наличие рвотных масс; выявлять пустые емкости, в которых мог находиться яд, описать состояние трупных пятен; наличие запахов в помещении и др.

10. При действии низкой температуры: описать позу трупа; состояние поверхности, на которой находится труп; состояние кожи трупа; характер одежды; наличие льдинок у отверстий носа и рта, около глаз и некоторые другие особенности.

11. При действии высокой температуры: изучить состояние одежды, признаки обгорания и опаления; зафиксировать позу трупа; локализацию, степень и распространенность ожогов; наличие незакопченных складок у углов глаз; наличие копоти в полости рта и носа и другие особенности, присущие различным вариантам воздействия повышенной температуры.

12. При поражении электричеством: описать обгорания, оплавления и другие повреждения на одежде; фигуры молнии при поражении атмосферным электричеством; наличие повреждений на окружающих труп предметах; наличие электрометок на коже; наличие участков электропроводников, открытых доступу частей тела человека и другие признаки.

13. При обнаружении трупов новорожденных: исследовать средства упаковки тела ребенка, характер одежды, если таковая имеется; наличие механических повреждений; состояние пуповины; наличие детского места и некоторые другие признаки.

14. При осмотре трупа неизвестного человека: подробно осмотреть и описать одежду и предметы, обнаруженные с трупом; описать внешность, при этом соблюдать правила, разработанные для таких случаев; детально описать индивидуальные особенности, обнаруженные на трупе; сфотографировать труп по правилам сигналетической фотосъемки; по возможности дактилоскопировать труп, осуществить другие действия, направленные на сбор розыскной и идентификационной информации.

15. При обнаружении частей расчлененного трупа: тщательно описать все

предметы, использованные для упаковки частей тела; описать одежду; зафиксировать особенности строения частей тела; изучить и описать характер повреждений, включая поверхности отчленения; по возможности описать внешность и дактилоскопировать, провести другие необходимые действия.

16. При подозрении на криминальный аборт: описать наличие, расположение и размеры следов биологического происхождения в сочетании с другими следами; наличие предметов, которые могли использоваться для производства аборта; признаки беременности; состояние наружных половых органов; осуществить поиск плода, его частей и плаценты, выполнить другие действия.

17. При скоропостижной смерти: определить наличие или отсутствие следов, в том числе следов биологического происхождения на предметах обстановки; наличие медицинской документации; установить наличие повреждений на теле и одежде, а также другие вещественные и документальные свидетельства скоропостижной смерти.

18. При обоснованных подозрениях на смерть от опасного инфекционного заболевания (чума, оспа, холера и др.): сообщить немедленно о своих подозрениях следователю и принять вместе с ним меры по информированию руководителей ближайших органов здравоохранения; закрыть доступ к месту обнаружения трупа; лицам, участвующим в осмотре, оставаться на месте до прибытия специалистов противэпидемической бригады и в дальнейшем выполнять указания старшего прибывшей бригады противэпидемической службы.

Проводя осмотр места происшествия и трупа в случаях, когда вид смерти, вполне определенный, следует помнить, что под очевидной картиной самоубийства или несчастного случая может быть замаскировано убийство. Поэтому в работе даже по самым очевидным случаям надо внимательно изучать обнаруживаемые признаки, проверять их достоверность, анализировать на предмет маскировки одного вида смерти под другой.

В практике работы могут встретиться случаи, когда осмотр места происшествия проводится без наличия трупа. Например, человек был обнаружен умирающим, его отправили в лечебное учреждение, но он по дороге или в лечебном учреждении скончался. В таких случаях основное внимание следует уделить поиску, фиксации и изъятию следов биологического происхождения. Эта работа проводится по принципам изложенным выше. Но до того как ее начать, необходимо четко обозначить место, где был обнаружен человек и строить работу с учетом расположения этого места.

Другим вариантом осмотра места происшествия без трупа по поводу убийства, являются случаи, когда труп после совершения преступления в одном месте вывезен для захоронения в другое. При осмотре помещения или местности, где совершено убийство, в первую очередь встает задача определения конкретного места действия преступника. Сделать это можно путем обнаружения маловидимых и невидимых следов биологического происхождения, которые преступник не заметил и поэтому не сумел уничтожить. Как правило, такие следы можно обнаружить только в щелях, выемках, в виде затеков в укромные места, а также на шероховатых впитывающих поверхностях. Работа требует хорошей профессиональной подготовки, поэтому к осмотру лучше привлекать судебного медика, специализирующегося в области работы со следами биологического происхождения.

Подведение итогов и оформление результатов осмотра места происшествия важный этап в работе на месте происшествия. Основным процессуальным документом, оформляемым при осмотре места происшествия, служит «Протокол осмотра места происшествия».

Труп с места его обнаружения должен быть направлен в морг. С трупом должен быть направлена копия протокола осмотра места его обнаружения, а также все вещи, обнаруженные при трупе и личные документы.

Дополнительный осмотр места происшествия проводится в следующих случаях:

когда появилась дополнительная информация; когда проведение первичного осмотра было частично затруднено (темным временем суток, дождем, снегопадом и т.п.). При дополнительном осмотре осматривается не все место происшествия, а лишь отдельные его участки или предметы. Часто дополнительный осмотр проводится с расширением границ относительно первоначального осмотра. При этом необходимо иметь материалы первичного, в которых четко обозначено местоположение трупа, следов, обнаруженных при первичном осмотре, изложена информация, добытая в ходе первичного осмотра. Дополнительный осмотр целесообразно проводить с участием лиц, участвовавших в первичном осмотре.

Повторный осмотр места происшествия проводится в случаях, когда первичный осмотр был проведен некачественно со значительными упущениями. Однако повторный осмотр может быть проведен и в случаях, когда первичный осуществлялся в условиях непогоды или в темное время суток. При этом также необходимо располагать материалами первичного осмотра.

Судебный осмотр места происшествия не является повторным или дополнительным по отношению к осмотру или осмотрам, проведенным на предварительном следствии. Это самостоятельное действие судебного следствия.

Эксгумация трупов (изъятие трупов из земли) проводится в тех случаях, когда был захоронен труп человека без его судебно-медицинского исследования, а также в тех случаях, когда первичное судебно-медицинское исследование трупа было проведено неполно или возникли новые серьезные обстоятельства, требующие проверки путем исследования уже захороненного трупа. Эксгумация проводится только по постановлению следователя.

Судебно-медицинская экспертиза эксгумированного трупа может быть проведена как непосредственно у места эксгумации, так и в морге, выраженные посмертные изменения трупа не могут служить основанием для отказа от проведения судебно-медицинской экспертизы эксгумированного трупа.

Таким образом, на месте обнаружения трупа судебный медик выявляет признаки, позволяющие судить о времени наступления смерти, характере и механизме возникновения повреждений, и другие данные, имеющие значение для следственных действий; консультирует следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром трупа на месте его обнаружения и последующим проведением судебно-медицинской экспертизы; оказывает следователю помощь в обнаружении следов, похожих на кровь, сперму или другие биологические выделения человека, волос, различных веществ, предметов, орудий и других объектов, и содействует их изъятию; обращает внимание следователя на все особенности, которые имеют значение для данного случая; дает пояснения следователю по поводу выполняемых им действий.

Вопрос 2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПА

Судебно-медицинское исследование трупов проводится в Бюро судебно-медицинской экспертизы. В процессуальном отношении это действие может быть **экспертизой** - на основании постановления следователя, или **исследованием** - по письменному отношению органов дознания.

Поводы к судебно-медицинскому исследованию трупов

Судебно-медицинское исследование трупов производится по инициативе правоохранительных органов, следовательно, решение о том, какой труп исследовать, а какой нет, лежит на них, ответственность за это решение тоже.

Обстоятельства смерти определяют необходимость судебно-медицинского исследования трупа. В частности, на судебно-медицинское исследование должны быть направлены:

1. Трупы людей, погибших от воздействия внешних факторов, т.е. если смерть была насильственной, вне зависимости от того было ли это убийство, самоубийство или

несчастный случай.

Среди сотрудников правоохранительных органов бытует представление, что при очевидности причины смерти производить вскрытие трупа в морге нет необходимости, так как и без этого все ясно. Это мнение ошибочно. Даже при очевидной, казалось бы, причине смерти во время вскрытия полостей трупа могут быть обнаружены факты, меняющие первоначальные представления. Вскрытие необходимо для установления механизма наступления смерти, который может играть существенную роль в оценке события в целом.

Кроме того, при исследовании трупа человека, умершего насильственной смертью должны быть установлены разного рода заболевания и отклонения от нормы, сопутствующие основному диагнозу. Нередко такие сопутствующие заболевания могут иметь значение для установления обстоятельств наступления насильственной смерти.

2. Трупы людей, умерших в лечебном учреждении при неустановленном диагнозе.

3. Трупы людей, умерших в лечебных учреждениях или после пребывания там, при наличии жалобы от родственников на неправильное, несвоевременное или незаконное лечение.

4. Трупы лиц, доставленных в лечебные учреждения уже мертвыми.

5. Трупы людей, личность которых не установлена.

6. Трупы новорожденных детей.

7. Трупы лиц, умерших скоропостижно, когда причина смерти врачом не установлена. Эта категория трупов наиболее сложна для решения вопроса о необходимости проведения судебно-медицинского исследования.

Скоропостижная смерть человека на фоне внешне благополучного здоровья всегда вызывает подозрение, не является ли она насильственной. Врач, оценивающий причину смерти внезапно умершего человека, основывается только на внешних признаках и иногда на записях о том, что человек болел каким-то заболеванием. С точки зрения судебной медицины, это ограниченная информация для правильного решения вопроса о причине смерти. Поэтому не исключается, что лечащий врач может ошибиться или проявить некомпетентность. А в отдельных случаях он может просто действовать в интересах третьих лиц. Ответственность же за не направление трупа для квалифицированного исследования в судебно-медицинском морге ложится в таких случаях на сотрудников органов внутренних дел, потому что в их компетенции находятся вопросы профилактики, раскрытия и расследования преступлений на конкретной территории.

Сотрудники органов внутренних дел, прежде чем направить или не направить труп для судебно-медицинского исследования, должны выяснить все обстоятельства скоропостижной смерти и основываться в своем решении не только на результатах врачебного осмотра трупа, но и на данных, полученных в ходе проведенного дознания.

Процесс изучения трупа, включая наружный осмотр и детальное внутреннее исследование, правильно называть исследование трупа. В разговорной речи и в литературе наряду с этим термином используют термин вскрытие.

Порядок исследования трупов

Доставка трупов и вещественных доказательств в морг обеспечивается территориальными органами внутренних дел. Вместе с трупом направляются все предметы, обнаруженные при нем, личные документы, копия протокола осмотра места происшествия, постановление о назначении экспертизы трупа или письменное отношение с просьбой провести исследование трупа.

Трупы и вещественные доказательства, поступившие в морг, регистрируются в специальном журнале. Труп получает регистрационный номер. Как правило, работа с трупом в морге проводится на следующий после доставки день. По правилам исследование трупа с вскрытием полостей тела можно проводить только по прошествии 12 часов с момента установления смерти человека. Экстренное вскрытие трупа, сразу по поступлении в морг может быть проведено в случаях необходимости, диктуемой

обстоятельствами конкретного случая. Обычно это делается только в тех случаях, когда следствие имеет веские основания рассчитывать, что при экстренном исследовании трупа будет получена информация, которая позволит раскрыть преступление по "горячим следам". А также в тех, когда есть основания считать, что затяжка времени негативно повлияет на возможность установления причины смерти. Например, яд, которым был отравлен человек, за время отсрочки исследования трупа разложится в организме и не будет обнаружен.

Для проведения экстренного вскрытия сразу после поступления трупа в морг необходимо согласовать этот вопрос с руководством судебно-медицинского экспертного учреждения.

При необходимости трансплантации трупных органов и тканей судебно-медицинское исследование может быть начато сразу после констатации факта смерти комиссией врачей. Проведение таких действий строго регламентировано специальными ведомственными медицинскими документами, что практически исключает возможность негативных последствий.

Хранение трупов и вещественных доказательств в большинстве моргов организовано с использованием холодильных камер. Эти холодильные камеры представляют собой комнаты с температурой около +4° С. Такие условия не исключают возможности подсыхания трупа в целом и отдельных его частей, полностью не останавливают процесс гниения. Принятое в развитых странах хранение трупов в индивидуальных ячейках-камерах у нас пока еще практически не используется.

Обычно на утренней конференции сотрудников судебно-медицинского учреждения происходит распределение экспертов для исследования трупов, поступивших накануне днем и ночью. Процесс распределения осуществляется руководителем отдела экспертизы трупов.

Исследование трупов проводится при естественном дневном свете, так как такой свет обеспечивает нормальное восприятие цветовой гаммы объектов судебно-медицинского исследования. Цвет различных объектов, изучаемых при исследовании трупа, несет ценную диагностическую информацию о механизмах наступления смерти человека и других интересующих эксперта явлениях.

Исследование трупа в морге осуществляется непосредственно лично судебно-медицинским экспертом от начала и до конца. Помощь в этом ему оказывают технический помощник - санитар и медицинский регистратор, в функции которого входит письменная фиксация информации, получаемой экспертом при исследовании трупа. По правилам, непосредственно все манипуляции с трупом, включая разрезание тканей, выделение органов и тому подобные действия должен выполнять сам эксперт. В действительности в большинстве случаев все это делает санитар.

При исследовании трупа в морге имеет право присутствовать следователь или по его поручению другое лицо, участвующее в работе по делу, например, оперативный работник. С разрешения следователя при исследовании трупа в морге могут присутствовать другие лица, например врач, лечивший больного, кроме того, участие во вскрытии могут принимать различные категории обучаемых лиц. В таких случаях судебно-медицинский эксперт, производящий исследование трупа, при оформлении заключения указывает, кто и с какой целью присутствовал на вскрытии.

Судебно-медицинское исследование трупа состоит из нескольких этапов. Первый - ознакомление с предварительными сведениями. Эксперт получает информацию о происшедшем из представленных ему документов, в необходимых случаях она может быть получена судебным медиком путем опроса лиц, знакомых с материалами дела и обстоятельствами смерти человека, а также от лиц, участвовавших в осмотре места происшествия. Как показывает практика, более качественные результаты получаются экспертом при исследовании трупа в морге в случаях, когда он лично участвовал в осмотре места происшествия.

Порядок наружного исследования и описания трупа

Судебно-медицинскими правилами предписан определенный порядок и объем исследования трупа. Изменение порядка исследования трупа должно быть мотивировано экспертом. Неполное или непоследовательное описание трупа снижает доказательственную значимость экспертизы, а при серьезных нарушениях правил проведения исследования трупа судебно-медицинская экспертиза вообще может быть утрачена как вещественное доказательство, что будет очень большой потерей для дела.

1. Описание одежды и предметов, доставленных с трупом: одежда в целом; части одежды; изношенность; загрязнения; повреждения; содержимое карманов; предметы, доставленные с трупом.

2. Биологические характеристики погибшего человека: пол; возраст на вид (соответствие возрасту, указанному в документах); рост; вес (для трупов детей в возрасте до года); телосложение; упитанность; цвет, загрязнение и другие характеристики кожных покровов; волосы на голове (длина, цвет, поседение, облысение); усы и борода (длина, цвет, форма); глаза (конъюнктивы, роговицы, радужки, зрачки); нос (целость костей, выделения); рот (губы, зубы, зубные протезы, выделения); ушные раковины (наружные слуховые проходы и выделения из них); шея (длина, подвижность); грудная клетка (форма, симметричность строения); грудные железы (величина, форма, консистенция, цвет и вид сосков, выделения из сосков); живот (вздутие или западение, у новорожденных состояние пуповины); наружные половые органы (оволосение, правильность развития, девственная плева, отверстие мочеиспускательного канала, выделения); область промежности и задний проход (загрязнения, зияние, болезненные изменения); конечности (целость костей на ощупь, дефекты развития, болезненные изменения); особенности строения (татуировки, рубцы, родимые пятна и др.).

При исследовании трупов неизвестных лиц словесный портрет и особенности строения тела описываются полно и тщательно по специальной схеме (описание словесного портрета), особенности работы с такими трупами представлены в соответствующей главе данного раздела.

3. Посмертные изменения: охлаждение; подсыхание кожи и слизистых; трупные пятна: трупное окоченение; гнилостные явления: мумификация; жировоск; торфяное дубление; скелетирование. Должны быть описаны локализация, выраженность этих явлений и другие их характеристики.

4. Повреждения: локализация; характер; цвет; размеры; загрязнения в окружности и другие возможные характеристики.

Порядок внутреннего исследования и описания трупа

Внутреннее исследование трупа включает обязательное вскрытие трех полостей тела человека: полости черепа, грудной полости и брюшной полости. Эксперт не имеет права ограничиться исследованием одной или двух полостей из указанных. При необходимости могут быть вскрыты другие полости, а также исследованы путем разрезания иные части тела, не входящие в обязательный перечень: полость спинномозгового канала, суставов, мышечные массивы и др.

1. Черепно-мозговая полость: мягкие покровы головы, кости свода черепа; твердая мозговая оболочка; мягкие мозговые оболочки; сосуды основания мозга; головной мозг; кости основания черепа; придаточные полости, полости средних ушей.

2. Подкожно-жировой слой, его толщина в области грудной и брюшной стенок.

3. Полость рта и область шеи: мягкие ткани шеи; язык; миндалины; щитовидная железа; пищевод; хрящи гортани, трахеи, подъязычная кость; верхние дыхательные пути.

4. Грудная полость: мягкие ткани грудной клетки; плевральные полости, плевра; ребра; легкие; лимфатические узлы ворот легких; околосердечная сорочка; сердце; аорта и легочная артерия.

5. Брюшная полость: мягкие ткани брюшной стенки; расположение органов в брюшной полости; состояние брюшины, содержимое ее полости; печень; желчный пузырь

и желчные протоки; поджелудочная железа; селезенка; желудок; тонкий и толстый кишечник; брыжейка; надпочечники; почки; мочеточники; мочевой пузырь; мочеиспускательный канал; брюшная аорта и другие крупные сосуды; внутренние половые органы женщин: а) матка; б) яичники; в) влагалище; внутренние половые органы мужчин: а) предстательная железа; б) яички; кости таза.

6. Мышцы спины (вскрытие обязательно только при подозрении на повреждение в результате травмирующего воздействия).

7. Позвоночник и спинной мозг (вскрывают в случаях необходимости при соответствующих видах механической травмы и по другим поводам). Анализируют целостность костей, содержание канала, состояние оболочек, рисунок спинного мозга на разрезе, повреждения, кровоизлияния, болезненные изменения).

Гистологическое исследование кусочков органов и тканей, осуществляется для изучения микрокартины строения тканей. Сочетание наличия изменений на макро- и микроуровнях делает выводы более обоснованными. Судебно-медицинский эксперт берет от трупа кусочки органов и тканей из тех участков, в которых он подозревает наличие патологии.

Судебно-химическое исследование жидкостей, органов и тканей тела человека проводится для определения в них наличия и количественного содержания различных химических веществ, присущих организму человека или таких, какие в теле человека встречаться не должны. Для исследований берут кровь, мочу, содержимое желудка и кишечника, органы целиком или их части.

Биологическое исследование - исследование крови и др. с целью определения биологических характеристик. Например, исследование крови с целью определения ее групповой принадлежности по системе АВО.

Физико-технические исследования - исследования, проводимые для решения разных вопросов, например, определение характеристик повреждений кожи в целях получения информации об орудии травмы. Могут быть взяты разные по характеру объекты, например кожные лоскуты с повреждениями, часть внутреннего органа с раневым каналом.

ВОПРОС 3. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

По результатам судебно-медицинского исследования трупа составляется один из двух документов:

1. "**Заключение эксперта**", если исследование трупа проводилось в форме экспертизы на основании **постановления** следователя.

2. "**Акт судебно-медицинского исследования трупа**", если работа проводилась по **письменному отношению** правоохранительных органов вне рамок уголовного дела.

Типовые формы судебно-медицинской документации утверждены приказом Минздрава СССР № 1030 от 4.10.80 г.

"Заключение эксперта" состоит из трех обязательных частей: Вводной; Исследовательской и Выводов.

"Акт судебно-медицинского исследования трупа" состоит из тех же трех частей, что и "Заключение эксперта", только последняя носит название "Заключение".

Вводная часть заключения должна содержать все сведения в соответствии с пунктами типового бланка, а именно: дату и место проведения экспертизы; все сведения об эксперте или экспертах; полную информацию о лицах, присутствующих при исследовании трупа; данные об инициаторе проведения работы; информацию о трупе; предварительные сведения; вопросы, подлежащие разрешению при исследовании трупа.

В исследовательской части отражаются данные, полученные в результате изучения трупа.

Правильное составление описательной части документа возможно только при выполнении ряда требований, предъявляемых к ней:

- полнота описания (документ должен быть составлен настолько полно, чтобы по нему можно было обоснованно ответить на поставленные вопросы, или вопросы, которые могут возникнуть в дальнейшем);

- объективность изложения (описательная часть не должна содержать готовых диагнозов и выводов, картина должна быть описана с фотографической точностью, читающий должен суметь по такому описанию составить свое представление об особенностях случая);

- общепонятность (количество профессиональных терминов и им подобных слов должно быть сведено к минимуму, т.к. читать данный документ будут не профессионалы, термины следует по возможности заменять общепонятными словами, а при невозможности этого термины должны разъясняться доступным языком).

Все данные, полученные экспертом при исследовании, и то, как он это делал, должно быть подробно описано в этой части документа. К ней обычно прилагаются схемы, фотографии и др. В конце исследовательской части указываются органы, ткани и другие объекты, направленные для проведения дополнительных исследований.

Вводная и исследовательская части оформляются непосредственно при проведении исследования трупа.

После получения результатов дополнительных исследований эксперт заносит эти данные в описательную часть заключения.

По результатам исследования трупа и данным дополнительных исследований целесообразно составлять судебно-медицинский диагноз, в который выносятся вся информация об особенностях, обнаруженных в ходе исследования. Судебно-медицинский диагноз строится следующим образом:

1. Основное заболевание или повреждение (которое непосредственно привело к смерти).
2. Осложнения основного заболевания или повреждения.
3. Прочие заболевания или повреждения, не относящиеся к основному.
4. Сопутствующие заболевания.

Приведем пример построения судебно-медицинского диагноза в случае наступления смерти от механической асфиксии.

Судебно-медицинский диагноз позволяет изложить в концентрированном виде всю информацию, обнаруженную при исследовании трупа. После оформления судебно-медицинского диагноза эксперт приступает к формулированию выводов. Они могут быть изложены в виде ответов на вопросы, предложенные эксперту в постановлении следователя. Или в виде свободного изложения того, что эксперт считает необходимым изложить в заключительной части документа. Вариант свободного изложения используется экспертом в случаях, когда информация выходит далеко за рамки вопросов, поставленных перед ним. В некоторых случаях эксперт как бы сам ставит себе вопросы, не обозначенные следователем, и отвечает на них на основании полученных данных.

К выводам эксперта предъявляются требования:

- 1) должны быть мотивированными, т.е. должны строиться на основе объективной информации, полученной в ходе исследования;
- 2) должны быть научно обоснованными, т.е. соответствовать уровню современных научных достижений медицины и биологии;
- 3) должны быть однозначными, т.е. в выводах не должно содержаться понятий, имеющих двойное толкование;
- 4) должны быть по возможности категорическими.
- 5) отказ от категорического ответа на вопрос или отказ от решения вопроса должны быть мотивированными.

Эксперт подписывает Заключение, ставит дату окончания заключения, подпись эксперта скрепляется печатью. В судебно-медицинских учреждениях организован контроль над качеством экспертных заключений. Осуществляется он наиболее опытными

сотрудниками. Наличие такого контроля до некоторой степени позволяет следователю быть спокойным за качество экспертиз.

Заключение оформляется в двух экземплярах. На втором экземпляре делают отметку о выдаче врачебного свидетельства о смерти, в котором указывают причину смерти. Первый экземпляр направляется инициатору проведения экспертизы, второй остается в архиве судебно-медицинского экспертного учреждения.

Предельный срок проведения судебно-медицинских экспертиз (исследований) трупов не должен превышать одного месяца со дня получения экспертом всех необходимых ему материалов. Увеличение срока проведения экспертизы должно быть обосновано.

После проведения экспертизы труп с разрешения следователя выдают родственникам в день вскрытия или на следующий день для захоронения. При необходимости, по указанию следователя, он может храниться в морге до принятия решения о его выдаче родственникам.

Вещественные доказательства (одежда погибшего, предметы, доставленные с ним) по указанию следователя могут храниться в морге. При этом забота об их состоянии и сохранности возлагается на сотрудников судебно-медицинского учреждения.

При необходимости повторного исследования трупа оно может быть проведено в виде повторной или дополнительной экспертизы. Такое исследование проводится только по постановлению следователя. В целом, порядок такого исследования трупа повторяет порядок первичного исследования.

Таким образом, экспертное исследование трупа включает в себя следующие действия врача – судебно-медицинского эксперта: ознакомление с представленной документацией; планирование исследования трупа; наружное исследование трупа; внутренне исследование трупа; взятие биологического материала; оформление протокольной (исследовательской) части; составление судебно-медицинского диагноза; оформление «Медицинского свидетельства о смерти»; оформление запросов о предоставлении материалов; лабораторные исследования взятого биологического материала; комплексная оценка результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований и данных их представленных материалов; оформление экспертных выводов. Изложенная общая схема последовательности действий врача – судебно-медицинского эксперта в каждом конкретном случае может изменяться, уточняться или дополняться.

Тема № 7

«Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения»

Цель лекции: изложить процессуальный порядок назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы, осмотров и освидетельствований, изъятия образцов для сравнительных исследований;

План:

1. Понятие о вещественных доказательствах биологического происхождения.
2. Судебно-медицинское исследование крови.
3. Судебно-медицинское исследование спермы.
4. Судебно-медицинская экспертиза волос.

Вопрос 1. ПОНЯТИЕ О ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

Статья 118 УПК РК признают вещественные доказательства как предметы, если есть основания полагать, что они служили орудиями уголовного правонарушения или сохранили на себе следы уголовного правонарушения, или были объектами общественно-опасного посягательства, а также деньги и иные ценности, предметы и документы, которые могут служить средствами к обнаружению уголовного правонарушения, установлению фактических обстоятельств дела, выявлению виновного лица либо опровержению его виновности или смягчению ответственности.

Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств выполняется только экспертами, прошедшими специальную подготовку.

Объектами судебно-биологической экспертизы могут быть:

- следы крови и жидкая кровь;
- волосы;
- выделения человека (сперма, слюна, пот, моча, кал);
- фрагменты костей, ногти, мышечная и иные ткани и др.

Объектами судебно-медицинской цитологической экспертизы являются изолированные клетки и микрочастицы тканей животного происхождения.

Таким образом, особенностью всех биологических объектов является их неустойчивость к повышенной влажности, под влиянием которых они загнивают и разрушаются. Учитывая это, перед упаковкой вещественные доказательства и объекты – образцы тщательно просушивают в комнатных условиях вдали от источников тепла и прямого воздействия солнечных лучей.

Вопрос 2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КРОВИ

От трупов все образцы изымают судебно-медицинские эксперты в процессе их исследования. От живых людей образцы крови берут в лечебных учреждениях или в судебно-медицинских лабораториях в количестве не менее 5 мл.

Образцы крови в обязательном порядке изымаются:

- во всех случаях убийств (или подозрении на убийство);
- при наличии наружного кровотечения;
- при подозрении на половое преступление – от трупов потерпевших и подозреваемых;
- в случаях незаконного прерывания беременности;
- от трупов неизвестных лиц, в том числе и новорожденных детей;
- при всех видах транспортной травмы.

В судебно-биологических лабораториях исследованиям подвергается кровь как в жидком состоянии, так и в виде пятен (пятна, брызги, помарки и т.д.) на различных предметах-носителях.

Форма следов крови на месте их обнаружения представляет большое экспертное и криминалистическое значение, поскольку способствует воссозданию картины

происшествия.

При повреждении тканей и органов человеческого тела кровь из артерии может разбрызгиваться с большой силой и на значительные расстояния. Кровь разбрызгивается и при сильных ударах какими-либо предметами, вызывающими обширные повреждения, в частности, при ударах обухом топора по окровавленной поверхности. Вместе с каплями крови на окружающие предметы иногда попадают кусочки тканей и органов. Форма брызг указывает на направление падения капель крови, что может способствовать установлению положения жертвы в момент получения повреждения. Если она падает перпендикулярно к поверхности и с небольшой высоты (до 1 м), то оставляет след округлой формы. Падение с большей высоты сопровождается отдельным выпячиваем по краям пятна или разбрызгиваниями и пятно приобретает зубчатую форму. Если капля падает под углом к поверхности или с движущегося предмета, то образует след в виде восклицательного знака, обращенным острым концом в сторону падения.

Крупные капли, а также струйки крови, падающие на наклонную поверхность, затем стекают по этой поверхности вниз, образуя потеки. Верхняя половина этого потока значительно светлее нижней вследствие того, что кровь стекает и засыхает в нижней части более толстым слоем. Форма следов крови обуславливается также характером материала и свойствами поверхности предмета, на которые попадала кровь (впитывающая и гладкая поверхность).

В случаях, когда запачканные кровью предметы вытираются о какие-нибудь ткани, то остаются следы, в виде помарок. Иногда помарки повторяют форму окровавленного предмета (клинки ножа, пальцев рук, ног, обуви и т.д.). Когда преступник или потерпевший на предметах оставляет отпечатки окровавленных пальцев рук с хорошо различимыми папиллярным узором, возможна идентификация личности. Большое скопление крови на невпитывающих или мало впитывающих материалах называют лужами. Они могут быть различной формы и величины и указывают на место, где происходила потеря крови.

Следы крови

Лужи - скопления крови на поверхностях невпитывающих или маловпитывающих материалов.

Пропитывание - скопление крови во впитывающих субстанциях или тканях - в одежде, постели, почве и т.п.

Мазки - следы скользящего соприкосновения окровавленного предмета с поверхностью.

Отпечатки - следы соприкосновения окровавленного предмета с поверхностью при контакте без скольжения.

Пятна - следы, образующиеся при свободном падении (вследствие тяжести) с любой высоты капель крови на поверхность (впитывающую, невпитывающую, горизонтальную, наклонную). С неподвижного окровавленного предмета на неподвижную плоскость, с неподвижного окровавленного предмета на движущуюся плоскость, с движущегося окровавленного предмета на движущуюся плоскость.

Брызги - следы, образующиеся при падении капель крови, летящих не только вследствие тяжести, но и вследствие влияния разных дополнительных факторов: при фонтанировании из поврежденных артерий, при встряхивании окровавленного предмета, при ранообразующем ударе тупым твердым предметом по коже в области с близко подлежащей костью или по окровавленной поверхности, в виде вторичных мелких брызг вокруг пятна, при значительном ударе (большая высота) свободно падающей капли о твердую поверхность.

Потеки - следы, образующиеся вследствие движения крови по наклонной поверхности.

Обнаружение и изъятие следов крови. Следы крови могут быть обнаружены на теле, одежде потерпевших и обвиняемых лиц: на орудиях преступления и различных

предметах, на месте происшествия.

При обнаружении этих следов нужно иметь в виду, что обычный красный цвет крови изменяется от ряда причин: времени, высыхания, действия света, воздуха, различных химических веществ и др. Поэтому следует обращать внимание на пятна, имеющие бурую, коричневую и даже серовато-зеленоватую окраску. Большое влияние на восприятие цвета оказывает фон: на светлоокрашенных предметах кровь кажется темной, такие же следы крови, но на вещах темного цвета, представляются более светлыми. Особенно затруднительно обнаружение крови на черных предметах, а также на предметах, имеющих окраску, близкую к цвету крови.

Следы крови могут умышленно уничтожаться, поэтому их следует искать в тех местах, откуда кровь труднее удалить, например, в швах одежды, в карманах, в углублениях и щелях пола, в затворах окон, на дверных ручках, в местах скрепления отдельных частей орудий, под мебелью, на кухне, в ванной, в уборной и прочих местах.

Кровь обнаруживается путем тщательного осмотра предметов невооруженным глазом и с помощью лупы. При выявлении следов на темных вещах лучше рассматривать их при солнечном свете или при косом искусственном освещении. Существенную помощь в отыскании следов крови оказывает освещение ультрафиолетовыми лучами. При этом пятна крови приобретают темно-коричневую окраску и бархатистый вид, но следует иметь в виду, что такую же окраску дают и другие вещества (например, ржавчина). При сильном разрушении гемоглобина образуется гематопорфирин, и тогда кровь под воздействие ультрафиолетовых лучей дает ярко-оранжевое свечение.

При обнаружении следов, внешне похожих на кровавые, без специального лабораторного исследования никогда нельзя утверждать, что они действительно произошли от крови. Эксперт, обнаружив пятно, внешне похожее на кровавое, может лишь говорить о пятне, подозрительном на кровь. Оно должно быть изъято и направлено для исследования.

Одежда, обувь, белье, ножи, топоры, молотки и другие не очень громоздкие предметы изымаются целиком. В случаях, когда вещество, подозрительное на кровь, находится на объектах, которые не могут быть пересланы вследствие различных причин (в основном громоздкие), производят выемку следов обязательно с незапятнанной частью предмета, на котором они расположены. В исключительных случаях, если подозрительные пятна находятся на предмете, из которого нельзя провести выемку (характер материала, ценность как произведения искусства и пр.), допускается соскабливание вещества пятен с последующим помещением соскоба в пакет из чистой бумаги или смывание его путем прикладывания в пятну чистой марли, смоченной водой. След, образующийся при этом на марле, высушивают при комнатной температуре и затем вместе с кусочком чистой марли (для контрольного исследования) направляют в лабораторию. При обнаружении крови на снегу необходимо снег в пределах пятна поместить на марлю, положенную, например, на тарелку или блюдце. При таянии снега кровь пропитывает марлю. Марлю высушивают при комнатной температуре и заворачивают в чистую бумагу. Не следует направлять снег с кровью в каком-либо сосуде, так как снег тает, кровь оказывает растворенной в жидкости, что приводит к быстрому ее загниванию и она становится непригодной для исследования. Кроме того, белки крови, находясь в жидкости, быстро разлагаются, и тогда исключается возможность видового определения крови. Так же поступают и с водой, в которой предполагается наличие крови.

Следы, подозрительные на кровь, тщательно оберегают от внешних воздействий: трения, попадания каких-либо веществ и прямых солнечных лучей. С этой целью части предметов, где располагаются следы, закрывают чистой бумагой или материей, которые пришивают, прикалывают или привязывают к предмету. Очерчивание пятен карандашом, мелом, чернилами не допускается.

Вещественные доказательства хранят в темном, сухом месте. Для пересылки упаковывают их с таким расчетом, что они не могли быть утеряны, подменены

заинтересованными лицами и чтобы на них не попали посторонние вещества. Каждый предмет в отдельности обвертывают чистой бумагой, перевязывают шпагатом и опечатывают сургучными печатями. Печати должны быть расположены так, чтобы шпагат нельзя было снять без нарушения целостности печатей. Затем пакеты помещают в фанерный или картонный ящик. При необходимости (хрупкие предметы или сосуды с жидкостью) на ящике делают пометы: "Осторожно", "Стекло", "Верх".

Вопросы, которые могут быть разрешены при СМЭ крови:

- имеется ли кровь на представленных вещественных доказательствах;
- принадлежит ли кровь человек или животному;
- какова половая и групповая принадлежность крови;
- могла ли кровь произойти от конкретного человека (потерпевшего, подозреваемого).

В некоторых случаях разрешают и другие вопросы: региональное происхождение крови, давность образования пятен крови, количество жидкой крови, образование пятна на предметах, происходит кровь или пятно крови от младенца или взрослого человека, от мужчины или женщины.

При отравлениях некоторыми ядами производят исследования крови для открытия специфических соединений гемоглобина крови (карбоксигемоглобин, метгемоглобин).

Установление крови на вещественных доказательствах. Исследование пятен, подозрительных на кровяные, начинается с установления наличия крови. Присутствие крови в пятне доказываемается открытием в них красящего вещества крови - гемоглобина и его производных.

Гемоглобин и его производные определяются спектральными исследованиями.

Спектральное исследование основано на способности растворов гемоглобина и его производных поглощать волны света определенной длины, т.е. образовывать спектры поглощения - темные полосы, вертикально расположенные на фоне видимого спектра. Характерные свойства спектра (количество, расположение, ширина, интенсивность полос поглощения) постоянны и специфичны для каждого производного гемоглобина.

Спектральный анализ производят спектроскопом при помощи микроспектральной насадки (АУ-16) и микроскопа. Спектр кровяного пигмента оксигемоглобина имеет две полосы поглощения в желто-зеленой части спектра между фраунгоферовыми линиями так называемыми кровяными ядами, когда образуются другие соединения гемоглобина, например при отравлении окисью углерода (карбоксигемоглобин), при отравлении бертолетовой солью (метагемоглобин).

Имея перед собой пятно, подозрительное на кровь, судебно-медицинский эксперт всегда оперирует двумя неизвестными: с одной стороны, содержится ли в исследуемом пятне кровь, с другой стороны, какое именно производное гемоглобина имеется в этом пятне (если оно окажется кровяным). Поэтому пятна подвергаются обработке с целью получения спектра гемохромогена.

На предметное стекло помещают соскоб из области пятна ли расщепленную ниточку материала, на которой оно находится. К ним добавляют каплю 33% раствора едкой щелочи (NaOH или KOH) и каплю восстановителя (многосернистого аммония, гидросульфита натрия и др.). Смесь накрывают покровным стеклом и подвергают микроскопии.

Если в пятне имеется кровь, то щелочь переводит красящее вещество в щелочной гематин, а восстановитель - восстановленный щелочной гематин или гемохромоген. Обнаружение спектра гемохромогена доказывает присутствие крови в пятне. Получение отрицательного результата требует продолжения микроспектрального исследования. Если кровь значительно изменена и красящее вещество перешло в гематопорфирин, то гемохромоген уже не может быть получен. Тогда к соскобу или ниточке из пятна, помещенным на предметное стекло, добавляют несколько капель концентрированной серной кислоты, накрывают покровным стеклом и подвергают исследованию. Если пятно

кровяного происхождения, то обнаруживается спектр гематопорфирина в виде двух полос поглощения в оранжево-желтой и желто-зеленой части спектра.

Образование гематопорфирина и получение его спектра доказывают наличие крови в пятне. Если спектры гемомхромогена и гематопорфирина не обнаружены, считается, что в данном пятне крови не обнаружено.

Установление вида крови. Для определения вида крови, т.е. ее принадлежности человеку или какому-либо виду животных, производят реакцию преципитации Чистовича-Уленгута.

Для проведения реакции преципитации используют набор преципитирующих сывороток (на белок человека, рогатого скота, свиньи, кошки, лошади, собаки, курицы).

Успех реакции во многом зависит от качества преципитирующих сывороток. Они должны быть специфичными (не должны давать выпадения осадков с чужеродными белками, взятыми в разведении 1:1000 в пределах одного часа), активными, прозрачными и иметь соломенно-желтый цвет. Преципитирующая сыворотка должна иметь титр 1:10000, т.е. когда при добавлении ее к нормальной гомологичной сыворотке, взятой в разведении 10000 раз, осадок выпадает в пределах 10 минут.

Вторым компонентом в реакции преципитации является вытяжка из пятна крови и вытяжка из предмета-носителя без крови. Извлечение белка крови производят стерильным физиологическим раствором хлористого натрия в течение от нескольких минут до 2-3 суток. Вытяжки также должны иметь бледно-соломенный цвет, быть прозрачными и содержать белка приблизительно 1:1000, что достигается разведением вытяжек физиологическим раствором под контролем капиллярной пробы с азотной кислотой. Готовую вытяжку наливают в пробирку с коническим дном, а затем осторожно пастеровской пипеткой сыворотку опускают на дно пробирки. В реакцию вводя не менее 3 сывороток, преципитирующих разные виды белка ввиду возможных неспецифических явлений. Реакцию наблюдают в течение 1 часа, т.е. в пределах специфичности сывороток.

Установление групповой и типовой принадлежности крови. Группу и тип крови устанавливают в следах крови на вещественных доказательствах, у живых лиц и у трупов. Эти исследования позволяют решать вопрос об индивидуальной принадлежности крови, что имеет экспертное и криминалистическое значение при насильственной смерти с наружным кровотечением (кровь обвиняемого или пострадавшего), исследовании трупов неизвестных, новорожденных младенцев, при экспертизах по поводу спорного отцовства и др.

При экспертизе трупа кровь следует брать из сердца или крупных сосудов стерильно. Образец крови должен быть в двух видах: в жидком состоянии (не менее 5-7 мл в стерильной посуде) и на марле оставляют чистые участки для контрольных исследований). Сосуд наполняют кровью до пробки, которая должна быть плотно пригнана и залита сургучом, воском. Кровь на марле надо высушивать в частом помещении при комнатной температуре без доступа солнечных лучей. Образец высушенной крови помещают в отдельный пакет из чистой бумаги с соответствующей надписью. Эти образцы немедленно направляют в судебно-медицинскую лабораторию.

Результаты определения группы и типа крови позволяют: исключить происхождение крови от определенного субъекта и предположить, что кровь может принадлежать данному лицу, но ее происхождение возможно и от других людей, кровь которых обладает такими же групповыми и типовыми свойствами.

Разделение людей на четыре группы по свойствам крови обусловлено обнаружением в крови особых веществ - антигенов, получивших обозначение А, В, О.

Агглютиногены содержатся в эритроцитах. В сыворотке крови содержатся антитела α (альфа) и β (бэта). Таким образом, группы крови получили следующие обозначения:

первая группа - 0 α β (I)

вторая группа - А β (II)

третья группа - В α (III)

четвертая группа - АВ(IV)

Дальнейшие исследования позволили обнаружить различия в основных группах. Установлены варианты свойств А: А1, А2, А3, А4, А5, а потом и варианты группы В. Были открыты антигены М и N, а затем резус-фактор.

К настоящему времени известны следующие серологические системы: АВ0, MN, P, Rh (резус), К (Келл), Ln (Ласерен), Le (Льюис), Fu (Даффи), JK (Кидд), Diego (Диего) и многие другие. Антигены этих систем могут дать огромное количество комбинаций. Кроме того, имеются и сывороточные группы или системы (гаптоглобин - Hp, гаммаглобулиновые - Gm, липопротеиновые - Ag и др.).

Выявление серологических систем открывает широкие перспективы и для судебно-медицинской практики, приближая к разрешению вопроса об индивидуальном происхождении крови.

В судебно-медицинских лабораториях определение группы жидкой крови производят двойным пробирочным методом по агглютинидам и агглютиногенам с применением центрифугирования и обязательной микроскопии. Стандартными иммунными сыворотками испытывают эритроциты исследуемой крови, а ее сыворотку - стандартными эритроцитами.

Группу крови в пятнах определяют также двойным методом по агглютинидам и агглютиногенам. для установления группы крови в пятнах применяемыми методами необходимы значительные размеры пятна. В очень маленьких пятнах для определения групповой принадлежности крови в настоящее время разрабатывают метод абсорбции-элюции и так называемый метод смешанной агглютинации. Типовые свойства определяют по агглютиногенам М и N с помощью стандартных гемагглютинирующих сывороток анти-М и анти-N.

За последние годы в некоторых растениях обнаружены вещества белковой природы, избирательно (специфически) агглютинирующие эритроциты крови человека в зависимости от наличия в них того или иного группового антигена. Эти вещества получили название **фитагглютининов**, или **лектинов**. Для обнаружения антигена O применяют фитоагглютинин анти-N, который получают из семян ракичника.

Определение групповых и типовых факторов крови применяют как метод экспертизы при рассмотрении дел о спорном отцовстве, материнстве и замене детей. Этот вид экспертизы основан на принципе наследования групповых и типовых свойств, позволяя исключить отцовство, материнство и происхождение ребенка от тех или иных родителей или установить соответствие крови детей и родителей. Отметив, однако, что оно может иметь место и у других лиц.

Помимо крови, групповые свойства имеются почти во всех тканях и органах человеческого организма. Однако их количественное содержание неодинаково. Больше содержится агглютиногенов в стенке желудка и далее следуют: подчелюстные железы, поджелудочная железа, желчный пузырь, почки и лимфатические узлы, печень, простата, легкие, селезенка, миокард, семенные пузырьки, жировая ткань, толстая кишка, яички.

По групповым агглютиногенам различают две группы: "выделители" (S) и "невыделители" (s). К первой группе - "выделителей" - относятся лица, у которых (в слюне, выделениях и др.) хорошо открываются групповые антигены, а ко второй группе - "невыделителей" - относятся лица, у которых групповые антигены в выделениях не открываются. Последующими исследованиями отечественных ученых доказано, что "невыделителей" нет. Установлено, что около 81% людей выделяют со слюной сравнительно большое количество групповых антигенов, около 13% - в меньшей степени (промежуточный тип) и около 5-6% людей содержат в слюне малое количество групповых веществ.

Эти данные имеют большое значение в судебно-медицинской практике при исследовании следов выделений, в частности спермы, пятен, слюны, пота, мочи.

Таким образом, следы крови играют важную роль в следственной практике, поскольку они часто являются следами происшествия или совершенного преступления. Вопросы, разрешаемые при экспертизе следов крови, определяются как обстоятельствами дела, так и экспертными возможностями.

Вопрос 3. Судебно-медицинская экспертиза спермы

В случаях изнасилования и некоторых других преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности одним из важных объектов судебно-медицинского лабораторного исследования является вагинальное содержимое потерпевшей, в котором требуется обнаружить сперматозоиды.

Образец спермы берет врач-уролог в лечебном учреждении на лоскут марли, сложенный в 2-3 слоя. Контроль – чистая марля.

Вопросы, которые могут быть разрешены при СМЭ спермы:

- имеется ли сперма на представленных вещественных доказательствах;
- какова групповая принадлежность спермы;
- могла ли сперма произойти от конкретного человека (подозреваемого, потерпевшего).

Вопрос о видовой принадлежности спермы ставится на разрешение только при подозрении на скотоложство.

В делах о половых преступлениях вещественными доказательствами являются следы спермы, которые могут быть обнаружены на теле и одежде потерпевших и обвиняемых лиц, а также на различных предметах на месте совершения преступления. Обнаружение следов спермы на вещественных доказательствах не всегда является легкой задачей и требует тщательного осмотра. Семенные пятна, образовавшиеся на светлых текстильных тканях, имеют сероватый или желтоватый цвет, наиболее интенсивный в периферических частях пятен. На темных тканях они представляются беловатыми. Характерными свойствами семенных пятен являются их извилистые, так называемые ландкартообразные, очертания и жестковатость, как бы накрахмаленность ткани, где образовалось пятно. На ворсистых тканях сперма подсыхает в виде блестящих беловатых корочек.

При освидетельствовании изнасилованных женщин семенная жидкость может быть найдена во влагалище. В таких случаях следует брать содержимое влагалища на тампоны. Во влагалище сперма сохраняется 2-3-5 дней.

Изъятие, сохранение, упаковку и пересылку вещественных доказательства со следами спермы производят так же, как и вещественных доказательств со следами крови. При экспертизе следов спермы разрешают следующие вопросы: имеется ли сперма на вещественных доказательствах, к какой группе относится и может ли происходить от определенного лица.

Для ориентировки, когда на ткани много различного рода пятен или когда они не выявляются при осмотре невооруженным глазом, используют освещение кварцевой лампой с целью выявления наиболее подозрительных на сперму следов. В ультрафиолетовых лучах пятна спермы флюоресцируют голубоватым светом. Но надо помнить, что такое же свечение дают и некоторые другие вещества. Для установления спермы могут применяться предварительные, ориентировочные микрокристаллические реакции (проба Флоранса) и доказательные - обнаружение сперматозоидов.

Ниточку ткани из пятна или соскоб помещают на предметное стекло, добавляют каплю слабого раствора аммиака и в ней осторожно расщепляют ниточку, а затем окрашивают кислым фуксином, эритрозином и другим красителями. Препарат исследуют под микроскопом при увеличении в 600-700 раз. Поиски сперматозоидов должны быть тщательными и повторены на большой серии препаратов. Сперматозоиды имеют характерное строение: головку, шейку и длинный хвостик. Доказательным является обнаружение хотя бы одного целого сперматозоида. Обнаружение отдельных частей

сперматозоидов не принимается во внимание, так как их могут симулировать случайные примеси.

Вид белка в пятне спермы в случае необходимости может быть определен при помощи реакции преципитации Чистовича-Уленгута, а также при микроскопическом изучении. Сперматозоиды человека очень характерны и резко отличаются от сперматозоидов ряда животных.

Сперма, как и другие жидкости организма, обладает групповыми свойствами, причем группа спермы каждого индивида соответствует группе его крови. Агглютиногены А и В в семенной жидкости чаще имеют более высокий титр, чем в крови. Однако у некоторых людей групповые факторы в сперме и других выделениях бывают выражены слабо, что необходимо учитывать при оценке полученных результатов.

При экспертизе групповой принадлежности спермы производят определение групп крови потерпевшей и обвиняемого (в жидком и высушенном состоянии, выявление степени "выделительства" агглютиногенов подозреваемого и потерпевшей путем исследования их слюны, высушенной на марле, а у слабых "выделителей" - исследование и образца спермы обвиняемого, а затем установление групповой принадлежности спермы в следах на вещественных доказательствах.

Установление групповой принадлежности позволяет как исключить происхождение в жидком состоянии для разрешения вопроса о способности к оплодотворению. Основная цель исследования жидкой спермы заключается в доказательстве наличия или отсутствия живых и хорошо подвижных сперматозоидов. При этом у эксперта должна быть полная уверенность в том, что испытуемая жидкость является спермой и к ней не добавлены различные вещества, вызывающие гибель сперматозоидов. Поэтому лучше получать семенную жидкость в лаборатории.

Вопрос 4. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВОЛОС

Волосы обнаруживаются на месте происшествия на отдельных предметах, на орудиях преступления, на руках и одежде жертвы, на одежде преступника, а при половых преступлениях - на белье и в других местах. Обнаружение волос нередко сопряжено с большими затруднениями, особенно если их мало и они по цвету совпадают с окраской предмета, на котором они находятся.

Волосы осматриваются, отмечают свойства и особенности волоса (цвет, загрязнение и т.д.) и место нахождения. Каждый волос или пучок снимают пальцами или пинцетом с резиновыми наконечниками и вкладывают в отдельные пакеты или конверты делают соответствующие надписи. Конверты или пакеты прошивают таким образом, чтобы волосы не были повреждены, концы ниток опечатываются на отдельном куске картона сургучной печатью следственных органов.

Для разрешения вопроса о возможности происхождения волос от определенного лица для сравнения исследуют волосы с головы или других частей тела (в зависимости от существа дела) потерпевших и обвиняемых лиц, волосы с головы должны быть взяты не менее чем с пяти областей: лобной, теменной, затылочной, правой и левой височных, а также из участков повреждений. У живых лиц волосы срезают ножницами близко к коже, у трупов волосы также срезают или выдергивают. Каждый образец помещают в отдельный пакет с соответствующей надписью. Все пакеты с волосами складывают в один большой пакет, органы следствия пересылают его в судебно-биологическую лабораторию.

При исследовании волос могут быть разрешены следующие вопросы: являются ли присланные объекты волосами, кому принадлежит волос - человеку или животному, если животному, то по возможности установить, какому именно, если человеку, то с какой части тела волосы происходят и не обнаруживают ли сходства с волосами подозреваемого или потерпевшего, вырваны они или выпали, нет ли признаков повреждений волос, не подвергались ли искусственной окраске и т.п.

Исследование волос начинается с макроскопического осмотра при естественном

дневном освещении. При этом устанавливается форма, длина, цвет и другие особенности. Микроскопическое исследование проводят сначала без реактивов, а после просветления в ксилоле; при микроскопическом исследовании измеряют толщину волоса, изучают свойства пигмента, его характер, расположение. Для изучения кутикулы волос делают негативные отпечатки, а для изучения формы, характера и расположения пигмента производят исследование поперечных срезов.

По внешнему виду волосы могут быть похожи на растительные и искусственные волокна: искусственный шелк, шерсть, лен, хлопок и др. Дифференцировку проводят на основании строения волос.

В волосе различают три слоя: кутикулу, корковый слой и сердцевину. Наружный слой - кутикула - состоит из отдельных клеток, которые частично покрывают друг друга и расположены наподобие черепицы, вследствие этого оптический край волос кажется зазубренным.

Под кутикулой расположен корковый слой, состоящий из вытянутых по длине волоса клеток, в которых располагается пигмент.

Центральная часть волоса называется сердцевиной. В волосах человека она может быть прерывистой или отсутствовать.

Принадлежность волоса человеку или животному определяется по разнице строения волос человека и животных. В волосах человека кутикула представляется в виде плотно прилегающих друг к другу безъядерных ороговевших клеток в виде мелких тонких чешуек, а у животных клетки кутикулы крупные, иногда своеобразной формы. Рисунок кутикулы различен в волосах разных людей и неодинаков на протяжении волоса. В корковой части линии рисунка кутикулы обычно мало волнисты и незначительно зазубрены. По мере приближения к периферическому концу волнистость и зазубренность возрастают. Зубчатость контуров волос мелкая, плохо различима, в то время как у животных она чаще всего крупная и хорошо заметна.

Корковое вещество в волосах человека составляет основную массу волоса, пигмент расположен главным образом в периферической части коркового слоя. В волосах животных корковое вещество тонкое, основную массу составляет сердцевина, а расположение пигмента преимущественно центральное.

Сердцевина волос человека узкая, толщина ее относится к общей толщине волоса как 1:10 - 3,5:10, реже как 5:10. многократно прерывается, часто имеет вид отдельных островков, неравномерна по толщине, образует на протяжении волоса сужения и расширения.

Мелкие клетки сердцевины тесно расположены в несколько рядов. При микроскопическом исследовании невозможно различить определенную структуру. В волосах животных клетки сердцевины соединены между собой по определенной системе, иногда разделены межклеточным веществом, довольно крупны, поверхность их, обращенная к корковому слою, имеет различную форму и величину. Сердцевина широкая, отношение ее к общей толщине волоса - от 5:10 до 9:10, в большинстве случаев представлена в виде непрерывного тяжа, проходящего по всей длине волоса, исключая корневой конец и верхушку. Она равномерно по толщине.

При дифференциальной диагностике принадлежности волоса человеку или животному учитывают также форму, длину, толщину и особенности свободных концов волоса.

Если установлено, что волос принадлежит животному, то необходимо определить - какому именно.

Для определения, какой части тела человека принадлежат исследуемые волосы, принимают во внимание форму, длину, толщину, характер свободных концов, форму поперечных срезов и различные особенности, обусловленные локализацией волос. Толщина волос на различных частях тела неодинакова. Волосы бороды, усов, бакенбард - наиболее толстые (0,14-0,16 мм), на голове они тоньше (обычно не превышают 0,10 мм),

самые тонкие - пушковые (около 0,02 мм).

Форма поперечного сечения волос в некоторой степени характеризует их локализацию. Волосы головы на поперечном сечении имеют круглую или овальную форму, бороды и усов - неправильно треугольную, четырехугольную, многоугольную, лобка - почкообразную или удлинненно-овальную.

К числу особенностей, характеризующих область, из которой произошли волосы, относятся: зашлифованность периферического конца волос на частях тела, прикрытых одеждой, отложение солей и внедрение грибков и микробов в кутикулу, что чаще наблюдается в волосах из подмышечной впадины и промежности, следы искусственной окраски и завивки в волосах головы.

Свободные периферические концы длинных волос часто под влиянием расчесывания расщепляются, образуя "метелочку". У волос, которые не подвергаются стрижке, концы бывают игловидно истончены. У недавно стриженных волос поверхность среза имеет неровности, зазубренности, с течением времени эти неровности сглаживаются, край постепенно закругляется, что может быть использовано для приблизительного суждения о давности стрижки.

Установление регионального происхождения волос возможно только по совокупности всех данных, а не по одному какому-либо признаку.

Вопрос об искусственной окраске волос может иметь особое значение при опознании личности и при исследовании волос для установления их принадлежности определенному человеку. Искусственное окрашивание выявляется по несоответствию цвета волос и содержащегося в них пигмента, по неравномерности окраски на их протяжении и различию в цвете корневой части волоса с остальной его частью.

Волосы человека могут выпадать сами по себе, так как ограничена их жизнеспособность, например, для волос головы такой срок составляет 2-4 года. У выпадающего волоса луковица становится сухой, сморщенной, лишается пигмента. Она отделяется от волосяного сосочка, нарушается связь с волосяным влагалищем, и волос выпадает. Часть волоса, находящегося в коже, окружена особым влагалищем. Если волос вырывается, то при микроскопическом исследовании луковица будет сочная, богатая пигментом, а иногда видны и обрывки волосяного влагалища.

Различные внешние воздействия вызывают на волосах различные повреждения. От тупых орудий волос раздавливается, расщепляется, при обрыве быстрым движением волос имеет ровную поверхность отделения. От действия высокой температуры волос становится толстым, вздувается, в отдельных местах появляются пузырьки воздуха, волос светлеет, а затем бурет, чернеет и скручивается.

Определение принадлежности волос тому или иному лицу имеет существенное значение. Для этой цели обнаруженные волосы подвергают макро- и микроскопическому исследованию и изучают их строение, форму, длину, толщину, характер и расположение пигмента, особенности периферических концов, повреждения, форму поперечных срезов. Полученные результаты сравнивают с данными о характеристике образцов волос подозреваемого и потерпевшего, что позволяет установить только сходство или несходство волос, но не их тождество.

В волосах также имеются групповые агглютиногены. Определение групповых свойств волос является важным дополнением к микроскопическому исследованию при решении вопроса об их сходстве. Принцип определения групповых свойств волос не отличается от методов определения группы крови, выделений и тканей. Необходима лишь их предварительная обработка (механическая, химическая, ультразвуком).

Таким образом, волосы в качестве вещественных доказательств фигурируют в делах об убийствах, изнасилованиях, нанесении телесных повреждений, кражах, хищениях животных и т.д. в зависимости от характера и особенностей преступления волосы могут быть обнаружены на одежде и теле потерпевшего и подозреваемого, на орудиях преступления и других предметах.

Исследование других выделений и тканей

Кроме крови, спермы и волос, в судебно-медицинской практике встречается необходимость исследования слюны, пота мочи, мекония, кала, околоплодных вод, молока, молозива. Для обнаружения этих следов применяют макроскопический осмотр - невооруженным глазом и с помощью лупы, а также исследование в ультрафиолетовых лучах.

Слюна. Присутствие слюны приходится устанавливать, например, при решении вопроса, не был ли использован тот или иной предмет в качестве кляпа, не обнаруживается ли она на конвертах по краю клапана, на марках и др. Для доказательства присутствия слюны в пятнах используют содержание в ней амилазы (птиалина). При установлении групповой принадлежности слюны следует учитывать неодинаковую степень "выделительства".

Пот. В исследовании пота возникает необходимость при решении вопроса о принадлежности определенному лицу того или иного предмета, обнаруженного на месте происшествия. Наличие пота доказывается по аминокислоте - серину, которого много содержится в поте, меньше в крови и моче. Группа пота устанавливается по выявлению агглютиногенов изосерологической системы А, В, 0.

Моча. В практике следственных органов встречается необходимость выяснить, не происходят ли пятна от мочи. Наличие мочи устанавливается по ангидриду метилгуанидино-уксусной кислоты - креатинину, который в значительно меньших количествах содержится также в поте, крови и пр. Методика определения группы мочи несколько изменена, так как обычный метод абсорбции не применим ввиду гемолиза в этих случаях стандартных эритроцитов. О групповой принадлежности пятен мочи и о возможности происхождения их от определенного лица следует судить на основании данных всех исследований с учетом степени "выделительства" подозреваемого лица.

Исследование костей. Объектами исследования бывают обычно мелкие отломки костей. Видовое определение их производят на основании гистологического исследования и реакцией преципитации Чистовича-Уленгута, а групповое - по групповым агглютиногенам.

Ткани. Обнаруженные в виде отдельных кусочков на орудиях преступления, на автомашинах и других предметах ткани подвергают судебно-гистологическому исследованию для определения, из какого органа произошли эти кусочки ткани. Производят также определение их видовой и групповой принадлежности.

Исследование кала производят микроскопически для обнаружения пищевых остатков (мышечные волокна, растительная клетчатка, кутикулярные образования, жир, кристаллы фосфорнокислой аммиак-магнезии, желчные пигменты, клетки слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и др.).

Тема № 8

« Организационные и правовые основы судебно-медицинской экспертизы в Казахстане »

Цель лекции: изложить процессуальный порядок назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы, теоретических основ судебной медицины.

План лекции:

1. Использование судебно-медицинских знаний для раскрытия и расследования преступлений.
2. Судебно-медицинская экспертиза на предварительном следствии, в судебном следствии, оперативно-розыскной деятельности.
3. Права и обязанности судебно-медицинских экспертов.

Судебная медицина, является наукой, обслуживающей правовую деятельность, должна работать в строгих правовых рамках. Только в этом случае результаты ее деятельности могут быть эффективно использованы для решения задач, возникающих в процессе осуществления уголовного и гражданского правосудия.

Вопрос 1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ И РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

К процессуальным формам работы судебных медиков относятся: привлечение в качестве эксперта по уголовному делу и привлечение в качестве специалиста. Процессуальные формы участия судебного медика в работе правоохранительных органов по раскрытию и расследованию преступлений могут использоваться только при возбужденном уголовном деле (за исключением осмотра трупа на месте его обнаружения).

Внепроцессуальная деятельность судебного медика по своей сути может полностью повторять процессуальную (исследование трупов, живых лиц, материальных объектов, документов, анализ вербальной информации), но отличается она тем, что осуществляется вне рамок уголовного дела или в ходе него, но без соответствующего процессуального оформления. Главными потребителями результатов судебно-медицинской работы являются: дознание, следствие, суд, субъекты оперативно-розыскной деятельности.

Методы исследования в судебной медицине. В судебной медицине широко используются методы, применяемые и в других отраслях медицины. Так, при экспертизе живых лиц широко применяется опрос, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования, имеющие распространение в различных клинических специальностях.

Кроме того, в медицине разрабатываются специальные методы исследования. Так, например, разработаны методы определения видового, группового, полового и регионального происхождения крови, а также осмотра предметов в ультрафиолетовых для обнаружения лучах следов спермы, микроскопическое исследование различных морфологических признаков волос, цитологические исследования изолированных клеток, частиц органов и тканей и многие другие методы.

Освидетельствование. Статья 179 УПК РФ предусматривает освидетельствование, которое является процессуальным действием, представляющим собой вид судебно-следственного осмотра. Следователю предоставлено право освидетельствования подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, а также свидетеля с его согласия, за исключением случаев, когда освидетельствование необходимо для оценки достоверности его показаний. Освидетельствование производится самим следователем по различным поводам, например, для установления на теле человека особых примет (татуировок определенного содержания, рубцов, родимых пятен), следов преступления, телесных

повреждений, выявления состояния опьянения или иных свойств и признаков, имеющих значение для уголовного дела, если для этого не требуется производство судебно-медицинской экспертизы. Освидетельствование производится в присутствии понятых, а в некоторых случаях с участием врача. Если освидетельствование сопровождается обнажением свидетельствуемого лица, то следователь и понятые должны быть того же пола.

Экспертиза. Доказательствами по уголовному делу являются любые сведения, на основе которых суд, прокурор, следователь, дознаватель в порядке, определенном УПК РФ, устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела. В качестве доказательств допускаются: показания подозреваемого, обвиняемого; показания потерпевшего, свидетеля; заключение и показания эксперта; вещественные доказательства; протоколы следственных и судебных действий; иные документы (ст.74 УПК РФ).

Экспертиза назначается в случаях, когда при дознании, предварительном следствии и судебном разбирательстве необходимы специальные знания в науке, технике, искусстве или ремесле. Экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений или иными специалистами. В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения (ст.57 УПК РФ).

Применение медицинских знаний для решения вопросов, возникающих в практической деятельности органов дознания, следствия, прокуратуры и суда, называют судебно-медицинской экспертизой.

Вывод по 1 вопросу. Судебно-медицинская практика заключается в исследовании объектов судебно-медицинской экспертизы, которыми являются живые лица, трупы, вещественные доказательства биологического происхождения, материалы уголовных и гражданских дел.

Вопрос 2. СУДЕБНО – МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМ СЛЕДСТВИИ

Судебно-медицинская экспертиза это процессуальное действие, проводимое в установленных законом рамках, направленное на исследование трупов, живых лиц, вещественных доказательств и иных материальных объектов, а также материалов дел. Она проводится по поручению органов дознания, следствия и суда лицами, сведущими в судебной медицине. Судебно-медицинская экспертиза (как впрочем и другие виды экспертиз) является средством доказывания, но отличается от других доказательств своей процессуальной формой. Отличие состоит в том, что факты по делу устанавливаются не субъектом доказывания, а иным лицом, обладающим специальными познаниями.

Законодательно для судебных медиков предусмотрено две формы участия в правоохранительной деятельности в качестве эксперта и в качестве специалиста.

Экспертом судебный медик является при проведении экспертиз или некоторых иных следственных действий, напрямую связанных с проведением экспертизы.

Порядок назначения судебно-медицинской экспертизы, как и остальных экспертиз, регламентирован ст. 184 УПК РФ. Собственно назначение экспертизы начинается с составления постановления о назначении экспертизы. Однако для назначения экспертизы должны существовать объективные основания, которые и являются пусковым моментом назначения экспертизы. В отличие от большинства других видов экспертиз, проводимых только тогда, когда в них возникает необходимость и их проведение в определенный момент тактически целесообразно и возможно, судебно-медицинская экспертиза в обозначенных законом ситуациях обязательна.

В статье 79 УПК РФ указано, что проведение экспертизы обязательно:

- 1) для установления причины смерти и характера телесных повреждений;
- 2) для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого во всех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости и способности к

моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими;

3) для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела. А давать о них правильные показания;

4) Для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Естественно, законодательное положение об обязательном назначении экспертизы не исключает права назначения экспертизы еще и тогда, когда это целесообразно и необходимо по делу.

Экспертиза как процессуальное действие назначается только после возбуждения уголовного дела. Однако на практике исследование трупов или живых лиц зачастую осуществляется судебными медиками до возбуждения уголовного дела на основании письменного предложения органов дознания.

В таких случаях действие судебно-медицинского эксперта экспертизой не является, а по результатам исследования оформляется «Акт судебно-медицинского исследования (освидетельствования)». В связи с тем, что исследование трупа или освидетельствование живого лица действие, не терпящее отлагательства, судебные медики проводят их по письменному отношению. Однако, если до окончательного оформления выходных документов по исследованию возбуждается уголовное дело и выносится постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, то судебно-медицинский эксперт оформляет уже проведенное исследование как экспертизу и соответственно выходным его документом явится «Заключение эксперта». Это одна из практических особенностей проведения судебно-медицинских экспертиз, хотя и не совсем корректная с точки зрения процессуального закона.

Подготовка материалов на экспертизу следующий этап действий инициатора назначения экспертизы. К материалам, направляемым на экспертизу, относятся исследуемые объекты в виде физических предметов или материалы дела, содержащие определенную информацию, а также образцы для сравнительного исследования, если таковые необходимы. Все объекты, направляемые на судебно-медицинскую экспертизу, должны быть оформлены в качестве вещественных доказательств специальным протоколом либо в соответствии со ст. ст. 83 и 84 УПК РФ.

Образцы для сравнительного исследования это материальные объекты, направляемые эксперту для сравнения с объектами его исследований (вещественными доказательствами). Получение их регламентировано ст. 186 УПК РФ. Об изъятии образцов составляется протокол с соблюдением требований ст.ст. 141 и 142 УПК РФ.

Объекты судебно-медицинского исследования и образцы чаще всего являются биологическими веществами и поэтому требуют особого обращения. Поэтому существуют определенные правила их обнаружения, фиксации, изъятия, упаковки, хранения и транспортировки. Эти положения будут изложены в соответствующих главах учебника.

Экспертиза назначается в конкретное судебно-медицинское экспертное учреждение. Поэтому выбор эксперта осуществляется руководителем данного учреждения. Однако законом не запрещается назначить судебно-медицинскую экспертизу конкретному эксперту, работающему в экспертном учреждении или иному (ст. 189 УПК РФ). При этом ст. 78 УПК РФ указывается, что руководитель учреждения, в котором работает лицо, назначенное в качестве эксперта по делу, не вправе препятствовать выполнению этого поручения.

Выбор эксперта должен определяться несколькими факторами, среди которых основные объективность и компетентность. По закону, для отвода эксперта не требуется даже достоверно установленных фактов необъективности или некомпетентности. Достаточно обоснованного предположения этого.

Независимо от того, выполняется ли экспертиза в экспертном учреждении или самостоятельным экспертом, на следователе лежит обязанность проверить наличие обстоятельств, могущих повлечь отвод судебно-медицинского эксперта.

Уголовно-процессуальным кодексом РФ предусмотрено, что эксперт может получить отвод от участия в деле вследствие следующих обстоятельств, указанных в статьях: ст. 23 если он лично, прямо или косвенно, заинтересован в этом деле, ст. 67 если он находился или находится в служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика:

если он производил по данному делу ревизию, материалы которой послужили основанием к возбуждению уголовного дела или участвовал в специальном (служебном) расследовании по фактам, фигурирующим в деле;

в случаях, когда обнаружилась его некомпетентность (ст. 59) если он является потерпевшим, гражданским истцом, (отсыпка гражданским ответчиком, свидетелем, а также если он участвовал в данном деле в качестве законного представителя обвиняемого, представителя потерпевшего гражданского истца или гражданского ответчика;

если он является родственником потерпевшего, гражданского истца, гражданского ответчика, или их представителей, родственником обвиняемого или его законного представителя, родственником обвинителя, защитника, следователя или лица, производившего дознание.

Законодатель особо подчеркнул, что судебно-медицинский эксперт, ранее принимавший участие в деле в качестве специалиста или эксперта, на этом основании не может быть отведен от производства экспертизы. Такое положение является одной из значительных процессуальных особенностей статуса судебно-медицинского эксперта в сравнении с другими экспертами. Определение компетентности судебно-медицинских экспертов, как правило, на практике не осуществляется лицом, назначающим экспертизу, а решается руководителем экспертного учреждения. Инициатор проведения экспертного исследования не обладает достаточным уровнем знаний, необходимым для этого. Хотя в принципе он может ориентироваться по формальным данным, например таким, как стаж работы эксперта и его специализация. Самое лучшее, если инициатор экспертизы обладает хорошим личным опытом общения с экспертами, обслуживающими территорию правоохранительного органа.

Компетентность или некомпетентность эксперта чаще всего выявляется на стадии оценки экспертного заключения. В этом случае, если экспертное заключение по своему уровню не удовлетворяет запросам следствия или суда, возможно назначение повторной экспертизы. А в случаях, когда от одного и того же эксперта постоянно исходят экспертные заключения низкого уровня, следствие или суд вправе потребовать от руководства экспертного учреждения отстранения некомпетентного эксперта от выполнения экспертиз. Судебно-медицинский эксперт, привлеченный к выполнению экспертизы, становится обладателем вполне определенных прав и обязанностей. В правоотношениях, возникающих между органами-инициаторами судебно-медицинских экспертиз и экспертами, наиболее существенным является право указанных органов требовать от эксперта производства исследования и предоставления обоснованного заключения по поставленным перед ним вопросам и соответствующая обязанность эксперта провести исследование и представить заключение.

Из этой основополагающей обязанности вытекают еще несколько. В соответствии со ст. 82 УПК РФ они заключаются в следующем:

- 1) эксперт обязан являться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда и исследовать доказательства, относящиеся к предмету экспертизы;
- 2) эксперт обязан произвести такие исследования, которые в достаточной степени обосновали бы экспертные выводы;
- 3) эксперт обязан производить исследования в присутствии инициаторов

экспертизы, если они сочтут это необходимым:

4) эксперт обязан разъяснять и дополнять свое заключение на допросе у следователя и в суде.

Для выполнения своих обязанностей эксперт обладает правами, изложенными в ст. 82 УПК РФ.

Вопрос 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СУДЕБНО – МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ

Судебно-медицинский эксперт имеет право:

1) знакомиться с материалами дела, необходимыми для дачи заключения;

2) отказаться от составления заключения по мотивам недостаточности материалов, представленных на экспертизу. Об этом он уведомляет в письменной форме орган, назначивший экспертизу;

3) ходатайствовать о получении дополнительных материалов, необходимых для работы;

4) отказаться от выполнения экспертизы по причине некомпетентности в той отрасли судебной медицины, которая необходима для решения поставленных вопросов, а также по причине отсутствия научно обоснованной методики или технической возможности.

По поводу четвертого положения необходимо отметить, что в судебно-медицинских экспертных учреждениях республиканского, краевого и областного уровня и на более высоком уровне имеются специалисты по всем основным направлениям судебной медицины, соответственно руководитель судебно-медицинского учреждения может организовать решение любого вопроса, находящегося в пределах судебно-медицинской компетенции. В практической деятельности инициаторам назначения экспертизы могут встретиться случаи, когда методика какого-либо интересующего их исследования в принципе существует, например метод генотипоскопии («генной дактилоскопии»), но в обслуживаемом их экспертном учреждении его применение не организовано в силу каких-то объективных причин. В этом случае у судебных медиков можно получить консультации о том, где и кем такие исследования проводятся, и назначить экспертизу туда.

5) обжаловать перед прокурором действия дознавателя или следователя по назначению и проведению экспертизы в порядке, предусмотренном ст.ст. 218, 219, 220 УПК РФ;

б) при даче заключения и показаний пользоваться родным языком и знакомиться с материалами дела через переводчика (ст. 17 УПК РФ);

7) получать вознаграждение за выполнение обязанностей судебно-медицинского эксперта, кроме тех случаев, когда эти обязанности выполнялись в порядке служебного задания;

8) получать возмещение понесенных им расходов по явке к месту производства следствия или в суд (ст. 106 УПК РФ). При проведении экспертиз комиссией экспертов каждый из судебно-медицинских экспертов сохраняет полную процессуальную самостоятельность. Эксперты имеют право совещаться в процессе проведения исследований. Если эксперты пришли к общему заключению, то оно подписывается всеми экспертами. При несогласии одного из них с какими-то отдельными положениями он излагает свое особое мнение и подписывается под ним.

При значительных разногласиях каждый эксперт делает свое собственное заключение (ст. 80 УПК РФ).

На основе законодательных актов формулируются ведомственные судебно-медицинские инструкции, которые вносят некоторые дополнения в права и обязанности судебно-медицинских экспертов в соответствии с занимаемой ими должностью.

Врач судебно - медицинский эксперт должен знать:

- механизм образования и морфологические особенности повреждений при отдельных видах автомобильного, рельсового, авиационного, мотоциклетного, тракторного травматизма, классификации и дифференциальную диагностику повреждений при отдельных видах транспортной травмы между собой и другими травмами;

- механо- и морфогенез повреждений от воздействия твердыми тупыми предметами (мягких покровов, костей, внутренних органов, кровеносных сосудов и нервов);

- механизм образования и морфологические особенности повреждений, возникающих при занятии некоторыми видами спорта;

- механизм, условия образования, классификации и морфологические особенности повреждений при падении с высоты и из положения стоя;

- промышленный и сельскохозяйственный травматизм, его классификацию, особенности и морфологические проявления;

- классификацию, механизм и морфологические признаки повреждений, причиненных острыми предметами (режущими, колюще - режущими, рубящими, пилящими) и их дифференциальную диагностику;

- механизм выстрела и факторы, обуславливающие его; морфологическую характеристику пулевых и дробных огнестрельных повреждений, причиненных холостыми выстрелами, атипичными снарядами из атипичного оружия и от взрывов;

- клинические и патофизиологические проявления, патоморфологические изменения тканей и органов при поражениях техническим и атмосферным электричеством, местном и общем действии низкой и высокой температуры, воздействии лучистой энергии, резких изменений внешнего давления, при нарушениях внешнего дыхания, вызываемого механическими препятствиями (странгуляции, обтурации, компрессии груди и живота и утоплении);

- действие ядовитых веществ на организм, классификацию ядов, патогенез, клинику, патоморфологические изменения в тканях и органах, танатогенез при различных отравлениях, а также их судебно - медицинскую диагностику;

- причины и генез скоропостижной смерти взрослых и детей при различных заболеваниях (головного мозга, сердца и сосудов, мочеполовой системы и др.);

- критерии новорожденности, доношенности, продолжительности внутриутробной жизни, жизнеспособности, живорожденности, причины смерти в ante-, интра-, постнатальном периодах, особенности исследования трупов младенцев;

- методы определения регионального происхождения крови и способы дифференциации крови плода и взрослого человека;

- закономерности исследования антигенов эритроцитов, сывороточных и ферментных систем крови, а также явления выделительства антигенов;

- морфологическую, биохимическую и антигенную структуру волос человека и некоторых животных, методы исследования волос;

- морфологическую, биохимическую и антигенную структуру спермы и других выделений человека, методы их исследования;

- категории выделительства и способы их определения у живых лиц и трупа;

- методы определения видовой, групповой, половой и органно - тканевой принадлежности микробиологических биологического происхождения.

Врач судебно - медицинский эксперт должен уметь:

- провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;

- установить причину смерти;

- провести судебно - медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;

- определить степень тяжести телесных повреждений;

- установить причинно - следственную связь между повреждением и

неблагоприятным исходом;

- провести судебно - медицинскую экспертизу при половых преступлениях;
- организовать судебно - медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно - медицинской экспертизы на лабораторные исследования);
- провести судебно - медицинскую экспертизу отцовства, материнства и замены детей;
- зарисовать повреждения на контурные схемы;
- дать графическое изображение переломов костей;
- измерить повреждения и следы и обработать результаты;
- исследовать повреждения и следы с помощью оптических средств, описать результаты;
- выполнить туалет и реставрацию трупа;
- подготовить кисть для дактилоскопирования;
- провести микроскопическое, макроскопическое и серологическое исследование волос и сравнительный анализ;
- выявить следы биологического происхождения на вещественных доказательствах, изъять их и направить на исследование;
- исследовать на наличие крови в пятнах, на видовую, групповую, типовую и половую их специфичность;
- исследовать на наличие, вид, групповую и половую принадлежность выделений, установить категорию выделительства;
- выполнить фотографирование места происшествия, потерпевшего или трупа, микро и макропрепаратов.

Следующим этапом назначения судебно-медицинской экспертизы является собственно составление постановления. В этом документе кратко описываются обстоятельства дела, вызвавшие необходимость назначения экспертизы, перечисляются объекты, предоставляемые для исследования, и образцы для сравнения (если таковые имеются), сообщаются сведения, имеющие отношение к предмету экспертизы, которые могут иметь значение для выводов эксперта. Формулируются конкретные вопросы, требующие экспертного разрешения. При большом количестве объектов, образцов и вопросов, требующих разрешения, их необходимо разбить на группы.

Практика показывает, что в стандартных ситуациях у опытных следователей не возникает проблем с оформлением постановлений. При нестандартных же объектах, вопросах и обстоятельствах дела проблемы с грамотным оформлением постановления имеются. В таких случаях необходимо прибегать к консультациям специалистов судебных медиков для грамотного составления постановления.

После вынесения постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы оно должно быть предъявлено обвиняемому, а при необходимости и другим участникам предварительного следствия. Они вправе ходатайствовать об отводе эксперта, назначении определенного эксперта, ставить дополнительные вопросы перед экспертом, присутствовать с разрешения следователя при производстве исследований и давать объяснения. Следователь обязан рассмотреть эти ходатайства и либо удовлетворить их, либо отвергнуть. В последнем случае выносится постановление, которое объявляется обвиняемому (ст. 185 УПК РФ).

После ознакомления обвиняемого с постановлением о назначении судебно-медицинской экспертизы и разъяснения ему прав, предусмотренных ст. 185 УПК РФ, следователь составляет об этом протокол с соблюдением соответствующих норм.

При проведении экспертизы в экспертном учреждении следователь направляет постановление руководителю учреждения вместе с объектами и образцами, если таковые не были направлены ранее. Руководитель экспертного учреждения по поручению следователя в соответствии со ст. 187 УПК РФ поручает ее проведение экспертам своего

учреждения, разъясняя им права и обязанности эксперта (указаны выше) и предупреждает об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, отказ и уклонение от дачи заключения по ст. ст. 181, 182 УК РФ, о чем берет у них подписку.

В УК РФ аналогичная ответственность определяется ст. 307 «Заведомо ложное показание, заключение эксперта или неправильный перевод», ответственность за отказ и уклонение от дачи заключения в УК РФ не предусмотрена.

Если экспертиза проводится не в экспертном учреждении, то в соответствии со ст. 189 УПК РФ указанные выше действия следователь выполняет сам, отметка об этом делается в постановлении о назначении экспертизы.

Уголовным законодательством предусмотрена ответственность за разглашение данных предварительного следствия или дознания (ст. 184 УК). Эксперт может быть подвергнут наказанию по этой статье, если разгласит данные по делу, с которыми он вправе знакомиться в ходе работы по экспертизе. В УК РФ имеется аналогичная статья 310 «Разглашение данных предварительного расследования».

Согласно ст. 190 УПК РФ следователь вправе присутствовать при производстве любой судебно-медицинской экспертизы, за исключением случаев, когда производится освидетельствование лиц другого, нежели следователь, пола, сопровождающееся обнажением тела свидетельствуемого. Практика показывает, что следователи редко используют это право. Действительно, при проведении лабораторных исследований присутствие следователя, как правило, не имеет смысла. Но при исследовании трупа в морге в некоторых случаях участие следователя очень важно.

Следователь, проводящий расследование, владеет информацией по делу гораздо в большем объеме, чем эксперт, производящий вскрытие. Присутствуя на вскрытии, следователь может активно участвовать в процессе установления причины смерти, давности наступления смерти и иных обстоятельств, его интересующих. Он может обратить внимание эксперта на какие-то важные детали и попросить его более внимательно исследовать отдельные органы и ткани, повреждения и иные особенности, тем самым получить важную для дела информацию.

По результатам исследования эксперт составляет документ, который называется «Заключение эксперта». Содержание заключения эксперта регламентируется ст. 191 УПК РФ. Согласно ей в заключении должно быть указано, когда, кем (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, ученая степень и звание, занимаемая должность), на каком основании была проведена экспертиза, кто присутствовал при производстве экспертизы, какие материалы эксперт использовал, какие исследования произвел, какие вопросы были поставлены эксперту и его мотивированные ответы. Очень важно отметить, применительно к судебно-медицинской экспертизе, что эксперт при обнаружении обстоятельств, имеющих значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, вправе указать на эти обстоятельства в своем заключении. Некоторые объекты судебно-медицинской экспертизы очень сложны, например труп, и поэтому при назначении экспертизы предусмотреть все возможные вопросы эксперту не представляется возможным практически никогда. Поэтому эксперты, как правило, фиксируют все, что им удастся обнаружить при исследовании объектов, и заносят эти данные в заключение.

Оформленное по всем требованиям экспертное заключение направляется из экспертного судебно-медицинского учреждения следователю по почте или нарочным с сопроводительным документом, в котором указываются все предметы и документы, возвращаемые следователю. Как правило, возвращаются все вещественные доказательства. Иногда с разрешения следователя в судебно-медицинском учреждении с различными целями могут быть оставлены некоторые вещественные доказательства или их части: для научно-методических целей, с целью сохранения в специальных условиях и другими. В сопроводительных документах обязательно отмечается, что такие-то объекты оставлены в судебно-медицинском учреждении. В дальнейшем при необходимости

следователь может потребовать их возвращения.

Получив заключение судебно-медицинской экспертизы, следователь должен оценить его. Оценку следует провести по следующим трем основным направлениям:

1. Соблюдение всех процессуальных требований.
2. Анализ информации, заключенной в самом документе.
3. Соответствие данных экспертизы другим доказательствам, собранным по делу.

По первому направлению следует обратить внимание на то, как были выполнены предписания процессуального законодательства. Несоблюдение процессуальных норм влечет за собой утрату заключения судебно-медицинского эксперта как доказательства. Конечно, нарушение нарушению рознь, как правило, во внимание принимаются наиболее существенные из них. К таковым могут быть отнесены следующие: первое производство экспертизы лицом, которое подлежало отводу; второе нарушение процессуального порядка направления объектов и образцов на экспертизу, в результате чего исследованию подверглись не те объекты и образцы; третье проведение экспертного исследования или его части лицом, которое не было назначено экспертом по делу в надлежащем порядке; четвертое лишение обвиняемого прав, указанных в ст. 185 УПК РФ, тем самым устраняя его от участия в производстве экспертизы. При проведении судебно-медицинских экспертиз довольно часто нарушается требование надлежащего оформления факта привлечения лица в качестве эксперта. Заключается это в следующем: эксперты, производящие вскрытие трупа, довольно часто направляют части трупа для дополнительных исследований, которые проводятся специалистами, статус которых не закреплен соответствующим образом. Инициатору экспертного исследования необходимо помнить об этом и выполнить по отношению к такому судебному медику все требования процессуальных норм.

По второму направлению следователем должен быть последовательно рассмотрен ряд вопросов: 1) представлены ли эксперту все необходимые для дачи заключения объекты, те ли объекты, которые предполагалось, исследованы экспертом; 2) достаточно ли полно проведено экспертное исследование; 3) обосновано ли научно экспертное заключение; 4) вытекают ли выводы, сделанные экспертом, из проведенных им исследований, на все ли вопросы следствия и полно ли ответил эксперт; 5) компетентен ли эксперт в тех вопросах, ответы на которые он дал в выводах своего заключения. Только при наличии положительных ответов на все эти вопросы экспертиза по данному направлению может быть оценена положительно. Конечно, для такой оценки экспертного заключения следователь должен обладать значительными познаниями в области судебной медицины и иметь большой практический опыт работы.

К оценке заключения судебно-медицинской экспертизы можно привлечь независимого специалиста – судебного медика. Но юристам необходимо помнить, что, как правило, в судебно-медицинских экспертных учреждениях организован хороший контроль над выходными документами и в первую очередь за заключениями экспертов. Эту функцию выполняют наиболее опытные специалисты и руководители подразделений.

Наличие такого контроля до некоторой степени позволяет следователю быть более спокойным за качество экспертиз.

По третьему направлению следователь должен сопоставить результаты экспертного исследования и другие доказательства по делу. При этом необходимо помнить, что заключение судебно-медицинского эксперта по доказательственной силе не обладает априорными преимуществами перед другими доказательствами и в соответствии с принципом свободной оценки доказательств рассматривается наравне с другими.

Заключение не является обязательным для следователя, однако несогласие с ним должно быть мотивировано.

Если при оценке заключения судебно-медицинского эксперта следователь найдет его недостаточно полным и ясным, он вправе назначить дополнительную экспертизу.

Если заключение эксперта необоснованно или противоречит другим

доказательствам, по делу может быть назначена повторная судебно-медицинская экспертиза (ст. 81 УПК РФ). Прежде чем назначать дополнительную экспертизу, следователь вправе, согласно ст. 192 УПК РФ, попытаться выяснить недостаточно понятные ему положения первичной экспертизы путем допроса эксперта. При этом эксперт может собственноручно изложить свои ответы на вопросы следователя. Допрос оформляется протоколом с соблюдением требований ст. ст. 141 и 142 УПК РФ. Допросить судебно-медицинского эксперта, кроме случаев неясности и неполноты его выводов, целесообразно в тех случаях, когда механизм наступления смерти или получения повреждений был достаточно сложным и

отдельные элементы этого механизма могут быть поняты неоднозначно. В таких случаях эксперт, как правило, не имеет возможности подробно расписать в заключении все вероятные и маловероятные варианты механизма наступления смерти или получения повреждений, а вот при допросе возможно более детально представить его соображения по отдельным позициям, интересующим следствие.

Кроме того, при допросе эксперт может высказаться более объемно по вопросам, находящимся на границе пределов его компетенции, или даже изложить свое мнение по проблемам, находящимся вне пределов его компетенции.

Если все же допрос не внес ясности и полноты в сделанное экспертом заключение и требуются дополнительные исследования, то, как отмечено выше, назначается дополнительная судебно-медицинская экспертиза. Как правило, дополнительная судебно-медицинская экспертиза назначается тому же эксперту, который проводил первичную экспертизу. Иногда при необходимости дополнительная экспертиза проводится комиссией экспертов, особенно в тех случаях, когда для углубленного изучения явлений и фактов требуются познания медиков смежных специальностей или судебно-медицинских специалистов узкого профиля. Например, если дополнительная экспертиза назначается с целью конкретизации ответа на вопрос о давности наступления смерти, то целесообразно к судебно-медицинскому эксперту-танатологу общего профиля подключить специалиста, который более углубленно изучал этот вопрос в своей научной работе, например видного ученого с кафедры судебной медицины. Такое сочетание специалиста в узком вопросе и эксперта, проводившего первичное исследование трупа, могут позволить решить вопрос о давности наступления смерти более конкретно, сузить рамки возможного периода наступления смерти и тем самым усилить или исключить конкретную следственную версию.

Наиболее частым поводом к назначению повторной экспертизы бывают противоречия между данными первичной судебно-медицинской экспертизы и другими доказательствами по делу. Перед назначением повторной экспертизы следует еще раз проверить все материалы, проконсультироваться со специалистом, т.е. убедиться в ее необходимости и невозможности решения проблемы другим путем.

Это необходимо сделать, так как проведение повторной экспертизы процесс очень трудоемкий и долговременный. Повторную судебно-медицинскую экспертизу назначают в зависимости от характера объектов или в вышестоящее экспертное учреждение или в экспертное учреждение того же организационного уровня, но другого региона. Как правило, повторная экспертиза выполняется комиссией экспертов, в которую входят наряду с рядовыми экспертами руководители разного ранга. Все процессуальные нормы, изложенные применительно к производству первичной экспертизы, в полной мере относятся и к производству дополнительной и повторной экспертиз.

Повторные экспертизы, как правило, а дополнительные иногда проводятся комиссией экспертов. Комиссионные судебно-медицинские экспертизы осуществляются судебно-медицинскими экспертами с разным должностным положением, при необходимости в такую комиссию включаются врачи других медицинских специальностей: хирурги, терапевты, акушеры, гинекологи, офтальмологи и др. В распоряжение комиссионной экспертизы обязательно предоставляется заключение

первичной экспертизы.

Некоторые вопросы, интересующие следствие, могут быть решены повторной комиссионной экспертизой без непосредственного изучения объектов только по заключению первичной экспертизы и другим материалам дела. Как правило, комиссия экспертов по завершении своей работы составляет единое заключение. При несогласии отдельных членов комиссии с некоторыми из положений заключения они могут изложить свое особое мнение по конкретным положениям документа. Если какой-либо член комиссии не согласен с мнением коллег, он может дать свое отдельное заключение (ст. 80 УПК РФ). При большом количестве объектов, например при массовой гибели людей, первичная экспертиза также может быть поручена нескольким судебно-медицинским экспертам комиссии экспертов.

Комплексная экспертиза это экспертиза, выполняемая комиссией экспертов, состоящей из специалистов разных областей знаний. Комплексная экспертиза назначается, если для решения вопросов, интересующих следствие, необходимы познания в разных областях науки или техники. Причем необходимо отметить, что комплексная экспертиза истинно комплексная, только тогда, когда один вопрос решается путем использования разных познаний. Если же экспертами разных специальностей исследуются самостоятельные вопросы, то такая экспертиза не считается комплексной и должны быть назначены несколько отдельных экспертиз. В судебно-медицинской практике распространены следующие виды комплексных экспертиз: медико-криминалистические; медико-автотехнические и некоторые другие.

В соответствии со ст. 193 УПК РФ заключение эксперта, протокол допроса эксперта или сообщение эксперта о невозможности провести экспертизу предъявляются обвиняемому. Он имеет право давать объяснения, заявлять возражения, просить о постановке дополнительных вопросов эксперту и о назначении дополнительной и повторной экспертиз. О выполнении требований этой статьи делается отметка в протоколе допроса обвиняемого. Необходимо помнить, что положения этой статьи должны быть применены и в случаях, когда судебно-медицинская экспертиза была произведена до привлечения лица в качестве обвиняемого. Это положение касается в первую очередь случаев экспертизы трупов, проведенных на самых ранних этапах расследования или еще до возбуждения уголовного дела.

Судебно-медицинская экспертиза в суде. Судебно-медицинская экспертиза в суде проводится только в стадии судебного разбирательства. Основания для ее проведения такие же, как и на стадии предварительного расследования (ст.ст. 78, 79 УПК РФ). Как правило, по делам, связанным с причинением ущерба жизни и здоровью людей, судебно-медицинская экспертиза обязательно проводится на предварительном следствии. В настоящее время уголовно-процессуальным законодательством РФ в ст.ст. 223, 228 установлено, что судья единолично, но с учетом пожеланий других лиц, участвующих в деле, решает вопрос о вызове в судебное заседание экспертов и специалистов. Суд вправе вызвать как судебно-медицинского эксперта, производившего исследование объектов на предварительном следствии, так и иного. Инициатором вызова в суд судебно-медицинского эксперта могут быть следующие участники процесса: судья, прокурор, общественный обвинитель, обвиняемый, законный представитель обвиняемого, адвокат, общественный защитник, потерпевший. Решение о проведении судебно-медицинской экспертизы принимается судьей в зависимости от многих обстоятельств. Целесообразно вызывать эксперта в суд для производства экспертизы в следующих случаях: если в заключении эксперта устанавливаются факты, существенные для дела; если выводы экспертизы противоречат другим доказательствам по делу; если в деле имеются экспертные заключения, содержащие противоположные выводы; если заключение эксперта недостаточно обосновано исследованиями, выводы неполны или неясны; если были заявлены ходатайства о вызове эксперта в судебное заседание; если на предварительном следствии были допущены нарушения процессуального закона в

отношении назначения и проведения экспертизы; если имеются основания предполагать, что в ходе судебного заседания возникнет необходимость уточнения и разъяснения обстоятельств, относящихся к компетенции судебно-медицинского эксперта. Права участников судебного разбирательства по отводу эксперта разъясняются им в соответствии со ст. 272 УПК РФ. Председательствующим эксперту в соответствии со ст. 275 УПК РФ разъясняются его права и обязанности в соответствии со ст. 82 УПК РФ, он предупреждается об ответственности за дачу заведомо ложного заключения и за отказ от дачи заключения по ст.ст. 181, 182 УК. (В новом УК РФ ст. 307 «Заведомо ложное показание, заключение эксперта или перевод».) Отвод эксперта регламентируется, как и на предварительном следствии, ст.ст. 23, 66, 67, 59 УПК РФ.

Проведение экспертизы в суде состоит из следующих основных этапов:

изучение экспертом обстоятельств, относящихся к предмету экспертизы; формулирование вопросов эксперту; производство исследований, включая формирование ответов на вопросы; оглашение заключения в суде. Подготовка материалов для проведения экспертизы в суде существенно отличается в случаях, когда судебно-медицинская экспертиза уже была проведена на предварительном расследовании и когда она не проводилась. Во втором случае, а также, если, несмотря на проведенную ранее экспертизу для ее проведения в суде требуется обеспечить эксперта необходимыми материалами и объектами, суд обязан принять соответствующие меры. В первом объектом исследования служат, как правило, заключения экспертиз, выполненных на предварительном следствии, и другие материалы дела. Получение образцов для сравнительного исследования при проведении судебно-медицинской экспертизы в суде регламентируется ст. 186 УПК РФ, как и на предварительном следствии.

Для более эффективного использования времени судебного расследования и в целях получения качественного заключения эксперта необходимо предоставить эксперту возможность ознакомиться с материалами дела до начала судебного разбирательства.

Роль судебно-медицинского эксперта в суде активная. Он имеет право задавать вопросы участникам процесса, знакомиться с материалами, относящимися к предмету экспертизы, присутствовать при производстве следственных действий, заявлять ходатайства и др. Таким образом, характер участия эксперта в судебном разбирательстве значительно отличается от такового на предварительном следствии, где эксперт обладает значительно меньшими возможностями активного участия в процессе. При всей активности роли эксперта в суде, она все же ограничена рамками его компетенции, поэтому эксперт может быть освобожден от участия в судебных заседаниях, когда рассматриваются проблемы, не относящиеся к предмету его экспертизы. В соответствии со ст. 288 УПК РФ после выяснения всех обстоятельств, имеющих отношение к экспертизе, участникам процесса предлагается представить вопросы эксперту в письменном виде. Вопросы должны быть оглашены, после чего они обсуждаются всеми участниками. Окончательное формирование вопросов выполняется судом. Они передаются эксперту в письменном виде.

Как правило, по делам, в которых на предварительном следствии уже были проведены экспертные исследования, не требуется проведения повторного исследования объектов, а достаточно изучения первичных материалов. Однако, если все же необходимость исследования объектов с помощью приборов возникает, их необходимо организовать. Такие исследования могут быть проведены в зале судебного заседания, но чаще они требуют специальных лабораторий. Судьи и другие участники судебного разбирательства вправе присутствовать при проведении исследований, где бы они ни проводились. Выполняя экспертизу в суде, судебно-медицинский эксперт должен учитывать разнообразную информацию, получаемую из различных источников, и в первую очередь результаты ранее проведенных исследований. Необходимо уделить внимание и фактам, зафиксированным в протоколе судебного заседания, их взаимоотношениям с данными судебно-медицинских исследований. Обязательному

анализу со стороны судебно-медицинского эксперта подвергаются материалы дополнительных запросов и ходатайств. Вновь полученная информация сопоставляется с собранной ранее, выводы строятся с учетом и той и другой.

Заключение эксперта оформляется в письменном виде, при его оформлении действуют правила, изложенные в ст. 191 УПК РФ. Если вопросы, поставленные перед экспертом, выходят за пределы его компетенции или материалов недостаточно для их решения, эксперт в соответствии со ст. 82 УПК РФ сообщает суду в письменной форме о невозможности дачи заключения. Заключение эксперта оглашается в суде им самим. Причем это не простое прочтение ранее написанного текста, а его творческое представление вниманию участников процесса, сопровождаемое демонстрацией наглядных материалов.

Эксперт по ходу изложения заключения вправе давать пояснения в общедоступной форме.

Заключение эксперта или сообщение о невозможности дать заключение приобщаются к делу вместе со всеми приложениями. Необходимо обратить внимание на то, что часто процессуальный закон нарушается в случаях вызова в суд эксперта, который проводил экспертизу на предварительном следствии. Нарушение заключается в том, что проведение экспертизы в суде подменяется обычным допросом эксперта по ранее сделанной экспертизе. Надо иметь в виду, что экспертиза в суде не продолжение экспертизы на предварительном следствии и не дополнительная или повторная экспертиза, а самостоятельная первичная экспертиза. Это вытекает из принципов судебного разбирательства. Неправомерна и подмена заключения эксперта разного рода документами типа ответов на вопросы суда и им подобными.

Если даже суд вызвал эксперта, проводившего экспертизу на предварительном следствии, и перед ним поставлены вопросы, полностью повторяющие вопросы на предварительном следствии, то и в этом случае процедура проведения экспертизы в суде должна быть полностью выполнена, а заключение проведено и оформлено в соответствии с требованиями процессуального закона.

Следующий этап работы суда с судебно-медицинской экспертизой оценка судом заключения эксперта. При этом суд учитывает результаты анализа заключения эксперта, сделанные прокурором, адвокатом и другими участниками процесса. При оценке заключения суд должен: проверить соблюдение требований процессуального закона; оценить компетентность и квалификацию эксперта; оценить полноту и обоснованность заключения; соотнести данные, полученные экспертом, с другими доказательствами по делу. При положительной оценке заключения эксперта его положения войдут в систему доказательств. При несогласии суда с отдельными положениями заключения эксперта или с заключением в целом суд должен мотивировать это. По положению ст. 289 УПК РФ допрос судебно-медицинского эксперта может быть осуществлен только после выполнения им экспертизы. Вопросы при допросе эксперту могут быть заданы судом, а также другими участниками судебного разбирательства.

Судом изучается не только экспертное заключение, данное в суде, но и экспертизы, проведенные на предварительном следствии. Схема оценки и использования таких заключений примерно такая же, как и для заключений, данных в суде.

Если после изучения всех экспертных заключений и после допроса эксперта в суде остался невыясненным ряд вопросов, или возникли обстоятельства, требующие новых исследований, то в этом случае, согласно ст. 290 УПК РФ, могут быть назначены дополнительная или повторная экспертизы. Порядок их назначения регламентируется ст.ст. 288, 289 УПК РФ. Естественно, задача суда не просто организовать проведение экспертизы и оценить ее качество, главное квалифицированно использовать данные судебно-медицинской экспертизы для установления фактических обстоятельств по делу. Судебная практика показывает, что игнорирование, недостаточное внимание или непонимание судом выводов, сделанных экспертом по поводу механизма наступления

смерти, особенностей причинения повреждений и другим вопросам, зачастую приводит к неверной оценке фактических обстоятельств дела.

Судебно-медицинский эксперт, принимающий участие в судебном разбирательстве, должен обращать внимание на то, как осуществляется толкование сделанных им выводов участниками судебного разбирательства. Он вправе и обязан делать суду заявления, если усмотрит в чьих-либо словах искажение смысла сделанных им выводов.

При производстве дел в кассационной судебной инстанции процедура участия экспертов и специалистов регламентируется теми же нормами, что и при производстве в суде первой инстанции.

Использование судебно-медицинских познаний в суде в форме проведения судебно-медицинской экспертизы важнейший этап использования специальных познаний в правоохранительной деятельности, так как именно в суде решается вопрос о виновности или невиновности человека по поводу совершенных им деяний.

Поэтому юристами должно быть уделено большое внимание процессуальным, специальным и организационным проблемам проведения судебно-медицинских экспертиз в суде. К сожалению, практика свидетельствует о том, что в большинстве случаев превалирует формальный подход к проведению судебно-медицинских экспертиз в суде, что в конечном итоге снижает качество правосудия.

Участие специалиста судебного медика на предварительном следствии. Процессуальным законом установлена возможность привлечения судебного медика в качестве специалиста для участия в дознании, предварительном и судебном следствии. Статья 133 УПК РФ говорит, что следователь вправе вызвать для участия в производстве следственного действия специалиста. В статье 253 отмечаются условия вызова специалиста в суд для участия в судебном разбирательстве. Дознание при проведении предварительного расследования в своих действиях руководствуется положениями ст. 133 УПК РФ, так же как следователь и суд.

Процессуальное понятие специалист определяется учеными-правоведами, как лицо, обладающее специальными познаниями в науке, технике, искусстве или ремесле.

Специалистами в своем деле в бытовом понимании этого слова являются в той или иной степени все лица, занятые каким-либо видом деятельности. Но специалистами в процессуальном плане они становятся только тогда, когда привлекаются уполномоченными на то лицами к проведению следственных действий.

Таким образом, прошедший специальную подготовку судебный медик в процессуальном плане становится специалистом в области судебной медицины только после того, как согласно ст. 133 УПК РФ приглашен следвателем или иным уполномоченным на то лицом для участия в следственных действиях с соблюдением всех норм права.

В определенной степени процессуальный порядок привлечения специалиста повторяет порядок назначения эксперта. Невозможность привлечения специалиста к участию в проведении следственных действий оговаривается в ряде статей. В частности, ст. 23 УПК РСФСР говорит об отводе специалиста, в случаях, когда он лично прямо или косвенно заинтересован в деле. В статье 66 УПК РФ «Отвод специалиста» путем отсылки к ст. 67 УПК РФ «Отвод эксперта» указываются основания для отстранения специалиста от участия в деле. Останавливаться на них нет необходимости, так как они подробно описаны в первом разделе главы.

Однако необходимо отметить, что закон допускает привлечение в качестве специалиста лица, которое ранее уже участвовало в этом деле в качестве специалиста (ст. 66 УПК РФ). В процессуальном законе не содержится указаний в отношении возможности или невозможности привлечения в качестве специалиста лица, ранее привлекаемого к участию в деле в качестве эксперта, поэтому такое действие следствия не противоречит закону.

Специалист обязан явиться по вызову следователя; участвовать в производстве следственного действия, используя свои познания и навыки для помощи следователю в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств. Необходимо обратить внимание на то, что в статье говорится об обязанности специалиста обращать внимание следователя на обстоятельства, связанные с обнаружением, закреплением и изъятием доказательств, причем законодателем не конкретизированы рамки понятия «обстоятельства». Это дает основание на практике широко использовать судебных медиков при решении определенных задач, связанных с выдвижением и отработкой следственных версий. В пояснениях по поводу выполняемых им действий, которые судебный медик обязан давать следователю, он также может расширить рамки своей деятельности за пределы просто помощи в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств. Специалист в ходе следственного действия вправе для занесения в протокол делать заявления, связанные с обнаружением, закреплением и изъятием доказательств.

При планировании мероприятий с участием специалиста лицо, проводящее расследование, может рассчитывать на помощь специалиста: в обнаружении следов биологического происхождения; фиксации этих следов на месте их обнаружения и изъятии их с помощью специальных средств, а также в вопросах упаковки и транспортировки этих следов; анализе условий возникновения следов биологического происхождения и их принадлежности; оценке накапливаемой информации с позиций лица, сведущего в вопросах медико-биологического плана; в чисто технических вопросах применения тех или иных средств и методов и др.

Перед началом следственного действия следователь удостоверяется в личности специалиста, по возможности определяет его компетентность. Затем разъясняет ему его права и обязанности и предупреждает об ответственности за отказ или уклонение от выполнения своих обязанностей. Об этом делается соответствующая запись в протоколе следственного действия, которая удостоверяется подписью специалиста. За отказ или уклонение специалиста от выполнения своих обязанностей к нему могут быть применены меры общественного воздействия или наложено денежное взыскание в порядке ст. 323 УПК РФ. Руководители предприятия, учреждения или организации, где работает специалист, должны выполнять требования следователя о привлечении их сотрудника к участию в следственных действиях в обязательном порядке.

Участвуя в следственных действиях, специалист знакомится с некоторыми данными предварительного следствия, разглашение этих данных карается по ст. 184 УК РФ (ст. 310 УК РФ). До начала следственного действия следователь должен в соответствии со ст. 139 УПК РФ предупредить специалиста о недопустимости разглашения данных и взять у него подписку об уголовной ответственности за это.

В статье 133 УПК РФ говорится, что следователь вправе вызвать для участия в производстве следственного действия специалиста в случаях, предусмотренных уголовно-процессуальным кодексом. Анализ статей кодекса показывает, что законодатель конкретно указал возможность использования помощи специалиста судебного медика только в ст. 180 УПК РФ «Осмотр трупа». В ряде статей отмечается, что специалист может быть привлечен к проведению следственного действия: (ст. 170 «Порядок производства выемки и обыска», ст. 174 «Выемка почтово-телеграфной корреспонденции», ст. 179 «Порядок производства осмотра», ст. 183 «Следственный эксперимент», ст. 186 «Получение образцов для сравнительного исследования»), при соответствующей необходимости таким специалистом может быть судебный медик.

В ст. 180 УПК РФ «Осмотр трупа» указывается, что наружный осмотр трупа на месте его обнаружения и при извлечении из места захоронения проводит следователь с участием врача специалиста в области судебной медицины, а при невозможности его участия иного врача. При этом такой врач, именуемый врач-эксперт, наделяется всеми правами и обязанностями, установленными законом для специалиста судебного медика. Привлечение врача другой специальности к осмотру трупа на месте его обнаружения не

очень желательно. Как правило, такие врачи не имеют достаточного опыта в такого рода работе, и соответственно, их нельзя считать компетентными, а одним из условий привлечения лица в качестве специалиста является компетентность привлекаемого. Поэтому в тех местах, где нет возможности использовать при осмотрах трупов специалиста в области судебной медицины необходимо дополнительно специально подготовить врача иной специальности для целей использования в осмотре трупа на месте его обнаружения в качестве врача-эксперта.

В соответствии с законодательством специалистам, как и экспертам, предусмотрено возмещение затрат в связи с выполнением ими своих обязанностей, а в случаях, когда они занимаются этой деятельностью вне рамок служебных обязанностей, они имеют право на вознаграждение (ст. 106 УПК РФ).

В ходе следственного действия или непосредственно по его окончании обязательно составляется протокол, в порядке предусмотренном ст. 141 УПК РФ. Протокол зачитывается всем участникам, причем им должно быть разъяснено право делать замечания, подлежащие включению в протокол. Все участники следственного действия подписывают протокол. К нему прилагаются материалы, выполненные в ходе следственного действия.

Специалист - судебный медик в судебном следствии. Возможность вызова специалиста в суд предусмотрена ст. 253 УПК РФ, осуществляется вызов в порядке, установленном ст. 133 УПК РФ, по аналогии с предварительным следствием. Решение о необходимости привлечения специалиста принимается судьей единолично (ст. 228 УПК РФ). Специалист судебный медик вызывается в суд повесткой (ст. 238 УПК РФ). В соответствии со ст. 275 председатель суда разъясняет специалисту его права и обязанности, предусмотренные ст. 133 и предупреждает об ответственности за отказ или уклонение от выполнения своих обязанностей. Права и обязанности специалиста по большинству положений повторяют таковые применительно к эксперту, поэтому нет необходимости останавливаться на них подробно. Отвод специалиста, предусмотренный ст. 66 УПК РФ имеет под собой те же основания, что и отвод эксперта (ст. 66 отсылает нас к ст. 67), но в отличие от эксперта участие ранее лица в качестве специалиста по данному делу не является основанием для его отвода в последующем. Процессуальный порядок отвода специалиста предусмотрен ст. 66 УПК РФ.

Участниками судебного разбирательства может быть заявлено ходатайство о вызове специалистов дополнительно к тем, которых пригласил суд. Суд вправе удовлетворить эти требования или мотивированно отклонить их (ст. 276 УПК РФ).

Вызов в суд специалиста судебного медика законодательно предусмотрен в следующих целях: для участия в осмотре вещественных доказательств, если в ходе такого осмотра возникает необходимость предъявить вещественные доказательства судебному медику, при этом последний имеет право обращать внимание суда на те или иные обстоятельства, связанные с таким осмотром (ст. 291 УПК РФ); для участия в осмотре местности и помещения согласно ст. 293 УПК РФ, при этом со стороны других участников процесса специалисту могут быть заданы вопросы, связанные с выполняемым осмотром, судебный медик инициативно вправе обращать внимание участников осмотра на обстоятельства, способствующие ясности по делу.

Вся информация о судебном заседании, включая и данные, связанные с привлечением специалиста, фиксируется в протоколе судебного заседания в соответствии со ст. 264 УПК РФ.

Внепроцессуальная деятельность судебных медиков. Внепроцессуальная деятельность занимает значительное место в работе судебных медиков. Это объясняется тем, что охрана прав граждан не ограничивается рамками только процессуальных действий, ее границы значительно шире.

Наиболее распространены следующие формы внепроцессуальной деятельности судебных медиков.

Судебная медицина в оперативно-розыскной деятельности. Законом «Об оперативно-розыскной деятельности» от 12 августа 1995 г. N144-ФЗ оперативно-розыскная деятельность (ОРД) определяется как вид деятельности, осуществляемый оперативными подразделениями государственных органов, посредством проведения гласных и негласных оперативно-розыскных мероприятий. В раскрытии и расследовании уголовных преступлений против жизни и здоровья граждан наиболее значима роль аппаратов уголовного розыска Министерства внутренних дел. Поэтому значение судебной медицины для ОРД рассматривается в данном разделе главы применительно к деятельности аппаратов уголовного розыска МВД.

Использование судебно-медицинских познаний в деятельности уголовного розыска напрямую связано с выполнением им своих основных задач. К ним относятся:

выявление, предупреждение, пресечение и раскрытие преступлений, а также выявление и установление лиц, их подготавливающих, совершающих или совершивших;

осуществление розыска лиц, скрывающихся от органов дознания, следствия и суда, уклоняющихся от уголовного наказания, а также розыск без вести пропавших граждан и установление личности неизвестных лиц;

добывание информации о событиях или действиях, создающих угрозу безопасности Российской Федерации.

Задача специалистов судебных медиков - оказывать помощь сотрудникам оперативных аппаратов в проведении ими специальных мероприятий в тех случаях, когда требуется: исследовать с использованием специальных медицинских познаний материальные объекты и документы в целях получения информации; проанализировать имеющуюся информацию с использованием познаний в медицинской области; получить медико-биологическую информацию от лиц, объектов оперативно-розыскной деятельности; оказать техническую помощь в работе с объектами биологического происхождения; консультация специалиста медицинского профиля и т.п.

Оперативно-розыскная работа проводится по определенным основаниям, они многообразны, но некоторые из них таковы, что требуют обязательного участия специалиста в области судебной медицины. В частности, к таким основаниям относятся случаи, когда органам, осуществляющим оперативно-розыскную деятельность, становится известно о без вести пропавших людях и обнаружении трупов неизвестных граждан.

В работе по этим направлениям судебные медики, специализирующиеся в области медико-криминалистической идентификации личности, осуществляют помощь оперативным работникам в сборе, обработке и использовании идентификационной информации как о пропавших без вести лицах, так и о неопознанных погибших гражданах. В ходе работы по возбужденному уголовному делу оперативные подразделения органов внутренних дел выполняют самостоятельную работу, направленную на раскрытие преступления, а также работают по заданиям дознания, следствия, прокурора и суда. При решении проблем они сталкиваются с вопросами, в той или иной степени относящимися к компетенции судебных медиков, в таких случаях они также прибегают к помощи соответствующих специалистов. При этом необходимо отметить, что в рамках уголовного дела оперативные подразделения могут привлекать судебных медиков к внепроцессуальному взаимодействию без соответствующего оформления, в этом случае результаты, полученные медиками, не будут иметь статус доказательств.

Если по поручению следователя оперативные работники проводят следственное действие и привлекают к нему судебного медика, то оформленная соответствующим образом деятельность специалиста будет носить процессуальный характер (описана в начале этой главы), а полученные результаты будут иметь статус доказательств. Участие судебного медика в выполнении такого рода поручений следователя не относится к оперативно-розыскной деятельности.

Оперативно-розыскная деятельность осуществляется в форме оперативно-розыскных мероприятий. На практике чаще всего с участием судебного медика проводятся следующие из них:

1. Исследование предметов и документов.
2. Сбор образцов для сравнительного исследования.
3. Отождествление личности.

4. Обследование помещений, зданий, сооружений, участков местности и транспортных средств.

5. Оперативный эксперимент.

А также другие, если при их выполнении возникают проблемы медико-биологического плана.

Специалист в области судебной медицины выполняет поручения оперативно-розыскных подразделений чаще всего по их письменной просьбе. В письме с просьбой провести исследование или принять участие в мероприятии указывается цель участия специалиста, краткие обстоятельства случая, конкретные задачи и другая информация в пределах необходимых для эффективного участия специалиста. Как правило, после проведения мероприятия или по окончании исследования специалист судебный медик составляет справку. Построение этого документа произвольное, но обычно в нем указывается основная информация подобная той, которая заносится в заключение эксперта. То есть, кем проведено и какое мероприятие, дата, время и место проведения, на основании чего выполнялась работа, краткие обстоятельства дела, описание объекта исследования, осмотра или анализа, краткое описание процесса работы, полученные результаты, выводы, рекомендации и предложения.

Это примерная схема такого рода документа. Такие справки помещаются в дела оперативного учета. Справка судебного медика, выполненная в ходе проведения оперативно-розыскного мероприятия, устанавливающая важные фактические данные по делу, может быть приобщена следователем к уголовному делу в порядке, предусмотренном для «иных документов» (ст.ст. 69 и 70 УПК РСФСР).

Если судебный медик не оформляет своего отдельного документа, то полученные им существенные данные могут быть включены в справку, составляемую оперативными сотрудниками, такой документ они могут подписать совместно.

В качестве примера участия специалиста судебного медика в оперативно-розыскных мероприятиях приведу случай из практики. В 1984 г. 5 июля в лесополосе у г. Шахты Ростовской области был обнаружен полусгнивший полумумифицированный и частично скелетированный труп девочки 1012 лет с множественными повреждениями (все приводимые данные о погибших установлены в результате проведения в последующем судебно-медицинских экспертиз). При повторном осмотре места происшествия и прилегающих к нему участков местности 27 июля 1984 г. в нескольких стах метрах от трупа девочки был обнаружен труп женщины 3035 лет, также с множественными повреждениями. Личности убитых были неизвестны. В ходе второго осмотра руководством уголовного розыска Ростовской области была высказана версия о том, что убитые могут быть мать и дочь. Однако в ходе судебно-медицинских экспертиз трупов была установлена разная давность наступления смерти погибших. А именно, эксперты сочли, что смерть девочки наступила раньше, чем смерть женщины. Различия сроков наступления смерти протяженностью в месяц практически исключили указанную версию о гибели матери и дочери.

В сентябре того же года в Ростов-на-Дону прибыла бригада Главного управления уголовного розыска МВД СССР для оказания помощи в работе по конкретным убийствам, совершенным на территории Ростовской области. В составе бригады был специалист в области судебной медицины. В ходе работы по делу специалист познакомился с отброшенной версией о погибших матери и дочери. После изучения судебно-медицинских заключений, протоколов осмотров мест происшествия и других материалов было

выдвинуто предположение о том, что информация о разнице в сроках наступления смерти недостаточно хорошо обоснована. В ходе дискуссии специалиста из бригады Главного управления уголовного розыска с судебными медиками, исследовавшими трупы, ее участники сошлись во мнении, что при определенных условиях воздействия внешней среды на трупы взрослой женщины и девочки посмертные изменения на них могли развиться за один и тот же период времени. Фактически был сделан вывод о том, что они могли быть убиты в один и тот же день. Таким образом, ранее отброшенная версия получила второе рождение.

Но надо было подкрепить эту версию. Для этого было решено провести морфологическое сравнение черепов предполагаемой матери и дочери, с целью обнаружения их сходства. Разработанных медико-криминалистических методик такого рода исследований не было, поэтому проведение экспертизы было невозможно, так как одним из обязательных требований к экспертизе является требование о наличии научно-обоснованной методики исследования. По письменному предложению уголовного розыска было проведено научно-практическое исследование, в ходе которого, с опорой на данные антропологии, анатомии, судебной медицины и теории криминалистической идентификации, черепа указанных трупов сравнивались между собой, а также с десятком других женских черепов, отобранных произвольно из коллекции. Работа показала интересный результат. Сходство исследуемых черепов было значительным, около 60-70% изученных признаков, в той или иной степени, повторялись. При сравнении же исследуемых черепов с посторонними уровень «сходства» едва достигал 10-15%. Разница была очевидной. Сходство двух черепов может быть обусловлено или генетическим родством погибших или случайностью. Но уровень случайного совпадения по исследованным признакам был приблизительно определен и составил 10-15%.

Следовательно, сходство исследуемых объектов генетически обусловлено. По результатам исследования была оформлена подробная справка, в ней был сделан вывод о том, что погибшие могли быть матерью и дочерью. Вооружившись хорошо обоснованной версией, оперативные работники провели большую работу. Начали, естественно, с учетов пропавших без вести лиц, но нигде на учете пропавших матери и дочери не состояло. Предприняв дополнительные меры, оперативники вышли, наконец, на пропавших без вести. Это были мать и дочь Петросян, пропавшие в мае 1984 г. То, что исследовались именно их трупы, было доказано в последующем судебно-медицинскими и криминалистическими экспертизами, а затем полностью подтвердилось в суде.

Как стало известно в последующем, А.Р. Чикатило был знаком со старшей Петросян Татьяной, неоднократно имел с ней половые контакты еще до дня убийства в мае 1984 г. В день убийства он пригласил старшую Петросян отдохнуть на дачу, один из любимых его предлогов для заманивания жертвы в лесополосу. При этом настойчиво просил взять с собой и дочь Светлану десяти лет. Уже в лесополосе он с согласия матери отправил дочь погулять, и, после того как та ушла, ударами специально захваченного молотка убил старшую Петросян. После этого нашел в лесополосе девочку, убил, изнасиловал и растерзал ее. Приведенный пространственный пример достаточно наглядно иллюстрирует возможные варианты взаимодействия аппаратов уголовного розыска с судебными медиками при установлении личности неизвестных погибших граждан и в целом при раскрытии и расследовании убийств.

Деятельность судебных медиков по обеспечению доследственных проверок, осуществляемых правоохранительными органами.

В соответствии со ст. 109 УПК РСФСР прокурор, следователь, орган дознания и судья обязаны принимать заявления и сообщения о любом совершенном или готовящемся преступлении и принимать по ним решение. Такими решениями могут быть: возбуждение уголовного дела; отказ в возбуждении уголовного дела; передача заявления или сообщения по подследственности или подсудности. При неясности обстоятельств случая до принятия одного из решений необходимо провести проверочные

действия, направленные на выявление наличия или отсутствия оснований для возбуждения уголовного дела. Если вопрос касается каких-либо действий, направленных на человека, или эти действия предполагаются, то, как правило, проверка обстоятельств осуществляется органом дознания.

В ходе такого рода проверки орган дознания истребует необходимые материалы и получает объяснения. Истребованы могут быть как уже готовые материалы, проливающие свет на какое-либо событие, так и материалы, для подготовки которых требуется проведение исследований, ревизий и тому подобных действий.

В случаях, когда сообщение или заявление касается фактов смерти человека или причинения ему какого-либо вреда, в ходе проверки возникает необходимость привлечения судебных медиков. Например, при обнаружении трупов лиц сравнительно молодого возраста, без признаков насилия, умерших в условиях неочевидности от неизвестной причины, прежде чем отказать в возбуждении уголовного дела или возбудить его, необходимо установить причину смерти человека.

В этом случае в рамках проверочных действий, проводимых органом дознания, судебные медики в соответствии с запросом органа дознания производят судебно-медицинское исследование трупа. После установления причины смерти обоснованно может быть принято одно из трех решений, указанных в ст. 109 УПК РФ.

Такого рода деятельность может быть осуществлена судебными медиками не только в случаях обнаружения трупа, но и при заявлениях живых лиц о вреде, причиненном их здоровью, при обнаружении объектов биологического происхождения и при исследовании разного рода информационных материалов. Судебно-медицинские исследования в рамках проверочных действий правоохранительных органов осуществляются на основании письменных обращений последних. По результатам исследования оформляется: «Акт судебно-медицинского исследования трупа» при исследовании трупа; «Акт судебно-медицинского освидетельствования живого лица» в соответствующих случаях; при исследовании иных объектов или информационных материалов может быть оформлена «Справка по результатам исследования».

Указанная выше деятельность судебных медиков имеет большое значение для выявления скрытых преступлений против жизни и здоровья людей.

Взаимное обучение. Постоянное образование один из принципов поддержания высокого профессионального уровня сотрудников любого учреждения. Очень важно реализовать этот принцип применительно к деятельности по раскрытию и расследованию преступлений.

Работа правоохранительных органов и помогающих им судебно-медицинских учреждений связана между собой общими целями, поэтому взаимное обучение необходимо. Судебные медики должны осваивать все новое, что появляется в работе органов дознания, следствия и суда, а сотрудники этих органов в свою очередь должны быть в курсе новинок судебной медицины. Но важны не только новинки, важно, чтобы новички в такого рода работе могли бы использовать опыт, накопленный своими более опытными товарищами, в том числе и опыт сотрудников смежных специальностей. С указанными целями целесообразно организовать взаимное обучение сотрудников правоохранительных органов и судебных медиков.

Самостоятельное использование судебно-медицинских данных дознанием, следствием и судом.

В раскрытии и расследовании преступлений, субъекты правосудия не могут обойтись без самостоятельной работы с судебно-медицинской информацией. Все возможные варианты самостоятельного использования судебно-медицинских познаний субъектами раскрытия и расследования преступлений можно разделить на две большие группы.

1. Первая группа вариантов представители правоохранительных органов сами без помощи специалистов обнаруживают, фиксируют, изымают, изучают, анализируют,

оценивают и используют доказательства медико-биологического плана. Однако полное проведение дела без участия специалиста судебного медика в случаях, когда по делу имеются соответствующие вещественные доказательства, практически невозможно, так как с процессуальной точки зрения в таком деле будут значительные нарушения. Но на отдельных этапах работы, когда возникли обстоятельства, исключающие возможность привлечения судебного медика, самостоятельная работа возможна и необходима. В нашей российской правоохранительной деятельности есть несколько типичных моментов, когда объекты медико-биологического характера исследуются без участия специалистов.

Например, из-за недостатков в организационном обеспечении большая часть трупов, обнаруженных без видимых признаков насилия, осматривается без участия медиков.

Часто возникают ситуации, когда объекты биологического характера случайно появляются в поле зрения органов, занимающихся раскрытием и расследованием преступлений, например в ходе обыска или другого следственного действия, когда участие специалиста-судебного медика заранее не предусматривалось. Возможны и другие подобные ситуации. Часто подобные случаи имеют место в оперативно-розыскной деятельности, когда в силу особенностей ситуации сотрудник оперативного аппарата должен полагаться только на свои собственные познания.

В таких ситуациях работникам правоохранительных органов следует придерживаться нескольких правил: по возможности, откладывать работу с объектом до прибытия специалиста-судебного медика; как можно более объективно зафиксировать состояние объекта биологического происхождения с применением технических средств; изымать объект следует с предосторожностями, так как при физическом воздействии на него могут быть внесены существенные изменения, кроме того, объекты биологического происхождения могут быть опасными для человека; сохранять объекты биологического происхождения необходимо, в условиях препятствующих их гниению; изучать объекты на месте их обнаружения можно только методами, не изменяющими их; объекты биологического происхождения необходимо в кратчайшие сроки доставить специалистам.

Работая на месте происшествий, необходимо помнить, что внешний вид объектов биологического происхождения может быть очень разнообразным и далеким от наших представлений о них.

В момент обнаружения объекта биологического происхождения не следует скоропалительно решать вопрос о его важности для дела. Неписаное правило криминалистики гласит, что лучше изъять много лишнего, чем не изъять что-то нужное.

Именно с учетом сказанного выше начинающих юристов учат не только инициировать проведение судебно-медицинских исследований и использовать их результаты, но и самостоятельно осуществлять некоторые простейшие действия и исследования на месте происшествий.

2. Вторая группа вариантов использования готовой информации, предоставляемой специалистами судебными медиками. При работе с готовой информацией от сотрудников правоохранительных органов требуется правильно понимать судебного медика и адекватно использовать полученную от него информацию.

В практике нередки случаи переоценки или недооценки значения судебно-медицинских данных для решения проблем раскрытия и расследования преступлений. Излишне доверчивое отношение к выводам судебного медика или игнорирование их значения может привести к ошибкам в установлении фактических обстоятельств дела.

Во избежание ошибок первого и второго рода рекомендуется следователям и другим юристам, использующим судебно-медицинскую информацию, активнее использовать такие формы взаимодействия с судебными медиками, как допрос специалиста или эксперта, консультации с независимыми специалистами и другие, направленные на получение информации из различных независимых источников.

Самостоятельное использование судебно-медицинских данных в работе по

раскрытию и расследованию преступлений дознавателями, следователями, судьями и особенно оперативными сотрудниками требует значительной специальной их подготовки.

Подводя итог сказанному, необходимо подчеркнуть, что при раскрытии и расследовании преступлений против жизни и здоровья людей судебная медицина оказывает существенное влияние на работу правоохранительных органов.

Ее влияние распространяется на решение практически всех главных задач. В частности:

1. Судебными медиками проводится большая по объему и сложная по своей сути работа по выявлению признаков скрытых преступлений путем допроцессуального исследования объектов. В первую очередь к таким объектам относятся трупы людей, умерших скоропостижно в условиях неочевидности, без внешних признаков насильственной смерти. При этом главная задача судебных медиков установление категории и вида смерти.

В качестве примера, иллюстрирующего данное положение, можно привести следующий случай. Труп гражданина Р. 37 лет был обнаружен в сквере на скамейке. При его осмотре на месте обнаружения видимых признаков насильственной смерти не обнаружено.

Труп был направлен в судебно-медицинский морг. В сопроводительном документе было сказано, что труп направляется для определения причины смерти. При судебно-медицинском исследовании трупа в морге было обнаружено кровоизлияние в мягких тканях теменной области, кровоизлияние под оболочки мозга, сдавление вещества мозга излившейся кровью. Судебно-медицинский эксперт сделал вывод, что смерть наступила от сдавления мозга излившейся под его оболочки кровью. Травма произошла от удара тупого предмета в теменную область головы, происхождение этой травмы от действия собственной руки или от падения с высоты собственного роста маловероятно.

Таким образом, были получены первые данные, свидетельствующие о возможности совершения преступления. В дальнейшем проведенной оперативно-розыскной и следственной работой было установлено, что гражданин Р. получил удар по голове во время ссоры со своим товарищем по распитию спиртных напитков, после чего, примерно через три часа, скончался.

2. Судебно-медицинские исследования, при определенных обстоятельствах, могут позволить квалифицировать преступление в соответствии с той или иной статьей уголовного кодекса.

Наиболее ярким примером этому положению служит экспертиза живых лиц по поводу причиненных им повреждений. В таких случаях судебный медик на основании изучения характера повреждений решает вопрос об их степени тяжести. Установив, например, что повреждения носят характер опасных для жизни, он фактически предопределяет, что при наличии всех других признаков состава преступления обвиняемый должен быть привлечен к ответственности за причинение тяжких телесных повреждений. Оказать влияние на квалификацию преступления могут и некоторые другие выводы судебного медика.

3. Некоторые результаты судебно-медицинских исследований позволяют следствию и розыску получить достаточно индивидуальные диагностические характеристики лица, совершившего преступление. По биологическим объектам, происходящим от преступника, можно установить его половую и групповую принадлежность, а в некоторых случаях и более индивидуальные характеристики.

А.П. Загрядская с соавторами описала такой случай. В ядрах клеток корней волос, зажатых в руках убитой женщины, при цитологическом исследовании было установлено наличие двойного набора Y-хромосом, что свидетельствует о наличии редкой мужской патологии трисомии по Y-хромосоме. Кроме такого вывода, следствию были представлены данные литературы, свидетельствующие, что мужчина носитель такой аномалии может иметь высокий рост, астеническое телосложение, повышенную агрессивность, некоторое

снижение интеллекта и воспроизводительной способности. Среди нескольких подозреваемых только один имел похожие характеристики личности. С ним была проведена оперативная и следственная работа, и в конечном итоге он был изобличен в совершении данного преступления.

Иногда по повреждениям на теле жертвы можно получить интересную информацию о преступнике. Например, в одной из экспертиз судебные медики по расположению множественных повреждений на расчлененном трупе сделали вывод о том, что преступник все повреждения причинял, вероятнее всего, только левой рукой. На основании такого вывода предположили, что преступник или не имеет правой руки, или она у него повреждена и не работает, или он ярко выраженный левша.

Оперативно следственным путем среди лиц, имевших мотив для убийства, был выявлен мужчина без правой руки. В дальнейшем были получены доказательства того, что убийство и расчленение совершил именно он.

Некоторые судебно-медицинские исследования, при определенных обстоятельствах, могут позволить провести индивидуальную идентификацию преступника или орудия преступления, что дает в руки следствия очень ценные доказательства.

Одним из наиболее ярких в этом плане методов является бурно развивающийся метод генотипоскопии. С его помощью путем сравнительного исследования объектов биологического происхождения, обнаруженных на месте происшествия и изъятых у конкретного лица, может быть идентифицирована личность человека с вероятностью ошибки настолько малой, что ею можно пренебречь.

Идентификация орудия травмы, например по следам скольжения на твердых тканях тела человека, также имеет большое значение для установления важнейших обстоятельств совершения преступления. 5. Важное значение имеет судебно-медицинское исследование жертвы преступления, особенно в тех случаях, когда личность погибшего человека неизвестна. Судебно-медицинские исследования могут позволить установить, кто погиб, и тем самым дают возможность выйти на преступника. Приведу пример, иллюстрирующий сказанное. Сотрудникам уголовного розыска было необходимо установить личность человека, чей труп был расчленен с целью сокрытия преступления. При этом голова и кисти рук трупа отсутствовали, а имевшиеся части тела были в состоянии сильно выраженного гниения. На большой берцовой кости правой ноги были обнаружены следы сросшегося перелома, причем сросшиеся кости были зафиксированы (при хирургическом вмешательстве) нестандартными металлическими пластиной и шурупами. По этим приспособлениям был установлен мастер, который их изготовил, через него вышли на хирурга, лечившего погибшего человека, по истории болезни установили его личность, а через жертву вышли на предполагаемого убийцу.

Вывод по 3 вопросу. Посредством судебно-медицинских исследований могут быть установлены очень важные фактические обстоятельства дела. Например, взаимоположение жертвы и убийцы в момент причинения повреждений, дистанция выстрела, прижизненность или посмертность повреждений, и так далее. Очень часто информация, полученная судебными медиками при исследовании объектов судебно-медицинской экспертизы, не может быть получена никаким другим путем, что делает судебную медицину незаменимой при раскрытии и расследовании преступлений против жизни и здоровья людей.

Тема № 9

« Введение в курс судебной психиатрии »

План:

1. Предмет задачи, организация, система, история развития судебной психиатрии.
2. Правовое положение и организационные формы судебно-психиатрической экспертизы.
3. Права и обязанности экспертов-психиатров.

Вопрос 1. Предмет задачи, организация, система, история развития судебной психиатрии

Судебная психиатрия - это наука, изучающая психику человека с точки зрения анализа ее внутренних процессов. Судебная психиатрия имеет много общего с юридической психологией и общей психологией, однако предметы этих наук не совпадают, хотя и взаимосвязаны.

Предметом судебной психиатрии выступают патологические явления человеческой психики, отклоняющиеся от нормы, тогда как общая и юридическая психология занимаются изучением психики человека в пределах нормы.

Судебная психиатрия - пограничная наука, в которой находят свое отражение, как вопросы правового характера, так и вопросы медицины, общей психиатрии. При проведении судебно-психиатрических экспертиз, судебные психиатры применяют методы общей психиатрии, претворяя в жизнь принципы гуманности существующих законов, согласно которым уголовной ответственности не подлежит лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т. е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психиатрического расстройства, временного психиатрического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

Понятие «психические болезни» не исчерпывается психозами. К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, на сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза.

Психиатрия подразделяется на общую психиатрию, исследующую основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической деятельности, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования, и частную психиатрию, исследующую соответствующие вопросы при отдельных психических заболеваниях.

В процессе развития психиатрии выделились и сложились отдельные ее отрасли: детская, гериатрическая психиатрия, биологическая психиатрия, социальная психиатрия, военная и судебная психиатрия, а также психофармакология.

Основным методом обследования психических больных остается клинический с четким и обоснованным психопатологическим анализом состояния обследуемого. Клиническое наблюдение дополняется данными лабораторных методов.

Судебная психиатрия – самостоятельный раздел медицинской науки – психиатрии, изучающий психические расстройства в их специальном отношении к уголовному и гражданскому праву. Судебная психиатрия призвана содействовать правоохранительным органам в их деятельности, поскольку по закону общественно опасные деяния, совершенные психически больными в состоянии невменяемости, не считаются преступлениями, а лица, их совершившие, не могут считаться преступниками. Основной целью судебной психиатрии является помощь следствию и суду в ответе на вопрос, кто

совершил правонарушение, - преступник или психически больной человек.

Предметом судебной психиатрии является состояние психического здоровья участников уголовного или гражданского процессов, их психические нарушения и психическая деятельность во время совершения деликта, при проведении экспертизы.

Началом развития психиатрической помощи в России считают XI в., когда вместе с основанием Киево-Печерского монастыря было выстроено первое больничное учреждение, оказывающее помощь психически больным. В 1677 г. появляется первый в России закон о психически больных, лишаящий их права распоряжаться наследством. В конце царствования Петра I издается указ о том, что умалишенных в монастыри не помещать, а построить для них специальный дом.

Плеяду замечательных ученых-психиатров составляют В.Х. Кандинский, С.С. Корсаков, П.Б. Ганнушкин, В.П. Сербский, именем которого назван Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии.

Судебная психиатрия, являясь отраслью медицинской науки – психиатрии, имеет вместе с тем самостоятельные задачи.

Психиатра, работающего в общей психиатрии, интересует главным образом определение характера и причин заболеваний с целью их предупреждения и лечения. Для судебной психиатрии эти цели сохраняют свое значение, но главная ее задача – изучение психических расстройств в их специальном отношении к определенным вопросам уголовного и гражданского права и процесса.

Круг вопросов, изучаемых судебной психиатрией, определяется в основном теми практическими задачами, которые перед ней ставятся. К ним в первую очередь относятся:

- экспертное освидетельствование и дача заключений о вменяемости или невменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих сомнение в их психическом здоровье у следственных органов и суда, а также о психическом состоянии этих лиц в период производства экспертизы;
- определение в необходимых случаях психического состояния свидетелей и потерпевших;
- предупреждение общественно опасных действий психически больных в том числе путем рекомендаций о применении мер медицинского характера в отношении невменяемых и заболевших после совершения преступления;
- освидетельствование и дача экспертных заключений по вопросу о дееспособности лиц, вызывающих сомнение в их психическом здоровье у суда в гражданском процессе.

К области судебно-психиатрического освидетельствования относится также определение психического состояния лиц, обнаруживших признаки психического расстройства в период отбывания наказания, и дача заключения о возможности отбывания наказания и медицинских мерах в отношении этих лиц.

Оценивая психическое состояние лица во время совершения им общественно опасного деяния, истца и ответчика в гражданском процессе, эксперт должен решить вопрос, как влияет то или иное психическое заболевание на способность лица отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, на возможность рассудительно вести свои дела.

В соответствии с этим цель клинического психиатрического исследования при экспертизе состоит не только в том, чтобы определить характер заболевания (поставить диагноз), но и что самое главное, установить степень (тяжесть) болезненных психических расстройств. Решение этого вопроса требует не только знания форм психических заболеваний, но и обязательного углубленного и четкого клинического анализа каждого случая. Таким образом, вопрос о степени болезненных нарушений, их интенсивности (глубине) определяет в первую очередь заключение психиатра-эксперта, которое он дает по постановлению следственных органов или определению суда.

Следовательно, клинические психиатрические вопросы разрешаются

применительно к определенным правовым нормам (о невменяемости, недееспособности и др.), выражающим отношение закона к лицам, страдающим психическими заболеваниями.

В соответствии с этим судебная психиатрия, как самостоятельная отрасль научной дисциплины – психиатрии, прежде всего, разрабатывает принципы экспертной оценки отдельных психических заболеваний. Она разрабатывает те психиатрические критерии, на основе которых даются заключения о невменяемости или недееспособности, о выборе тех или иных мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших опасные действия.

В тесной связи с этим изучение тех форм психических расстройств и особенностей их течения, которые встречаются преимущественно в судебно-психиатрической практике. В первую очередь речь идет о реактивных состояниях – психических расстройствах, возникающих как реакция на воздействие психической травмы. Далее нужно указать на значительные видоизменения обычной симптоматики и характера течения ряда заболеваний (например, шизофрении, органических поражений головного мозга) под влиянием психогенно-ситуационных факторов, что нередко вызывает затруднения в постановке диагноза.

В условиях судебно-психиатрической клиники наблюдаются также клинические картины, почти не встречающиеся в обычной лечебной практике. Эксперту нередко приходится иметь дело с кратковременными психическими расстройствами в форме исключительных состояний – патологического опьянения, патологических просоночных состояний, патологического аффекта, которые могут привести к совершению общественно опасного деяния. Наконец, нужно указать на различные формы аггравации (преувеличение болезненных явлений) и симуляции, часто встречающиеся в судебно-психиатрической практике.

Разработка вопросов профилактики общественно опасных действий психически больных требует изучения «механизмов» этих действий, обусловленных болезненными факторами. В соответствии с этим важно исследование условий микросреды больного, как благоприятных, так и отрицательных, которые могут препятствовать или, наоборот, способствовать неправильному, социально опасному поведению.

На основе обобщения опыта судебно-психиатрической экспертизы и работы по предупреждению общественно опасных действий разрабатываются законодательные и инструктивно-методические материалы по вопросам организации и проведения экспертизы, принудительного лечения и иных мер медицинского характера по профилактике опасных действий психически больных.

Обобщение материалов судебно-психиатрической экспертизы, наблюдений, проведенных в судебно-психиатрических стационарах, и дальнейшее прослеживание судьбы психически больных, совершивших общественно опасные действия, позволили с новых сторон осветить целый ряд вопросов психиатрической клиники. Таковы вопросы динамики (течения) и влияния психотравмирующих воздействий при шизофрении, психопатиях, олигофрении.

Вывод по 1 вопросу. В настоящее время продолжают разрабатываться меры профилактики общественно опасных действий психически больных, изучаются те патологические факторы и условия, которые определяют эту опасность при различных формах психических заболеваний и эффективность мер медицинского характера. В судебной психиатрии решаются организационные и методические вопросы проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Вопрос 2. Правовое положение и организационные формы судебно-психиатрической экспертизы

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) проводится на основе единых федеральных нормативных актов в соответствии с действующим законодательством РК.

Судебная экспертиза представляет собой процессуальное действие, состоящее из

проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем или прокурором, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу (Закон РК «О судебно-экспертной деятельности в РК»).

Судебно-психиатрическая экспертиза представляет собой регламентированное законом и проводимое врачом-психиатром исследование. Теоретической базой СПЭ является судебная психиатрия, предметом изучения которой является состояние психического здоровья участников уголовного или гражданского процессов.

Экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенным лицом, производящим дознание, следователем, прокурором и судом. Закон предусматривает, что в качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения. Требование лица, производящее дознание, следователя, прокурора или суда о вызове эксперта обязательно для руководителя предприятия, учреждения или организации, где работает эксперт. Вопросы, поставленные перед экспертом, и его заключение не могут выходить за пределы компетенции эксперта.

Ходатайствовать об экспертизе могут сам обвиняемый, потерпевший, родственники, в судебном заседании – прокурор и защитник с момента его участия в уголовном и гражданском процессе. В последнем случае могут ходатайствовать о назначении экспертизы истцы и ответчики.

Согласно уголовно-процессуальному кодексу РК следователь, признав необходимым назначение судебной экспертизы, выносит об этом постановление, в котором указываются:

1. основания назначения судебной экспертизы;
2. фамилия, имя, отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена судебная экспертиза;
3. вопросы, поставленные перед экспертом;
4. материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта.
5. в соответствии с УПК РК необходимость назначения судебной экспертизы определяется следователем самостоятельно.

Следователь должен признать назначение судебной экспертизы необходимым, если существенные для уголовного дела факты могут быть установлены не иначе как путем применения специальных знаний.

Судебная экспертиза производится государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями.

Следователь знакомит с постановлением о назначении судебной экспертизы подозреваемого, обвиняемого, его защитника и разъясняет им права. Об этом составляется протокол, подписываемый следователем и лицами, которые ознакомлены с постановлением.

Судебная экспертиза в отношении потерпевшего, а также в отношении свидетеля производится с их согласия или согласия их законных представителей, которые даются указанными лицами в письменном виде.

Во время проведения экспертизы судебные психиатры осуществляют лечебные мероприятия средствами, применяемыми в общей психиатрии. Бытовавшие в прошлом утверждения о том, что лечебные мероприятия в рамках судебно-психиатрической экспертизы могут исказить клиническую картину заболевания, в настоящее время опровергнуты, установлена их целесообразность. Во-первых, лечение должно быть начато как можно раньше, что повышает его эффективность, а во-вторых, в ходе лечебных мероприятий по изменению симптоматики может быть поставлен более точный диагноз и

дана наиболее полная судебно-психиатрическая оценка заболевания.

После окончания принудительного лечения лицо должно находиться под постоянным наблюдением врачей-психиатров в психоневрологических диспансерах по месту жительства. При обострении болезни или рецидиве необходима немедленная госпитализация больного. Психопрофилактические мероприятия проводятся и с осужденными, проявляющими различные психические отклонения во время отбытия наказания.

Вывод по 2 вопросу. Принудительному лечению психически больных лиц в теории судебной психиатрии уделяется большое внимание, поскольку данный вопрос играет решающую роль в профилактике совершения психически больными лицами преступлений, общественно опасных деяний. В ходе принудительного лечения применяются все современные клинические методы, проводятся реабилитационные мероприятия. Критерии отмены принудительного лечения постоянно уточняются и разрабатываются.

Вопрос 3. Права и обязанности эксперта

Согласно Уголовно-процессуальному кодексу РК (ст. 79) **эксперт вправе:**

1. Знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;
2. Ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечения к производству судебной экспертизы других экспертов;
3. Участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;
4. Давать заключение в пределах своей компетенции, в т.ч. по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования;
5. Приносить жалобы на действия (бездействие) и решение дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;
6. Отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения;

В соответствии с той же статьей эксперт **не вправе:**

1. без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;
2. самостоятельно выбирать материалы для экспертного исследования;
3. проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследование, могущее повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств;
4. давать заведомо ложное заключение;
5. разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст.161 настоящего Кодекса.

Эксперт обязан:

1. Принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;
2. Провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным вопросам;
3. Составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний

эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

4. не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в т.ч. сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую тайну;

5. обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе:

1. Принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

2. осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

3. вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела; самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

4. сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;

5. уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Эксперт вправе:

1. Ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

2. делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

3. обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Вывод по 3 вопросу. Эксперт дает заключение от своего имени на основании произведенных исследований в соответствии с его специальными знаниями и несет за данное им заключение личную ответственность. За дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 307 Уголовного кодекса Российской Федерации. За разглашение данных предварительного расследования эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 310 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Тема № 10

« Общая психопатология»

Цель лекции: изложить сведения о нормальной психической деятельности человека, объяснить основные расстройства психики.

План:

1. Краткие сведения о деятельности головного мозга.
2. Современные представления о сути психических болезней.
3. Симптомы и синдромы психических расстройств.

Вопрос 1. Краткие сведения о деятельности головного мозга

Общая распространенность психических расстройств достигает 20%, это означает, что каждый 5-ый человек в течение своей жизни нуждается в помощи психиатра или психотерапевта. 5% населения земного шара хотя бы однажды обращаются к психиатру по поводу депрессивных состояний.

Соматическое заболевание (от др.-греч. σῶμα - тело) - телесное заболевание, в противоположность психическому заболеванию.

В данную группу заболеваний входят болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека. В целом значительная часть болезней является именно соматическими, так, например, все травмы (кроме психологических) являются соматическими.

К соматическим заболеваниям относятся:

Заболевания сердца и сосудов

Заболевания дыхательной системы

Поражения печени и почек, ряд поражений желудочно-кишечного тракта

Травмы, ожоги и ранения

Наследственные генетические заболевания

Органические поражения нервной системы

Инфекции и спровоцированные ими поражения внутренних органов

Паразитарные инвазии

Эндокринные заболевания

Между соматическими заболеваниями и психическими нарушениями имеются тесные связи. Любая соматическая болезнь оказывает влияние на личность больного и его психическую деятельность, этот раздел называется психосоматика. Понятием "психосоматические расстройства" объединяется группа состояний, характеризующихся "перекрыванием" (сочетанием) симптоматики, отражающей нарушения как психической, так и соматической сфер организма и выходящих за рамки соматогений в виде симптоматических психозов и психогенных реакций на соматические заболевания. Выделение группы психосоматических расстройств, знаменующее тесную связь психиатрии с общей медициной, подчеркивает необходимость взаимодействия психиатров с интернистами в диагностике и лечении заболеваний.

Реакция личности на болезнь зависят от многих факторов:

- характера заболевания, остроты и темпа развития;
- представления об этом заболевании у самого больного;
- характера лечения и психотерапевтической обстановки;
- личности больного;
- отношения к болезни родственников и того общественного резонанса, которое может вызвать заболевание.

Все психические болезни, в том числе и психические расстройства, соматогенно обусловленные, могут носить психотический, невротический и психопатический характер. Поэтому правильнее говорить не о характере психических расстройств, а об уровне

психических нарушений. Периодизация возрастов и возрастные кризы в психиатрии. Основные особенности их проявления.

Психика, начиная от самых примитивных ее форм и кончая человеческой, является инструментом приспособления организма к внешней среде. Проще говоря, психический процесс включает в себя: восприятие внешней и внутренней информации, ее передачу в соответствующие мозговые системы. Информация становится доступной для собственного обозрения, сравнения, осмысления, что в итоге позволяет установить взаимоотношения внешней среды и организма – «осознание информации».

Психика человека отличается от психики самого высокоразвитого животного меньшим значением бессознательной генетической инстинктивной программы, значительно большей переработкой альтернативных возможностей, необходимостью адаптации к общественной жизни, в которой видную роль играют условные понятия и ценности, а также знаково-символическая коммуникация (устная и письменная речь, рисунки, формулы, ноты и т.д.). Овладение символической знаковой информацией способствовало обобщению и хранению больших ее массивов в головном мозгу, а позднее – вне его, например, в книгах, компьютерной памяти и т.д. основное отличие заключается в возможности подчинения биологических мотиваций идейным и морально-этическим.

Однако в психике человека осталось и много общего с психикой животного. Прежде всего – это влияние биологических мотиваций в эмоциональной сфере поощрения (удовольствие-наказание), которая особенно четко выступает под влиянием снижения контроля более высоких систем – в особых состояниях с угрозой для жизни, эмоционального поведения и внушения, под влиянием болезненных состояний, употребления алкоголя и наркотиков. Однако главное значение в этом отношении имеет индивидуальный подсознательный исторический опыт личности.

Содержание психических переживаний принципиально не зависит от мозга как такового. Он гарантирует лишь техническое обеспечение, или «производство», психики. Последняя зависит от унаследованной генетической программы, условий и особенностей формирования ребенка в раннем детстве, различных влияний, воспитания и всего жизненного пути, т.е. образования, культуры, микро- и макросреды и т.д.

Психика может быть подразделена на три вида: бессознательную (инстинктивно-рефлекторную), подсознательную (интуитивно-автоматическую), и сознательную (осмысленную).

У плода работает инстинктивно-рефлекторная психика, заложенная в его мозгу в качестве генетической программы и связанная с его биологическими потребностями. Психика постепенно развивается после рождения как следствие взаимодействия ребенка с внешним миром, и в первую очередь с его ближайшим окружением (мать, отец). Это происходит путем восприятия и накопления в мозгу ребенка разных видов информации и развития эмоционального отношения к ней. И лишь в процессе опознания, сличения и эмоциональной оценки по принципу удовольствия – наказания формируется интуитивно-автоматическая психика и сознание человека. Постепенно у ребенка инстинктивно-рефлекторное поведение начинает корректироваться и ограничиваться условными влияниями, т.е. системами, в которых накапливается личный опыт, как эмоционально-субъективный, так и более высокого порядка.

С накоплением опыта о внешнем мире в виде собственных впечатлений, полученных знаний и умений совершенствуется психика ребенка. Следует отличать бессмысленную улыбку младенца во время сна от улыбки при виде матери, вызванной эмоциональным восприятием ее, когда ребенок начинает узнавать мать и отличать ее от других людей. Многократно описаны задержки в психическом развитии детей, обусловленные почти полным отсутствием человеческих контактов и недостатком информации. Условия, достаточные для развития мозга животного, не подходят и недостаточны для развития психических функций мозга человеческого

Психика зависит первично от «исправности» работы мозга и вторично – от систем

организма, обеспечивающих эту работу. Например, грубые нарушения психики будут наблюдаться в случаях недостатка снабжения мозга кислородом, глюкозой, накопления в нем вторичных продуктов обмена при почечной недостаточности, отравления мозга различными ядами или микробными токсинами при инфекционных заболеваниях. Приблизительно также будут влиять на психическую деятельность многие болезни, непосредственно поражающие головной мозг. Таким образом, целый ряд внемозговых факторов или факторов, вторично влияющих на головной мозг, может нарушать психическую деятельность помимо отмеченных выше.

Хорошо известна зависимость психики от функционирования эндокринных желез. Так, например, сниженная активность щитовидной железы в детстве приводит к кретинизму. Болезненное снижение функции щитовидной железы в зрелом возрасте ведет к замедлению психической деятельности, гиперфункция щитовидной железы может сопровождаться ускорением темпа нервно-психической деятельности (эйфорией), т.е. повышением настроения без видимых причин.

Две программы психической деятельности

Первая программа. В эволюционном развитии каждого вида животных определились свойственные им потребности и приспособительная система поведения (видовой опыт) у травоядных и хищников. Потребности и адаптация к внешней среде животных уже записаны в их мозгу генетическим образом к моменту рождения. Таким же образом генетическая или первая программа записана в соответствующих мозговых структурах ребенка. Кроме видоспецифических особенностей в этой программе записаны также наследственные особенности предков ребенка – его генотип. От этого генотипа зависят некоторые особенности структуры и функции мозга, способности и другие задатки и возможности ребенка, но также и его наследственные болезни. Задатки, влияющие на психическую деятельность, касаются почти всех ее сфер, но особенно ярко проявляются в эмоциональном реагировании, от них зависят темперамент и характер. Эта программа представляет инстинктивные виды бессознательного поведения, биологические мотивации, которые не осознаются – полностью или частично, - однако они активно влияют на формирование сознательного поведения.

Первая программа у человека связана с таламостриопаллидо (гипоталамическим) комплексом и является нижним, или бессознательным уровнем психической деятельности.

В нем эта программа хранится, здесь происходят координация и регуляция функций, которые приводят к удовлетворению биологических потребностей, самосохранению организма и продолжению рода.

Реализация первой программы находится под контролем более высших систем. Однако в ряде ситуаций, когда контроль ослаблен, поведение человека регрессирует на более низкую ступень (половое, аффективное поведение).

Вторая программа. Рождаясь с жесткой генетической программой и определенными задатками, ребенок постепенно начинает развиваться как личность. Это происходит в зависимости от его ближайшего окружения и во взаимодействии с ним. Наряду с овладением каким-то запасом знаний, умений, навыков, научению речевой коммуникации он постепенно создает внутреннюю индивидуальную систему субъективно-эмоциональную ценностей и связанную с ней систему моделей поведения. Эта психическая деятельность, хотя и является подсознательной, однако имеет личностный характер и определяется качеством глубинного или телесного **Я** человека.

Этот уровень имеет колоссальную роль в человеческой психике. Он разворачивается в лимбической системе и через ее связи корреспондирует с более низким и более высоким сознательным мозговыми уровнями. В принципе ни один из психическим уровней не работает изолированно.

Вторая программа формируется на основании обобщения субъективного исторического, т.е. усвоенного в процессе жизнедеятельности, опыта индивида, особенно

полученного до 2-3 летнего возраста. Формирование продолжается и в дальнейшем, но уже на основе заложенного ядра личности и в более ограниченном виде. Таким образом, вторая программа является субъективно-подсознательной основой личности. Связанные с этой основой личности оценки и модели поведения развиваются также в результате различных психологических комплексов, гнездящихся в подсознании. Все это формирует внутренние системы устремлений, установок, привычек, влечений, страстей, амбиций, характеризующих данную личность. Эти внутренние влияния обладают большим эмоциональным и энергетическим зарядом и воздействуют на принятие субъектом решений и в целом на его поведение. Вот некоторые составные части данной программы.

Комплексы. Они были описаны Фрейдом как состояния психики, возникающие в тех случаях, когда нельзя реализовать свои желания, амбиции. Вытесненные субъектом в подсознание, они оттуда беспокоят его и направляют поведение для их удовлетворения, а при невозможности невротизируют человека. Главную роль в возникновении комплексов Фрейд придавал неудовлетворенной сексуальности. Известны некоторые из них. Эдипов комплекс – неосознаваемая ревность и враждебность к отцу, желание избавиться от власти и авторитета отца. Комплекс неполноценности Адлера у людей, страдающих физическим недостатком. Комплекс самоутверждения и власти – Наполеона. Есть комплексы, способствующие развитию застенчивости и неуверенности, влюбленности, самолюбования.

Часто встречаются сексуальные комплексы, связанные с действительно имеющимся недостатком, подавляемыми желаниями. У неустойчивых и психопатических личностей они могут быть причиной серьезных сексуальных отклонений и нарушения поведения в целом. Наблюдается внутренняя потребность не только его компенсации, но и гиперкомпенсации, т.е. компенсации с «избытком». Комплекс являет собой подсознательную личностную мотивационную установку с высоким энергетически потенциалом.

Автоматизмы, или автоматическое поведение. Различают бессознательные и подсознательные автоматизмы. Бессознательные автоматизмы представляют собой врожденную систему автоматической координации движений. Например, сохранение равновесия при любой угрозе падения, при первых шагах ребенка, катании на коньках. При растормаживании древних двигательных систем возникают различные рефлекторные и автоматические движения, типа сосательного, хоботкового или хватательного рефлексов, насильственного смеха, плача.

Автоматическое поведение возможно в результате откладывания в памяти подсознания разных стереотипов, штампов, заученных планов действий. Сначала эти действия могут осуществляться сознательно, и по мере обучения и усвоения они переходят в автоматические. Например, уборка помещения, приготовление обеда, заучение роли, пение, игра на музыкальных инструментах, вождение автомобиля и т.д., что не требует активного сознательного контроля. Так во время выполнения таких сложных действий, как вождение автомобиля или исполнения музыкального произведения, человек может думать или решать какие-то другие вопросы.

Учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности сыграло решающую роль в деле дальнейшего продвижения проблемы автоматизации мозговых функций. Экспериментальные работы сотрудников И.П. Павлова, Асратяна и Скипина впервые дали толчок изучению системности функций головного мозга. Под автоматизацией нужно понимать не механическое осуществление машинообразного функционирования, а системность в актах познания и действия, в которой отдельные частные функции сочетались и объединялись, образуя более сложные структуры. Это непрерывное систематизирование процессов И.П. Павлов определяет, как непрерывное стремление к динамическому стереотипу.

В работе "Проблема сна" И.П. Павлов подчеркивает огромную роль внутреннего дифференцирующего и координирующего торможения в коре головного мозга в

возникновении системных навыков: "Если большие полушария, – пишет он, – постоянно, как это всякому ясно, вмешиваются в самые мелкие детали наших движений и одни пускают в ход, а другие задерживают, как, например, при игре на рояле, то вы можете себе представить, до чего дробна величина торможения, если одно и то же движение и сила его напряжения допускается, а другое рядом, самое мельчайшее, уже устраняется, уже задерживается. Или, например, в нашем речевом движении. Сколько у нас слов для передачи наших мыслей. И мы хорошо передаем смысл, никогда не говорим, лишних слов, употребляем то слово, которое всего более подходит в данном случае.

Вывод по 1 вопросу. Психика зависит первично от «исправности» работы мозга и вторично – от систем организма, обеспечивающих эту работу. Например, грубые нарушения психики будут наблюдаться в случаях недостатка снабжения мозга кислородом, глюкозой, накопления в нем вторичных продуктов обмена при почечной недостаточности, отравления мозга различными ядами или микробными токсинами при инфекционных заболеваниях.

Вопрос 2. Современные представления о сути психических болезней

Наиболее существенным в развитии теоретических воззрений современной психиатрии является постепенный переход от метафизического представления о болезни как о местном процессе, связанном с анатомическим повреждением отдельных органов и тканей, к более прогрессивной концепции, подчеркивающей единство всех органов и систем и учитывающей не только анатомические изменения, но главным образом и функциональные состояния отдельных физиологических систем и всего организма в целом, его динамику под влиянием меняющихся условий внешней и внутренней среды.

Успеху развития этого направления, которое можно назвать "физиологическим", "функциональным", в отличие от "анатомического", способствовала победа эволюционных идей дарвинизма в общей медицине, развитие общей физиологии и физиологии нервной системы, внедрение физиологических методов обследования больного в клинике. В отечественной медицине эта прогрессивная концепция о развитии болезни создавалась под влиянием исследований таких крупных ученых-физиологов и клиницистов, как И.М. Сеченов, Н.Е. Введенский, И.П. Павлов, А.А. Ухтомский, С.П. Боткин, В.М. Бехтерев и др.

Свое творческое развитие эта концепция получила в физиологическом учении И.П. Павлова, который не отождествлял патологические проявления болезни с физиологическими. Он не считал возможным противопоставлять их друг другу и проводить между ними резкую грань, так как защитные и приспособительные механизмы, являясь по существу физиологическими функциями, пускаются в ход в патологических условиях.

И.В. Давыдовский считал, что «само представление о болезни неразрывно связано с представлением о непрерывном приспособлении организма к внешней среде. Болезнью называется комплекс патологических процессов (местных и общих), который возникает в организме вследствие нарушения нормальных регуляций его функций при воздействии факторов внешней среды, давая те или иные достаточно характерные и в то же время динамические анатомо-клинические картины».

Причины психических заболеваний многообразны.

В их числе:

- патологическая наследственность. В настоящее время четко установленные наследственные болезни с прямой передачей потомкам конкретных клинически выраженных патологических признаков составляют лишь небольшую часть от общего числа заболеваний и относятся преимущественно к олигофрениям. Значительно чаще встречается наследственное предрасположение, которое приводит к заболеванию под воздействием различных неблагоприятных факторов. При этом риск заболевания близких родственников возрастает, но угроза заболевания не является неизбежной. При наличии

патологической наследственности у обоих родителей риск заболевания у детей возрастает. Большую роль играет наследственный фактор при шизофрении, где при наличии заболевания у одного из родителей риск заболевания у детей составляет 16%, у обоих родителей — риск заболевания у детей увеличивается вдвое. В ряде случаев возникновение психического расстройства обусловлено вредными воздействиями на мозг плода во внутриутробном периоде;

- острые или хронические отравления, инфекционные заболевания. Среди отравлений, вызывающих психические расстройства, первое место по частоте занимает алкоголь, злоупотребление которым приводит к возникновению алкогольных психозов.

- психические нарушения возникают также вследствие употребления наркотических веществ;

- самоотравление организма продуктами нарушенного обмена веществ, вырабатываемыми в организме при нарушениях деятельности его органов и систем — диабете, раке, других заболеваниях;

- черепно-мозговая травма (ушиб, сотрясение головного мозга и т. д.). К психическим заболеваниям могут приводить нарушение мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг и т. д.;

- психическая травма. В данном случае большую роль играют индивидуальные особенности личности, тип нервной деятельности (темперамент, характер, уровень развития). У различных субъектов можно наблюдать разные реакции на одну и ту же психическую травму. В то время как у одних людей психическое воздействие не имеет патогенного значения, у других оно может вызвать болезненное состояние.

Повышенная восприимчивость к психическим травмам наблюдается преимущественно у:

- психопатических личностей;
- интеллектуально отсталых людей;
- больных с остаточными явлениями после перенесенных мозговых инфекций и травм мозга;

- субъектов возбудимых, внушаемых, эмоционально лабильных, астеничных.

Изменение клинической картины болезни и состояния больного имеет большое судебно-психиатрическое значение: эксперты оценивают характер болезненных проявлений психики во время совершения общественно опасного деяния, в период проведения следствия и в момент проведения экспертизы. Учитывается дальнейшее течение болезни, ее прогноз.

Одни психические заболевания развиваются быстро и заканчиваются полным выздоровлением, другие — характеризуются длительным течением, постепенным нарастанием психических нарушений.

Хронические заболевания проходят несколько стадий:

- стадия предвестников — характеризуется появлением симптомов, общих для различных болезней: головная боль, повышенная раздражительность, недомогания, снижение трудоспособности, нарушение сна и т. д.;

- дебют болезни — начальная стадия заболевания, во время которой проявляются симптомы, характерные для данного заболевания. Начальная стадия может развиваться постепенно либо быстро и остро;

- развернутая картина болезни — наличие и развитие всех характерных симптомов с постепенным нарастанием болезненных проявлений.

Хронические психические заболевания могут протекать непрерывно с постепенным нарастанием психического дефекта и появлением специфического слабоумия в виде приступов, которые перемежаются с состоянием улучшения (ремиссией). Прогрессирующие болезни не всегда приводят к слабоумию, в некоторых случаях возникают изменения личности и характера человека. При этом трудоспособность и социальная адаптация сохраняются. Ремиссии могут продолжаться от нескольких

недель до нескольких лет.

При некоторых нарушениях психики не наблюдается прогрессирования самого болезненного процесса и нарастания болезненных расстройств (олигофрения, психопатии и т. д.).

Для определения тяжести психического расстройства необходимо: провести клиническое исследование больного; определить характер и причины психических нарушений; особенности их возникновения и течения.

Кроме того, изучение материалов уголовного или гражданского дела позволяет экспертам распознать наличие психического заболевания и правильно поставить диагноз.

При обследовании больных могут быть использованы только те методы, которые приняты в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Некоторые методы исследования применяются только с согласия подэкспертного лица (например, спинномозговая пункция). Таким образом, подозреваемому, обвиняемому при проведении судебно-психиатрической экспертизы гарантируется соблюдение его личностных прав.

Для верной оценки полученного заключения судебно-психиатрической экспертизы дознаватель, следователь, юрист должны иметь элементарное представление о методах обследования психически больных лиц. Начало психиатрического обследования заключается в сборе анамнеза. Анамнез — сведения о физическом и психическом развитии и состоянии в прошлом, сведения о наследственности, о чертах характера, особенностях обучения лица, сведения о его интересах, привычках, семейной жизни, о перенесенных болезнях, употреблении алкоголя и наркотических веществ. При сборе данных особый интерес вызывают сведения о странностях поведения, психических отклонениях, о времени их появления и проявления. Субъективным анамнезом являются сведения, полученные от самого подэкспертного лица.

Объективный анамнез — сведения, полученные от иных лиц, материалы уголовного или гражданского дела. Сведения, полученные от иных лиц, необходимо сопоставлять между собой, оценивать в совокупности с другими материалами, предоставленными характеристиками по месту учебы или работы. Большое значение имеют показания свидетелей о поведении подэкспертного лица в период совершения общественно опасного деяния, поэтому при подготовке дела для проведения судебно-психиатрической экспертизы дознавателем, следователем этому должно быть уделено особое внимание. Получение всех необходимых медицинских документов также входит в обязанность лица, производящего предварительное расследование, так как эти документы могут быть получены только по официальному запросу.

Психическое состояние подэкспертного лица исследуется врачами путем наблюдения за его поведением и бесед. При проведении судебно-психиатрической экспертизы в условиях стационара наблюдение производится врачами при обходах и в ходе бесед с больным, средним медицинским персоналом во время прогулок, нахождения в палате, при общении.

Особое место при исследовании занимает экспериментально-психологическое исследование, которое проводится специалистами-психологами с помощью специальных психологических тестов и методик, помогающих проанализировать мышление, память и т. д.

Результаты экспериментально-психологического исследования сопоставляются с психиатрическими клиническими данными.

Психические заболевания часто сопровождаются нарушением деятельности внутренних органов, нарушением обмена веществ, которые сопровождаются определенными физическими или соматическими симптомами. Следствием органических поражений головного мозга являются расстройства, связанные с местными поражениями центральной или периферической нервной системы, — неврологические симптомы. Соматические симптомы — нарушение кровообращения, пищеварения, расстройства функций отдельных органов, нарушение обмена веществ. Неврологические симптомы —

поражение черепно-мозговых Нервов, изменения рефлексов, расстройства чувствительности, нарушение вегетативной нервной системы, двигательных функций.

На границе между неврологическими и психопатологическими симптомами находятся афазии - расстройства речи. Афазия может выражаться в утрате произвольной речи, нарушении связности речи, в невозможности припомнить отдельные слова и названия предметов и т. д.

В процессе клинического исследования большое значение имеют специальные методы - исследование крови, мочи, спинномозговой жидкости и т. д. Однако результаты анализов имеют вспомогательное значение и должны учитываться лишь в сопоставлении с другими данными клинических исследований.

Вопрос 3. Симптомы и синдромы психических расстройств

Нарушение памяти. Структура процесса запоминания и воспроизведения сложна (опосредованность, целенаправленность, мотивированность). Распад мнестической деятельности - поуровневое исследование деятельности человека. Память – мотивированный, направленный деятельностью процесс.

Прогрессирующая амнезия – в его основе лежит диффузный, равномерно протекающий атрофический процесс коры головного мозга, ослабление анализаторных функций коры, ставших инертными и не успевающими за сменой событий идущих в реальной жизни. Амнезия - расстройство памяти, неспособность к воспоминанию, патологическое состояние мозга, вызванное физическими нарушениями, психогенными воздействиями.

Различают:

1. общая - глубокое расстройство памяти- полная неспособность вспомнить событие, факт из прошлого опыта, запомнить, что то новое.
2. частичная - охватывает круг событий предшествующих нарушению мозговой деятельности - ретроградная амнезия. Либо событий после нарушения - антероградная амнезия.
3. фиксационная охватывает события, явления эмоционально связанные с психотравмирующей ситуацией.

Амнезия – ухудшение памяти, как следствие повреждения лимбической системы. Антероградная амнезия – неспособность к получению новой вербальной и невербальной информации. Ретроградная - трудности извлечения событий предшествующих заболеванию. Конфабуляция - непостоянные провалы в памяти.

Нарушение мышления. Нарушение мышления – часто встречающийся симптом при психических заболеваниях, варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны. Нарушения мышления трактуются как вторичные, проявление нарушений особой активности, интенции психики. Мыслительные операции, направленные на практические действия, у больного шизофренией сохранены, память и внимание его не нарушены, однако не в состоянии синтезировать отдельные, сами по себе правильные умозаключения. Основным нарушением больного шизофренией является его аутичность, обуславливающая распад его мышления.

Мыслительная деятельность заключается не только в умении познать окружающие явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели. Мыслительный процесс является активным, целеустремленным процессом, направленным на разрешение определенной задачи, личностно мотивированным. Нарушения мышления встречающиеся носят разнообразный характер. **Три вида патологии мышления:**

- 1) нарушение операционной стороны мышления;
- 2) нарушение динамики мышления;
- 3) нарушение личностного компонента мышления.

Мышление как обобщенное и опосредованное отражение действительности выступает практически как усвоение и использование знаний, не в виде простого

накопления фактов, а в виде процесса синтезирования, обобщения и отвлечения, в виде применения новых интеллектуальных операций. Обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. -возможность установления связи между самими понятиями. При некоторых формах патологии психической деятельности теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Нарушение операционной стороны мышления принимают различные формы:

- а) снижение уровня обобщения;
- б) искажение процесса обобщения.

Снижение уровня обобщения – в суждения доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При ярко выраженном снижении уровня обобщения вообще не доступна задача на классификацию. Возможность оперирования обобщенными признаками характеризует мышление как деятельность аналитико-синтетическую. В некоторых случаях при более выраженной степени заболевания больные затрудняются даже в объединении слов по конкретному признаку. Нарушение личностного компонента мышления, обусловленные нарушениями личности: разноплановость мышления, нарушение критичности и саморегуляции. Мышление является сложной саморегулирующей формой деятельности. Оно определяется целью, поставленной задачей. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение полученных результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Что бы акт сличения выполнялся, человеческая мысль должны быть активной, направленной на объективную реальность. Утеря целенаправленности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека. Источником человеческого действия являются осознанные потребности, возникшие в результате общественно трудовой деятельности человека. Потребность, осознанная человеком, выступает для него в виде конкретных жизненных целей и задач. Реальная деятельность человека, направленная на достижение целей и разрешение данных задач, регулируется и корректируется мышлением. Мысль, пробужденная потребностью, становится регулятором действия; для того, что бы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, лично мотивированным.

Не существует мышления, оторванного от потребностей, мотивов, стремлений, установок, чувств человека – т.е. личности в целом. Мысль не последняя инстанция, что сама мысль рождается не из другой мысли, а из мотивирующей сферы нашего сознания, которая охватывает наши влечения и потребности, наши интересы и побуждения наши аффекты и эмоции (необходимость формирования мотива к действию).

Связь нарушения мышления с изменением мотивационной сферы наблюдается при различных формах душевных болезней - искажение уровня обобщения, нарушение мотивационного компонента мышления. Больные - в своих суждениях на признаки и свойства, не отражавшие реальные отношения между объектами. Значимым существенным является для человека то, что приобрело смысл в его жизнедеятельности. Не частота появления того или иного признака или свойства предмета делают его значительным и существенным, а на осмысленность, та роль, которую этот признак сыграл в жизни человека. Существенность признака и свойства, значимость предмета или явление зависят от того, какой смысл они приобрели для него. Явление, предмет, событие могут в разных жизненных условиях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются те же. Вместе с тем значение вещей, совокупность наших знаний о них остаются устойчивыми. Несмотря на то, что личностная направленность и содержание мотивов могут оказаться различными, основная практическая деятельность формирует устойчивость предметного значения вещей. Наше восприятие мира всегда включает в себя и смысловое отношение к нему, и его предметно объективное значение. Операция классификации может производиться в более или менее обобщенном плане, но

предметное значение объекта, с которым человек совершает ту или иную операцию, остается устойчивым. Поэтому признаки, на основании которых проводится операция классификации, актуализирующиеся при этом свойства предметов носят в известной мере характер стандартности и банальности. У ряда больных шизофренией эта устойчивость объективного значения вещей нарушилась. Единство, в которое включалось значение предмета и смысловое отношение к нему терялось благодаря изменению в сфере мотивов и установок.

Особенно ярко выступало нарушение личностного компонента в том виде нарушений мышления, который характеризуется как разноплановость мышления. Разноплановость мышления: суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. При непоследовательности суждений больные на какой-то отрезок времени лишаются возможности правильно и адекватно рассуждать. Однако это не представляет собой утерю целенаправленности мыслительной деятельности. Действия больного адекватны цели и условиям, поставленным в экспериментах. При разноплановости мышления основа классификаций не носит единого характера. Подходят к классификации с точки зрения личного вкуса, Направленность на объективное содержание действия утрачивается, наряду с адекватными суждениями выступает «разноплановый» характер мышления.

В мыслительной деятельности больных переплетаются логические суждения, обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний. Парадоксальность установок этих больных, смысловая смещенность приводили к глубокому изменению структуры любой деятельности, как практической так и умственной. Мышление лишается целенаправленности.

Резонерство - склонность к бесплодному мудрствованию, как тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям. Механизмом резонерства являются не столько нарушение интеллектуальных операций, сколько повышенная аффективность, неадекватное отношение, стремление подвести любое, даже незначительное, явление под какую-то концепцию. Неадекватность, резонерство больных, их многоречивость выступали в тех случаях, когда имело место аффективная захваченность, чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к «оценочным суждениям». Резонерство выражается в претензионно-оценочной позиции больного и склонности к большому обобщению по отношению к мелкому объекту суждений. Грамматический строй речи больных отражает эмоциональные особенности резонерства, своеобразен синтаксис, своеобразна лексика резонерских высказываний, часто используют инверсии, вводные слова. Разноплановость и резонерство больных находят свое выражение и в речи, приобретающая характер разорванности - это тоже симптом нарушения речи как функции общения.

Нередко подобные больные говорят независимо от присутствия собеседника (симптом монолога), при внешнем упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке монотонным, спокойным голосом больной часами произносит монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности во внимании собеседников. В довольно длительных высказываниях больных нет никакого рассуждения; произносят ряд фраз, но не сообщают в них никакой содержательной мысли, не устанавливают никаких, хотя бы ложных связей между предметами и явлениями. Направленность на содержание является одной из характерных особенностей восприятия речи, у этих больных она утеряна. В высказываниях нет смыслового объекта, нет логического подлежащего. Больные не заинтересованы во внимании собеседника, они не выражают в своей речи никакого отношения к другим людям. Разорванная речь этих больных лишена основных, характерных для человеческой речи признаков, она не является ни орудием мысли, ни средством общения с другими людьми. Эта особенность речи больных, отсутствие функции общения, в сочетании с другой ее особенностью, непонятностью для окружающих, делает ее схожей с так называемой эгоцентрической речью ребенка.

Лабильность мышления: - характерная особенность заключалась в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения больных в основном не был снижен; больные правильно обобщали материал; операции сравнения, переноса не были нарушены. Однако адекватный характер суждений не был устойчивым. Инертность мышления: тип нарушения мыслительного процесса – в основе которого лежит инертность связей прошлого опыта. Больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой. Подобные нарушения часто встречаются у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости. Подобная инертность связей прошлого опыта, в которой проявляется нарушение динамики мыслительной деятельности, в результате приводила к снижению операции обобщения и отвлечения.

Нарушение сознания. Сознание высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека. Сознание процесс объективного бытия реальности, знание того, как объект противостоит познающему субъекту.

Критерии сознания:

- 1) дезориентировка во времени, месте, ситуации.
- 2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего мира.
- 3) разные степени бессвязности мышления.
- 4) затруднение воспоминания происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Сознание – фон смены различных психических феноменов – непрерывно. При душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности и наоборот. Пр.- бред при полном сознании – нарушение мышления. Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех признаков.

1. Оглушение - при острых нарушениях ЦНС, инфекционных заболеваниях, отравлениях, ЧМТ. Резкое повышение порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Ответы на вопросы как бы спросонок, без осмысливания содержания вопроса. Отмечается замедленность движений, молчаливость, безучастие к миру, выражение лица безразличное, легко наступает дремота, ориентировка в окружающем мире не полная, отсутствует (от неск. мин – до неск. часов).

2. Делирий. Помрачение, ориентировка в ОМ нарушена, но заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний: ложная ориентировка во времени и пространстве, на фоне ДСС иногда возникают иллюзии, галлюцинации, бредовые идеи. Больные говорливы, возбужденные, ночью как правило состояние усиливается. Делирий - у больных с органическими поражениями мозга, после травм, инфекций.

3. Онейроид - сновидное: причудливая смесь отражения реального мира, и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера в фантазиях – всплывает по-новому формируясь весь прежний опыт. Сосуществование реального и фантастического. Отдельные фрагменты, события реальной ситуации заполняются элементами – фантастическими фрагментами. Характеризуется глубокими расстройствами самосознания не только дезориентировка + фантастическая интерпретация окружающего. Ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, вспоминают лишь иногда содержание своих грез.

4. Сумеречное помрачение сознания - характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего ССС называется транзиторным, т.е. переходящим. Приступ сумеречного состояния сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерный симптом – последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью

отсутствуют. Во время ССС – больные сохраняют возможность выполнять автоматические привычные действия, нередко возникают бредовые идеи и галлюцинации, под влиянием бреда – напряженного аффекта могут совершать опасные поступки. ССС протекающее без бреда и галлюцинаций, изменения эмоции – носит название амбулаторного автоматизма – т.е. непроизвольное блуждание; отсутствие - absense.

5. Деперсонализация. Характерно чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий своего Я, которые воспринимаются как бы со стороны. Частым явлением деперсонализации - нарушение схемы тела, т.е. нарушение отражения в сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов (дисморфобии) - возникающие при разных заболеваниях, эпилепсии, шизофрении, после ЧМТ. Синдром дисморфобии: больные считают, что у них некрасивый нос, оттопыренные уши, от них плохо пахнет, и стремятся принять меры по устранению мешающего недостатка, настаивают на оперативном вмешательстве, часами стоят перед зеркалом - симптом зеркала, постоянно разглядывают себя.

Этот симптом как триада: а) идеи о физическом недостатке, со стремлением активно от него избавиться; б) идеи отношений; в) пониженного настроения. Выраженное, навязчивое стремление больных исправить мнимый недостаток - Дисморфомания, это не расхождение между содержанием идеального представления о внешнем облике Я и настоящим, а о не принятии себя, т.е. о неосознаваемом восприятии. Эмпирическое Я – психический мир субъекта, дополняемый самооценкой. Чистое Я – мыслящий человек. Изучение личности – раскрытие самосознания личности. Изменения образа Я у больных шизофренией. Синдром дисморфобии связан с низкой самооценкой. Подобные больные избегают общества, уединяются, нередко переживают мнимое уродство, столь сильно, что может стать причиной суицидальных попыток. При этом самооценка опирается не на содержательность представления об идеальном образе внешнего я, а неприятие своего физического Я.

Вывод по 3 вопросу. Синтез ощущений из внутренних органов + внешних органов чувств, является стержнем формирования самосознания. В норме человеку не требуется доказательств принадлежности собственного тела, собственной персоне и психических переживаний.

Тема № 11

« Частная психопатология»

План лекции:

1. Хронические психические заболевания.
2. Органические заболевания головного мозга
3. Врожденное слабоумие.

Введение

Психиатрия условно разделяется на 2 части - общую и специальную.

Общая психиатрия изучает отдельные признаки душевных расстройств - **симптомы**. Определенные сочетания симптомов, закономерности их развития и внутренние связи называются **синдромами**. Однако изучение в отдельности симптомов и синдромов не может служить основанием для постановки диагноза.

Симптом приобретает определенное значение только тогда, когда он рассматривается в рамках синдрома, а синдром, в свою очередь, должен соотноситься с особенностями личностных изменений, возникающих в процессе психической болезни.

Вопрос 1. Хронические психические заболевания

Шизофрения – психическое заболевание, которое протекает хронически в виде приступов или непрерывно и приводит к характерным однотипным изменениям личности (дефекту) с дезорганизацией психических функций (мышления, эмоций и поведения). Слово «шизофрения» происходит от древнегреческого «schizo» - расщепляю, раскалываю и «phren» - душа. То есть психические функции как бы расщепляются – память и приобретенные ранее знания сохраняются, а остальная психическая деятельность нарушается. В 1911 г. швейцарский психиатр Э. Блейлер описал под этим названием группу психозов.

Шизофрения относится к эндогенным заболеваниям (эндо – изнутри, внутренний, экзо – внешний, наружный). В отличие от так называемых экзогенных заболеваний, которые вызваны внешним отрицательным воздействием, например черепно-мозговой травмой, инфекционным заболеванием, интоксикацией и прочими, при шизофрении таких явных внешних факторов нет. Отсюда и название – эндогенное заболевание, то есть развивающееся как бы изнутри, без внешнего воздействия.

Клиническая картина весьма разнообразна. Почти все известные симптомы и синдромы могут встречаться при шизофрении. Основные диагностические критерии: динамика, течение и дефект личности нарастают по мере прогрессирования заболевания, страдает мышление, эмоции, волевые процессы. Несмотря на многообразие проявлений шизофрении, при ней всегда есть типичные проявления, общие для всех больных и форм шизофрении, но с разной степенью их выраженности. Их называют «негативными» симптомами, поскольку они отражают тот ущерб для психики больного, который наносит болезнь. В наибольшей степени при шизофрении поражаются эмоциональная и волевая сферы.

В эмоциональной сфере отмечается замкнутость, отгороженность, холодность, парадоксальность эмоциональных реакций. Забота о нем может привести к агрессии. Амбивалентность чувств, мыслей т.е. проявление одновременно противоположных мыслей, чувств, снижение психической активности, отсутствуют волевые импульсы. Некоторые больные осознают это изменение. Они жалуются на то, что потеряли способность радоваться жизни, любить, волноваться и страдать, как раньше. То, что их теперь ничто не интересует, некоторые больные тоже осознают, но ничего не могут поделать, чтобы что-то изменить и по-другому относиться к своим близким, так как управлять ни своими эмоциями, ни поведением больной шизофренией не может.

У некоторых больных наблюдается **амбивалентность** – то есть одновременное существование двух противоположных эмоций: например, любви и ненависти, интереса и

отвращения.

Амбигуэнтность – расстройство, аналогичное амбивалентности, проявляющееся двойственностью стремлений, побуждений, действий, тенденций. Например, человек считает себя одновременно и больным и здоровым, хочет услышать слова одобрения, но все делает для того, чтобы его ругали; протягивает руку за каким-либо предметом и тут же одергивает её и т.п. Это может сказываться и на поведении – больной шизофренией ласкает своего ребенка или подругу и одновременно причиняет боль, после ласковых слов может без всякого повода дать пощечину, целует и щиплет или кусает.

Может быть диссоциация эмоциональной сферы – больной смеется при печальном событии или плачет при радостном. Больные могут быть равнодушны к горю своих родных, тяжелой утрате и печалиться, увидев растоптанный цветок или больное животное.

В сфере мышления отмечается искажение уровней обобщения, нарушение целенаправленности, мотивационного компонента мышления, разноплановость или разорванность мышления. Появляется неологизм – склонность к образованию новых слов, склонность к пустым рассуждениям, бессвязность, разорванность речи. На начальных стадиях возможны диагностические ошибки. Могут иметь место факторы случайного характера, интоксикация, инфекция.

Формы шизофрении:

- а) непрерывнотекущая;
- б) приступообразная;
- в) циркулярная.

По симптоматике:

- а) кататоническая (восковая гибкость);
- б) гебефреническая (слабоумие с дурашливым поведением);
- в) параноидальная (бред преследования, величия, изобретательства);
- г) ипохондрическая (ищут в себе симптомы различных заболеваний);
- д) простая – нарастание слабоумия;
- е) галлюцинаторно – параноидальная.

Простая: принадлежит к злокачественной шизофрении, относится к юношескому возрасту, быстро приобретает непрерывное течение. Очень трудно установить начало заболевания. Подросток вялый, безучастный, эмоционально холодный, нередко уходит из дома, снижение психической активности, проявляется несвойственные ему интересы, занимается философскими проблемами, склонность к рассудительству, могут возникать наплывы мыслей, могут быть слуховые галлюцинации. Гебефреническая - принадлежит к юношеской шизофрении, имеет непрерывное течение. Сходство с простой шизофренией в начальной фазе. Ведущим является нелепость поведения, дурашливость, эйфория - двигательное возбуждение, преобладает злобность, гневливость, разрушение всего, что попадает под руку. Кататоническая - 20-25 лет. Имеет непрерывное течение и неблагоприятный исход, может быть постепенным и острым. Параноидальная - начинается в зрелом возрасте, главным является бредовые идеи, которые формируются либо остро, либо постепенно, нередко сопровождается различными галлюцинациями.

Рассмотрим некоторые основные симптомы нарушения психической деятельности:

Иллюзии - ошибочное восприятие зрением или слухом реально существующих предметов или явлений:

- зрительные иллюзии возникают, как правило, при плохом освещении на фоне тревожного состояния. Зрительные иллюзии фантастического или образного содержания (окружающие предметы изменяют свои размеры, воспринимаются как необычные фантастические существа);

- слуховые иллюзии могут быть элементарными (отдельные звуки приобретают особый смысл) либо вербальными (субъект слышит посторонние разговоры, где звучат

слова в его адрес угрожающего или осуждающего содержания);

Галлюцинации - нарушение чувственного познания, при котором восприятия возникают при отсутствии реального объекта. Галлюцинации могут быть зрительными, слуховыми, обонятельными, вкусовыми, осязательными (тактильными), галлюцинациями общего чувства:

- зрительные, или оптические галлюцинации могут быть простыми, элементарными (вспышки, искры, пятна, дым) или сложными, воспроизводящими конкретных людей, животных, насекомых, предметы либо целые сцены какого-либо действия. Зрительные галлюцинации бывают цветными либо одноцветными, объекты воспринимаются в натуральную, увеличенную либо уменьшенную величину. Содержание галлюцинаций может быть постоянным либо различным. Часто зрительные галлюцинации возникают на фоне помрачения сознания, им сопутствуют страх, ярость, тревога;

- слуховые - элементарные, неречевые, когда больной слышит шумы, отдельные звуки, либо вербальными, когда слышатся фразы и отдельные слова, голоса. Голоса могут принадлежать родственникам, знакомым и незнакомым людям, могут быть мужскими, женскими или детскими, быть тихими или громкими. Больной может слышать один голос, диалоги, множество голосов. Содержание слуховых галлюцинаций различно: угрозы, брань, насмешки, успокоение и утешение, предупреждения и приказания и т.д. Обычно слуховые галлюцинации воспроизводятся на фоне непомраченного сознания, сопровождаются удивлением, страхом, поиском того, кому принадлежат голоса, иногда опасными действиями;

- обонятельные - мнимые неприятные либо приятные запахи;

- вкусовые - вкусовые ощущения (приятные либо неприятные), возникающие у больного без приема пищи;

- осязательные - неприятные ощущения, возникающие под кожей или на коже, соотносимые с определенным воздействием предметов или насекомых (щекотание, ползание, царапание и т. д.);

- функциональные - промежуточные между галлюцинациями и иллюзиями. Они появляются только при наличии реального внешнего раздражителя и продолжаются, не сливаясь с ним, до тех пор, пока существует этот раздражитель. Больной реально слышит какой-либо звук, например шум дождя, и одновременно слышит слова, произносимые шепотом. При прекращении дождя шепот исчезает;

- псевдогаллюцинация, которые воспринимаются больными не в реальном, а в субъективном пространстве - "мысленно", не отождествляются с реальными предметами, т. е. лишены характера объективной реальности. Вместе с тем критическое отношение к псевдогаллюцинациям, сомнения в их действительном существовании отсутствуют;

- гипногогические - возникают при засыпании или в дремотном состоянии при закрытых глазах;

- гипнопомпические - возникают в период пробуждения (видения или слуховые обманы);

- сенестопатия - неприятные или мучительные ощущения, возникающие в различных частях тела или во внутренних органах (жжение, боль, щекотание и т. д.). Не сопровождаются какими-либо соматическими или неврологическими расстройствами;

- метаморфопсия - искаженное восприятие величины, формы и пространственного расположения реально существующих предметов. Предметы воспринимаются в уменьшенном виде (микрופсия) либо в увеличенном виде (макрופсия);

- дисмегалопсия - восприятие предметов в перекошенном, перекрученном, расширенном или суженном состоянии;

- расстройства мышления - встречаются при различных психических заболеваниях.

В их числе:

- ускорение мышления - легкость появления и увеличение количества ассоциаций, возникающих безостановочно, поверхностные умозаключения, отвлекаемость от темы,

непоследовательность высказываний, одна незаконченная мысль сменяется другой;

- замедленное мышление - уменьшение ассоциаций и затруднение их возникновения, содержание представлений замедленно и однообразно;

- бессвязное мышление - речь представляет собой набор слов, не связанных смыслом;

- обстоятельное мышление - ассоциации долго не исчезают из сознания, продуктивность мышления снижается, характерно застревание;

- резонерское мышление - пространные рассуждения на заданную тему либо темы, не имеющие отношения к заданному вопросу, многословность;

- персеверация мышления - доминирование в сознании ограниченного числа мыслей и представлений, на разные вопросы дается один и тот же ответ;

- расстройство схемы тела - искаженное представление о форме, величине и положении тела в пространстве либо об увеличении (уменьшении) частей тела. Больному может казаться, что он увеличивается или уменьшается, что у него несоразмерно длинные руки или маленькая голова;

- бред - ложные суждения, умозаключения, возникающие безо всяких оснований. Разубедить больного невозможно никакими вескими доводами. Обычно бредовые идеи, суждения психически больных относятся к ним самим.

Различают 3 основные группы бреда:

1. Первичный.

2. Образный.

3. Аффективный и разнообразные виды бреда.

Первичный бред - поражает в первую очередь логическое познание. Патологической интерпретации подвергаются явления внешнего мира и субъективные ощущения. Первичный бред носит стойкий характер и имеет склонность к прогрессирующему развитию. В некоторых случаях первичный бред длительное время является единственным явным признаком психического заболевания. У больного возникают разрозненные, противоречивые умозаключения, тягостные предчувствия, недоверие ко всему окружающему. В период инкубации еще иногда возникают сомнения в верности своих умозаключений. С течением времени больные испытывают ощущение "озарения", им "все ясно". Прежние разрозненные представления выстраиваются в систему, обрастают новыми элементами. В этот период поведение больных меняется: если ранее они избегали открытых столкновений с мнимыми врагами, то теперь переходят к действиям "против них". Это может выражаться в сутяжном поведении, в обращении с многочисленными жалобами в различные инстанции, в более редких случаях — попытками физически уничтожить "врага". В терминальном периоде, спустя многие годы, происходит постепенное обеднение бреда или его распад.

Бред ревности - непоколебимая уверенность, что супруга (супруг) изменяет с одним или несколькими лицами. Больной отмечает детали в поведении супруга, подтверждающие его умозаключения, начинает следить за ее (его) действиями, требует признать факт неверности. Порой бред ревности приводит к совершению тяжких насильственных преступлений, чаще всего убийству лица, которого он подозревает в измене.

Ипохондрический бред - убеждение лица в том, что у него имеется тяжелое неизлечимое заболевание. Больные постоянно обращаются к врачам, требуют проведения им обследований или операций, прибегают к самолечению. Разновидностью данного вида бреда является бред физического недостатка или уродства;

Бред преследования - непоколебимая уверенность больного в том, что его преследуют с целью его убийства, нанесения физического или морального вреда.

Бред воздействия - уверенность лица в том, что на его мысли, чувства и поступки постоянно оказывается воздействие - электричеством, лучами, гипнозом и т. д.

Бред отношения - уверенность больного в том, что все окружающие предметы и

явления имеют отношение к нему самому, все имеет определенный смысл.

Бред отравления - уверенность больного в том, что для его уничтожения или отравления применяются яды, которые подмешиваются в пищу, воду, распыляются в воздухе и т.д.

Бред изобретательства - непоколебимое убеждение больного в том, что им совершено гениальное открытие, внедрение которого спасет человечество. Данный вид бреда обычно сопровождается сутяжничеством.

Бред величия - твердая уверенность больного в величии своих духовных и физических сил, в значимости своего социального положения и возможностей.

Бред эротический - больной уверен, что определенное лицо испытывает к нему любовную страсть, и стремится добиться его расположения.

Бред сутяжный - навязчивая идея борьбы за восстановление своих нарушенных прав.

Бред образный - доминирует нарушение чувственного познания, сознание наполнено бессистемными идеями, которые воспринимаются как данность. Образный бред приводит к изменению поведения больного, он совершает импульсивные непоследовательные поступки. Окружающее воспринимается так, как это бывает при иллюзиях, могут возникать галлюцинации, эпизоды расстроенного сознания. Разновидности образного бреда - бред инсценировки (больной уверен, что вокруг него все подстроено, все приобретает особое значение) и бред значения.

Аффективный бред - отражает господствующий аффект, в котором преобладает нарушение чувственного познания, логический элемент незначителен.

Эпилепсия

Эпилепсия - заболевание, которое по своей распространенности и по тяжести занимает второе место в структуре психических расстройств после шизофрении.

Главным симптомом эпилепсии выступает судорожный приступ с потерей сознания, что и определяет ее название ("эпилепсио" по-древнегречески - "быть внезапно схваченным"). Эпилепсия является широко распространенным заболеванием с тяжелыми клиническими проявлениями и недостаточной эффективностью лечения. Полагают, что количество больных эпилепсией колеблется в пределах 1% населения, однако эти данные, несомненно, занижены.

Вторым признаком эпилепсии после судорожного приступа с внезапной потерей сознания и резким падением являются типичные и постепенно прогрессирующие изменения психики. Это позволяет считать эпилепсию единым заболеванием, имеющим исключительно наследственную этиологию. Об этом свидетельствуют и близнецовые исследования, показавшие, что среди двуяйцевых близнецов эпилепсия встречается у второго из заболевших ею близнецов в 15% случаев, у однояйцевых - в 85% случаев.

В анамнезе у любого из больных можно установить в большом числе случаев наличие в роду прямой наследственной отягощенности, т. е. судорожных приступов у кого-либо из близких родственников.

Еще задолго до начала заболевания, в детстве, у части больных могут проявляться некоторые признаки, свидетельствующие о возможном развитии в будущем эпилепсии: судороги при высокой температуре, сноговорение, снохождение, вздрагивание при засыпании или во сне. У значительного числа больных (хотя далеко не у всех) отмечаются некоторые типичные особенности внешнего облика - атлетическое или дисплазическое телосложение с тяжеловесной, неуклюжей моторикой, широкое квадратное лицо, тяжелый взгляд, широкие зрачки и т. д.

Первый приступ обычно происходит внезапно, обычно в детстве в возрасте 10-15 лет, но может быть и после 20 лет, тогда говорят о поздней эпилепсии. В 80 - 85% случаев большой эпилептический приступ является не только главным, но и единственным проявлением болезни на всем ее протяжении, не считая постепенного изменения личности больного. Приступы всегда происходят внезапно, хотя у части больных за несколько

часов или даже за сутки до приступа бывают предвестники приступа — острая тоска, озлобление, стремление к блужданию, нарушение пищеварения, тошнота, зевота, усталость. Ощущения перед приступом всегда проявляются одинаково у одного больного, но при этом он все равно не может определить, когда именно начнется приступ. В начале приступа у 20 - 30% больных возникает аура (в переводе с лат. — "ветерок", "дуновение") длительностью в несколько секунд.

Выделены 4 основных типа ауры:

- сенсорная аура (наиболее часто встречающаяся) - различные ощущения (покалывания, "мурашки", жжение, онемение), отрывочные галлюцинации (световые пятна, шум, звон, бой барабанов и т. д., крики, необычные запахи и вкусовые ощущения);
- вегетативная аура - проявляется в сердцебиении, удушье, в остром чувстве жажды или голода, потливости;
- моторная аура - проявляется в виде различных однообразных движений, кружений, топтании на одном месте, причмокивании языком, повторении отдельных слов;
- психическая аура — может сопровождаться чувством страха, экстаза, сочетанием сложных галлюцинаций и т. д.

При всем разнообразии аур и возможности их сочетания аура всегда одинакова у одного и того же больного.

Приступы эпилепсии протекают с глубокой потерей сознания, больной мгновенно падает, обычно лицом вперед. Иногда больной издает пронзительный крик в результате спазма голосовой щели. Вначале происходит тоническая судорога всего тела - с вытягиванием туловища в струну - длительностью до 1 минуты, а затем происходят клинические судорожные подергивания головы и конечностей - до 2-3 минут, лицо больного становится синюшного цвета, почти чернеет, дыхание становится хриплым, изо рта выделяется пена. Ввиду полной потери сознания зрачки больного не реагируют на свет, болевая чувствительность тела отсутствует. Через 3-4 минуты от начала приступа судороги прекращаются, сознание восстанавливается и больные в одних случаях возвращаются к нормальному состоянию, в других - погружаются в глубокий сон. В период приступа (кроме ауры) у больных отмечается амнезия.

Наряду с большими приступами, существуют и другие формы проявления эпилепсии, в том числе:

- малые приступы, которые наблюдаются у 15 - 20% больных эпилепсией вместо больших приступов. Они происходят в течение нескольких секунд;
- нарколептический припадок - внезапное развитие сонливости, сменяющейся сном. Припадок возникает в любых условиях - при ходьбе, в транспорте, во время выполнения работы;
- катаплексический припадок - внезапное расслабление мышц под влиянием неожиданных раздражителей (громкий звук, испуг и т. д.). Припадок может сопровождаться падением, сознание сохраняется; дисфории - эпилептические расстройства настроения. Чаще всего наблюдается тоска, тревога, беспричинный страх, злобность, подозрительность, готовность к разрушительным действиям, направленным против окружающих. Нередко больные жалуются на непреодолимое желание совершить убийство или покончить с собой. Дисфории могут сопровождаться неприятными или мучительными ощущениями - болью, жжением, чувством сжимания внутренних органов. При дисфории наблюдаются и повышенное настроение, восторженность, которая может носить мориоподобный характер (дурашливость, паясничанье и т. д.);
- сумеречные помрачения сознания - самая часто встречающаяся форма расстройства сознания при эпилепсии. Больные вдруг становятся молчаливыми, отчужденными от окружающих, контакт с ними практически невозможен, но они могут выполнять внешне целесообразные действия. Наряду с этим склонны быстро идти или бежать, совершая на бегу нелепые действия, зачастую находятся в агрессивном состоянии. В ночное время больные с сумеречным помрачением сознания бесцельно идут куда-то (с

закрытыми либо открытыми глазами), а затем внезапно снова засыпают в любом месте. Сумеречное помрачение сознания может сопровождаться бредом, галлюцинациями, измененным аффектом. Особенно трудны для распознавания случаи ориентированного сумеречного сознания, характеризующиеся небольшой глубиной помрачения сознания, сохранностью способности элементарной ориентировки в окружающем. Внешне больные в таком состоянии производят впечатление неприснувшего человека — у них нетвердая походка, замедленная речь.

Эпилептические психозы могут быть острыми, затяжными, хроническими, протекают без помрачения сознания. Наибольшее значение в судебной психиатрии имеют бредовые формы. Острый эпилептический параноид может развиваться на фоне дистрофии или вслед за состояниями помрачения сознания без полной амнезии. Состояния с тревожно-депрессивным аффектом, мало систематизированным бредом преследования, отравления и ипохондрическим бредом встречаются чаще у параноидов с экспансивным бредом. Затяжные и хронические эпилептические психозы различаются лишь длительностью.

При эпилепсии наряду с большими и малыми приступами происходят постепенно нарастающие изменения личности больных. Частично эти изменения наблюдаются еще до появления приступов, однако в основном они возникают и углубляются в процессе заболевания. У больных постепенно все более и более снижается память, мышление становится тугоподвижным, вязким, крайне обстоятельным. Все, о чем бы они ни говорили, они излагают с излишней детализацией и множеством подробностей, не отделяя главного от второстепенного. Если прервать их рассказ, они обязательно возвращаются к началу. Речь у них замедленная.

Такие лица отличаются чрезвычайной педантичностью в работе и быту, бережливы до патологической скупости. Больные гиперсоциальны, с обостренным чувством долга и порядка, со стремлением к строжайшему исполнению всех правил и законов, причем они настойчиво требуют этого же и от окружающих. Даже если какая-либо проблема непосредственно их не затрагивает, они пишут жалобы, создавая длительные конфликтные ситуации. Больные становятся крайне злобными, злопамятными, мстительными, помнят любую самую мелкую обиду в течение длительного времени, вспыльчивы, жестоки и способны на самые агрессивные действия. Наряду с этим могут отмечаться и противоположные особенности: они подобострастны, льстивы, угодливы, услужливы, часто употребляют уменьшительные и ласкательные названия, слащавы.

Следует отметить, что далеко не у всех больных эпилепсией отмечается весь комплекс описанных изменений личности. В большинстве случаев проявляется лишь часть описанных симптомов, и если при отчетливо выраженных изменениях личности они сразу заметны и требуют лишь грамотного описания в истории болезни, то у других больных некоторые типичные изменения психики можно выявить только при детальном осмотре и опросе.

У разных больных эпилепсия может протекать в различных формах. Для одних больных характерно несколько приступов в детстве, которые впоследствии не повторяются, но это бывает крайне редко. Также редко наблюдается появление приступов в позднем возрасте (30 - 40 лет), причем в данных случаях требуется тщательное неврологическое обследование ввиду возможности развития опухоли головного мозга.

Наиболее часты случаи, когда приступы, проявившись в детском возрасте, продолжаются в течение всей жизни с различной периодичностью. Учащение приступов приходится на весенний период, а также на период новолуния. Частота приступов у разных больных варьируется: от 5 - 6 приступов в год - до ежедневных и даже многочисленных приступов в день до развития эпилептического статуса, когда приступы следуют один за другим без перерыва. Обычно частота приступов провоцирует изменение личности, широко варьируется: в одних случаях деградация личности наступает через 2 - 3 года, в других - на протяжении десятков лет происходит медленное нарастание

изменений личности с сохранением трудоспособности и социальной адаптации.

Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии определяется особой тяжестью совершаемых больными правонарушений, преимущественно против личности, а также трудностью клинической и экспертной оценки ряда эпилептических расстройств. Установление диагноза "эпилепсия" не предопределяет однозначного экспертного решения по вопросу вменяемости-невменяемости: один и тот же больной может быть признан вменяемым в отношении одного преступления, совершенного в межприступном периоде, и невменяемым - в отношении другого преступления, совершенного во время приступа. Трудность заключается в необходимости ретроспективного воспроизведения клинического состояния больного в момент совершения преступления. В данном случае большую роль играют показания свидетелей, самого лица, материалы уголовного дела.

В сумеречных состояниях больные нередко совершают преступления, характеризующиеся отсутствием умысла, внезапностью, особой жестокостью, неприятием мер к сокрытию следов. Дополнительные данные о состоянии больного во время совершения общественно опасного деяния можно получить из описания свидетелями его внешнего вида, странного поведения и т. д., а также из факта глубокого сна непосредственно после совершения преступления и на месте преступления.

Однако следует помнить, что сумеречные состояния бывают различных видов, в том числе, когда у больных сохраняется способность к ориентировке и контакту. Внешне странности поведения лица могут быть не отмечены свидетелями, и в этих случаях возможность ошибки при заключении судебно-психиатрической экспертизы велика.

Амнезия должна оцениваться только наряду с другими данными, как дополнительный критерий, так как запоминание происходящих событий подэкспертный может использовать с целью избежать наказания.

В отношении деяний, совершенных в сумеречном помрачении сознания, больные признаются невменяемыми.

Менее часты правонарушения, совершаемые в состоянии дисфории. Для распознавания дисфории важны объективные сведения о безмотивном, внезапном изменении настроения и о наличии таких фактов ранее. Судебно-психиатрическая оценка зависит от глубины дисфории. Наличие бредовых переживаний, нарушение сознания при дисфории являются основанием для признания таких лиц невменяемыми.

Во время малых припадков также возможно совершение больными общественно опасных действий. Обычно это автотранспортные происшествия, поджоги и т. д. При проведении судебно-психиатрической экспертизы такие лица признаются невменяемыми.

Лица с острыми, затяжными или хроническими эпилептическими психозами также должны признаваться невменяемыми, однако возникают определенные трудности при распознавании этих состояний. Если преступление совершено в межприступном периоде, то вменяемость устанавливается в зависимости от глубины имеющихся изменений личности.

Признанных невменяемыми больных направляют для применения принудительных мер медицинского характера. В специализированных стационарах лечат больных с частыми сумеречными состояниями и тяжелыми дисфориями с агрессивными тенденциями, а также больных с выраженной эпилептической деградацией личности в сочетании со значительными аффективными нарушениями. При совершении тяжкого преступления в кратковременном пароксизме, при незначительных изменениях личности больные могут быть направлены в психиатрические стационары общего типа.

Вывод по 1 вопросу. Если исключить ситуации, связанные с сумеречными состояниями, дисфориями, глубокими изменениями личности, большинство больных эпилепсией, совершивших общественно опасные деяния, признаются вменяемыми и подлежат уголовной ответственности.

Вопрос 2. Органические заболевания головного мозга

Под органическими психическими расстройствами понимают те, причиной которых являются повреждения головного мозга в результате физических травм, инфекций и отравлений (интоксикаций). К органическим психическим расстройствам относятся нарушения вследствие атеросклеротического и атрофического процессов головного мозга. Иными словами, все эти расстройства в основе имеют явное повреждение центральной нервной системы, которое может быть определено при посмертном исследовании мозга таких больных. Большинство органических психических расстройств имеют общие признаки. Острый период тяжелых инфекций, отравлений, черепно-мозговых травм характеризуется нарушением сознания. Это могут быть кома, сопор или оглушение, делирий.

Следующий период отличается относительным разнообразием, но главным в нем являются различные личностные нарушения, значительно меняющие характер человека. При неблагоприятном течении расстройства развивается психоорганический синдром, который нередко завершается деменцией. В зависимости от характера вредности, в результате которой возникло психическое расстройство, клинические особенности состояния имеют различия. Однако стереотип заболевания похож. Следует отметить, что фатальные изменения наступают не всегда, при правильном и своевременном лечении развитие заболевания может приостановиться и наступит выздоровление.

Психические расстройства при заболеваниях головного мозга

Многими психиатрами отмечаются значительные трудности в оценке психического состояния лиц с психическими расстройствами при сосудистых заболеваниях головного мозга. За последнее время увеличилось количество невменяемых среди больных этой группы. Церебральный атеросклероз и гипертония относятся к различным формам сосудистой патологии. У больных данными заболеваниями имеется много общего - возрастной фактор, наследственность, черепно-мозговые травмы и т. д.

Развитие церебрального сосудистого процесса происходит в несколько стадий:

Первая стадия - начальная (неврастеноподобная).

Вторая стадия - стадия выраженных психических расстройств.

Третья стадия - дементная.

Основные признаки первой стадии - слабость, снижение работоспособности, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, раздражительность. Иногда могут возникать реактивно обусловленные и депрессивные состояния, психопатоподобный или ипохондрический синдром. Больные проявляют жалобы на снижение памяти, шум в ушах, головокружение.

На второй стадии ухудшается память, особенно на события настоящего, мышление становится замедленным, обстоятельным, нарастает эмоциональная лабильность, проявляется слабодушие.

При мозговом атеросклерозе возможны и психотические состояния. Наибольшее значение в судебно-психиатрической практике имеют *психозы*, протекающие с картиной депрессивных, параноидных и галлюцинаторно-параноидных синдромов, состояния с помрачением сознания.

Определенное судебно-психиатрическое значение имеют остро протекающие параноидные синдромы. Больные отличаются замкнутостью, подозрительностью или имеют тревожно-мнительные черты характера. Нередко наследственность отягощена психическими заболеваниями. Содержание бреда разнообразно: бредовые идеи ревности, отравления, преследования, ущерб, ипохондрический бред. Бредовые идеи могут сочетаться друг с другом, сопровождаться вспышками раздражительности, агрессии.

Реже при атеросклеротических психозах наблюдается *депрессия*, выражающаяся в двигательной и интеллектуальной заторможенности, тревожности, больные высказывают идеи самообвинения, самоуничтожения. Депрессия может продолжаться от нескольких недель до нескольких месяцев, после выхода из депрессивного состояния больные слабодушны, их настроение неустойчиво.

Атеросклеротические психозы с синдромами расстроенного сознания чаще всего наблюдаются у больных, в анамнезе которых имеется несколько неблагоприятных факторов: черепно-мозговые травмы с потерей сознания, тяжелые соматические заболевания, алкоголизм. Наиболее частой формой расстроенного сознания является делирий, реже - сумеречное состояние сознания. Случаи церебрального атеросклероза с синдромом расстроенного сознания прогностически неблагоприятны, нередко после выхода из психоза наступает деменция.

В период третьей стадии иногда появляются эпилептиформные пароксизмы. Психические проявления у больных сочетаются с соматическими расстройствами.

Психопатологические проявления при гипертонической болезни сопровождаются теми же синдромами, что и при церебральном атеросклерозе. Однако на фоне сходной клинической картины более выражены аффективные расстройства: тревога доминирует и выражена наряду с бредом, депрессией, галлюцинозом, что позволяет оценить эти состояния как тревожно-бредовые, тревожно-депрессивные синдромы. Течение гипертонических психозов более динамично.

Психические нарушения при церебральной сосудистой гипотонии по происхождению близки к аналогичным проявлениям при гипертонической болезни и могут иметь сходные формы. Наиболее частым синдромом при гипотонии является астенический. Психотические расстройства определяются аффективными нарушениями: тревожной депрессией и кратковременными расстройствами сознания.

Клинические особенности опухолей головного мозга различной локализации подробно рассматриваются неврологией и нейрохирургией, однако во многих случаях при этой патологии отмечается и ряд нарушений психики. Они нередко являются первыми признаками, свидетельствующими о росте опухоли. Больные жалуются на постоянные головные боли, головокружения, повышенную утомляемость и раздражительность, что ошибочно трактуется как неврастения. Могут наблюдаться и выраженные истерические реакции. В то же время на фоне невротической симптоматики проявляется такой синдром, как загруженность: больные заторможены, растеряны, не сразу воспринимают задаваемые вопросы, замедленно реагируют на окружающее. Они жалуются на прогрессирующее ухудшение памяти, затруднение сообразительности, становятся вялыми и пассивными. В дальнейшем может развиваться апатико-абулический синдром.

В других случаях развивается **мориоподобный синдром**, проявляющийся в дурашливости, нелепых выходках, неадекватном смехе. Апатико-абулический и мориоподобный синдромы характерны для опухолей лобной доли; при опухолях височной доли в редких случаях могут проявиться обонятельные и вкусовые галлюцинации. В ряде случаев симптомами опухоли головного мозга могут быть эпилептические приступы.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы лиц с начальной стадией неврастеподобного синдрома, неглубокой депрессией, психопатоподобных проявлений больные имеют возможность осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, следовательно, являются *вменяемыми*. Определение дееспособности подобных больных представляет определенную сложность, обусловленную неоднообразностью течения заболевания и тенденцией к прогрессированию с нарастанием психоорганической симптоматики. Особые затруднения возникают при проведении посмертной судебно-психиатрической экспертизы таких больных по делам, связанным с наследственным правом.

Лица с явлениями выраженного слабоумия или совершившие общественно опасное деяние в период сосудистого психоза являются невменяемыми, однако только лица с бредовыми идеями ревности, преследования, проявляющие злобность и агрессивность, нуждаются в применении принудительных мер медицинского характера.

Основные критерии судебно-психиатрической оценки психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга являются общими для всех вышеописанных заболеваний, однако следует учитывать, что в условиях психотравмирующих ситуаций

возможно быстрое развитие аффективных и интеллектуально-мнестических нарушений. Эти состояния, как правило, обратимы. В данных случаях лица, признанные в отношении содеянного вменяемыми, могут быть направлены по решению суда на принудительное лечение в психиатрический стационар до выздоровления.

Постинсультные состояния у лиц с сосудистыми поражениями головного мозга также сложны для судебно-психиатрической оценки. При этом в остром периоде, протекающем с мерцанием сознания, частичной ориентацией в окружающем мире, расстройством речи и другими психопатологическими нарушениями, сделки, заключенные больными, должны признаваться недействительными. При этом лица с выраженным постинсультным слабоумием признаются недееспособными.

Травмы головного мозга (ЧМТ)

В настоящее время более частая форма органического психического расстройства – черепно-мозговые травмы. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) наступает в результате физического повреждения головного мозга. Различают открытые и закрытые ЧМТ. Разница между ними состоит в том, что при открытых ЧМТ – повреждена черепная коробка, имеется открытая рана. Такие раны могут осложняться инфекцией из-за повреждения мозговых оболочек и самого мозга.

1) Открытые - нарушение целостности мозгового вещества.

2) Закрытые - ушиб, сотрясение.

Картина нарушений разнообразна.

Стадии последствий ЧМТ:

1. Начальная, сразу после травмы.

2. Острая – до 6 недель.

3. Поздняя.

4. Отдаленная через 2-4; 7-10 лет.

На первый план выступают общемозговые симптомы, в виде нарушения сознания, вплоть до комы. Может отсутствовать зрачковая реакция, нарушение деятельности. Постепенное восстановление сознания, периоды ясного сознания, могут сменяться его нарушением. Могут возникать психотические состояния, делирий, анероид, сумеречное состояние сознания, возможны галлюцинации. Анизокория, нистагм. Может быть состояние близкое к эйфории с нарушением критичности к своему состоянию. Ярко проявляются неврологические симптомы: апраксия, афазия, параличи, возможны припадки в поздней стадии эта симптоматика снижается, выступает на 1-ый план астенизация + истощаемость, + аффективная неустойчивость + вегетативные нарушения. Возможны мнестические нарушения, особенное внимание психическим нарушениям в отдаленном периоде проявляются:

1) травматическая астения 2) травматическая энцефалопатия 3) травматическая эпилепсия 4) слабоумие.

Типы изменений личности: 1. взрывчатость, 2. раздраженность, 3. аффективные состояния, 4. агрессия; 1. повышенное настроение + снижение критики, апатический - снижение активности. Травматическая эпилепсия.

При ЧМТ ранениях в виде повторных эпилептических припадках - без предвестников и ауры, внезапны, отмечаются психические эквиваленты в виде сумеречного состояния сознания и дисфорий, приводящих к изменению личности по эпилептоидному типу, могут быть пароксизмальные расстройства, сочетающиеся с клиническими проявлениями травматической энцефалопатии. Травматическое слабоумие – формируется на фоне травмы астенизация, вегетативные расстройства, личностные изменения, глубокое снижение интеллекта, нет критичности к своему состоянию, гиперкинез - тактильная агнозия движений и гиперактивность.

Исследования детей с ЧМТ: обычно интеллект у детей сохранен, но во время выполнения заданий выступает неравномерность интеллектуальной деятельности и неустойчивость вследствие высокой истощаемости, основным симптом больных с

травмами - нарушается темп выполнения и внимания при заданиях. Страдает суждение, много ошибок, при выполнении задач одинаковой сложности, нарушение эмоционально-волевой сферы, вялость, раздражительность, отказ выполнять.

В первом периоде ЧМТ наблюдается потеря сознания от комы до легкого оглушения. Длительность потери сознания неодинакова, это могут быть секунды, часы и даже недели и месяцы. При легких ЧМТ расстройство сознания обычно непродолжительно. Отмечаются также головокружение, головная боль, тошнота и рвота. Воспоминания о периоде травмы утрачиваются, отмечается антероградная и ретроградная амнезии. Эти явления имеют важное судебно-психиатрическое значение, поскольку при расследовании некоторых правонарушений, например, дорожно-транспортных происшествий, пострадавшие могут не помнить показаний, которые давали непосредственно после события, либо вообще воспроизвести обстоятельства дела не могут.

Во втором периоде ЧМТ сознание полностью восстанавливается, общемозговые явления сглаживаются, на первый план выступают признаки психической слабости с раздражительностью, слезливостью, эмоциональной лабильностью с преобладанием пониженного настроения. В этот период могут возникать эпилептические припадки, иногда, кратковременные психозы. Второй период продолжается 2-4 недели.

В третьем периоде постепенно восстанавливаются психические функции и наступает практическое выздоровление. Травматическая болезнь переходит в отдаленную, четвертую, стадию, для которой характерны личностные расстройства с повышенной раздражительностью, чувствительностью, соматовегетативными проявлениями: непереносимостью жары, духоты, головными болями, нарушениями сна.

Обычно такие церебральные нарушения после легких ЧМТ проходят через несколько лет.

При тяжелых ЧМТ с длительным нарушением сознания, явлениями ушиба мозга возможно развитие психоорганического синдрома. Личностные нарушения более выражены, чем при церебральных расстройствах. Ухудшается внимание, память, умственная работоспособность, сужается круг интересов, утрачивается возможность овладеть новыми знаниями.

Течение болезни может осложняться эпилептическими припадками и расстройствами сознания (травматическая эпилепсия), а также психозами, сопровождающимися бредом и галлюцинациями.

Судебно-психиатрических при травматических органических психических расстройствах неоднозначна. На поздних стадиях имеет значение глубина личностных расстройств. В большинстве случаев тяжесть этих расстройств невелика и больных признают вменяемыми. Наличие слабоумия обуславливает их неответственность в отношении совершенного деяния. Установление расстроенного сознания во время совершения опасного действия у таких больных также свидетельствует о невменяемости.

Нередко перед экспертами ставится вопрос о возможности давать показания потерпевшими по делам о дорожно-транспортных происшествиях. Дело в том, что у таких потерпевших из-за перенесенной травмы черепа наблюдается амнезия, и поэтому они не могут адекватно воспроизвести события. Однако они могли непосредственно после происшествия сообщить какие-то сведения, о чем-то рассказывать сотрудникам ГАИ или врачам в больнице, а потом забыть об этом. Иногда такие рассказы не соответствуют показаниям других свидетелей и являются ложными воспоминаниями в период нарушения сознания. Поэтому, чтобы дать четкие ответы на поставленные вопросы, эксперты должны располагать подробными материалами дела, которые помогут определить длительность периода потери сознания и амнезии. Очевидно, что показания потерпевшего о событиях, которые относятся ко времени утраты сознания, не могут считаться достоверными.

Инфекционные заболевания головного мозга

Энцефалиты и менингиты – в настоящее время встречаются относительно редко. Острая стадия сопровождается высокой температурой, помрачением сознания, и больные, по существу, беспомощны. Отдаленные стадии болезни характеризуются личностными расстройствами различной глубины и развитием психоорганического синдрома. В отдельных случаях на этих стадиях возникают расстройства влечений (пиромания, сексуальные перверсии). Судебно-психиатрическая оценка заключается в установлении степени выраженности личностных расстройств и проявлений слабоумия.

К органическим психическим расстройствам относятся также последствия хронически протекающих инфекционных заболеваний. Прежде важное место среди них занимал сифилис. В настоящее время вследствие лечения современными средствами сифилитические психические расстройства встречаются редко, однако на них следует остановиться.

Сифилис мозга может развиваться спустя 3-5 лет после заражения, когда бледная трепонема – возбудитель сифилиса проникает в центральную нервную систему. Психические расстройства на первых этапах заболевания заключаются в неврастенических нарушениях: несдержанность, раздражительность, частая смена настроения, рассеянность и забывчивость, плохой сон. Диагноз сифилитической природы заболевания основан на выявлении ряда характерных неврологических симптомов (неравномерность ширины зрачков, отсутствие их реакции на свет, неравномерность сухожильных рефлексов), а также специфических для сифилиса реакций в крови (реакция Вассермана). При проведении необходимого противосифилитического лечения наступает практическое выздоровление.

При отсутствии или неправильном лечении болезнь переходит во вторую и третью стадии и может возникнуть сосудистая или гуммозная формы. При сосудистой форме поражаются кровеносные сосуды. Течение заболевания характеризуется нарушениями мозгового кровообращения, инсультами, с появлением соответствующих неврологических нарушений и выраженного интеллектуального снижения. При гуммозной – в мозгу возникают специфические очаги, склонные к размягчению. Клиническая картина болезни не зависит от места развития гуммы.

Спустя 15-20 лет после начала заболевания сифилисом может возникнуть прогрессивный паралич. Эта психическая болезнь была выделена из других психических расстройств и подробно описана еще в середине XIX в. В начале XX века было доказано, что прогрессивный паралич является следствием сифилиса.

Прогрессивный паралич представляет собой сифилитический менингоэнцефалит. Клиническая картина ранних этапов этого расстройства напоминает проявления сифилиса мозга с неврастенической симптоматикой. Затем быстро наступает слабоумие, которое характеризуется грубыми нарушениями поведения, с расторможенностью влечений, утратой прежних интересов и навыков, нарушениями артикуляции, появлением нелепого бреда величия. Больные утверждают, что они необычайно богаты, имеют высокое происхождение (короли, великие артисты)). Фон настроения благодушный, иногда прерывается периодами необузданного гнева. Такой больной, считая себя миллионером, может раздавать фантики от конфет, заявляя, что это деньги, украшать себя бумажными звездами, говоря, что это ордена, в то же время может выпрашивать у других больных еду, плакать, если они отказывают ему. Слабоумие довольно быстро переходит в стадию психического и физического маразма, и больные погибают.

В XIX и начале XX в. это заболевание было чрезвычайно распространено. Известно, что французский писатель Мопассан умер от прогрессивного паралича. После открытия природы заболевания были разработаны методы его диагностики и лечения. Первое время использовались маляриотерапия, т.е. прививка больному возбудителей малярии. У больного возникла высокая температура, вследствие чего погибали возбудители сифилиса, внедрившиеся в мозг, и наступало клиническое улучшение –

прерывание процесса и даже полное выздоровление. Этот метод предложил австрийский психиатр Вагнер Яурег в 20-х годах XX в. Сейчас имеются и другие методы лечения, основанные на применении антибиотиков.

Судебно-психиатрическая оценка прогрессивного паралича основывается на доказательствах слабоумия больного и использования диагностических тестов.

Вопрос 3. Врожденное слабоумие

Умственная отсталость бывает врожденная и приобретенная; естественное недоразвитие психических функций, сочетается с физическим, неврологическим, эндокринологическими расстройствами. Врожденное слабоумие – отсутствие его прогрессирования, возможно, некоторое улучшение в результате медико - психолого - педагогического воздействия.

Умственная отсталость – это качественное изменение всей личности в целом, интеллектуальной, эмоциональной, волевой сферы. При умственной отсталости - нарушается динамика процессов возбуждения и торможения. Недоразвитие познавательных процессов, трудности восприятия, обобщения, выделения главного, различение цветов; ориентировка в пространстве и времени. В сфере мышления: - нарушение обобщения. В памяти: - лучше запоминаются внешние, случайные признаки, а не внутренняя логика. С запозданием формируется произвольное запоминание; при воспроизведении наиболее затруднено воспроизведение словесного материала, т.к. - нарушен процесс опосредования. В сфере мышления - страдает произвольное внимание, но м страдать непроизвольная эмоциональная сфера - низкая дифференцированность эмоций- нет оттенков переживаний, эмоции не устойчивы, переживания поверхностны. В личностной сфере: - примитивность интересов, ограниченность представлений, снижение активности, трудности формирования отношений со сверстниками и взрослыми - нарушена критичность.

Классификация:

- 1) по времени возникновения. Пренатальная, интранатальная, постнатальная.
- 2) по патогенным факторам. Токсическая – отравляющие вещества, наркотики; воспалительная – краснуха, системная волчанка; травматическая; хромосомные нарушения, генетическая; интоксикационная – алкоголь; гипоксическая – асфиксия;
- 3) по степени глубины дефекта – идиотия, имбецильность, дебильность (степень выраженности каждого дефекта может быть различна).

Идиотия:

- отсутствие речи почти полностью;
- бывает ограничение только наличием безусловных рефлексов;
- не узнают окружающих;
- внимание ничем не привлекается;
- эмоции проявляются в злобных реакциях, крики при неприятных раздражителях;
- легкая и слабая степень - возможен словарный запас несколько слов, до 10;
- примитивные реакции - смех, плач;
- возможно некоторое понимание речи, обучаемости нет.

Имбецильность. Возможно образование элементарных представлений. Понятий - невозможно. Мышление конкретное. Речевые нарушения, артикуляция, заикание, шепелявость. Скучный словарный запас (в пределах обихода). Могут быть сформулированы простейшие операции счета (до 10 к 13 годам), чтения, написания отдельных слов. Механическая память, осмысленности нет. Могут научиться несложному ремеслу, работают только под руководством других, могут быть добродушны, трудолюбивы и послушны. Но могут быть агрессивны, угрюмы, могут выполнять элементарные трудовые действия, могут быть сформированы навыки самообслуживания.

Дебильность. Клинические проявления разнообразны, могут быть способны к обучению во вспомогательной школе, по специальным программам, могут овладевать

трудовыми навыками. Поведение м б адекватным и самостоятельным. Выраженность характерологических особенностей, но слабость волевой регуляции, импульсивность поведения, повышенная внушаемость. В мышлении снижение уровня обобщения, страдает опосредованное запоминание. Преобладают конкретные ассоциации и шаблонные способы решения задач. Механическая память развита, речь плохо развита - нарушена. Речь, как правило, носит подражательный характер (попугай), представленность речевого оформления без осмысления логики событий и действий, передача содержания - лишь ярких эпизодов, а не смысла. Легкая степень дебильности, возможны трудности проведения дифференциального диагноза. Клиническая картина нарушения при ЗПР - церебрально-органического генеза. Существуют программы по обучению и воспитанию детей с умственной отсталостью.

Возрастные психические расстройства. Болезнь Альцгеймера

Данные формы патологии выделяются и по возрастному критерию, и по особенностям клинической симптоматики.

В возрасте 70-80 лет, и чем дальше - тем больше, у подавляющего большинства людей проявляются и нарастают признаки церебрального атеросклероза, что приводит к затруднению питания клеток головного мозга и их частичной атрофии, к постепенному снижению интеллекта. На первоначальном этапе это снижение выражено не особенно ярко и может являться возрастной нормой, так как с избытком компенсируется знаниями, жизненным и профессиональным опытом.

Однако у части людей указанного возраста может проявляться и настоящее старческое (сенильное) слабоумие (деменция). Большая или меньшая склонность к проявлению старческого слабоумия часто обусловлена генетическими факторами, так как в семьях этих больных часто наблюдаются аналогичные случаи.

В структуре старческого слабоумия, помимо нарастающего снижения памяти, ослабления сообразительности, замедления темпа мышления, на первый план выступает обеднение ассоциаций. Мышление и кругозор данных больных сужаются, они концентрируются на все меньшем числе предметов и явлений, постепенно забывают все текущие события и уходят в воспоминания о прошлом. Может доходить до того, что больные воображают себя молодыми людьми или даже детьми ("падают в детство"). Пробелы в памяти они восполняют ложными воспоминаниями и конфабуляциями (фантастическими вымыслами).

Характерными чертами старческого слабоумия являются эгоизм, черствость, недоверчивость, патологическая скупость. Больные могут собирать ненужные вещи, включая мусор. Происходит расторможение инстинктов - появляются прожорливость и гиперсексуальность, отказ от гигиенических привычек.

В отдельных случаях на этом фоне развиваются психозы с тревожно-депрессивным синдромом и бредом материального ущерба. Больные убеждены и убеждают окружающих в том, что их обкрадывают, пытаются проникнуть в их квартиру. Из-за бредовых идей больные принимают меры предосторожности - врезают в двери множество замков, запирают шкафы, ночами не спят и ходят по квартире. Они не узнают окружающих, даже близких людей, принимают одних людей за других, не узнают в зеркале свое изображение ("симптом зеркала"). У некоторых больных возникают слуховые галлюцинации - они слышат шаги в пустой квартире, звонки в дверь, голоса. Однако такие старческие (сенильные) психозы проявляются нечасто, лишь у небольшого числа людей преклонного возраста.

В настоящее время видное место среди психических расстройств преклонного возраста занимает болезнь Альцгеймера. Впервые описанная Альцгеймером в 1907 г., как одна из форм старческого слабоумия, имеющая специфический характер. Заболевание встречается чаще у женщин, чем у мужчин, возраст начала заболевания - 55-56 лет.

Заболевание начинается с нарушения памяти — больные все путают, забывают, могут заблудиться в знакомом месте. Постепенно эти явления нарастают, и наблюдается

сочетание прогрессирующей дегенерации с грубыми, резко выраженными неврологическими симптомами, свидетельствующими об органическом поражении головного мозга. В начале заболевания больные критически относятся к своему состоянию и сами удивлены ухудшением памяти. По мере развития болезни критика исчезает и в поведении преобладают благодушие и тупая эйфория.

В ряде случаев болезнь Альцгеймера дебютирует не с нарушения памяти, а с острого психоза - в форме бредовых идей ревности или материального ущерба. После того как симптомы психоза проходят под влиянием лечения, прогрессирует деменция. Главным признаком нарастающей деменции является распад памяти, проходящий в быстром темпе и в тотальном масштабе.

В конечном итоге наступает глубокое слабоумие, при котором **больные** совершенно равнодушны ко всему окружающему, не узнают близких родственников. Практически с начала болезни проявляются неврологические симптомы: афазия, апраксия, акалькулия, агнозия, больные способны совершать только простейшие движения. Характерными симптомами являются: расстройство речи, насильственный плач или смех, тики в различных группах мышц, оральные или хватательные автоматизмы. Наряду с тотальным разрушением всей психической деятельности и полной беспомощностью у больных проявляется резкое повышение мышечного тонуса с вынужденной эмбриональной позой, эндокринные нарушения, у части больных бывают эпилептические приступы.

В этиологии болезни доминирует отягощенная наследственность - в семьях больных отмечено большое количество лиц с сенильной деменцией и болезнью Альцгеймера, больных шизофренией.

Поскольку начало болезни Альцгеймера отмечено в большинстве случаев в возрасте 55 лет, данное заболевание можно отнести к категории сенильных патологий лишь условно, так как данный возраст не относится к старости, а можно говорить лишь о начальном периоде старения.

Болезнь Альцгеймера также имеет много принципиальных отличий от старческого слабоумия: бурно прогрессирующее тотальное слабоумие с одновременными тяжелыми соматическими изменениями, определяющими летальный исход.

В связи с наличием грубых психических расстройств лиц предстарческого и старческого возраста они могут совершать социально опасные деяния, утрачивать возможность полноценно выполнять свои гражданские обязанности и пользоваться своими гражданскими правами.

Вывод по 3 вопросу. В тех случаях, когда эти лица совершают преступления либо возникают сомнения в разумности их действий и поступков, относящихся к гражданским делам, проводится судебно-психиатрическая экспертиза. В первом случае ставится вопрос о вменяемости, а во втором - о дееспособности - возможности разумно вести гражданские дела и пользоваться правами. Больные с выраженными психическими расстройствами признаются невменяемыми и недееспособными.

Тема № 12

«Алкоголизм. Наркомания. Токсикомания»

Цель лекции: изучить клинические проявления алкогольной интоксикации; изучить влияние психоактивных веществ на способность человека к объективному отражению действительности, принятию осознанных решений, целенаправленному поведению.

ПЛАН

Введение.

1. Биологические основы алкогольной интоксикации.
2. Простое и патологическое алкогольное опьянение.
3. Алкоголизм.
4. Алкогольные психозы.
5. Судебно-психиатрическая оценка алкоголизма.

Алкоголизм – это болезнь в результате злоупотребления алкоголем в таких дозах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе и нарушению семейных взаимоотношений и общественной жизни и к расстройствам физического и психического здоровья. Алкоголизм в социальном смысле – это неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее вредное влияние на здоровье, быт, труд и благосостояние общества.

Вопрос 1. Биологические основы алкогольной интоксикации

Слово «алкоголь» происходит от арабского «аль кеголь», что означает одурманивающий. С алкоголем как опьяняющим средством люди познакомились много веков назад. Изготавливать его научились, по-видимому, с тех пор, как стали выращивать злаки и виноград.

Получают алкоголь путем брожения различных сахаристых продуктов (хлебные злаки, овощи, фрукты, мед и др.), а также синтетическим способом из отходов древесины. Алкоголь входит в состав всех спиртных напитков – водки, коньяка, вин, ликеров, пива и др., крепость которых зависит от содержания этилового спирта. Кроме этилового, существуют еще другие спирты, чрезвычайно вредные для организма. Наиболее опасный для жизни метиловый, или древесный, спирт. Люди, которые случайно приняли 50-100 г метилового спирта, умирают или безвозвратно слепнут. Сухие виноградные вина, пиво относятся к слабым алкогольным напиткам, но в больших количествах они также токсичны. Любопытно, что в странах с жарким климатом, где пьют преимущественно натуральные виноградные вина с меньшей концентрацией алкоголя, число случаев хронического алкоголизма меньше, чем в странах, где распространено употребление крепких алкогольных напитков, в том числе суррогатов.

В действии алкоголя на организм можно выделить две особенности – его непосредственное действие, вызывающее состояние опьянения, и систематическое злоупотребление, приводящее к болезни – алкоголизму.

Основное действие алкоголя – опьяняющее. Результат действия алкоголя определяется не только абсолютной дозой принятого спиртного напитка, но и его крепостью. При действии таких крепких напитков, как водка, максимальная концентрация алкоголя в крови достигается в пределах часа. При этом опьянение развивается быстро и более выражено.

Алкоголь не оказывает возбуждающего действия на высшую нервную деятельность. Напротив, он угнетает оба основных процесса – и тормозной, и раздражительный. Но воздействие на первый сильнее и опережает по времени его влияние на второй. Отсюда и проистекает картина алкогольного возбуждения. Уже малые дозы алкоголя угнетают тормозной процесс, а это ведет к тому, что соотношение между ним и

раздражительным процессом нарушается в пользу последнего. Таким образом, наблюдаемое возбуждение есть результат снятия тормозов, а не стимуляция в прямом смысле слова.

Алкоголь чужд организму, поэтому биохимические механизмы человека, естественно, не «настроены» на его усвоение, а отрицательная реакция на алкоголь отчетливее проявляется при первых приемах спиртных напитков – возникают тошнота, чувство дурноты, рвота и т.д. Со временем после «встреч» с алкоголем в печени образуется специфический фермент – алкогольдегидрогеназа, который обезвреживает алкоголь, расщепляя его до воды и углекислоты. Интересно, что подобная функция не свойственна печени детей и подростков. Вот почему в этом возрасте алкоголь особенно токсичен и вызывает необратимые изменения во внутренних органах.

Вывод по 1 вопросу. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, со временем развивается цирротическое перерождение печени, при котором резко уменьшается выработка фермента алкогольдегидрогеназы. С этим связано быстрое их опьянение от небольших доз спиртного.

Вопрос 2. Простое алкогольное опьянение

Состояние опьянения характеризуется в первую очередь замедлением течения ассоциаций, начинающий приобретать и более поверхностный характер, что влечет за собой снижение качества интеллектуальной работы. С увеличением дозы принимаемого алкоголя настроение поднимается, начинает нарастать картина пьяного возбуждения как в психической, так и в моторной деятельности. Характерными проявлениями этого состояния, еще относимого к легкому опьянению, являются повышенный, эйфоричный фон настроения с общим чувством беспечности, благодушия, веселья, развязности, склонности к шутливости и дурачеству. Одновременно пьяные часто обнаруживают озорство, стремление покуражиться. Повышенное самомнение, хвастливость, стремление показать себя человеком особенным, имеющим большие заслуги, призванным подчинять и командовать, часто приводят пьяных к конфликтам с окружающими. Этому способствует и появляющаяся повышенная обидчивость и как следствие ее – задиристость и драчливость. У многих пьяных это состояние ведет к расторможенности в сексуальных проявлениях. Наблюдаются плоские шутки, циничные замечания, ругань. В состоянии опьянения человек очень часто оскорбляет словом и действием окружающих, что является основной причиной всякого рода скандалов, драк и хулиганских поступков. При дальнейшем усилении опьянения агрессивные тенденции переходят в пьяное буйство, что может повлечь за собой тяжкие преступления вплоть до убийства.

При опьянении наблюдается ряд соматических, неврологических и психических расстройств, проявления которых меняются в зависимости от степени опьянения. В судебно-психиатрической практике принято различать простое алкогольное опьянение, которое отграничивают от патологического опьянения. Принято различать легкую, среднюю и тяжелую степень простого алкогольного опьянения.

При легкой степени:

- типично понижение порога восприятия;
- интеллектуальные процессы нарушаются: расстраивается внимание, реакции замедленны, мышление становится менее логичным, отмечаются ассоциации по созвучию;
- осмысление окружающего затруднено, критика снижена;
- настроение неустойчивое, часто повышенное, но могут иметь место вспыльчивость, раздражительность и злобность;
- координация движений нарушена, отмечается легкое нарушение речи.

При средней степени:

- резко нарушается внимание, оно становится отвлекаемым;
- отсутствует четкость и дифференцированность восприятия;

- интеллектуальные процессы протекают в более медленном темпе, мышление определяется случайными ассоциациями;
- оживляются примитивные влечения, особенно сексуальные;
- лица в состоянии средней стадии нередко бывают злобными, агрессивными;
- значительно нарушена координация движений, походка становится шаткой, речь – дизартричной.

Тяжелая степень опьянения выражается клинической картиной нарастающего оглушения. В дальнейшем возникает глубокий сон: опьяневший засыпает в неудобной позе и в неподходящих местах, могут наблюдаться непровольные мочеиспускания и дефекация, изредка судорожные подергивания мышц. Воспоминания о периоде опьянения, как правило, имеются, но иногда бывают отрывочными.

В коматозном состоянии, возникающем при тяжелой алкогольной интоксикации, необходимы срочные меры, направленные на быстрейшее удаление алкоголя из организма (промывание желудка, поддержание сердечно-сосудистой и дыхательных функций).

Особо тяжелые формы алкогольного отравления возникают при употреблении суррогатов алкоголя. К ним относятся спиртные напитки, изготовленные кустарным методом (самогон, чача и др.), косметические (одеколон, лосьон, эликсиры) и лекарственные средства (настойки, растирки и др.). При отравлении суррогатами развиваются тяжелые формы опьянения, которые сопровождаются расстройством сознания, резким нарушением дыхания деятельности сердечно-сосудистой системы.

Нередки случаи, когда употребляют одновременно и спиртные напитки, и лекарственные средства. В итоге возникают серьезные расстройства сердечно-сосудистой системы и тяжелые осложнения, вплоть до смертельного исхода.

Для установления факта алкогольного опьянения широко применяются индикаторные трубки. Эти трубки содержат сухой реагент – раствор хромового ангидрида в концентрированной серной кислоте, импрегнирующей вату. Выдыхаемые пары алкоголя меняют желтую окраску индикатора на зеленую или голубую, что и является показателем наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Во многих случаях, несмотря на выраженные признаки алкогольной интоксикации, пьяные, как правило, способны отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В тех же случаях особо тяжелого опьянения, когда очевидно теряется способность отдавать отчет в своих действиях, о вменяемости следует говорить потому, что как бы ни была тяжела при простом опьянении алкогольная интоксикация, она не приводит к возникновению сумеречного расстройства сознания, к галлюцинаторным и бредовым переживаниям и к иным психотическим состояниям. К тому же опьянение как отравление алкоголем есть патологическое состояние произвольно вызываемое, причем произвольно вызвана и сама его тяжесть, всецело определяющаяся количеством выпитого алкоголя, принимаемого по совершенно определенным мотивам – поднять свое настроение, добиться получения приятных ощущений.

Патологическое опьянение. Патологическое опьянение относится к группе острых кратковременно протекающих психических расстройств. Это психотическое состояние со своеобразной симптоматикой, возникающей в результате приема алкоголя. Для патологического опьянения характерно внезапно наступающее изменение сознания типа сумеречного расстройства, в клинической картине которого сочетаются признаки сумеречного помрачения сознания и галлюцинаторно-бредовые переживания, в результате чего возникает искаженное восприятие и бредовая трактовка окружающего. Обычно отмечается резко выраженная аффективная напряженность – безотчетный страх, тревога, растерянность, гнев. Поступки больных оторваны от реальной ситуации и полностью определяются фабулой болезненных переживаний. Определяющим признаком для отграничения просто алкогольного опьянения от патологического является установление характера нарушения сознания, качественно отличающегося от оглушенности при простом опьянении.

Совершаемые в состоянии патологического опьянения общественно опасные действия не являются реакцией на какие-то реальные события. В основе их лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. У больных в этом состоянии не нарушаются нервно-психические механизмы, регулирующие сложные автоматизированные навыки и равновесие, поэтому лица с патологическим опьянением могут совершать довольно ловкие и сложные движения, направленные на реализацию болезненных общественно опасных действий. У них сохраняется способность совершать сложные целенаправленные поступки, пользоваться транспортом, правильно находить путь к дому т.д. Заканчивается патологическое опьянение, как правило, внезапно, так же, как и начинается, иногда переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или сохраняются отрывочные воспоминания о пережитом.

Патологическое опьянение в судебно-психиатрической практике расценивается как психоз. Лица, совершившие противоправное действие в патологическом опьянении, признаются невменяемыми.

Вопрос 3. Алкоголизм

Алкоголизм представляет собой одну из форм токсикомании, характеризуется пристрастием к употреблению веществ, содержащих этиловый спирт, развитием психической и физической зависимости, абстинентного синдрома, психической, физической и социальной деградацией личности. Как и всякая другая болезнь, алкоголизм не возникает вдруг, а имеет свои доклинические проявления – бытовое пьянство.

Алкоголизм отличается от бытового пьянства четко очерченными и биологически обусловленными признаками, хотя бытовое пьянство всегда предшествует алкоголизму. Бытовое пьянство, привычное злоупотребление алкоголем – это всегда нарушение личностью социально-этических правил. Вследствие этого в профилактике пьянства решающее значение имеют меры административно-правового и воспитательного характера. В отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое всегда требует применения активных мер медицинского характера, комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Хронический алкоголизм. Хронический алкоголизм – это тяжелое нервно-психическое заболевание, при котором у человека развивается болезненное влечение к спиртным напиткам, со временем принимающее навязчивый характер, возникает острая «необходимость» опохмелиться. Потребность в опохмелении у таких больных настолько острая, что если их в этом не удовлетворить, они в состоянии не только работать, но и вообще двигаться.

Хроническое употребление алкоголя разрушает весь организм пьющего. Страдают почти все жизненно важные органы, такие как печень, сердце, почки, пищеварительные органы и др. Все это неизбежно ведет к превращению хронического алкоголика в соматического больного. Но преимущественным образом вредное действие алкоголя сказывается на центральной нервной системе и в первую очередь на ее высшем отделе – коре больших полушарий мозга. Это приводит к деградации всей личности и к возникновению особых алкогольных психозов. Разрушающее действие алкоголя на личность пьянствующего сказывается прежде всего на эмоциональной сфере. Происходит определенное огрубление личности: развивается черствость, эгоизм, безразличие не только к окружающим, но и к страданиям своей семьи. Эмоциональная неустойчивость проявляется в способности очень быстро переходить от благодушия и веселья к грусти и злобе. Хронический алкоголик не терпит никаких возражений. Малейшее сопротивление его домогательствам вызывает у него чувство ярости. В то же время часто общий фон настроения несет на себе отпечаток эйфории с не критическим отношением к своему положению. Появляется склонность к шутливости, балагурству, причем содержанием этого юмора как раз является то, что у здорового человека не может вызвать смеха. Алкоголик делает предметом шутки как свое собственное падение, так и все те огорчения и боль,

которые он причиняет своим родным. Такого рода юмор составляет довольно типичное явление для сниженного интеллекта хронического алкоголика.

Совершенно очевидно, что все эти свойства психики хронических алкоголиков чрезвычайно часто приводят к нарушению закона. Хулиганские поступки, оскорбления словом и действием, сексуальные правонарушения, воровство, прямые бандитские преступления - вот основной перечень правонарушений, совершаемых хроническим алкоголиком. Судебно-психиатрическая оценка этого состояния, как правило, не представляет особого затруднения. Хотя здесь и имеются определенные изменения личности, но в основном они сводятся к изменению характера, не лишаящему алкоголика способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Так что в отношении совершенных правонарушений хронические алкоголики в подавляющем большинстве случаев признаются виновными. Редкими исключениями являются только те случаи, когда имеется картина выраженного слабоумия. Следует заметить, что это чаще наблюдается уже в более пожилом возрасте и, как правило, сопровождается выраженным артериосклерозом головного мозга. В тех случаях, когда эти органические деструктивные нарушения уже свидетельствуют о психической болезни, виновность за содеянное, естественно, исключается.

Клинические проявления алкоголизма

Синдром наркоманической зависимости складывается из симптомов патологического влечения к алкоголю, утраты самоконтроля, абстинентных явлений.

Патологическое влечение к алкоголю представляет собой одно из наиболее ранних проявлений заболевания. Выделяют 2 типа влечения: обсессивный и компульсивный. Первый тип является выражением навязчивого стремления к употреблению алкоголя, возникает в самом начале заболевания и определяет формирование психической зависимости. Компульсивное влечение развивается позже, по мере выраженности достигает степени физиологической потребности (подобно чувству жажды и голода) и определяет физическую зависимость от алкоголя.

Утрата самоконтроля и контроля над количеством выпитого алкоголя также является ранним симптомом алкоголизма. Под влиянием растормаживающего действия даже небольших доз алкоголя у больных возникает потребность принять его в еще больших количествах, которая обычно нарастает до такой степени, что выраженность опьянения делает физически невозможным дальнейшее поглощение спиртных напитков.

Алкогольный абстинентный синдром является наиболее убедительным признаком наличия наркоманической зависимости. Он возникает обычно на следующий день после выпивки и означает сформировавшуюся для организма алкоголика потребность поддерживать постоянной определенную концентрацию этанола в крови. Именно поэтому прием очередной дозы алкоголя купирует абстинентные расстройства и на некоторое время улучшает самочувствие.

Наиболее распространено деление алкоголизма на три стадии: начальную, среднюю и конечную. Каждая стадия характеризуется типичными для нее признаками – симптомами и синдромами.

Начальная (неврастеническая) стадия. Признаки начальной стадии алкоголизма отличают алкоголизм от бытового пьянства.

У подавляющего большинства больных первая стадия алкоголизма формируется в возрасте до 25 лет.

Одним из ранних и существенных признаков начальной стадии алкоголизма являются патологическое влечение к алкоголю, носящее навязчивый характер, признак снижения, а затем и утраты контроля над количеством употребляемого алкоголя.

В отличие от бытового пьянства психическая зависимость от алкоголя выражается в форме навязчивого влечения. Больные не только не упускают любой повод выпить (различные торжества, праздники и тому подобные ситуации), но и сами стараются создать ситуацию, в которой выпивка была бы уместной. Повышенное влечение

проявляется в той активности, инициативе, с которой больные берут на себя организацию застолья. При этом возникают положительный фон настроения, расторможенность, приятные воспоминания, связанные с предыдущими выпивками.

На стадии бытового пьянства сохраняется возможность контролировать количество употребляемого алкоголя – «пить в меру». Сдерживающими мотивами являются, с одной стороны, представления о последствиях передозировки (тошнота, рвота), что отражает исходный уровень толерантности, с другой – разумные опасения произвести нежелательное впечатление на окружающих, быть «не в форме» на следующий день. Снижение количественного контроля в I стадии алкоголизма определяется изменениями как в биологической сфере (повышение толерантности), так и в сфере психического функционирования (волевое снижение, снижение критики и др.).

На I стадии заболевания состояние опьянения всегда приятно для больного, что вовсе необязательно для неалкоголика, но, чтобы достичь его, необходимо интенсивное наращивание доз спиртного. Внешне это выражается в том, что больные проявляют нетерпеливость в начале застолья, торопятся с тостами, неразборчивы в отношении качества спиртных напитков, стремятся обязательно выпить все купленное и по возможности добавить еще.

Начальным симптомом алкоголизма является утрата защитного рвотного рефлекса – исчезновение рвоты при передозировках спиртных напитков. Изменяется толерантность к алкоголю – наблюдается ее повышение, способность принимать все большие дозы спиртных напитков.

Уже в начальной стадии алкоголизма могут иметь место палимпсесты – симптомы расстройства памяти, заключающиеся в невозможности больным воспроизвести отдельные детали и события, имевшие место во время алкогольного опьянения.

У части больных меняется характер – они становятся злобными, навязчивыми, обидчивыми, нередко подозрительными.

Все эти симптомы психопатологических расстройств начальной стадии алкоголизма возникают и существуют на фоне нарастающего и углубляющегося астенического синдрома. Основными проявлениями его являются слабость, вялость, быстрая утомляемость, расстройство внимания, истощаемость интеллектуальных процессов и головные боли. Все это приводит к тому, что у больных ухудшается качество работы. У них рано возникают и нарастают расстройства сна. Они долго не засыпают, сон поверхностный, прерывистый, с частыми сновидениями, нередко устрашающего характера. После сна отсутствует чувство бодрости. Появляются и становятся постоянными раздражительность и беспричинная вспыльчивость, конфликты с окружающими.

Длительность первой стадии алкоголизма в среднем составляет от 1 года до 5 лет в зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем. Уже на начальной стадии алкоголизма имеются функциональные соматоневрологические нарушения: вегетососудистая дистония, эзофагиты, гастриты, колиты, нарушение функции печени, начальные явления гепатита, панкреатиты.

В этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому.

Средняя стадия (абстинентная). Средняя стадия алкоголизма характеризуется усилением патологического влечения к алкоголю, которое приобретает характер непреодолимости, насильственности. Больной уже не пытается бороться с возникшим желанием выпить, а пассивно подчиняется ему.

Патологическое влечение к алкоголю во II стадии носит неуправляемый, компульсивный характер. Если стремление к употреблению спиртных напитков у больных в начальной стадии продиктовано стремлением получить удовольствие или преодолеть психологические издержки стрессовой ситуации, то мотивом приема алкоголя во II стадии становится потребность испытать чувство физического комфорта, облегчить

свое состояние.

Симптомы, свойственные начальной стадии алкоголизма не исчезают, а усиливаются или претерпевают те или иные изменения при формировании средней стадии алкоголизма. Наиболее характерным является абстинентный синдром (похмельный синдром). Он возникает у больного через несколько часов или суток после прекращения длительной алкогольной интоксикации. Степень его выраженности может быть различной, однако по мере развития заболевания клинические проявления имеют тенденцию к утяжелению. Наиболее легкие случаи характеризуются картиной астеновегетативных расстройств (потливость, тахикардия, снижение аппетита). Хотя и с трудом, больные еще могут справиться с желанием опохмелиться или отсрочить его до более подходящего момента – после работы, вечером.

Утяжеление клинических проявлений абстиненции выражается в нарушениях сердечного ритма, колебаниях артериального давления. Нарушается координация движений, возникает тремор, становятся неравномерными сухожильные рефлексy. Желание опохмелиться характеризуется непреодолимостью и реализуется, несмотря на затруднения социально-этического порядка. Абстинентный синдром в наиболее тяжелой форме сопровождается психическими расстройствами. Отмечаются снижение настроения, чувство тревоги, напряженности, патологические идеи отношения, виновности, суицидные мысли. Расстройства сна сопровождаются кошмарными сновидениями, ощущениями падения, удушья, страха. Указанные явления наблюдаются несколько суток, вынуждая больного к постоянному стремлению опохмелиться.

Толерантность к алкоголю в средней стадии повышается и достигает своей высоты и может не меняться годами. Суточная доза употребления достигает 1,5-2 л водки. Отмечается дальнейшее изменение картины алкогольного опьянения. Настроение в состоянии опьянения приобретает все более раздраженно-злостный характер со склонностью к агрессии по отношению к окружающим. Утрата контроля за количеством потребляемого алкоголя возникает после приема самых малых доз спиртных напитков.

Сочетание непреодолимого влечения к алкоголю с утратой количественного контроля и абстинентным синдромом обуславливает изменение формы пьянства. Наиболее часто в этой стадии больные употребляют алкоголь практически ежедневно в дозах, которые вызывают состояние выраженного опьянения, или пьют запоями от нескольких дней до нескольких недель с перерывами в несколько недель между запоями.

В средней стадии алкоголизма особыми проявлениями течения заболевания являются *псевдозапой*. Запой, периодичность которых связана не с биологическими, а с чисто внешними ситуационными причинами, получили название псевдозапоев (ложных или ситуационных). Такие запои могут начинаться в конце недели, при получении зарплаты, после ухода в отпуск, по случаю семейных торжеств или каких-либо неприятностей. Внешние причины – административное наказание, семейный конфликт – обуславливают их прекращение. Псевдозапой не имеют периодичности. Обычно они значительно длиннее истинных и продолжаются от нескольких дней до нескольких недель. В промежутках между запоями больные алкоголь, как правило, не употребляют. Практически каждое опьянение заканчивается амнезией его заключительного этапа.

Все эти расстройства существуют на фоне все более резкого изменения, деградации личности. Становятся грубее характерные для начальной стадии изменения личности больного, нарастает эгоизм. Для получения средств на выпивку игнорируются интересы семьи, коллектива, общества. Усиливаются мнестико-интеллектуальные расстройства, появляется цинизм, плоский юмор. Все более ухудшаются внимание, память. Мышление становится все более однообразным, конкретным, с поверхностными ассоциациями, которые сводятся к алкогольной тематике.

Грубо нарушаются волевые процессы: клятвы, обещания прекратить пьянство тут же забываются. Отсутствует чувство вины перед окружающими. Все прежние интересы утрачиваются, доминирующей потребностью являются алкогольные напитки.

На этой стадии алкоголизма нередко возникают острые алкогольные психозы. Продолжительность этой стадии составляет в среднем 3-5 лет.

Конечная (энцефалопатическая) стадия. Эта стадия характеризуется дальнейшими видоизменением и утяжелением симптомов предшествующих стадий алкоголизма и проявлением новой симптоматики.

III стадия формируется на отдаленных этапах течения алкогольной болезни. Наибольшее число больных приходится на возраст 35 - 45 лет, хотя в отдельных случаях при злокачественном течении алкоголизм может наблюдаться в возрасте свыше 50 лет. Такие случаи чрезвычайно редки в связи с укорочением средней продолжительности жизни больных алкоголизмом.

Влечение к алкоголю приобретает характер более умеренного, теряет тягостный характер, становится менее навязчивым. Насильственное влечение к алкоголю возникает в результате невыраженных, мелких по своей значимости психогенных факторов. Вместе с эти даже небольшая доза алкоголя приводит к безудержному алкогольному влечению.

Толерантность к алкоголю снижается, т.е. состояние опьянения возникает от более малых доз алкоголя по сравнению с начальной и средней стадиями заболевания; преобладает физическая зависимость от алкоголя по сравнению с психической. Больные перестают испытывать чувство радости, удовольствия при употреблении алкоголя. В то же время в связи с утяжелением абстинентного синдрома физическое влечение к алкоголю становится совершенно непреодолимым. Окончательно теряется ситуационный контроль, и в попытках раздобыть очередную порцию алкоголя больные не останавливаются не перед чем. Часто они прибегают к использованию суррогатов, различных жидкостей, продающихся в аптеках, парфюмерных магазинах. Влечение к алкоголю может быть настолько сильным, что больные готовы употреблять любые, даже заведомо ядовитые вещества, если они содержат ничтожный процент алкоголя.

Для энцефалопатической стадии алкоголизма характерны ежедневное злоупотребление дробными дозами алкоголя (до 150 мл через несколько часов) или *истинные запои*, когда больные пьют по нескольку дней. При этом по мере продолжительности запоя толерантность больных к алкоголю прогрессивно снижается. Если дозы достигают 1 л водки в первые дни запоя, то в конце запоя они снижаются до 100-150 мл в день. Такой запой вследствие физической непереносимости алкоголя заканчивается из-за рвоты или возникающих коллаптоидных состояний. Истинные запои характеризуются цикличностью. Светлые промежутки между запоями, когда больной не употребляет алкоголь, колеблются от нескольких дней до нескольких недель.

На этой стадии алкоголизма наиболее выражены проявления алкогольной деградации личности. Больные теряют морально-этические нормы поведения. У них исчезает интерес к окружающему. Нарастают и углубляются формирующиеся на средней стадии алкоголизма мнестико-интеллектуальные расстройства. Происходит обеднение всей психической деятельности. Падает работоспособность, больные могут выполнять только неквалифицированную работу, опускаются, не следят за своей внешностью, ходят грязными, небрежно одетыми. Часто совершают правонарушения.

В этой стадии нередко возникают идеи ревности, принимающие болезненный характер. В период опьянения эти идеи настолько овладевают больными, что они могут быть социально опасными, совершать агрессивные действия. Больные часто становятся беспомощными, плохо питаются, значительно худеют. Для конечной стадии алкоголизма характерны хронические алкогольные психозы. Наиболее частым алкогольным психозом является алкогольный делирий (белая горячка), который возникает обычно на фоне абстиненции вечером или ночью и сопровождается дезориентировкой во времени и пространстве, яркими образными зрительными галлюцинациями (змеи, мыши, черти и т.д.), психомоторным возбуждением, чувством страха, вегетативными проявлениями (потливость) и выраженным тремором рук.

Для целей криминологического исследования следует особо выделить такие черты

алкоголиков, как подозрительность, недоверчивость, повышенная мнительность, готовность к болезненной фиксации ошибочных утверждений. В мотивационной сфере изменяется содержание потребностей и перестраивается иерархия мотивов. Алкоголь становится мерилем для оценки успешности действий ради удовлетворения потребности в нем, для того или иного отношения ко все большей части окружающей действительности. Со временем оценка того, что окружает больного, начинает более или менее зависеть от того, помогает или нет данный предмет, действие, человек удовлетворению потребности в алкоголе. Алкоголь становится ведущим мотивом поведения.

Перестройка системы мотивов сопровождается возрастанием психической зависимости от алкоголя и нарушением структуры деятельности, которая все больше подчиняется необходимости приобретать спиртные напитки. Потребность в алкоголе становится доминирующей в мотивационной сфере. Исчезают дальние мотивы, а поведение регулируется ближними, среди которых основной и смыслообразующий – алкоголь. Развиваются нарушения опосредования потребности в алкоголе, в связи с чем становится необходимой немедленная выпивка. Это толкает алкоголика на получение нужных материальных средств всеми доступными ему способами, в том числе противоправными.

В последнее время более распространенным стал алкоголизм среди женщин. Женский алкоголизм имеет ряд особенностей. Алкоголизм у женщин развивается более ускоренными темпами и более тяжелый по своим проявлениям, чем у мужчин. Однако имеются и противоположные данные, свидетельствующие о более мягком течении алкоголизма, не позволяющие оценить женский алкоголизм как злокачественный. В отличие от мужчин патологическое влечение к алкоголю у женщин формируется в первые 1-2 года злоупотребления алкоголем, и в течение этого же времени выявляется физическая зависимость от спиртных напитков, т. е. абстинентный синдром. Алкогольное изменение личности у женщин выявляется более быстрыми темпами, сопровождаясь сексуальной распушенностью, социальной деградацией.

Дипсомания. Несмотря на разные точки зрения, большинство авторов в настоящее время рассматривают дипсоманию как проявление алкоголизма. Истинная дипсомания (запой) представляет собой редкое заболевание. Ее надо четко отграничивать от так называемой псевдодипсомании или ложного запоя – одного из обычных видов течения хронического алкоголизма, при котором привычное употребление спиртных напитков носит неравномерный характер в силу внешних обстоятельств. Истинная дипсомания никакой зависимости от подобных обстоятельств не имеет. Она характеризуется периодически возникающими непреодолимыми приступами болезненного влечения к алкоголю. Чаще всего состоянию запоя предшествует расстройство сна, чувство тревоги, они становятся озлобленными, раздражительными. У них отмечается полная потеря интереса к труду, общению с друзьями, близкими. Часто возникает чувство какого-то безотчетного волнения и страха.

Одним из характерных предвестников дипсоманического приступа могут явиться обонятельные галлюцинации в виде запаха водки и спиртных напитков.

Интересно отметить, что после запоя больные не испытывают ни малейшего влечения к алкоголю. Скорее можно отметить обратное – спиртные напитки вызывают у них чувство отвращения, они ведут трезвый образ жизни, искренне раскаиваются по поводу своих алкогольных эксцессов, осуждают свое поведение, уверены, что подобное больше не повторится. Но вот через несколько недель, месяцев, иногда даже лет опять возникают описанные выше состояния, неудержимо влекущие больного к алкоголю. Во время запойного приступа, длящегося несколько дней, иногда недель, спиртные напитки поглощаются в огромных количествах, до нескольких литров в сутки. Больные почти ничего не едят, живут в полном смысле одной водкой. Если нет средств на ее приобретение, не останавливаются ни перед чем, идут на обман, воровство, пьют различные суррогаты, вплоть до денатурата и политуры. Приступ обычно резко

обрывается внезапно наступающим отвращением к спиртному, чем он также отличается от ложных запоев хронических алкоголиков, у которых отмечается постепенное снижение количества употребляемых напитков – как бы постепенное затухание запоя.

Вывод по 3 вопросу. Судебно-психиатрическая оценка дипсомании должна учитывать остроту и неодолимость влечения к алкоголю, зависимость этого влечения от общего изменения настроения и психического состояния, от возможности отнесения этого приступа к кругу депрессивных переживаний циркулярного психоза или дисфорий эпилептического генеза; в случаях установления такой зависимости естественно принятие экскульпирующего решения и направление на принудительное лечение. Вне приступа запоя дипсоман должен признаваться вменяемым.

Вопрос 4. Алкогольные психозы

Алкогольные психозы – психозы, возникновение и развитие которых связаны с алкоголизмом, а клиническая картина выражается в экзогенном типе реакций, с грубыми нарушениями отражения действительности и психоорганическими расстройствами.

Алкогольные психозы – различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности, возникающие во II и III стадиях алкоголизма. Алкогольный психоз развивается не в связи с непосредственным действием алкоголя, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена. В частности, наиболее распространенные психозы – делирии и галлюцинозы – возникают, как правило, не в период запоев, т.е. на высоте алкогольной интоксикации, а во время абстиненции, когда содержание алкоголя в крови резко снижается. У лиц, не страдающих алкоголизмом, алкогольные психозы не появляются даже при исключительно больших дозах спиртного (опоях). Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности – травмы, острые инфекционные заболевания, психические стрессы, способствующие развитию психотической реакции со стороны измененной центральной нервной системы больных алкоголизмом.

Белая горячка (алкогольный делирий). Белая горячка является наиболее частым острым алкогольным психозом, возникающим у хронических алкоголиков в результате длительного злоупотребления спиртными напитками. Частота развития делирия увеличивается с возрастом, что связано как с соматическим состоянием больных, так и с длительностью заболевания. С наибольшим постоянством делирий возникает на 7-10 году алкоголизма. Значительно чаще по сравнению с женским алкоголизмом эта форма психоза наблюдается у мужчин.

В этиологии этого заболевания, кроме самого алкоголя, по-видимому, большое значение приобретают те болезненные нарушения в организме человека в целом и в первую очередь в печени, которые являются следствием длительной алкогольной интоксикации. Развитию белой горячки могут способствовать различные дополнительные вредности, такие, как травма, инфекции и психические потрясения.

Алкогольный делирий представляет собой галлюцинаторное помрачение сознания.

Для этой формы психоза характерны:

- преобладание истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий и парейдолий;
- резко выраженное двигательное возбуждение в сочетании с напряженным аффектом страха и образным бредом;
- дезориентировка во времени, месте наряду с сохранностью самосознания.

Продолжительность алкогольного делирия в основном составляет от 2 до 8 дней.

Белая горячка обычно начинается с периода предвестников, как правило, кратковременных. Предвестниками психоза являются бессонница, кошмарные сновидения, пробуждаясь от которых больной долго не может реально воспринимать окружающее. Отдельные образы сновидений в виде зрительных и слуховых обманов чувств вторгаются в реальность, пугают и путают его. Характерным для таких состояний является усиление имеющегося у хронических алкоголиков дрожания конечностей.

Интересно отметить, что иногда во время такого предгорячего состояния у больных полностью исчезает влечение к вину и потребность в нем. Они перестают пить, так как спиртное начинает вызывать у них отвращения. Сам приступ белой горячки возникает внезапно, остро, обычно в ночное время, массовым наплывом галлюцинаторных переживаний, в первую очередь зрительных. В большинстве случаев видятся различные мелкие животные: пауки, крысы, змеи, мыши, тараканы и т.п., которые бегают вокруг больного, залезают на него, кусают, жалят. Появляются устрашающие лица каких-то людей: разбойников, преследователей, уродов. Иногда эти фигуры и лица совершенно фантастичны: то очень малы, то, наоборот, непомерно велики, искажены, напоминают чудовищ. Они угрожают больному различными страшными орудиями: ножами, пилами, топорами, направляют на него пистолеты, ружья. Кругом видится кровь. Чаще всего такие переживания сопровождаются слуховыми и тактильными галлюцинациями. Больной слышит крики о помощи, вопли, угрозы, ругательства. Насекомые летают вокруг него с характерным жужжанием, мыши пищат, змеи шипят и т.п. комары и пауки кусают его, лезут в нос, рот, уши. Он пытается стряхнуть их с себя, явственно ощущая, как они влезают на него, чувствуя шершавое прикосновение их лапок, болезненные уколы их жал. Встречаются и такие белогорячные переживания, при которых основное действие разыгрывается где-то за окном комнаты, за дверью в коридоре. Больной хотя и не видит, но ясно ощущает, что там происходит что-то кошмарное: убивают его детей, насиluent и режут жену и т.п. Он слышит их крики о помощи и в то же время знает, что сейчас ворвутся сюда, к нему. В спешке он лихорадочно вооружается чем попало и ждет нападения своих мучителей или бросается навстречу раздающимся крикам – спасать своих родных. Иногда белая горячка возникает в дороге, в поезде. Тогда больные начинают метаться из вагона в вагон. Во всех они видят врагов, которые хотят их убить, выбросить из вагона под самые колеса. В отчаянии они прыгают на ходу с поезда или делают бессмысленные и опасные поступки.

Если принимать во внимание, что все описанные выше переживания ощущаются больным с полной реальностью, то становится понятной та большая опасность, которую представляет для окружающих находящийся в таком состоянии человек. Любой предмет домашнего обихода в его руках превращается в орудие агрессии. Защищая себя от мнимой опасности и мнимых врагов, он сам становится совершителем различных правонарушений, среди которых на первом месте стоят тяжелые увечья и даже убийства. Картина белой горячки настолько ярка и очевидна, что едва ли могут возникнуть сомнения в наличии психического заболевания при проведении экспертизы по поводу совершенных противоправных действий, причем естественно, ответственность больных полностью снимается и такие лица признаются в момент преступления невменяемыми.

Алкогольный галлюциноз. Алкогольный галлюциноз составляет 5-11% общего числа алкогольных психозов, занимая второе место по распространенности после делирия. Алкогольные галлюцинозы значительно чаще встречаются у больных алкоголизмом женщин. Подобно белой горячке, алкогольный галлюциноз является заболеванием, возникающим у хроническим алкоголиков в результате длительных многолетних злоупотреблений спиртными напитками.

Основным признаком алкогольного галлюциноза, отличающим его от белой горячки, является то, что он протекает на фоне ясного сознания и сохранной ориентировки. В клинической картине отмечается явное преобладание слуховых галлюцинаций, в то время как при белой горячке на первом месте стоят нарушения зрительных восприятий в форме иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Слуховые галлюцинации преимущественно воспринимаются в форме голосов – мужских, женских, детских. Реальность их полная. Чаще всего, не обращаясь непосредственно к больному, они ведут между собой разговор о нем, ругая его, оскорбляя и угрожая самыми тяжелыми расправами и карами. Постоянно слышатся фразы, подобные следующим: «пьяница, вор, доберемся до тебя», «от нас не уйдет – все равно ему конец», «резать будем

на куски» и т.д. Иногда голоса принимаются спорить о больном: один доказывает необходимость немедленной и самой жестокой расправы над ним, другие склонны его защищать, предлагая смягчить наказание, уменьшить его. В некоторых случаях голоса, перечисляя все подробности жизни больного, начинают издеваться над ним. Становясь насмешливыми, они зло иронизируют над теми или иными событиями прошлого и тем приводят больного в ярость. Часто угрозы направлены в адрес не самого больного, а его семьи, родных. Голоса угрожают их убить, искалечить, изнасиловать. Одновременно и как бы в подтверждение этого больной слышит крики о помощи своей жены, детей, родственников. В этих случаях могут присоединиться и зрительные обманы в виде окровавленных трупов, каких-то зловещих образов, вооруженных людей, размахивающих ножами, и т.д. но такие галлюцинации менее яркие, чем белогорячечные, и возникают только в особых условиях – в темноте и при закрытых глазах.

Галлюцинаторные переживания при алкогольном галлюцинозе способствует формированию идей преследования, переходящих в прямые бредовые переживания. Больной начинает считать, что шайка каких-то врагов и злоумышленников устраивает слежку за ним и его семьей. Какие-то «шпионы» и «бандиты» хотят их убить и ограбить. В соответствии с этим развивается общая тревожность, страх. Действия больного полностью отражают эти его переживания и опасения. Он убегает, прячется, совершает поступки, непонятные для наблюдающих его со стороны: прячет ценные вещи, закапывает их, относит на хранение; предлагает родным немедленно уехать куда-нибудь подальше, скрыться и т.д. Естественно, что подобные переживания могут привести больного к совершению самых различных правонарушений.

В отличие от алкогольного делирия при галлюцинозе сознание не помрачено – больные правильно ориентированы в месте и времени, доступны контакту, сохраняют воспоминания о своих переживаниях и поведении в психотическом состоянии.

Лечение хронического алкогольного галлюциноза, особенно при многолетнем течении, не приводит к желаемым результатам. Однако настойчиво проводимая терапия при условии полного воздержания от вина может освободить некоторых больных от галлюцинаторных переживаний.

Алкогольный параноид. Алкогольный параноид есть остро или хронически протекающий психоз с систематизированным бредом, в клинической картине которого выступают идеи преследования, ревности, отравления и т.д. Здесь все же не отмечается такое многообразие бредовых переживаний, которое встречается при шизофрении, и на первый план выступают картины преследования или, еще чаще, ревности. В клинической картине состояния хронических алкоголиков, высказывающих бредовые идеи ревности, всегда наличествует общая бредовая оценка окружающей действительности и бредовое отношение к большинству людей, с которыми им приходится сталкиваться. Эта бредовая оценка принимает самые различные клинические формы: здесь и бредовые идеи преследования, и отношения, и отравления, и значимости, а иногда даже и величия. Характерно, что алкогольный параноид возникает скорее как первичный бред, не зависящий от галлюцинаций, и структура его возникновения и развития протекает чаще по паранояльному типу, с известной зависимостью от внешних, психогенных мотивов. Однако встречаются картины и определенно параноидной структуры, когда многое зависит от галлюцинаторных переживаний, в дальнейшем способствующих формированию бредовых идей и придающих им ту или иную конкретную форму и наполняющих их определенным содержанием.

В тех случаях, когда переживания хронического алкоголика ограничены одними идеями ревности, налицо лишь определенные характерологические особенности, заостренные специфическим в этом отношении влиянием длительной алкогольной интоксикации. Естественно, что и судебно-психиатрическая оценка такого состояния не выходит за рамки тех общих положений, которые существуют при проведении экспертизы по поводу правонарушений, совершенных хроническим алкоголиком, т.е. лица

признаются вменяемыми и ответственными за совершенные ими правонарушения. У алкоголиков с психопатическими состояниями чертами характера при определенной реальной ситуации возможно появление сверхценных идей ревности и параноического развития с преобладанием переживаний, связанных с идеями ревности.

Коренным образом дело меняется, когда идеи ревности начинают приобретать бредовый характер, т.е. начинается формирование алкогольного параноида как заболевания. Речь идет о формировании алкогольного параноида, а не об алкогольном бреде ревности потому, что в этом случае переход идей ревности в бредовую форму происходит не в виде количественного усиления и нарастания интенсивности болезненных переживаний, а как их качественное изменение. Теперь уже круг болезненных переживаний не замкнут одной идеей ревности. Если она и играет ведущую роль, то все равно сопровождается еще рядом бредовых переживаний: идей преследования, отношения, отравления и т.д., т.е. дает оформленную картину параноидного синдрома в целом.

Корсаковский психоз. Корсаковский психоз (болезнь Корсакова) - это заболевание, которое возникает у лиц, длительно злоупотребляющих спиртными напитками, особенно из числа тех, которые пьют различного рода суррогаты (неочищенный спирт-сырец, самогон и т.п.). Корсаковский психоз развивается преимущественно на конечной стадии алкоголизма.

В картине психических нарушений на первый план выступают характерные расстройства памяти. Способность запоминания значительно нарушается. Больной не способен дать ответ на самые простые вопросы, а именно, обедал он или нет, заходил ли к нему только что кто-нибудь и т.д. Он многократно здоровается с врачом или сестрой, так как стоит им выйти из палаты, как он уже не помнит, видел он их или нет, и поэтому вошедшие в нее снова через несколько минут являются для него впервые увиденными. В беседе он мгновенно забывает то, что сказал сам и услышал от других, и в силу этого способен помногу раз спрашивать об одном и том же и повторять уже сказанное. Пробелы памяти восполняются псевдореминисценциями и конфабуляциями. Характерной особенностью этих симптомов при корсаковской болезни, в отличие от прогрессивного паралича или других органических психозов, является отсутствие в них элемента фантастичности и нереальности. Больной рассказывает о событиях, которые, может быть, и не имели места в его жизни в таком виде, как он о них сообщает, но, принимая во внимание его положение и образ жизни до болезни, вполне можно допустить, что они произошли. Чаще всего сообщаемое больным действительно происходило с ним несколько месяцев или лет назад до болезни, например, находящийся длительное время в больнице больной сообщает врачу, что он вчера вернулся из командировки или из дома отдыха, что он проводил собрание, был на выставке или в театре.

Расстройствами памяти на текущие события объясняются резко выраженные у лиц, страдающих корсаковским психозом нарушения ориентировки в пространстве и времени. Но, несмотря на тяжелые нарушения памяти, восприятие и мышление таких больных оказывается измененным в значительно меньшей степени, и поэтому ядро личности как бы остается сохранным.

В лечении на первом месте стоит немедленное и полное прекращение употребления спиртных напитков. Одно выполнение этого обязательного условия может повлечь обратное развитие симптомов болезни.

Судебно-психиатрическое значение корсаковской болезни невелико, во-первых, уже потому, что сама эта нозологическая форма встречается весьма редко. Вопрос об экскульпации стоит только в тех случаях, когда можно с достоверностью доказать, что криминальные действия явились следствием болезненных нарушений памяти, если же имеют место дефекты памяти, с которыми больной научился в известной мере справляться, и личность его в целом достаточно сохранена, вменяемость при преступлении не подвергается сомнению.

Алкогольный псевдопаралич. Подобно корсаковскому психозу, алкогольный псевдопаралич развивается у лиц, длительно злоупотребляющих алкогольными суррогатами. Предрасполагающим моментом к его развитию является наблюдаемое в особенно сильной степени у некоторых алкоголиков резкое расстройство питания с нарушением обмена веществ, сопровождаемое явлениями авитаминоза. В психической сфере таких больных на первый план выступают явления интеллектуальной деградации. Больной не осознает своей неполноценности, не замечает совершаемых просчетов и ошибок. Фон настроения преобладает благодушный, эйфоричный. Одновременно начинается переоценка своей личности, принимающая в выраженных стадиях болезни характер нелепого бреда величия. Дальнейшее развитие болезни ведет к известному снижению психической активности, в силу чего продуктивная симптоматика в форме галлюцинаторных и бредовых переживаний меркнет, утрачивает характер системности, и больные пребывают в состоянии вялости и безразличного отношения к окружающему.

С неврологической стороны при алкогольном псевдопараличе отмечается вялая реакция зрачков на свет, некоторая дизартричность речи, боли в конечностях. При более легких формах зрачковые рефлексы могут не страдать, а наблюдаются только нарушения в сухожильных рефлексах, выраженный тремор пальцев рук, полиневритические явления.

Болезнь встречается весьма редко и судебно – психиатрическое значение ее крайне незначительно. Естественно, что во всех тех случаях, когда в период совершения криминальных действий имевшаяся психотическая симптоматика в форме галлюцинаторных и бредовых переживаний и степень интеллектуального снижения и деградации позволяли поставить диагноз псевдопаралича, эксперт приходил к признанию такого испытуемого невменяемым.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза

Лица, страдающие алкоголизмом, совершающие противоправные действия, относятся к группе повышенного риска – чаще правонарушения совершаются в состоянии алкогольного опьянения.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих алкоголизмом, как правило, не представляет значительных сложностей. Учитывая наличие ряда психических расстройств при этом заболевании и в то же время отсутствие грубых изменений восприятия, мышления, сознания двигательной-волевой сферы тонуса лица, критики, они не лишены способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, поэтому, как правило, признаются вменяемыми.

При экспертизе лица, совершившего правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения, учитывают все особенности клинической картины опьянения, для чего очень существенны следственные данные, а также анаместические и клинические данные, полученные при судебно-психиатрической экспертизе, которые могут или подтвердить диагноз этого состояния, или его исключить, что особенно важно в случаях дорожно-транспортных правонарушений.

Правонарушающее поведение алкоголиков обычно отличается пассивностью и не является результатом продуманных решений, формой осмысленных, зрелых взглядов, ясных позиций. Многие правонарушители этого типа, особенно из числа многократно судимых лиц старших возрастов, безынициативны и инертны, безразличны к себе и окружающим.

Больной алкоголизмом признается невменяемым лишь тогда, когда у него отмечается стойкое слабоумие, исключающее возможность больного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. К этому лицу по решению суда могут быть применены меры медицинского характера.

В соответствии с Уголовным Законом лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, подлежит уголовной ответственности. Если будет

установлено, что лицо страдает алкоголизмом и нуждается в принудительном лечении, то осужденным наряду с наказанием суд может назначить проведение принудительного лечения по месту отбывания лишения свободы.

Другим видом клинической картины патологического опьянения является синдром параноидный или галлюцинаторно-бредовый, который характеризуется возникновением бреда, стереотипного двигательного и речевого возбуждения на фоне сумеречного помрачения сознания. Отличием патологического опьянения является неспособность лица в этом состоянии к контакту с окружающими, к совместным действиям. Поступки его не вытекают из окружающей обстановки, но в то же время представляют нередко внешне упорядоченные действия.

При судебно-психиатрической экспертизе важно получить данные о событиях, которые испытуемый помнит, и сопоставить, в какой степени они совпадают с действительностью. При задержании лиц в патологическом опьянении после правонарушения они в отличие от лиц в простом алкогольном опьянении не проявляют агрессии, возбуждения, а пассивно подчиняются задержавшим его лицам. Экспертиза лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения, самая частая и в то же время сложная, т.к. от решения вопроса, в каком состоянии опьянения совершено правонарушение, зависит вменяемость лица.

Экспертиза дееспособности при хроническом алкоголизме и других наркоманиях занимает значительное место при судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе. Особенности психики хронических алкоголиков с присущим им общим моральным огрублением, черствостью, эгоизмом, создающие невыносимую обстановку в семье, их влечение к алкоголю, для удовлетворения которого пропиваются все деньги, выносятся из дома, продаются и обмениваются самым невыгодным образом вещи и заключаются явно ущербные сделки, часто могут подать повод к определению дееспособности таких лиц и их права заключать имущественные сделки, воспитывать детей, состоять в браке и т.д. Совершенно очевидно, что эти вопросы должны решаться в строго индивидуальном порядке с учетом совокупности поведения испытуемого, его общего психического состояния, степени моральной и интеллектуальной деградации. Кроме того, может разбираться вопрос о том, что хронический алкоголик мог находиться в момент совершения им гражданского акта в препсихотическом, постпсихотическом или даже психотическом состоянии.

В тех случаях, когда злоупотребление спиртными напитками, достигающее степени хронического алкоголизма, встречается у лиц, страдающих каким-нибудь психическим заболеванием, например, шизофренией, эпилепсией, сифилитическими психозами и т.д., и эти больные совершают правонарушение или гражданско – правовые действия, в отношении которых следует определить их вменяемость или дееспособность, вопрос решается в зависимости от состояния их основного заболевания.

Вывод по 3 вопросу. Проблема алкоголизма является одной из важнейших социально-медицинских проблем. Это связано с тем, что в результате широкого распространения среди населения привычки употребления спиртных напитков и увеличения числа лиц, злоупотребляющих алкоголем, наносится огромный вред здоровью населения и обществу в целом. Вред, наносимый обществу лицами, злоупотребляющими алкоголем, проявляется в том большом объеме правонарушений, которые эти лица совершают в состоянии алкогольного опьянения.

Вопрос 6. НАРКОМАНИЯ

Приём наркотиков в России за последние годы превратился в общенациональную проблему. Этим заболеванием поражаются преимущественно молодые люди, которые вскоре становятся рабами наркотиков, бросая учёбу, работу, семью, продавая вещи, машины, квартиры. Практически все инфицируются вирусами гепатита В, С, постоянно возрастает вероятность заражения вирусом СПИДА.

Существенно затрудняет лечение крайне болезненный выход из наркотической зависимости - «ломка», вегетативные реакции и страх пациента перед очень болезненным выходом из физической зависимости от наркотика, дают низкий процент излечившихся. Некоторые наркологи считают, что наркомания неизлечима.

Наркомания является самой серьёзной угрозой существованию общества. В настоящее время в стране сложилась новая ситуация связанная с наркоманией. Идёт рост потребления наркотиков. Молодёжь образует различные группы, потребляет наркотики, алкоголь коллективно. Если раньше наркоманы отдавали предпочтение одному наркотику, то сейчас полинаркомания – употребление различных наркотиков с переходом от слабых к сильным препаратам. Растет приобщение девушек к наркотикам.

К этому ещё добавить, что растёт употребление суррогов, грязных наркотиков, приготовленных кустарным способом. При этом возникает необходимость очищения наркотика, например, с помощью собственной крови – кровь, сворачиваясь при температуре выше 40с, собирает на себя всю «грязь». Или по другому уксусная кислота – сленговое название «гидро». Применение крови для очищения, использование чужого и грязного шприца может способствовать распространению ВИЧ –инфекции.

Наркомания-зависимость от одурманивающих веществ. Под этим понимается состояние психической и физической зависимости от одурманивающего вещества, действующего на центральную нервную систему, это состояние требует постоянного или периодического приёма средства. Наблюдаются различные признаки в зависимости от наркотика. «Психическая зависимость» ведёт к состоянию, характеризующемуся словами «не могу прекратить». «Физическая зависимость» может вести к привыканию, что означает необходимость постоянно увеличивать дозы, чтобы добиться того же действия.

Наркотики – средства, которые попадают под нормы закона о наркотических средствах. Детальное определение дано в Конвенции о психотропных веществах.

Наркотические вещества – вещества, которые после соответствующего применения вызывают состояние опьянения и, кроме того, действуют как яд, точнее называют состояние опьянения и, кроме того, действуют как яд, точнее называть их наркотическими средствами, регулярное применение которых ведёт к зависимости - непреодолимое влечение. Они указаны в исчерпывающем законе о наркотических веществах и в изданных к нему актах. Выделяют вещества растительного происхождения и синтетического. Следующие синтезированные лекарственные вещества по своим побочным действиям были признаны наркотиками: синтетические и полусинтетические опиаты, диэтиламид лизергиновой кислоты - ЛСД, амфитамины и дериваты, барбитураты, метаквалон, успокаивающие вещества и другие. Потребление алкоголя, а также некоторых других веществ, например лекарств из индийской конопли, листьев коки, в определённых слоях населения не запрещается.

Токсикомания - вдыхание бытовой химии. Дети и подростки в возрасте от семи до семнадцати лет, чьи привычки возникли совершенно произвольно, иногда не без помощи родителей.

Клей, входящий в комплект авиаконструктора, бензин, жидкость для снятия лака, чистящие и моющие средства- все эти вещества постоянно используются в быту, и все они содержат химикаты, которые, испаряясь, действуют на человеческий мозг.

Большинство таких веществ замедляет функции организма. Самый распространённый у токсикоманов вещество клей момент. Он не дорогой, что даже у любого малообеспеченного найдутся на его деньги.

К наркотическим веществам относятся: героин, наркотики из конопли, амфетамины - “винт” и другие.

Героин

Психологическая зависимость - непреодолимое влечение к наркотику формируется после одного - двух употреблений. Через непродолжительное время развивается и физическая зависимость: отсутствие наркотика вызывает тяжёлые страдания - “ломку”.

Эйфория, сменяющаяся сонливостью, пассивностью, утрата способности концентрироваться на чём-либо, потеря аппетита, тошнота, рвота, замедление дыхания, нарушение сердечного ритма, что может привести к кислородному голоданию и поражение мозга параличом, зуд и шелушение кожи, сыпь и угри, нарушение выработки половых гормонов и как результат – снижение сексуальной активности, нарушение менструальной функции у девушек, рождение детей с врождённым, понижение уродствами, понижение температуры тела, потливость, раннее облысение, крошение и в результате – многочисленный иммунитет и в результате – многочисленные инфекционные заболевания, в связи с извращением иммунного ответа организм начинает бороться сам с собой.

“Шприцевые” инфекции и могут привести к закупорке вен, гепатитам, эндокардиту – воспаление внутренней оболочки сердца, СПИДУ, ранняя смерть от передозировки, присоединившихся заболеваний, несчастных случаев в состоянии опьянения.

Марихуана, гашиш

Излишняя активность с патологией, сменяется слабостью, опустошённостью, вялостью, сонливостью на двадцать и более часов, мышечная дрожь, паранойя – состояние, когда сверхценная идея, возникшая в возбуждённом мозгу, подчиняет себе всё поведение человека, он становится похожим на терминатора, исполняющего заданную программу всеми возможными и невозможными средствами, хроническое расстройство сна, тяжёлая депрессия, смерть может наступить в связи с нарушением кровоснабжения головного мозга, от сердечной недостаточности, жестокой лихорадки, в результате галлюцинаций: когда представляются самые неожиданные видения, человек начинает защищаться от «преследующих чудовищ», и может покончить с собой либо убить другого.

Амфетаминовые наркоманы после некоторого времени употребления достигают состояния, когда они не могут получить удовольствия ни от чего. Привыкание может сформироваться после одного приёма.

Если убрать несущественные подробности судьба каждого наркомана укладывается в рассказ Д.Серафимовича "Гуси". На красивом берегу озера, куда слетаются - гуси, охотник с вечера высыпает горох, вымоченный в водке. Утром гуси его клюют, становятся веселыми, теряют равновесие и тыкаются головой в песок. Уходит страх, трава становится ярче, вода теплее... все это нужно для того, чтобы охотнику, не тратясь на патроны, собирать мешками дешёвую гусятину.

По данным Интерпола, стандартный блок опия – сырца (10 кг) турецкие крестьяне продают примерно за 400 долларов. Сделав из такого блока килограмм чистого героина, его продают уже дельцы во Франции и Италии по 4000 долларов. В Нью-Йорке, где героин стоит в 20 раз дороже золота, получают уже за расфасованные порции от 500 тысяч до миллиона долларов. Итак, наркоман, ставший послушным рабом, обеспечивает наркомафии тысячекратную прибыль.

По разным подсчётам, сегодня в России от 1,5 до 7,5 миллионов наркоманов. Расходясь в цифрах, различные исследователи сходятся в одном — пик ждёт нас впереди, причем наркоманы «молодеют» год от года: ещё несколько лет назад «зелёе» пробовали в 21 год; к 1994-му возраст «пробующих» снизился до 13-14 лет.

Определить, принимает ли подросток наркотики, нелегко, но можно. Перемены в нем видны уже в первые недели нового увлечения, пока ещё не возникла наркотическая зависимость. В это время родители могут практически сами сласти своего ребенка. Вот некоторые признаки:

— агрессивное взвинченное настроение или резкое изменение в поведении: он избегает родителей, по телефону отвечает украдкой и односложно, старые друзья ему неинтересны, старые занятия — включая школу - тоже-

— одежда его может быть неряшливой, среди вещей появляются баночки, склянки, может быть — шприцы и таблетки;

— могут появиться татуировки и рисунки на руках, он может начать потихоньку воровать деньги и вещи;

— чрезмерная веселость, покраснение лица, необычный аппетит—вероятные признаки употребления анаши или гашиша; в помещении, где курили «веселый Беломор», стоит сладковатый, очень характерный запах;

— узкие зрачки, вялость, отрешенность — признаки употребления наркотиков опийной группы;

— если ребенок «смотрит мультики» с помощью бензина (вдыхая), можно уловить его запах от одежды и волос;

— расширенные зрачки могут быть следствием употребления кокаина или «крэка»; также от «крэка» снижается аппетит и ухудшается сон (от кокаина — тоже);

— от кокаина, «крэка», марихуаны снижается память, подросток с трудом сосредоточивается;

— налитые кровью глаза — результат употребления марихуаны.

Надо иметь в виду, что многие признаки можно заметить только на первых порах, потом организм приспосабливается и начинает разрушаться всерьез, внешние признаки видит только специалист.

Наркологи серьезно предостерегают родителей от ошибки нападать на подростка с упреками и "жесткими мерами" при разоблачении. Нужен доверительный разговор. И самый лучший путь — сразу обратиться к специалисту, как только вы что-то заподозрили. Тем более что любой из перечисленных признаков может означать что-то другое и ввести вас в заблуждение, особенно если вы достаточно удалены от ребенка. А при вашей бурной реакции подросток может окончательно замкнуться и вместо союзника увидит в вас врага.

Помогая человеку спастись от наркотиков, следует помнить, что это болезнь, причем очень глубокая — психическая, затрагивающая личность, восприятие мира, отношение к нему. Однако нельзя и списывать все на объективные обстоятельства и "дурную компанию"—справедливо замечено, что в любом возрасте человек выбирает себе компанию сам. Когда говорят, что придется отказаться от друзей, нелишне задуматься — друзья ли человеку те, кто поделился с ним своим рабством?

Если говорить о сути происходящего, то, разумеется, в первую очередь, наркомания — это именно резкое ограничение свободы. Во-вторых — снижение перспектив. Юноша, втянувшийся в наркотики, разумеется, не сумеет стать сильным или умным, девушка — красивой, это чисто биологическое ограничение. Одновременно с этим происходит социальный спуск: от мелкого воровства у себя дома наркоман переходит к нищенству, проституции, уголовным способам поиска денег — всем, на какие хватает сил.

К сожалению, в России есть все экономические и географические предпосылки для того, чтобы наркобизнес забирает себе все новых людей.

В 1993 году МВД разоблачило около 4900 преступных групп на операциях с наркотиками. Страна становится крупнейшим перевалочным пунктом. Только в Москве, по некоторым оценкам, за год производится, завозится и продается не меньше 16 тонн различных наркотиков, а удается выловить лишь небольшую часть. Дикорастущей же конопли на нашей территории занесено на карту больше 1 миллиона гектаров.

Как человек становится наркоманом? Многочисленные исследования показывают, что главная причина первой дозы — желание испытать неизвестные ощущения (так начинают около 70 %), вторая—быть включенным в определенную группу, третья — неудовлетворенность жизнью и желание забыться. Кстати, подавляющее число вербовщиков — товарищи, соседи, которые сами постоянно принимают "зелье". Наркологи отмечают особую тягу хронических наркоманов приобщить молодых к своему "счастью".

Все это надо знать, потому что самые надежные средства от наркомании — превентивные. Как и во многих экстремальных ситуациях, отказ от их начала можно

назвать единственно надежным на 100 процентов рецептом остаться здоровым. Однако если вы начали принимать наркотики, не стоит думать, что никакого спасения теперь нет. Человечество не вчера столкнулось с этой проблемой, и кое-какие пути возврата из болезни есть.

Если вы не успели втянуться в сильные наркотики (например, опийной группы), не «сели на иглу», то собственная воля может остановить курение гашиша, марихуаны — особенно на начальной стадии. Тем, кто бросал курить табак, сила воли достаточно хорошо известна. Очень важно здесь — уйти из компании, не возвращаться в нее, даже уехать.

Если дело зашло далеко, надо обратиться в районный наркологический кабинет. Здесь вас проконсультируют и помогут, правда, при условии, что вы сами решили избавиться от болезни. Вы можете лечиться в стационаре, в наркологическом диспансере, в других местах. Врачам можно доверять или нет, но это лучше, чем довериться ходу событий и ничего не делать: события в случае с наркотиками уносят всегда только в одну сторону. Сильный и молодой человек, ставший наркоманом, сгорает за несколько лет:

для большинства 35 лет — это закат жизни.

"... Мне казалось, что я лежу в ватном облаке на вершине горы. Слева и справа пропасть, мне хорошо, ни до кого нет дела. Перед глазами пролетают огромные яркие бабочки, но мне не хочется пошевелить рукой, чтобы дотянуться до них. Все тело невесомо, я как будто парю вместе с облаком..."

Это одна из множества наркотических картин, описанных в специальной литературе. Есть в этих галлюцинациях и луга, и озера. Но, разумеется, за яркими цветами и высокой травой редко заметны терпеливые охотники, которые выходят на берег, чтобы собирать своих гусей.

Тема № 13. Судебно-психиатрическая экспертиза симуляции психических расстройств

Цель занятия: ознакомиться с симулятивными проявлениями субъекта (обвиняемого, потерпевшего, свидетеля), методами диагностики симуляций.

ПЛАН ЛЕКЦИИ:

1. Симуляция психических расстройств
2. Формы симуляции
3. Распознавание симуляции

Вопрос 1. Симуляция психических расстройств

Симуляция психического заболевания - сознательное, преследующее определенную цель притворство, заключающееся в измышлении несуществующих признаков психического расстройства, в их изображении или искусственном вызывании у себя с помощью медикаментозных средств.

Симулировать могут и психически неполноценные личности, и психически здоровые, по проявления симуляции у тех и других различны. Во всех случаях симуляции присутствует сознательность, преднамеренность и целенаправленность. Эти признаки симуляции отличают ее от неумышленного дурашливого доведения больных шизофренией от бесцельного притворства, отмечающегося у некоторых психопатических личностей в трудной ситуации. По данным ряда современных авторов, симулятивное поведение встречается примерно в 2-3,5% всех случаев судебно-психиатрических экспертиз правонарушителей.

У женщин симуляция психических расстройств отмечается в два раза реже, чем у мужчин. Среди симулянтов преобладают лица, повторно совершившие правонарушения, социально и педагогически запущенные, а также характерологически деформированные условиями длительной изоляции в специфической микросреде. Это объясняется большой осведомленностью таких лиц о практике назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы,

Симулятивное поведение чаще наблюдается у подсудимых, чем у осужденных, что объясняется напряженностью и неопределенностью ситуации следствия, активизирующей защитные тенденции личности. Симуляции у лиц, находящихся под следствием, может возникать на любом этапе, по чаще она приурочена к переломным его моментам: заключение под стражу, предъявление обвинения, ознакомление с материалами дела, судебное разбирательство и т. п. У осужденных симулятивное поведение также обычно посылается к переломным моментам: при изменении режима содержания, отказе в досрочном освобождении и т. п.

У психически здоровых личностей симуляция называется истинной, или чистой симуляцией. Симулятивное поведение лиц с теми или иными психическими нарушениями называется симуляцией, возникающей на патологической почве.

Симуляцию, встречающуюся в судебно-психиатрической клинике, и зависимости от хронологического фактора, можно подразделить на 3 категории:

1) предварительную или превентивную симуляцию, проводимую в период, предшествующий преступлению; такая симуляция преследует цель подготовить окружающих к тому, чтобы они восприняли преступление как акт, совершенный в состоянии психического заболевания;

2) симуляцию, осуществляемую в момент совершения правонарушения для сокрытия истинных мотивов преступления;

3) последующую симуляцию, которая возникает после совершения правонарушения, как защитное поведение с целью уклонения от ответственности.

Чаще всего в судебно-психиатрической клинике наблюдается последняя форма.

Вывод по 1 вопросу. Существуют два способа симуляции: 1) симуляция самого психического заболевания, когда симулянты своим поведением и высказываниями стремятся произвести впечатление патологического состояния психики (которого вот и не было или 'которое было, но прошло или имеется лишь в незначительной степени); 2) иногда симулянты принимают для этого какие-либо лекарственные средства, временно приводят себя в такое состояние, которое может произвести впечатление психического заболевания; 3) симуляция анамнеза, когда симулянты хотят создать видимость перенесенного психического заболевания, которого в действительности не было. Оба способа симуляции могут сочетаться.

Вопрос 2. Формы симуляции

Истинная симуляция (чистая симуляция) - сознательное изображение психической болезни психически здоровыми людьми, в судебно-психиатрической практике встречается относительно редко. В таких случаях симулянты чаще прибегают к симуляции анамнеза, чем болезненного психического состояния.

Симуляция психического состояния обычно проявляется в форме воспроизведения отдельных симптомов или синдромов (ступор, возбуждение, слабоумие, галлюцинации) и реже в виде демонстрации отдельной клинической формы психического заболевания. Иногда обследуемые симулируют несовместимые симптомы различных форм психических болезней.

Ряд психических симптомов трудно поддается воспроизведению, так как требует огромного эмоционального напряжения. К таким симптомам относятся, например, моторное возбуждение, маниакальное состояние и др. Здоровые люди в таких случаях очень быстро устают, чего не бывает с психически больными.

Изображение измененного мышления и некоторых видов слабоумия тоже вызывает у симулянта большие затруднения, так как требует длительного и напряженного внимания во время разговора. К таким формам симуляции психически здоровые личности прибегают редко.

По материалам Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского, обследуемые чаще симулируют вялую депрессию с монотонным поведением, невыразительной мимикой, установкой на недоступность, проявляющейся либо в форме мутизма, либо в нелепых ответах. Наряду с этим отмечается двигательная заторможенность, отказ от еды со ссылками на опасность отравления, а также демонстративные суицидальные проявления. Нередко на этом фоне симулируются элементарные галлюцинаторные расстройства, преимущественно зрительные, а иногда и слуховые обманы. Преобладают такие формы симуляции, которые не требуют больших познаний в психиатрии, значительных усилий для воспроизведения, мало истощают организм и могут легко автоматизироваться.

В экспертной практике встречаются такие формы поведения и предъявление таких симптомов, которые прежде описывали как «несимулируемые симптомы». Так, состояния обездвиженности, гипомании и др. иногда отмечаются если не на всем протяжении симулятивного поведения, то в виде более или менее продолжительных эпизодов.

Следует подчеркнуть, что симуляция является индивидуальным творчеством, отражающим особенности личности. Выбор симулируемых патологических симптомов зависит в основном от знаний и опыта симулянта, его осведомленности и вопросах психиатрии, знакомства со специальной литературой, особенностей личных переживаний в прошлом, а иногда и от чисто случайных причин (реплика врача, отмечающего отсутствие того или иного симптома, советы обследуемых, находящихся на экспертизе, подражание другим больным и т. п.). Это обуславливает значительное разнообразие проявлений симуляции и отсутствие каких-либо определенных закономерностей. Индивидуальная вариабельность проявления симуляции определяется, с одной стороны, структурой личности, а с другой - характерным, наиболее распространенным в каждом

периоде времени «набором» симулируемых симптомов,

Формы симуляции меняются в зависимости от распространенных в широких кругах населения представлений о сущности и проявлениях психического заболевания, от изменяющегося содержания медицинской литературы и установок судебно-психиатрической экспертизы. Например, раньше обследуемые, страдающие алкоголизмом, предъявляли жалобы на хроническое злоупотребление алкоголем или на заной в период совершения общественно опасных действий; в последующем такие обследуемые чаще стали ссылаться на белогорячное состояние, будто бы имевшее место в момент совершения правонарушения. Симулируемая симптоматика всегда отражала в более или менее приближенной форме реально существующие распространенные и типичные клинические картины душевных заболеваний и расстройств.

В прошлом чаще всего симулировались судорожные припадки, в 30-е годы - бредовые синдромы, затем аффективные расстройства и слабоумие со спутанностью в 60-е годы чаще всего наблюдались различные изолированные симптомы - мутизм, элементы псевдодеменции и т. п. Формы симуляции психических расстройств имеют тенденцию к усложнению, предъявляемая симулятивная симптоматика становится более тонкой и клинически правдоподобной. Грубая примитивная симуляция встречается все реже и, как правило, указывает на наличие патологической почвы.

В последнее время снова отмечается увеличение числа случаев симуляции с предъявлением «бредовых» идей, различных по структуре и содержанию. Чаще всего высказываются «идеи преследования», «воздействия» (аппаратами, лучами, гипнозом), «одержимости» («внутри змея, в голове черви»), ипохондрические жалобы (утверждение о неизлечимом заболевании, чаще всего о раке). Нередко предъявляются тщательно подготовленные и разработанные идеи изобретательства. Прослеживается связь этих высказываний с прошлым опытом личности, ее интересами, увлечениями и склонностями.

Появились не встречавшиеся ранее жалобы на внутренние голоса, указания на расстройства мышления («пустота в голове», «отсутствие» и «обрывы» мыслей), а также на симптомы, характерные для синдрома психического автоматизма («внушение мыслей», «что-то толкает, заставляет»). Эти высказывания обычно повторяются у большинства обследуемых в одинаковой, заштампованной однообразной форме. Такой же в известной мере типовой характер имеют сообщения обследуемых об их увлечении философией, рассуждения на отвлеченные темы и письменная продукция, почерпнутая из популярной научно-фантастической литературы и других литературных источников, что иногда может ошибочно расцениваться как проявление «философической интоксикации». При таких формах симулятивного поведения обследуемые стремятся привлечь внимание врачей на появившиеся у них нарушения взаимоотношений с близкими членами семьи, отражающие будто бы наступившую эмоциональную холодность, но в действительности обусловленные реальными конфликтами.

В начале симуляции поведение таких обследуемых бывает изменчивым, так как они сталкиваются с рядом затруднений, меняют в зависимости от этого манеру контакта с врачом и окружающими, а также набор симулируемых симптомов: отбрасывают одни, изображают другие. В дальнейшем поведение становится более постоянным и заученным. Продолжительность симуляции может быть весьма различной. В некоторых случаях при выборе удачной, легко воспроизводимой формы симуляция может продолжаться очень долго. Даже несмотря на неуспех и заметное недоверие врачей и окружающих, некоторые обследуемые не отказываются от притворного поведения. Иногда возвращение в исправительно-трудовое учреждение не прекращает симуляцию, так как обследуемые продолжают рассчитывать на освобождение судом или другими инстанциями. Большую роль при этой длительной симуляции играет наступающая автоматизация симулятивного поведения, при которой сознание притворства сохраняется, поведение управляется ведущим целевым представлением, но появляются привычные приемы с меньшей

затратой психических и физических сил. В некоторых случаях, обычно при симуляции простых истерических синдромов (мутизм, гиперкинезы, параличи), наступает истерическая фиксация симулируемого расстройства, и симуляция переходит в истерическую реакцию.

В некоторых случаях симулянты после нескольких месяцев притворного поведения обнаруживают ухудшение физического и психического здоровья, к чему они активно стремятся. Ухудшение физического здоровья может быть связано и с аутоинтоксикацией желудочно-кишечного происхождения и с инфекциями (отказ от пищи, поедание собственных экскрементов, нанесение самоповреждений). На физически ослабленной почве в последующем легко могут развиваться тяжелые реактивные состояния (с измененным сознанием, аффективными нарушениями и психогенным бредообразованием).

Однако чаще симулянты отказываются от притворного поведения и иногда чистосердечно признаются в нем. Признание в симуляции в таких случаях является конечным звеном в цепи психологически понятных переживаний, что позволяет отличить его от безмотивного раскрытия своего нарочитого поведения, которое иногда наблюдается у больных шизофренией, паралитиков и глубоких олигофренов. Поведение таких лиц после признания также бывает психологически понятным и последовательным.

Обследуемый Р., 28 лет, электромонтер, обвиняется в мошенничестве.

Родился и срок, развивался нормально, в школу пошел 8 лет. Закончил 4 класса начальной школы. Приобрел специальность электромонтера. Жил в семье старшей сестры. В 1957 г. дом, в котором они жили, был сдан на слом. Р. и его сестра получили деньги и участок земли, начали строить дачу, допустив при этом ряд мошеннических комбинаций. В связи с этим постройка была опротестована, и против Р. было возбуждено уголовное дело.

Обследуемый невысокого роста, астенического телосложения, пониженного питания. Во внутренних органах выраженных отклонений от нормы не выявлено. Зрачки равномерны, правильной формы, реакция их на свет живая. Сухожильные рефлексы равномерно живые, патологических рефлексов нет.

Обследуемый при поступлении заторможен, выражение лица застывшее, взгляд устремлен в одну точку, глаза широко раскрыты, рот полуоткрыт, обильное слюноотечение. Ходит мелкими шажками. При сгибании рук застывает в неудобной позе. На вопросы отвечает следующим образом: «Как ваша фамилия?» - «Р»; «Сколько вам лет?» - «Десять»; «В каком году вы родились?» - «По всем правилам, когда начали коробку открывать, лежали они в порядке»; «За что вы арестованы?» - «Запекли меня судом, стало быть я обманул правительство, я в действительности не обманывал, выходит, жил в Москве, тут причем»; «Сколько у вас на руках пальцев?» - «Мясо»; «Голова болит?» - «Кепку повесили на гвоздь, она заплакала». На остальные вопросы не отвечает. При повторных вопросах дает одни те же ответы; при этом говорит быстро и четко, что производит впечатление заученного урока. В дальнейшем отказывается от еды, лежит все время в постели, становится неопрятен, перестает разговаривать. Однажды на вопрос, почему он не разговаривает, ответил: «Они запретили». В таком состоянии обследуемый находится и течение 11/2 мес.

В дальнейшем, видя бесполезность своего притворного поведения и тяготясь пребыванием в психиатрическом учреждении, обследуемый рассказал следующее. После возбуждения уголовного дела, вызванный на допрос, он дал аффективную вспышку — бросил на пол чернильницу, изорвал материалы судебного дела. В связи с этим следователь постановил направить Р. на экспертизу в Институт судебной психиатрии им. В.П. Сербского. После этого Р. начал серьезно готовиться к симуляции, хотя ранее об этом не думал.

Проходя мимо книжного магазина, он увидел в витрине книгу по судебной психиатрии и купил ее. В одной из статей была приведена подробная история болезни

обследуемого, признанного невменяемым, Р. решил готовиться и соответствии с приведенной историей болезни. Для облегчения понимания статьи Р. взял в библиотеке словарь психиатрических терминов. Он решил подготовить фразы, аналогичные приведенным в истории болезни (шизофрения), которые он будет говорить при расспросах врача. Чтобы не сказать лишнего, он решил отвечать только на те вопросы, на которые он приготовил и заучил ответы; остальное время он решил молчать и «изображать мутизм». Кроме того, надо было держать рот открытым, чтобы «напоминать кататоника», застывать в тех позах, которые ему будут придавать,

С первого дня поступления в Институт судебной психиатрии им. В.П. Сербского он начал демонстрировать притворное поведение, но скоро понял, что выбранная им форма симуляции очень трудна. Однажды он решил, что совершил ошибку. На вопрос врача, был ли он в психиатрической больнице, он поспешно ответил: «Был», а, по его мнению, надо было отвечать невпопад. Кроме того, он больше не мог «застывать с поднятыми руками и ногами». Он падал от слабости и усталости. Из отдельных фраз врачей во время обхода он понял, что его подозревают и симуляции; «последняя надежда была на галлюцинации»). На вопрос, почему он не разговаривает, он ответил: «Они запретили». После демонстрации на лекции для него, стало ясно, что он «раскрыт», К этому времени он исчерпал все свои силы и решил сказать правду. Сделав это признание, обследуемый, видимо, почувствовал облегчение, а имеет с тем большое психическое истощение. Он долго плакал, а потом заснул. На другой день ждал прихода врача, насторожился и испытующе заглядывал ему в глаза, спрашивал, не является ли для него симуляция отягчающим вину обстоятельством. Постепенно Р. успокоился и стал говорить, что «на сердце стало легче, сиял с себя тяжесть». Заметив вопрос врачей к своему признанию, он старался извлечь из этого пользу для себя: просил выписать ему белого хлеба, масла, положить в удобном месте. Все его переживания и поступки были психологически понятны и последовательны. Общий уровень развития невысок, но практическая ориентировка достаточна. Мышление без отклонений от нормы, критика не нарушена.

Заключение: Р. психической болезнью не страдает, обнаруживал признаки симуляции; вменяем.

Более элементарный характер симуляции имеет следующий случай.

Обследуемый Л., 1956 г. рождения, обвиняется в нанесении тяжелых телесных повреждениях гр. П. Со слов обследуемого, из материалов уголовного дела и данных медицинской документации известно следующее: тетка по линии отца страдала психическим заболеванием. Отец умер, когда обследуемому был один год. Мать Л. в течение многих лет работала медицинской сестрой в психиатрической больнице, в связи с соматическим заболеванием употребляла наркотические вещества. В возрасте 4 лет Л. перенес легкую черепно-мозговую травму, в дошкольном возрасте — суставной ревматизм, туберкулез легких. В школу поступил 7 лет, учился посредственно. С детских лет обращал на себя внимание тем, что был раздражительным, вспыльчивым, часто уходил из дома, уезжал в соседние города, его возвращали сотрудники милиции.

В 1971 г. совершил кражу 3 велосипедов, был осужден, а затем направлен в профтехучилище специального типа. Из характеристики, данной воспитателями училища, известно, что Л. пропускал уроки, бродяжничал, между тем отмечено, что он способный, но слабохарактерный. С ребятами не дружил; совершил побег из училища. Вместе с матерью Л. поменял место жительства, и переехал на Кубань, где работал в колхозе. Как видно из материалов уголовного дела, обследуемый помогал строить дом гр. П. В ночь совершения правонарушения Л. спал в доме П., в другой комнате, на полу спала хозяйка дома. Как видно из показаний, Л. пил водку, среди ночи выходил на улицу, затем снова лег спать. Около 3 ч Л. набросился на спящую П., схватил руками за шею и начал душить ее. Она сопротивлялась, просила отпустить ее. Сказав: «Ну ладно, иди», Л. отпустил П., причинив ей телесные повреждения. Когда П. побежала к своему мужу, который дежурил на работе, обследуемый шел на ней и просил ее никому не рассказывать о случившемся.

На следствии обследуемый по существу отвечал на вопросы, ссылаясь на запоминание своих действий на момент правонарушения.

Обследуемый Л среднего роста, правильного телосложения, достаточного питания. Тоны сердца чистые. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. При осмотре зева обнаружены большие, рыхлые миндалины (хронический тонзиллит). Органы брюшной полости без особенностей. Зрачки равномерные. Правая носогубная складка сглажена. Сухожильные и периостальные рефлексy оживлены, коленные слева несколько больше, чем справа.

Обследуемый правильно ориентирован в месте и времени. Знает цель направления его на экспертизу. Последовательно сообщает анамнестические сведения. Фиксирует внимание на том, что у него сложились неприязненные отношения с семьей П., что он был свидетелем того, как П. похищал строительные материалы с колхозного склада, что однажды П. пытался его застрелить и угрожал убийством. Утверждает, что накануне правонарушения он находился в состоянии «апатии». Перед глазами всплывали «красные шары». Ночью плохо спал, когда закрывал глаза, то видел «белые и черные шары». Трижды выходил на улицу, казалось, что его преследуют, окружающее воспринималось «как через туман». Помнит, как бросился душить П., что было дальше, якобы не помнит, а, придя в себя, увидел, что его руки сжимают шею П. Отмечает, что в его жизни трижды были состояния, когда он в состоянии обиды и злобы «отключался» и пытался душить обидчиков.

В отделении обследуемый подвижен, принимает участие в трудовых процессах, избирательно общителен с окружающими. периодически отмечался громкий беспричинный смех, который продолжался 2—3 мин, иногда не отвечал на вопросы, затем сообщал, что он в это время видел «красные шары». Обследуемый писал письма, письменная продукция его последовательна. В письме матери Л. сообщал, что «эти книги по психиатрии пошли мне на пользу», а теперь он думает, что признают «магию преследования». Запас знаний обследуемого соответствует образованию.

Заключение: Л, психической болезнью по страдает, В момент правонарушения обследуемый также не обнаруживал признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности (наличие конфликтной ситуации с семьей П., адекватный речевой контакт, целенаправленность действий — стремление уговорить пострадавшую в том, чтобы она не рассказывала о его поступке, отсутствие психотической симптоматики). Поведение Л. имеет признаки симуляции; вменяем,

В данном случае симуляция, несмотря на легкое травматическое поражение центральной нервной системы, является истинной, а не патологической симуляцией, так как не обнаруживает патологической мотивации.

Симуляция, возникающая на патологической почве. От истинной симуляции следует отличать защитное нелепое поведение, возникающее на патологической почве. Такое поведение может проявляться в различных формах: в аггравации, т.е. целевом преувеличении незначительно выраженных психопатологических симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной в прошлой психической болезни; в так называемом продлении заболевания или целевом изображении уже исчезнувших психопатологических симптомов психической болезни (метасимуляция); в изображении психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (сюрсимуляция).

Преувеличение (аггравация) представляет достаточно распространенное явление в судебно-психиатрической практике. Особенно часто встречается аггравация интеллектуальной недостаточности у олигофренов и аггравация расстройств памяти и счета у больных с органическими поражениями центральной нервной системы. Во многих случаях аггравация возникает в одной и той же форме неоднократно, при каждом новом аресте, особенно если первые попытки увенчались успехом. Но и при неудачах, сопровождающих аггравацию, она может стать привычной формой поведения личности и

любой сложной и опасной для нее ситуации.

Подобные формы симуляции, щит которых используются функционально ослабленные болезненным процессом, системы, легко фиксируются при помощи исторических механизмов. Распознавание этой формы симуляции представляет наибольшую трудность для судебно-психиатрической экспертизы.

Продление заболевания (метасимуляция) — целевое изображение отсутствующих симптомов только что перенесенного и закончившегося психического заболевания; в судебно-психиатрической практике встречается реже, чем аггравация. Обычно наблюдаются формы сознательного продления симптомов реактивного психоза, возникающего после ареста. Не встречается в практике судебно-психиатрической экспертизы непосредственного продления шизофренического приступа, так как только что перенесенное тяжелое психическое заболевание в значительной степени истощает психику и препятствует целенаправленной мотивации.

Изображение болезненных симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (сюрсимуляция) встречается значительно реже; проявляется в чуждой, несвойственной основному заболеванию симптоматике и отражает патологическую мотивацию поведения психически больных. Такая форма поведения сравнительно легко распознается. В некоторых случаях больные скрывают истинное заболевание (шизофрения) и демонстрируют симптомы, ему не свойственные, что затрудняет диагностику.

Особенности психических нарушений у больного отражаются на его симулятивном поведении. При шизофрении поведение обычно становится карикатурным. С одной стороны, в своей основе оно содержит как будто целевые стремления, с другой — отражает особенности шизофренических расстройств мышления и эмоционально-волевой сферы, т.е. расстройство мотивации, отсутствие длительной целенаправленности и выдержки. В этих, случаях больные шизофренией очень легко «выходит из роли», отказываются от притворства, рассказывают о том, что они «симулировали». Раскрыв нарочитость своего поведения, они легко возвращаются к нему, не учитывая бесцельности продолжения игры. Их притворство теряет целостность. Расшифровывая свое притворное поведение, некоторые больные шизофренией, особенно в период острого процесса, своеобразно интерпретируют его причины или мотивируют его бредовым образом. При наличии бреда больные шизофренией стремятся к диссимуляции своего бреда и симуляции другого, чуждого им психического заболевания в целях избавления от наказания. В этих случаях притворство содержит в своей основе патологическую мотивацию.

В дефектных стадиях шизофрении притворное поведение может изменяться в зависимости от дефекта. Иногда в дефектной стадии восстанавливается возможность целеустремленно проводить определенную, намеренную и даже вполне мотивированную линию поведения. Чаще это бывает в тех случаях, когда дефект оформляется по психопатическому типу. При более грубом дефекте целеустремленное поведение симуляции становится невозможным. При органическом поражении центральной нервной системы (артериосклероз, сифилис мозга), при сохранности ядра личности, симуляция бывает более или менее целенаправленной.

При выраженном слабоумии притворство становится патологическим. Отсутствие стойкой целеустремленности, быстро меняющаяся при аффективной неустойчивости и слабости суждений мотивация поступков приводят к тому, что больной не может долго придерживаться одной линии поведения. Сознание болезни в таких случаях обычно отсутствует, в связи, с чем притворство принимает форму подражания другим больным, а не преувеличении имеющихся болезненных симптомов.

При прогрессивном параличе, леченном малярией, у больных сохраняется сознание своего дефекта. Притворное поведение, как у большинства лиц с той или иной нервно-психической недостаточностью, направлено на использование своей недостаточности. В некоторых случаях при хорошей ремиссии и незначительном дефекте симуляция удается.

При более глубоком снижении слабоумия выражаются в грубом и откровенном притворстве.

В отношении аггравации и патологического притворства особое место занимают психопатические личности. С одной стороны, встречаются психопаты с такими глубокими изменениями психики, что проведение симуляции как акта сознательного, сложного и целенаправленного поведения для них становится невозможным. С другой стороны, в большинстве случаев симуляцию у психопатов при личностных аномалиях, не исключающих способности осмысливать значение своих поступков и корректировать свое поведение, нельзя отождествлять с патологическим притворством у психически больных. В легких случаях психопатий симуляция может ничем не отличаться от обычных форм истинной симуляции.

Обследуемый П., 41 года, обвиняется в повторном нарушении правил прописки. При задержании назвался вымышленной фамилией.

Обследуемый родился в семье крестьянина, наследственной патологии нет. Рос и развивался нормально. В 1918 г. заболел сифилисом. Лечился в госпитале «уколами и вливаниями». В 1919 г. женился, имеет 4 детей. С 1930 г. начал злоупотреблять алкоголем. В последнее время постоянного места жительства не имел. На экспертизу направлен в связи с неправильным поведением после ареста.

Обследуемый выше среднего роста, астенического телосложения. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, В легких везикулярное дыхание. Прощупывается край печени. Зрачки неравномерны: правый шире левого, реакция на свет отсутствует. Реакция на аккомодацию и конвергенцию сохранена. Сухожильные рефлексы живые, слева выше (отмечается атаксия). Симптом Ромберга положительный, пальце-носовая проба положительная. Скороговорки не удаются. Исследование спинномозговой жидкости: белок 0,48%; реакция Вассермана положительная, реакция Нонне — Апельта положительная, реакция Ланге 665443S21111.

Обследуемый стонет, ходит по палате сильно согнувшись—голова на уровне живота. Неожиданно набрасывается на соседа, толкает его о койки, тарацит глаза, тяжело дышит. Вызванный в кабинет врача, идет охая, озираясь по сторонам, держится за сердце. На вопрос, как его фамилия, отвечает: «Под козой родился» (Подкозин). «Как имя, отчество?» — «Петр... Петр, отчества не знаю»; «Сколько лет?» — «Много лет»; «Какой сейчас месяц?» — «Первый»; «Что с вами?» — «Ох, больной, больной!»; «Что болит?» — «Сердце болит, голова болит, все болит». На вопросы отвечает медленно, охает и вздыхает. Выйдя из кабинета идет быстро, весело, переговариваясь с санитаром. Па вопрос санитаря, почему он охал в кабинете и не отвечал на вопросы, засмеялся: «Симулировал, чтоб освободиться». Увидев идущего врача, П. сразу согнулся, низко опустил голову, застонал, заохал и, еле передвигая ноги, подошел к своей койке.

В течение нескольких дней П продолжал давать грубо симулятивные ответы; при этом настроение благодушное, приветливо улыбается. Однажды во время беседы с врачом увидел, как другой больной (шизофрения) свистит и скачет. П. перестал разговаривать, опустил голову, надул щеки и стал громко свистеть, скакать по полу. Так он вел себя в течение всего дня, и к вечеру был переведен в изолированную палату, где лег навзничь, стуча кулаками по полу, и громко свистел. В дальнейшем поведение неодинаковое, то дает правильные ответы, много рассказывает о себе, обнаруживая при этом сохранное внимание, то вдруг неожиданно начинает нести себя нелепо, изображает командира, делает вид, что седлает лошадь и едет. На вопрос, зачем он так себя ведет, отвечает: «Чтоб не судили». На вопрос, не слышал ли он когда-нибудь голосов, отвечает: «Слышу, слышу... Дайте подумать» (приставляет палец ко лбу). «Что мне говорили голоса? Что придумать бы? А? Говорили, сеть будто плоха и рыбу в этой реке нельзя ловить». При этом обследуемый смеется. При осмотре комиссией становился в позу. Заключение: П. страдает прогрессивным параличом. Отмечаются признаки патологической симуляции.

Вопрос 3. Распознавание симуляции

Методы распознавания симуляции могут быть сведены в основном к психологическому и клиническому, включающему экспериментально-психологическому обследованию. Психологический метод основан на том, что симуляция не является психической болезнью и потому ее распознавание должно быть построено на умею психологии нормального человека.

Французские авторы писали о применении «лукавых вопросов», ставящих симулирующего в затруднительное положение. Ряд авторов указывали на то, что полезно в присутствии симулирующего, не обращаясь к нему, говорить об отсутствующих в картине его болезни признаках, характерных для изображаемой им формы заболевания, или расспрашивать его о тех симптомах, которых вовсе не бывает при психической болезни. Симулянты это могут учитывать и помнят, изображаемую картину отсутствующими признаками. Общеизвестна также проба на рассеянность (отвлечь симулянта, заставить его незаметно выполнить то, от чего он отказывался). Л.И. Айхенвальд рекомендовал метод быстрых вопросов, следующих один за другим, приводящих симулянта в состояние растерянности.

Все эти методы направлены на то, чтобы смутить симулянта, вызвать растерянность, а иногда и добиться признания в симуляции. Но признание в симуляции не является доказательством симуляции, если оно не подтверждается объективными наблюдениями. Часто психически больные, считая себя здоровыми, объясняют странности своего поведения симуляцией. Депрессивные больные, склонные к идеям самообвинения, обвиняют себя в симуляции; внушаемые психически больные дополняют симптоматику по подсказке врача или легко признаются в симуляции, когда им говорят, что они симулируют.

Психологический метод изучения нарочитых ошибок, производимых симулянтами при различных видах исследований, помогает уяснить нелепость или правдоподобность ошибок; их грубость, системность или случайность позволяют судить об истинном снижении личности или симуляции этого снижения. Заставляя симулянта действовать в непривычных и меняющихся условиях психологического эксперимента, можно по скорости его ориентировки, скорости и особенностям формирования систем ошибок, по реализации занятой позиции и др. судить не только о наличии симуляции, но и о ее характере (возникла ли симуляция у дефектной личности или у полноценного человека и пр.).

При психологическом эксперименте рекомендуется начинать исследование на высоком уровне трудности, это мешает симулянту быстро ориентироваться и выработать систему ошибок. В процессе работы следует ускорить темп исследования, что неожиданно повышает качество ответов, так как симулянты не успевают продумать ошибку. Во время исследования необходимо вслух оценивать ответы обследуемых; положительная оценка обычно ухудшает последующие ответы. Следует фиксировать внимание симулянтов не на тех показателях, которые фактически учитываются. Обсуждение вместе с обследуемым допущенной им ошибки, его мотивировка и логика доказательств правильности его первого ответа также помогают распознаванию симуляции. В конце исследования можно провести разоблачительную беседу. Обследуемый может и не отказаться от симуляции, но изменить систему ошибок и свое поведение, что также послужит материалом для анализа симуляции.

Изучение нарочитых ошибок при различных видах экспериментально-психологического исследования позволяет уяснить их случайный или системный характер и на том основании судить об истинном снижении личности или сознательной демонстрации этого снижения. Клинический метод наблюдения является наиболее плодотворным методом распознавания симуляции психических болезней. Он основывается на сопоставлении сообщаемых сведений о прошлом и поведения обследуемого с психопатологическим анализом анамнеза и психического состояния.

При подозрении на симуляцию анамнеза во время первой беседы с обследуемым следует подробно записать все анамнестические сведения и проверить, сравнить их при последующих беседах. Только очень опытный симулянт может повторно воспроизвести эти данные, не противореча самому себе, так как в анамнезе дается описание динамики клинического развития болезни, что значительно труднее воспроизвести, чем описание отдельных симптомов и их статике. Такие лица часто не могут указать название лекарств, которые они принимали, фамилии врачей, которые их лечили, избегают называть больницу, где они якобы находились. Во всех подобных случаях необходимо сопоставление сообщаемых испытуемыми и их родственниками анамнестических сведений с дополнительными объективными данными, подтверждающими эти субъективные сведения или опровергающими их. Нередко указания на перенесенное в прошлом болезненное состояние не соответствует объективным данным. В случаях превентивного стационарирования в психиатрические больницы изучение подлинников истории болезни позволяет выявить неубедительность, атипичность и однообразие бывшей симптоматики, кратковременность пребывания таких лиц в стационаре, поспешность диагностики и т. д.

Большое значение следует придавать физическим симптомам, сопровождающим некоторые психические заболевания, так как эти симптомы не поддаются симуляции (например, симптом Аргянц—Робертсона при прогрессивном параличе, тяжелые сердечно-сосудистые изменения при атеросклерозе, изменения тургора кожи, цианоз, похудание, запоры при депрессивных состояниях). Большую роль играют также исследования (спинномозговая жидкость и др.).

Н современном уровне знаний некоторое вспомогательное значение приобрели данные электроэнцефалографии, выявляющие патологическую биоэлектрическую активность мозга или ее отсутствие, что особенно отчетливо обнаруживается при динамическом наблюдении. При исследовании психического состояния подозреваемого в симуляции особенно большое значение имеет изучение структуры отдельных синдромов с учетом присущей им относительной клинической специфичности в зависимости от нозологической принадлежности, сопоставление сочетания отдельных синдромов, стереотипа их развития и последовательности и течения заболевания.

Распознавание грубого и неумелого притворства не представляет больших трудностей. В подобных случаях обращает на себя внимание чрезвычайная назойливость в предъявлении болезненных симптомов, неумение развить их, большая напряженность симулянта и быстрая его истощаемость. Сопоставление изображаемого состояния с тем, которое было у обследуемого до ареста, помогает окончательно распознать симуляцию. Труднее распознать более продуманное и умело подготовленное притворство.

В пользу симуляции может говорить своеобразная форма предъявления испытуемым психических нарушений: демонстративность, нарочитость, утрированность и искусственность жалоб, и изображения психопатологических симптомов с фиксацией на них внимания врача. Иногда, наоборот, отмечается чрезмерная старательность, заученность, отсутствие легкости, стереотипность и заштампованность спонтанных высказываний, однообразие форм поведения и реагирования, что обычно сочетается с заметной во время беседы напряженностью, подавляемой злобой и раздражением.

При оценке психического состояния обследуемого для распознавания симуляции важное значение имеет нетипичность, полиморфность, лоскутность симптоматики или, наоборот, ее бедность, схематичность, однообразие, изолированность отдельных выпяченных симптомов, отсутствие целостной, «гармоничной» (С.С.Корсаков, 1893), единой картины какого-либо психического заболевания. Особое значение при этом имеет «внутренняя противоречивость» симптоматики, не укладывающейся в клиническую картину известных форм психических заболеваний; наличие несовместимых симптомов как в их статике (например, сочетание предъявляемого слабоумия с толковыми письмами, инструктирующими родственников, идей переоценки собственной личности на фоне

ситуационно обусловленной подавленности), так и в динамике (например, появление двигательного компонента синдрома психического автоматизма раньше идеаторного и т.д.). Такое же нарушение целостной клинической картины создают «лишние» симптомы (например, образные яркие зрительные галлюцинации в сочетании с резонерскими рассуждениями и «голосами» или сочетание сложных интерпретации с элементами псевдодеменции и др.).

Важным дифференциально-диагностическим признаком при распознавании симуляции является несоответствие психического состояния обследуемого его анамнезу, не отражающему каких-либо психопатологических проявлений, а также отсутствие или нарушение закономерностей динамики развития и течения предъявляемых психических нарушений. Такое нарушение клинических закономерностей синдромагенеза и синдромокинеза часто проявляется в быстром темпе формирования сложных полиморфных психопатологических картин при отсутствии инициальных расстройств, а также за счет «заимствования» симптоматики у других обследуемых. В подобных случаях обычно отмечается несоответствие упорядоченного, дифференцированного поведения обследуемых массивному психопатологическому содержанию их высказываний.

Таким образом, хотя симуляция и является сугубо индивидуальной и в каждом случае следует искать особых методов ее распознавания, все же существуют общие закономерности, характерные для различных видов симуляции, выявляющие отсутствие «логики развития болезни». Такими закономерностями являются; отсутствие целостной и единой клинической картины какой-либо формы психического заболевания; изолированность предъявляемых симптомов (симулируются лишь отдельные симптомы болезни, а не вся болезнь); несовместимость симптомов (сосуществование симптомов различных психических болезней, исключая друг друга и отсутствие динамики болезни (изображение отдельных эпизодов психической болезни, а не ее развитие течения).

Диссимуляция

В судебно-психиатрической практике нередко встречается также с противоположной симуляции формой притворного поведения — диссимуляцией психического заболевания. Диссимуляция есть преднамеренное утаивание действительно существующих признаков психической болезни. Иногда больные с этой целью пытаются представить имеющиеся у них патологические симптомы искусственными, симулятивными.

Диссимуляция чаще встречается в психиатрических больницах, чем в судебно-психиатрических учреждениях. Она возможна лишь при некоторых формах психических заболеваний. Естественно, что при таких заболеваниях, которые сопровождаются сумеречным состоянием сознания, состоянием психомоторного возбуждения или грубыми интеллектуальными нарушениями, диссимуляция невозможна. Чаще всего она встречается при параноидах. В этих случаях больные иногда очень умело скрывают свои бредовые идеи для того, чтобы выйти из психиатрической больницы и, пользуясь свободой, осуществить свои намерения, продиктованные бредовыми представлениями. Иногда к диссимуляции прибегают депрессивные больные, стремящиеся обмануть бдительность окружающих и принести в исполнение свои стремления к самоубийству. В некоторых случаях психически больные стараются скрыть свою болезнь и стремятся произвести впечатление здоровых, чтобы не лишиться гражданских прав.

Судебно-психиатрическая оценка. Принимая во внимание всю серьезность последствий установления симуляции, судебно-психиатрическую экспертизу подозреваемых в симуляции лиц следует проводить путем стационарного обследования в специальных отделениях при психиатрических больницах или в специальном судебно-психиатрическом учреждении, где имеются все условия для внимательного и всестороннего наблюдения этого контингента обследуемых. Кроме того, в подобных учреждениях обеспечена достаточная изоляция, и исключена возможность побега лиц,

подозреваемых в симуляции.

Судебно-психиатрическая экспертиза здоровых лиц, обнаруживающих признаки симуляции, не представляет никаких затруднений: они вменяемы. При установлении судебно-психиатрической экспертизой факта симуляции следует направлять обследуемых обратно в исправительно-трудовые учреждения, не ожидая прекращения симуляции. Симулянты могут упорно продолжать симулировать в расчете на зачет срока пребывания в больнице на экспертизе, на побег. Продолжение судебного разбирательства лишает их обычно подобных установок и способствует прекращению симуляции.

При составлении акта судебно-психиатрической экспертизы эксперт-психиатр должен избегать неточных формулировок и неясной терминологии («установочное», «нарочитое» поведение и др.), что дезориентирует суд. Если обследуемые вменяемы, следует четко указать на наличие симуляции или аггравации.

Вывод по 3 вопросу. Основную трудность при судебно-психиатрической оценке симуляции представляет симуляция на патологической почве. В этих случаях необходимо выяснить характер патологической почвы, на которой возникают указанные формы доведения, определить интенсивность и прогрессивность патологического процесса или глубину дефекта. Иногда особенности самого притворства помогают определить свойства патологической почвы.

Тема № 14

« Судебно-психиатрическая экспертиза»

Цель занятия: закрепить знания о судебно-психиатрической экспертизе в уголовном и гражданском процессах, применении принудительных мер медицинского характера.

План:

1. Невменяемость, ее критерии.
2. Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы.
3. Вопросы, разрешаемые судебным психиатром-экспертом

Вопрос 1 . Невменяемость, ее критерии

Понятие вменяемости-невменяемости в судебной психиатрии с научной точки зрения связано с волевой сферой, т. е. с возможностью распоряжаться своими действиями, регулировать свое поведение и оценивать совершаемые поступки.

С точки зрения уголовного закона **понятие невменяемости** дано в ст. 16 Уголовного кодекса РК, где указано: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния, предусмотренного настоящим Кодексом, находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

К лицу, признанному невменяемым, судом могут быть применены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом».

Структуру определения невменяемости составляют 2 критерия - **медицинский и юридический**. Медицинский критерий определяет психическое состояние лица в сравнении с биологической нормой - лицо может признаваться невменяемым, только если его психическое состояние характеризуется какой-либо патологией.

К числу элементов, составляющих медицинский критерий, относятся:

- хронические психические расстройства - непрерывно или приступообразно протекающие психические заболевания, имеющие тенденцию к прогрессированию и приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич и др.);

- временные психические расстройства - психические расстройства, имеющие различную продолжительность и заканчивающиеся выздоровлением (алкогольные психозы, реактивные психозы, исключительные состояния и др.);

- слабоумие - все случаи различных по этиологии состояний стойкого снижения психической деятельности, сопровождающихся поражением интеллекта - мышления, памяти, необратимыми изменениями личности, нарушением или невозможностью социальной адаптации;

- иные болезненные состояния психики - состояния, не являющиеся психическими заболеваниями, но характеризующиеся различными нарушениями психической деятельности (психопатии, некоторые случаи глухонемоты и др.).

Отнесение болезни к тому или иному медицинскому критерию в ряде случаев является условным и при определении вменяемости решающей роли не играет. Применение медицинского критерия вменяемости-невменяемости при проведении судебно-медицинской экспертизы заключается в диагностировании заболевания, определении его клинической формы, психопатологических особенностей. Точная диагностика позволяет правильно оценить состояние лица на различных этапах болезни. Юридический критерий определен в законе как невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий {бездействия) либо руководить ими. Юридический критерий позволяет экспертам сделать окончательный вывод о наличии или

отсутствии невменяемости.

Юридический критерий включает в себя 2 признака - **интеллектуальный и волевой**. Для установления юридического критерия достаточно одного из его элементов: или интеллектуального, или волевого.

Если лицо вследствие какого-либо заболевания (медицинский критерий) не могло отдавать отчета в своих действиях, т. е. понимать фактическую сторону своих действий или осознавать их общественную опасность (юридический критерий), оно является невменяемым. Однако отсутствие одного из признаков юридического критерия, например достаточная сохранность интеллектуально-мнестических функций при изменении способности руководить своими действиями, затрудняет выводы эксперта. Но если при неболезненных аномалиях психики отсутствует медицинский критерий невменяемости, а юридический критерий присутствует - выносится заключение о вменяемости лица. Таким образом, соотношение медицинского и юридического критериев невменяемости является наиболее сложным вопросом при проведении экспертизы.

Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего отбывания. В данном случае медицинский и юридический критерии оценки психических расстройств несколько отличны от формулы невменяемости, рассмотренной выше. Медицинский критерий здесь состоит из одного признака – «психическое расстройство», который включает в себя хронические психические расстройства и временные психические расстройства. При применении юридического критерия анализируется возможность лица предстать перед следствием и судом. Аналогичные формулировки юридического критерия предполагают различные экспертные решения и юридические последствия.

В законодательстве ряда стран кроме понятий «**вменяемость-невменяемость**» применяется понятие «**уменьшенная вменяемость**». В российском уголовном праве такое понятие не применяется, но подразумевается: «Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности» (ст. 22 УК РФ). В данном случае речь идет о снижении степени понимания и оценки своих действий, в том числе противоправных, снижении уровня руководства своими действиями вследствие ряда причин: некоторой интеллектуальной или эмоционально-волевой недостаточности и др. Такое состояние учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для применения наряду с наказанием принудительной меры медицинского характера.

Вывод по 1 вопросу. Критерии вменяемости-невменяемости постоянно претерпевают изменения, так как формы психических заболеваний также изменяются. Достижения современной медицины, применение новейших терапевтических средств помогают добиваться стойких терапевтических ремиссий, адаптации больных к социальной среде и сохранению их трудоспособности. Однако, с другой стороны, данные факторы при назначении и проведении судебно-психиатрических экспертиз усложняют оценку психического состояния подэкспертных лиц; диагностическая и экспертная квалификация состояния при совершении данными лицами преступлений особенно трудна.

Вопрос 2. Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы

Известно, что в качестве эксперта может быть вызвано не заинтересованное в деле лицо, обладающее специальными научными знаниями. Эксперт независим от сторон в судебном процессе. Это обеспечивается тем, что экспертные судебно-психиатрические

учреждения в нашей стране находятся в ведении органов юстиции.

Методическое и научное руководство судебно-психиатрической экспертизой осуществляются Минюстом РК.

Судебно-психиатрическим экспертом может быть только врач-психиатр, обладающий не только высокой профессиональной квалификацией, но и знающий права и обязанности эксперта, предусмотренные уголовно-процессуальными законодательством. С целью согласованности действий по организации и проведению судебно-психиатрических экспертиз разработаны и применяются специальные межведомственные инструкции Минздрава РК, Минюста РК, МВД РК, Прокуратуры РК и Верховного Суда РК.

Основными задачами судебно-психиатрической экспертизы являются:

1) по уголовным делам - исследование объектов, проводимое судебно-психиатрическими экспертами на основе специальных научных знаний, имеющих значение для уголовного дела;

2) по гражданским делам - исследование объектов, проводимое судебно-психиатрическими экспертами на основе специальных научных знаний, имеющих значение для гражданского дела;

3) по делам об административных правонарушениях - исследование объектов, проводимое судебно-психиатрическими экспертами на основе специальных научных знаний, имеющих значение по делам об административных правонарушениях.

Основанием для производства судебно-психиатрической экспертизы служат постановление, определение о назначении судебно-психиатрической экспертизы органа, ведущего уголовный процесс, суда, органа (должностного лица), в производстве которого находится уголовное, гражданское дело, или дело об административном правонарушении.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится комиссионно, не менее чем двумя судебно-психиатрическими экспертами, а для производства судебно-психиатрической экспертизы по вопросу о вменяемости лица назначается не менее трех судебно-психиатрических экспертов.

О назначении судебно-психиатрической, как и другой экспертизы, в ходе уголовного судопроизводства могут ходатайствовать обвиняемый, защитник, представитель обвиняемого, потерпевший, его представитель, обвинитель в судебном заседании.

По делам гражданского судопроизводства о проведении экспертизы могут заявлять ходатайства истец, ответчик, их представители, прокурор.

При рассмотрении дела о признании гражданина недееспособным проведение судебно-психиатрической экспертизы обязательно. Чаще всего основаниями для назначения судебно-психиатрической экспертизы обвиняемому, подозреваемому по уголовным делам являются сведения:

- о его состоянии на учете в психоневрологическом диспансере;
- лечении в прошлом в психиатрических больницах;
- перенесенных заболеваниях и травмах головного мозга, если они сопровождались психическими нарушениями, вызвали ухудшение успеваемости или снижение трудоспособности.

Принимаются во внимание данные о психических заболеваниях родственников, данные трудовой или военно-психиатрической экспертизы об инвалидности или негодности к военной службе по состоянию психического здоровья, сведения о проявляющихся странностях поведения лица, о попытках самоубийства и т. д.

Учитываются заявления соответствующих общественных организаций, характеристики и отзывы учреждений с указанием на психическую неполноценность лица, показания свидетелей по делу, высказывающих сомнение в психическом здоровье лица.

Сбор фактов, объективное изучение лица и обобщение всех вышеуказанных

сведений имеют большое значение, способствуют своевременному назначению судебно-психиатрической экспертизы, вынесению верного заключения экспертов, а также могут предотвратить необоснованное назначение и проведение судебно-психиатрической экспертизы.

Особой критической оценке должны подвергаться показания свидетелей, родственников и иных лиц, прямо или косвенно заинтересованных в деле, так как ими могут быть даны предвзятые, необъективные сведения. Наиболее часто такие факты могут иметь место при рассмотрении дел о признании лица дееспособным либо недееспособным в гражданском судопроизводстве.

При подготовке материалов дела к проведению судебно-психиатрической экспертизы дознаватель, следователь, судья принимают все меры для всестороннего изучения личности обвиняемого, его социального поведения, окружения, круга его интересов, поведения в быту, на рабочем месте и т. д.

Данные о странности поведения, немотивированности совершенного опасного деяния, особая жестокость преступления являются показаниями для назначения судебно-психиатрической экспертизы, но далеко не всегда свидетельствуют о психическом расстройстве лица. При проведении экспертизы они оцениваются наряду с другими данными о личности преступника.

После осуждения лица во время нахождения его в местах лишения свободы при необходимости администрация учреждения может поставить вопрос о судебно-психиатрической экспертизе осужденного. Основанием для этого может служить неадекватное поведение лица, его жалобы определенного характера.

Проведение судебно-психиатрических экспертиз, как правило, поручается постоянным судебно-психиатрическим комиссиям, созданным на базе психоневрологических диспансеров или психиатрических больниц. Кроме того, дознаватель, следователь и суд могут поручить проведение судебно-психиатрической экспертизы любым врачам, имеющим звание врача и прошедшим специализацию по психиатрии.

Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссией в составе не менее 3 врачей-психиатров: докладчика, члена и председателя комиссии. При проведении сложных и повторных экспертиз комиссия создается из большего количества врачей.

В соответствии с уголовно-процессуальным законодательством эксперт имеет право на ознакомление с материалами уголовного дела, имеющими значение для дачи экспертного заключения.

Дознаватель, следователь обязаны наряду с постановлением о назначении экспертизы подготовить все необходимые материалы:

- медицинские документы; историю болезни; данные, характеризующие лицо; - характеристики с места работы, учебы;
- свидетельские показания родственников и иных лиц по месту жительства.

Однако достаточно часты случаи, когда данные и материалы уголовного дела не дают объективной оценки состояния больного. При медленно текущих формах психических расстройств в периоды рассмотрения больные не проявляют признаков психического расстройства, находятся в обычной для них социальной среде, продолжают работу, учебу, сохраняют социальную адаптацию. Проявляющиеся странности поведения окружающие воспринимают как особенности характера.

При необходимости эксперт может ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, проведении допросов свидетелей по определенным вопросам, например о поведении лица до совершения общественно опасного деяния.

- При назначении обвиняемому, подозреваемому судебно-психиатрической экспертизы перед экспертом, как правило, ставятся следующие вопросы:

- имеется ли у лица какое-либо психическое заболевание или психическое

расстройство, и если да, то какое именно?

- могло ли оно при совершении преступления осознавать общественно опасный характер своих действий и руководить ими? Вменяемо ли оно?

- имеется ли у него какое-либо психическое расстройство на момент производства экспертизы?

- нуждается ли оно в принудительном лечении?

Виды судебно-психиатрической экспертизы

На основе сложившейся многолетней практики судебно-медицинских экспертиз существует несколько видов судебно-психиатрической экспертизы:

- **экспертиза в кабинете следователя.** Как правило, носит консультативный характер, проводится одним врачом-психиатром путем однократного осмотра. По результатам данного вида экспертизы выносятся заключение о проведении вида экспертиз (амбулаторной, стационарной), возможности проведения с лицом следственных действий, психическом состоянии лица на данный, определенный момент. Кроме того, врач-эксперт дает следователю рекомендации о необходимости сбора дополнительного материала по уголовному делу, уточнению определенных обстоятельств. Заключение, вынесенное в результате данного вида экспертизы, носит предположительный характер;

- **амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.** Проводится путем однократного освидетельствования лица комиссией врачей-психиатров. Преимущество данного вида экспертизы заключается в ее краткосрочности, а недостаток - в ограниченных возможностях наблюдения. Как правило, амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза дает объективную оценку состояния лица и отвечает на все поставленные вопросы, однако при затруднениях в диагностике необходимо стационарное обследование. Перед проведением экспертизы члены комиссии изучают материалы дела. Затем в ходе ее проведения докладчик сообщает историю болезни, комиссия проводит беседы с подэкспертным. По результатам экспертизы составляется заключение, в котором отражаются все ответы на поставленные вопросы. Если экспертная комиссия не имеет возможности дать исчерпывающие ответы, то выносятся заключение о необходимости проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы. В большинстве случаев амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы назначаются лицам, состоящим на учете в психоневрологических диспансерах по месту жительства и имеющим неярко выраженные психические расстройства, лицам, совершившим преступление в состоянии алкогольного опьянения и имеющим кратковременное расстройство психической деятельности. Амбулаторная экспертиза, кроме того, назначается лицам для определения их дееспособности, а также потерпевшим и свидетелям;

- **стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.** Ее проведение предусмотрено уголовно-процессуальным законом. Назначение стационарной судебно-психиатрической экспертизы производится с *санкции прокурора*. Проведение такого вида экспертизы обусловлено необходимостью наблюдения за состоянием подэкспертного лица в течение достаточно длительного времени, проведения ряда лабораторных исследований. Она также необходима при трудностях дифференциальной диагностики заболевания и определении степени психических изменений.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза проводится в судебно-психиатрических отделениях больниц Минздрава России. Стационарное обследование не должно продолжаться более 30 дней. При необходимости увеличения срока обследования, когда за отведенное время невозможно дать окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости подэкспертного лица, экспертная комиссия выносит решение о продлении срока обследования. Данное решение направляется органу, назначившему стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. На каждого подэкспертного больного заводится история болезни. В случае необходимости для обследования могут быть привлечены врачи-консультанты различных специальностей. Проведение стационарной экспертизы не исключает использования методов лечения, принятых в

психиатрических учреждениях. Проведение лечебных мероприятий улучшает состояние больного и способствует определению динамики психических изменений. Во время экспертизы проведение каких-либо следственных действий с участием подэкспертного является нецелесообразным, так как это может пагубно воздействовать на состояние лица, нарушить клиническую картину заболевания;

- **судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании.** Она необходима в случаях, когда во время проведения судебного разбирательства у суда возникло сомнение в психическом здоровье подсудимого. Однако, если лицо ранее не подвергалось судебно-психиатрическому освидетельствованию и не давало повода сомневаться в психической полноценности, судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании не может быть достаточно объективной и эффективной. Тогда рекомендуется начать амбулаторную или стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Чаще всего экспертиза в судебном заседании проводится в отношении лиц, по которым была проведена экспертиза, и у суда возникло сомнение в правильности заключения, либо положения вынесенного заключения по мнению суда нуждаются в разъяснении. Проведение судебно-психиатрической экспертизы в судебном заседании может быть также связано с изменением психического состояния и поведения подсудимого. В таких случаях приходится дифференцировать реактивный психоз, психогенную декомпенсацию и симуляцию. Перед началом судебного заседания эксперт-психиатр знакомится с материалами уголовного дела, собранными после проведения обвиняемому, подозреваемому судебно-психиатрической экспертизы, а также с материалами личного дела лица, содержащегося в следственном изоляторе.

В ходе судебного заседания эксперт внимательно наблюдает за подсудимым, анализирует его поведение и сопоставляет свои впечатления с изученными материалами. С разрешения председательствующего судьи эксперт имеет право задавать подсудимому вопросы. Вопросы могут также задаваться потерпевшему и свидетелям. В случае изменения показаний необходимо установить причину расхождения между показаниями, данными ранее, и показаниями, данными в судебном заседании. С разрешения председательствующего вопросы могут быть заданы и эксперту, при этом эксперт отвечает на вопросы, относящиеся к его компетенции. Заключение по поставленным вопросам эксперт представляет суду в письменном виде. На судебное заседание могут быть приглашены несколько экспертов-психиатров. Если они приходят к общему мнению при ответах на поставленные вопросы, то составляется единое заключение.

Если эксперты расходятся во мнении, то они составляют свои заключения. При этом суд выясняет, почему каждый из экспертов не согласен с другими мнениями; если непосредственное обследование обвиняемого невозможно либо необходимо установить психическое состояние умершего, проводится **заочная судебно-психиатрическая экспертиза**. Примером заочной экспертизы является экспертиза по делам о самоубийстве, а также по гражданским делам о признании завещания недействительным. При заочной судебно-психиатрической экспертизе используются медицинские документы - истории болезни и амбулаторные карты, свидетельские показания, письма, дневники обследуемого. Если при проведении заочных экспертиз материалов недостаточно, то эксперт выносит заключение о невозможности проведения экспертизы.

3. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

Отделение судебно-психиатрической экспертной комиссии занимается вопросами судебной экспертизы.

Целью является оказание максимальной помощи органам суда и следствия в решении вопросов, которые невозможно правильно решить без специальных психиатрических знаний.

В гражданском судопроизводстве судебно-психиатрическая экспертиза назначается при решении вопроса о недееспособности лиц, совершивших сделку, и о назначении

опеки. Вопрос о недееспособности может возникнуть также при разрешении дел о расторжении брака, лишении родительских прав.

Правоспособность и гражданская дееспособность

Параграф 1 главы 2 ГК РК рассматривает в качестве субъектов гражданских прав граждан РК и других физических лиц.

Согласно ст.13 ГК РК способность иметь гражданские права и нести обязанности (гражданская правоспособность) признается в равной мере за всеми гражданами.

Правоспособность гражданина возникает с момента его рождения и прекращается его смертью. Понятие правоспособности дополняется понятием гражданской дееспособности, которую ст.17 ГК РК определяет, как «способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их». Указывается, что в полном объеме гражданская дееспособность возникает с наступлением совершеннолетия.

Помимо несовершеннолетнего возраста адекватному волеизъявлению граждан, для приобретения прав и исполнения обязанностей, может воспрепятствовать психическое расстройство. При наличии оснований предполагать, что кто-либо из участников гражданского процесса страдает психическим заболеванием, возникает необходимость в назначении судебно-психиатрической экспертизе.

Различают гражданскую дееспособность и гражданскую процессуальную дееспособность. В ГК РК сказано, что «гражданин, который вследствие психического заболевания или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить им, может быть признан судом недееспособным, в связи с чем, над ним устанавливается опека».

Порядок установления недееспособности и признания дееспособности регламентируется главой 35 (ст. 323-328) ГПК РК. Дело по рассмотрению этих вопросов может быть начато по заявлению членов семьи гражданина, общественных организаций, органов опеки, психиатрического лечебного учреждения.

Необходимость в проведении судебно-психиатрической экспертизы может возникнуть в связи с рассмотрением дела о признании сделки недействительной.

Возможна ситуация, когда возникает необходимость решить вопрос о действительности сделки, совершенной лицом в состоянии психического расстройства в момент совершения сделки. Если в момент совершения сделки, гражданин находился в таком состоянии, когда не мог понимать значения своих действий или руководить ими, возможно признание судом недействительности данной сделки (ст.159 ГК РК).

Иск об этом может быть предъявлен самим гражданином, а после его смерти - другими заинтересованными лицами.

Судебно-психиатрическая экспертиза может назначаться и при рассмотрении дел, касающихся брачных и внутрисемейных отношений. Согласно ст.11 Кодекса о браке (супружестве) и семье РК не допускается заключение брака «между лицами, из которых хотя бы одно признано судом недееспособным вследствие психического заболевания или слабоумия», если это условие нарушено, то брак может быть в судебном порядке признан недействительным. Если один из супругов признан в установленном законом порядке недееспособным вследствие психического заболевания или слабоумия уже после заключения брака, то по заявлению другого супруга брак может быть расторгнут.

Если лицо, у которого находится ребенок, проявляет признаки психического расстройства, то для решения вопроса в его опасности для ребенка назначается судебно-психиатрическая экспертиза.

4. Вопросы, разрешаемые судебным психиатром- экспертом

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

Одним из важных источников доказательств в уголовном судопроизводстве

являются показания потерпевших и свидетелей. В качестве свидетелей по уголовным делам выступают любые лица, которым что-либо известно об обстоятельствах совершенного преступления. Показания свидетеля должны быть правдивыми и достоверными, он предупреждается по ст. УК РК за дачу заведомо ложных показаний. Однако часто свидетели не дают объективных показаний - иногда из-за желания скрыть какие-либо факты, а иногда из-за невозможности правильно воспринимать реальные события в силу ряда причин, связанных с сильными эмоциональными переживаниями, нервным потрясением от увиденного. Некоторые события также стираются из памяти свидетеля из-за давности происшедшего.

В том случае, когда свидетелем либо потерпевшим оказывается лицо с психическим расстройством, органом дознания, следователем и судом могут быть высказаны сомнения в способности данного лица правильно воспринимать обстоятельства и давать о них правильные показания. Искажение реальных обстоятельств в показаниях таких лиц может быть обусловлено рядом причин, особое место среди которых занимают расстройства памяти, ее общее снижение, антероградная, ретроградная амнезия, парамнезия и др. В этих случаях пробелы в памяти свидетели могут дополнять домыслами, ложными воспоминаниями, основанными на показаниях других свидетелей.

Особые трудности составляют оценки показаний потерпевших, перенесших вследствие преступления черепно-мозговую травму. Поскольку тяжелые формы черепно-мозговых травм сопровождаются потерей сознания, характерными нарушениями памяти, потерпевшие могут давать ошибочные показания о событии преступления.

Расстройства восприятий (иллюзии и галлюцинации), бредовые идеи также способствуют искажению восприятия обстоятельств, имеющих значение для дела.

Лица с выраженным слабоумием вследствие отмечающихся у них интеллектуально-мнестических расстройств и неспособности адекватно оценивать происходящее также не могут правильно воспринимать обстоятельства и давать о них объективные показания.

Часто у больных с картиной тяжелой депрессии наблюдаются бредовые идеи самообвинения и самооговора, когда они приписывают себе совершение преступления. Часто самооговоры имеют место у лиц с нерезко выраженной умственной отсталостью, с явлениями психической незрелости и повышенной внушаемостью в результате неверно проведенного допроса.

Во всех случаях, когда у следственных органов и суда возникают сомнения в способности потерпевших и свидетелей правильно воспринимать реальные события и давать о них показания, законом предусмотрено проведение **судебно-психиатрической экспертизы свидетелей и потерпевших**. Она оценивает психическое состояние лица и при установлении наличия у него психического расстройства отвечает на вопрос о том, влияет ли имеющееся расстройство на возможность лица правильно воспринимать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела.

Вопрос о достоверности показаний свидетелей и потерпевших, который иногда при проведении данной экспертизы следователи ставят перед экспертами, является *неправомерным*, так как оценка достоверности показаний как психически здоровых лиц, так и лиц с психическими расстройствами не входит в компетенцию эксперта.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы потерпевшего нередко перед экспертами-психиатрами ставится вопрос об установлении связи психического расстройства потерпевшего с совершенным в отношении него преступлением, какова тяжесть этого расстройства? Данный вопрос возникает при установлении степени тяжести причиненного вреда здоровью, установлении последствий изнасилования или тяжких последствий других преступлений. В этих случаях проводится комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза, в ходе которой эксперты-психиатры отвечают на вопрос о связи психического расстройства у потерпевшего с совершенным в отношении него преступлением и о прогнозе болезненного состояния, а судебно-

медицинские эксперты отвечают на вопрос о тяжести причиненного вреда здоровью и его опасности для жизни в момент возникновения болезненных расстройств.

У потерпевших по делам об изнасиловании нередко развиваются психогенные расстройства в форме астено-невротических или астено-депрессивных состояний. Эти состояния в отдельных случаях принимают затяжной, рецидивный характер. Специфический характер психической травмы и характерная картина психического расстройства позволили выделить в отдельный клинический вариант реактивные состояния с так называемым *синдромом травмы изнасилования*. При данном синдроме острая и бурная истерическая симптоматика впоследствии сменяется затяжной реактивной депрессией и суицидальными попытками. В данных случаях также назначается и проводится комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза, где судебные эксперты-психиатры решают вопрос о связи психического расстройства у потерпевшей с психической травмой, причиненной изнасилованием, а судебно-медицинские эксперты оценивают степень тяжести вреда здоровью, причиненного потерпевшей, повлекшего за собой психическое расстройство.

Психиатрическое освидетельствование осужденных

В соответствии с законодательством осужденный, у которого во время отбывания наказания возникло психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от дальнейшего отбывания наказания. Дальнейшие медицинские мероприятия в отношении таких лиц регламентируются УК РФ.

При отбывании наказания в исправительных учреждениях у осужденных лиц могут возникнуть острые психические расстройства временного характера, заканчивающиеся выздоровлением, а также хронические психические расстройства, приводящие к необратимому психическому дефекту. У некоторых лиц данные заболевания были своевременно не диагностированы, им либо не назначалась судебно-психиатрическая экспертиза, либо поведение больных и высказываемые ими жалобы не были оценены экспертами-психиатрами как патологические.

В ряде случаев к ошибочным заключениям экспертизы могут привести диссимулятивные тенденции, когда больные намеренно скрывают имеющиеся у них психопатологические расстройства. В местах отбывания наказания болезнь обостряется и психопатологические состояния становятся ярко выраженными.

Одна из наиболее важных задач, стоящих перед медицинской службой исправительных учреждений, — выявление среди осужденных лиц с психическими расстройствами, препятствующими дальнейшему отбытию наказания. Такие лица должны быть направлены на стационарное психиатрическое освидетельствование врачебной комиссией, создаваемой медицинскими службами мест заключения.

При проведении психиатрического освидетельствования перед комиссией ставятся вопросы:

- имеется ли у данного лица психическое расстройство? какова давность возникновения психического расстройства? является ли психическое расстройство хроническим или носит временный обратимый характер?

Комиссия, проводящая психиатрическое освидетельствование, в заключении рекомендует применение в отношении указанных лиц мер медицинского характера, обусловленных особенностями психического состояния лица и степенью его общественной опасности.

Если возникшее у осужденного психическое расстройство носит хронический необратимый характер, препятствующий дальнейшему отбыванию наказания, заключение врачебной комиссии направляется в суд, где выносится определение об освобождении лица от дальнейшего отбытия наказания с целью лечения и для предупреждения совершения им новых преступлений, направлении его на принудительное лечение.

При небольшой степени общественной опасности лица суд может передать

необходимые материалы в органы здравоохранения для решения вопроса о проведении данному лицу лечения в психоневрологическом учреждении социального обеспечения. Суд также имеет право назначить лицу судебно-психиатрическую экспертизу.

Часто у осужденных могут возникать различные формы реактивных состояний, которые связаны с психотравмирующими переживаниями факта привлечения к уголовной ответственности, изменением привычного стереотипа жизни и необходимостью адаптации к новым условиям.

Психические расстройства у осужденных лиц могут возникать остро либо развиваться постепенно, их течение может носить различный характер, ограничиваться кратковременными реакциями или принимать более длительное течение с выраженной невротической или психопатологической симптоматикой, но их общей характерной чертой является отсутствие прогрессивности, переходящей в обратимый характер течения. Такие лица могут быть направлены на стационарное лечение в психиатрические стационары, а по выздоровлении или улучшении психического состояния они могут продолжать отбывать наказание, если к этому времени не истекли сроки давности.

В исправительных учреждениях должны систематически проводиться лечебно-профилактические мероприятия в отношении осужденных лиц с психическими нарушениями, не исключающими вменяемости. Это психопатические личности, лица с нерезко выраженной умственной недостаточностью, с остаточными явлениями после перенесенных в прошлом травм головного мозга, эпилепсией без выраженных расстройств психики. Данная категория лиц нуждается в постоянном амбулаторном наблюдении, проведении в отдельных случаях лекарственной терапии. При ухудшении состояния этих лиц они направляются в психиатрические стационары мест лишения свободы.

Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, также может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера. Лицам, осужденным за преступление, совершенное в состоянии вменяемости, но нуждающимся и лечении от алкоголизма, наркомании, психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра.

В том случае, если осужденный в период отбытия наказания совершает новое преступление и у следственных органов возникает сомнение в психическом здоровье данного лица, то по возбужденному уголовному делу назначается судебно-психиатрическая экспертиза, которая проводится судебно-психиатрической комиссией органов здравоохранения.

Тема № 15

« Общественная опасность психически больных и ее проявления. Применение мер медицинского характера в отношении лиц, признанных невменяемыми»

Цель занятия: - изучить особенности поведения психически больных;

- ознакомиться с порядком применения принудительных мер медицинского характера к лицам, страдающим психическими заболеваниями, методами обращения с такими лицами.
- ознакомиться с образцами заключений судебно-психиатрической экспертизы.

План:

1. Особенности поведения психически больных.
2. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным

Вопрос 1. Особенности поведения психически больных

В существующем уголовном законодательстве указано, что субъективной стороной любого общественно опасного деяния является вина. При совершении преступления лицом, находящимся в состоянии невменяемости при сохранении объективной стороны преступления – общественной опасности вследствие нарушения правопорядка, субъективная сторона отсутствует, так как психическое заболевание лишает невменяемого способности осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых им действий (бездействия) либо руководить ими. При отсутствии субъективной стороны (вины) к лицу не могут быть применены соответствующие меры наказания.

Совершаемые психически больными лицами общественно опасные деяния во многом предопределяются имеющимися у них психопатологическими расстройствами, однако не всегда существуют причинно-следственные связи между симптомами болезни и характером опасных действий. Убийства, совершаемые под влиянием бредовых идей либо повелительных галлюцинаций, несомненно, находятся в причинно-следственной связи, однако часто психически больные лица совершают и корыстные преступления, не связанные напрямую с симптоматикой заболевания.

Причинно-следственные связи между психопатологической симптоматикой и совершаемыми общественно опасными деяниями интересуют в равной степени, как юристов, так и врачей-психиатров. Понимание данного вопроса важно для определения степени общественной опасности больного, а также для осуществления профилактики совершения преступлений.

Большое значение в генезисе опасных деяний имеют такие психопатологические

факторы, как бредовые синдромы, императивные галлюцинации и т.д. они обуславливают агрессивное поведение больных, совершение ими общественно опасных действий против жизни и здоровья людей.

Наиболее опасными являются бредовые синдромы в период обострения с признаками усложнения клинической картины. Различаются:

- прямая бредовая мотивация, выражающаяся в бредовой защите, преследования мнимых врагов, борьбе и мести. При прямой бредовой мотивации совершаются наиболее опасные поступки и действия;

- косвенная бредовая мотивация, когда бредовые идеи опосредованно влияют на поступки больных.

Интеллектуальное обеднение, снижение или утрата высших эмоций увеличивают общественную опасность лица, повышают вероятность совершения им жестоких насильственных и агрессивных действий.

В совершении больными общественно опасных деяний большую роль играют преморбидные установки. Больные, совершавшие преступления до заболевания, чаще совершают их и в период заболевания, чем больные, не совершавшие в доболезненном периоде опасных действий.

Для вынесения объективного решения о социальной опасности больного эксперты-психиатры должны располагать сведениями о поведении лица до совершения им правонарушения, знать обстоятельства дела. Важна информация о прошлых навыках и знаниях лица, о его контактах с окружающими, способности к целенаправленной деятельности, характере совершенного преступления, его обстоятельствах и мотивах.

Особым предметом внимательного изучения являются повторные общественно опасные действия психически больных лиц.

Изучение таких случаев выявляет в их генезисе сочетание психопатологических факторов и различных внешних воздействий.

- к психопатологическим факторам относятся: обострение заболевания с активизацией бредовой и галлюцинаторной симптоматики, возникновение явлений психического автоматизма;

- в круг внешних воздействий входят: социально-бытовое неблагополучие больного, недостаточность надзора за ним, злоупотребление алкоголем и т.д.

Современная госпитализация лиц в стационары, проведение активных терапевтических мероприятий выступают мерами профилактики совершения психически больными лицами повторных общественно опасных деяний. Повторные преступления могут воспроизводить ранее совершенные деяния, быть направлены на тот же объект, совершены аналогичным способом. В других случаях психопатологические механизмы и само преступление могут отличаться от ранее совершенного, что происходит в связи с обострением состояния и усложнением клинической картины заболевания. В зависимости от течения заболевания и интенсивности лечения «преступная» направленность поведения больных может затухать либо усиливаться.

Вопрос о том, являются ли определенные виды преступлений последствиями определенных заболеваний, остается спорным, но опыт судебно-психиатрической экспертизы показывает, что в отношении большинства общественно опасных деяний какого-либо предпочтения между действиями и нозологическими формами не имеется. Процентное соотношение видов преступлений является приблизительно одинаковым при различных видах заболеваний.

Значительно более существенная связь наблюдается между психопатологическим состоянием лица к моменту совершения общественно опасных действий и характером преступления:

- с подобными состояниями связано большинство нарушений общественного порядка, хулиганства и корыстных преступлений;

- больными с преобладанием бредовых и галлюцинаторных расстройств чаще всего

совершаются насильственные действия против жизни и здоровья окружающих людей;

- для больных с депрессивным аффективным компонентом при острых состояниях характерны суицидальные попытки.

Несмотря на вышеуказанную корреляцию, следует учитывать, что больные с однотипными клиническими состояниями могут иметь различную степень общественную опасность в зависимости от влияния различных факторов.

Предупреждение совершения психически больными лицами общественно опасных деяний – одна из важнейших задач органов здравоохранения и правоохранительных органов. Профилактика данного рода должна заключаться в своевременном выявлении психически больных лиц, их систематическом наблюдении и своевременном лечении.

Важную роль в решении поставленных задач играют психоневрологические диспансеры и психиатрические, а также учет психически больных лиц, представляющих потенциальную опасность для общества.

На специальном учете должны состоять лица: - ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности:

- находившиеся на принудительном лечении в связи с совершением общественно опасных деяний;

- подвергавшиеся срочной госпитализации в связи с общественной опасностью;

- впервые обнаружившие общественно опасные тенденции в поведении.

За указанными лицами должен быть установлен контроль с периодическим, не реже одного раза в месяц, медицинским осмотром. Надзор за состоящим на специальном учете лицами осуществляется совместно с органами милиции по месту жительства лица. Выписка из психиатрических стационаров больных, представляющих общественную опасность, запрещена. Отказы родственникам и опекунам на просьбы о выписке лица на их попечение должны быть оформлены мотивированным заключением врачебной комиссии.

Вывод по 1 вопросу. Принудительность мер медицинского характера выражается в том, что госпитализация и лечение не являются добровольными, а проводятся без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя. Эти меры не являются уголовным наказанием, но в то же время они сопряжены с серьезными ограничениями правового статуса, и, прежде всего личной свободы гражданина. Поэтому решения о назначении, изменении и прекращении применения таких мер входят в компетенцию суда. При анализе причин принудительной госпитализации больных прежде всего отмечают состояния, характеризующиеся враждебностью к окружающим, агрессивными формами поведения.

Вопрос 2. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным

При применении вида принудительных мер учитывается, наряду с опасностью содеянного, психическое состояние лица, для оценки которого важны выводы врачей-психиатров о том, что:

- лицо страдает конкретным расстройством психики;
- это расстройство чревато возможностью причинения лицом иного (помимо причиненного) существенного вреда или опасностью для себя либо других лиц;
- лицо нуждается в принудительном лечении;
- целесообразно амбулаторное лечение или в психиатрическом стационаре соответствующего типа. Последний вывод носит рекомендательный характер, поэтому суд может и не согласиться с ним с учетом общественной опасности деяния и опасности, которую лицо представляет для окружающих. Свое несогласие с рекомендацией специалистов суд обязан мотивировать.

В соответствии с УК РК применяются следующие виды **принудительных мер медицинского характера**:

- амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра;
- лечение в психиатрической больнице общего типа;
- лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Первая из этих принудительных мер – **амбулаторное наблюдение** может назначена судом наряду с наказанием лицам, осужденным за совершение преступления и нуждающимся в лечении от алкоголизма, наркомании либо психических расстройств, не исключающих вменяемости, разумеется, если по своему психическому состоянию лицо не нуждается в помещении в психиатрический стационар.

В соответствии с УК РК принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.

Общий тип психиатрического стационара назначается лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения.

Специализированный тип психиатрического стационара с интенсивным наблюдением назначается лицу, которое по своему психическому состоянию представляет собой особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения. Лица в данном виде стационара содержатся под усиленным надзором, который исключает повторное общественно опасное деяние.

К социальным показаниям к назначению принудительного лечения в психиатрических стационарах специального типа с интенсивным наблюдением относятся:

- картина заболевания – главный критерий для выбора вида принудительного лечения;
- тяжесть совершенного общественно опасного деяния. В основном это преступления против жизни и здоровья граждан, половые посягательства;
- повторность и многократность преступлений, хотя и не столь тяжких, когда проведенное ранее принудительное лечение не принесло желаемого результата.

Сроки принудительного лечения судом не определяются, но чтобы такое лечение не превратилось в бессрочное и неконтролируемое, в законе установлено, что лица, которым назначена принудительная мера, подлежат обязательному периодическому освидетельствованию комиссией врачей- психиатров – не реже 1 раза в 6 месяцев – на предмет решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры.

Освидетельствование проводится:

- по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения либо прекращения принудительной меры;
- по ходатайству самого лица, его законного представителя или близкого родственника, которое подается через администрацию места принудительного лечения, вне зависимости от времени последнего освидетельствования.

Показанием к **отмене** принудительного лечения является устранение общественной опасности больного, обусловленной психическими нарушениями. Принудительное лечение прекращают в связи с выздоровлением больного, стойким улучшением его состояния (ремиссией) либо таким изменением психического состояния, при котором лицо не представляет общественной опасности.

Чтобы избежать преждевременного прекращения принудительного лечения и выписки больного, необходимо исключить возможность диссимуляции актуальных для больного бредовых переживаний или убедиться в устойчивости наступившей ремиссии. Для достижения этих целей рекомендуется двухступенчатая выписка больного из специализированного психиатрического типа – перевод в стационар общего типа, а лишь

затем выписка.

В случае прекращения лечения в стационаре суд вправе направить необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении лица или направления его в психоневрологическое учреждение социального обеспечения. При отмене принудительного лечения также необходимо учитывать условия, в которые попадает больной после выписки. Это задача – одна из важнейших задач психиатрической помощи, особенно в отношении больных, состоящих на специальном учете вследствие общественной опасности.

Если лицо заболело психическим расстройством после совершения преступления, то в соответствии с УК РК такое лицо подлежит направлению на принудительное лечение и освобождается от наказания. Клинические показания и процессуальные принципы выбора вида принудительного лечения в этих случаях не отличаются от принудительного лечения невменяемых лиц.

Сложность представляют случаи, когда после совершения преступления у лица возникло хроническое психическое расстройство. Квалификация такого расстройства, выяснение его прогноза возможны лишь в процессе принудительного лечения, иногда достаточно длительного. В случаях убедительного вывода о том, что у лица после совершения общественно опасного деяния возникло хроническое психическое расстройство с необратимым дефектом личности, эксперты-психиатры выносят заключение о невозможности данного лица предстать перед судом и следствием, о неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими. В заключении делается вывод о том, что лицо нуждается в применении принудительных мер медицинского характера. Выбор вида принудительного лечения обуславливается особенностями психического состояния подэкспертного лица.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

Одним из важных источников доказательств являются показания потерпевших и свидетелей. В качестве свидетелей по уголовным делам выступают любые лица, которым что-либо известно об обстоятельствах совершенного преступления. Показания свидетеля должны быть правдивыми и достоверными, он предупреждается по ст. 307 УК РФ за дачу заведомо ложных показаний. Однако часто свидетели не дают объективных показаний – иногда из-за желания скрыть какие-либо факты, а иногда из-за невозможности правильно воспринимать реальные события в силу ряда причин, связанных с сильными эмоциональными переживаниями, нервным потрясением от увиденного. Некоторые события также стираются из памяти свидетеля из-за давности происшедшего.

В том случае, когда свидетелем либо потерпевшим оказывается лицо с психическим расстройством, органом дознания, следователем или судом могут быть высказаны сомнения в способности данного лица правильно воспринимать обстоятельства и давать о них правильные показания. Искажение реальных обстоятельств в показаниях таких лиц может быть обусловлено рядом причин, особое место среди которых занимают расстройства памяти, ее общее снижение, антероградная, ретроградная амнезия, парамнезия и др. в этих случаях пробелы в памяти свидетели могут дополнять домыслами, ложными воспоминаниями, основанными на показаниях других свидетелей.

Особые трудности составляют оценки показаний потерпевших, перенесших вследствие преступления черепно-мозговую травму. Поскольку тяжелые формы черепно-мозговых травм сопровождаются потерей сознания, характерными нарушениями памяти, потерпевшие могут давать ошибочные показания о событии преступления.

Расстройства восприятия (иллюзии и галлюцинации), бредовые идеи также способствуют искажению восприятия обстоятельств, имеющих значение для дела.

Лица с выраженным слабоумием вследствие отмечающихся у них интеллектуально-мнестических расстройств и неспособности адекватно оценивать происходящее также не могут правильно воспринимать обстоятельства и давать о них

объективные показания.

Часто у больных с картиной тяжелой депрессии наблюдаются бредовые идеи самообвинения и самоговора, когда они приписывают себе совершение преступления. Часто самоговоры имеют место у лиц с нерезко выраженной умственной отсталостью, с явлениями психической незрелости и повышенной внушаемостью в результате неверно проведенного допроса.

Во всех случаях, когда у следственных органов и суда возникают сомнения в способности потерпевших и свидетелей правильно воспринимать реальные события и давать о них показания, законом предусмотрено проведение судебно-психиатрической экспертизы свидетелей и потерпевших. Она оценивает психическое состояние лица и при установлении наличия у него психического расстройства отвечает на вопрос о том, влияет ли имеющееся расстройство на возможность лица правильно воспринимать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела.

Вопрос о достоверности показаний свидетелей и потерпевших, который иногда при проведении данной экспертизы следователи ставят перед экспертами, является неправомерным, так как оценка достоверности показаний как психически здоровых лиц, так и лиц с психическими расстройствами не входит в компетенцию эксперта.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы потерпевшего нередко перед экспертами-психиатрами ставится вопрос об установлении связи психического расстройства потерпевшего с совершенным в отношении преступлением, какова тяжесть этого расстройства? Данный вопрос возникает при установлении степени тяжести причиненного вреда здоровью, установлении последствий изнасилования или тяжких последствий других преступлений. В этих случаях проводится комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза, в ходе которой эксперты-психиатры отвечают на вопрос о связи психического расстройства у потерпевшего с совершенным в отношении него преступлением и о прогнозе болезненного состояния, а судебно-медицинские эксперты отвечают на вопрос о тяжести причиненного вреда здоровью и его опасности для жизни в момент возникновения болезненных расстройств.

У потерпевших по делам об изнасиловании нередко развиваются психогенные расстройства в форме астено-невротических или астено-депрессивных состояний. Эти состояния в отдельных случаях принимают затяжной, рецидивный характер. Специфический характер психической травмы и характерная картина психического расстройства позволили выделить в отдельный клинический вариант реактивные состояния с так называемым синдромом изнасилования. При данном синдроме острая и бурная истерическая симптоматика впоследствии сменяется затяжной реактивной депрессией и суицидальными попытками. В данных случаях также назначается и проводится комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза, где судебные эксперты-психиатры решают вопрос о связи психического расстройства у потерпевшей с психической травмой, причиненной изнасилованием, а судебно-медицинские эксперты оценивают степень тяжести вреда здоровью, причиненного потерпевшей, повлекшего за собой психическое расстройство.

Психиатрическое освидетельствование осужденных

В соответствии с законодательством осужденный, у которого во время отбывания наказания возникло психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от дальнейшего отбывания наказания. Дальнейшие медицинские мероприятия в отношении таких лиц регламентируются УК РФ, а именно – ст.81, 97-104.

При отбывании наказания в исправительных учреждениях у осужденных лиц могут возникнуть острые психические расстройства временного характера, заканчивающиеся выздоровлением, а также хронические психические расстройства, приводящие к необратимому психическому дефекту. У некоторых лиц данные заболевания не были

своевременно диагностированы, либо им не назначалась судебно-психиатрическая экспертиза, либо поведение больных и высказываемые им жалобы не были оценены экспертами-психиатрами как патологические.

В ряде случаев к ошибочным заключениям экспертизы могут привести диссимулятивные тенденции, когда больные намеренно скрывают имеющиеся у них психопатологические расстройства. В местах отбывания наказания болезнь обостряется и психопатологические состояния становятся ярко выраженными.

Одна из наиболее важных задач, стоящих перед медицинской службой исправительных учреждений, - выявление среди осужденных лиц с психическими расстройствами, препятствующими дальнейшему отбытию наказания. Такие лица должны быть направлены на стационарное психическое освидетельствование врачебной комиссией, создаваемой медицинскими службами мест заключения.

При проведении психиатрического освидетельствования перед комиссией ставятся вопросы:

- имеется ли у данного лица психического расстройства?
- какова давность возникновения психического расстройства?
- является ли психическое расстройство хроническим или носит временный обратимый характер?

Комиссия, проводящая психиатрическое освидетельствование, в заключении рекомендует применение в отношении указанных лиц мер медицинского характера, обусловленных особенностями психического состояния лица и степенью его общественной опасности.

Если возникшее у осужденного психическое расстройство носит хронический необратимый характер, препятствующий дальнейшему отбыванию наказания, заключение врачебной комиссии направляется в суд, выносится определение об освобождении лица от дальнейшего отбывания наказания с целью лечения и для предупреждения совершения им новых преступлений, направлении его на принудительное лечение.

При небольшой степени общественной опасности лица суд может передать необходимые материалы в органы здравоохранения для решения вопроса о проведении данному лицу лечения в психоневрологическом учреждении социального обеспечения. Суд также имеет право назначить лицу судебно-психиатрическую экспертизу.

Часто у осужденных могут возникать различные формы реактивных состояний, которые связаны с психотравмирующими переживаниями факта привлечения к уголовной ответственности, изменением привычного стереотипа жизни и необходимостью адаптации к новым условиям.

Психические расстройства у осужденных лиц могут возникать остро либо развиваться постепенно, их течение может носить различный характер, ограничиваться кратковременными реакциями или принимать более длительное течение с выраженной невротической или психопатологической симптоматикой, но их общей характерной чертой является отсутствие прогрессивности, переходящей в обратимый характер течения. Такие лица могут быть направлены на стационарное лечение в психиатрические стационары, а по выздоровлении или улучшении психического состояния они могут продолжать отбывать наказание, если к этому времени не истекли сроки давности.

В исправительных учреждениях должны систематически проводиться лечебно-профилактические мероприятия в отношении осужденных лиц с психическими нарушениями, не исключаяющими вменяемости. Это психопатические личности, лица с нерезко выраженной умственной недостаточностью, с остаточными явлениями после перенесенных в прошлом травм головного мозга, эпилепсией без выраженных расстройств психики. Данная категория лиц нуждается в постоянном амбулаторном наблюдении, проведении в отдельных случаях лекарственной терапии. При ухудшении состоянии этих лиц они направляются в психиатрические стационары мест лишения свободы.

В соответствии с УК РК психическое расстройство, не исключающее вменяемости, также может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера. Лицам, осужденным за преступление, совершенное в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении от алкоголизма, наркомании, психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра.

В том случае, если осужденный в период отбытия наказания совершает новое преступление и у следственных органов возникает сомнение в психическом здоровье данного лица, то по возбужденному уголовному делу назначается судебно-психиатрическая экспертиза, которая проводится судебно-психиатрической комиссией органов здравоохранения.