**МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.Т. Трубилина»**

ФАКУЛЬТЕТ ЮРИДИЧЕСКИЙ

**Тезисы лекций дисциплины**

Б1.В.1.ДВ.03.01 «Судебная медицина и психиатрия»

*наименование дисциплины*

**Направление подготовки**

40.03.01 «Юриспруденция»

**Направленность подготовки**

уголовно-правовая

**Уровень высшего образования**

Бакалавриат

**Форма обучения**

очная, заочная

**Краснодар**

**2018**

**КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ**

**Тема 1. Предмет, система, объ­екты и методы судебной меди­цины. Краткая история разви­тия судебной медицины в Рос­сии. Судебная медицина в Рос­сийской Федерации.**

На современном этапе существует много определений судебной медицины, данные различными авторами, но наиболее полное определение дано В.Н. Крюковым, которым под судебной медициной понимается отрасль медицины, представляющая совокупность знаний и специальных методов исследования, применяемых для решения вопросов медико-биологического характера, возникающих в деятельности правоохранительных органов, а также конкретных задач здравоохранения.

В процессе своей повседневной работы следственные органы и суды сталкиваются с большим количеством медико-биологических вопросов, решение которых оказывает определяющую роль при вынесении решений по конкретным уголовным или гражданским делам. Ст. 196 УПК РФ предусматривает случаи обязательного назначения

судебной экспертизы, в том числе судебно-медицинской (например, при необходимости установления причины смерти, характера и степени вреда, причиненного здоровью, и др.).

Современное законодательство дает право при решении возникающих медико-биологических вопросов обращаться за консультацией не только к судебно-медицинским экспертам, но и к любому врачу, знания и авторитет которого наиболее полно удовлетворяют судебно-следственные органы.

Дисциплина ***«Судебная медицина»*** преподается в высших юридических учебных заведениях с целью ознакомления будущих работников правоохранительных органов

с возможностями использования в практической деятельности знаний медицинского и биологического характера.

Судебная медицина тесно связана с такими медицинскими науками, как патологическая анатомия, патологическая физиология, акушерство, хирургия, стоматология, фармакология, а также с рядом немедицинских наук (судебная экспертиза, криминалистика, физика, химия, математика и т. п.). Эта связь позволяет развивать и внедрять в практику судебной медицины не только способы и методы исследований, разработанные в судебно- медицинской науке, но и заимствовать их из так называемых смежных дисциплин.

Отличительной чертой судебно-медицинской науки и практики являются использование экспериментальных методов исследования с последующим внедрением экспериментально полученных результатов в практику, а также воспроизведение тех или

иных явлений, событий или фактов, имевших место в реальной жизни и выявленных при расследовании преступлений.

Впервые в нашей стране научно обоснованную систему предмета изложил в 1948 г. М.И. Авдеев в учебнике по судебной медицине для юристов. Но необходимо отметить, что для полного отражения предмета нельзя отделять друг от друга судебно-медицинскую

практику и объекты судебно-медицинской экспертизы.

Предмет экспертизы предопределен объектом исследования и вопросами, сформулированными в постановлении следователя (суда). ***Объектами экспертного исследования*** являются трупы умерших и погибших лиц. Данный вид экспертизы проводится для установления причины смерти, решения вопросов о характере и механизме образования повреждений, давности наступления смерти и др. ***Объектами судебно-медицинской экспертизы живых лиц*** являются, как правило, потерпевшие, подозреваемые и другие лица. Данный вид экспертизы проводится для решения вопросов о степени причинения вреда здоровью, состоянии здоровья, половых состояниях при половых преступлениях и др. ***Объектами судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств*** являются выделения биологического характера, органы и ткани человека или животного. ***Объектами по материалам дела*** являются представленные следственными органами материалы дела. В.Н. Крюков, а также ряд крупных ученых ***судебную медицину как предмет разделяют*** на две основные части: процессуально- организационную и собственно судебно-медицинскую.

**В процессуально-организационной части** рассматриваются *права, обязанности и ответственность экспертов*, содержащиеся в соответствующих нормативных актах (УПК РФ, Федеральный закон РФ «О государственной судебно-экспертной деятельности

в РФ» 2001 г. и др.), а также *организация собственно медицинской службы.*

**Предмет судебной медицины** составляют теория и практика судебно-медицинской экспертизы:

• судебно-медицинская *танатология* (учение о смерти и посмертных процессах);

• изучение *гипоксических* состояний (причины возникновения, морфологические проявления и их диагностика; действие высоких и низких температур, электрической и лучистой энергии, баротравмы);

• судебно-медицинская *травматология* (учение о повреждениях и механизмах их образования);

• судебно-медицинская *токсикология* (методы диагностики и предупреждения отравлений);

• судебно-медицинские *акушерство и гинекология* (изучение спорных половых состояний и пр.);

• исследование *вещественных доказательств* биологического происхождения;

• *пограничные* (с криминалистикой) вопросы идентификации личности, орудия травмы, экспертиза по материалам следственных и судебных органов.

***Судебно-медицинская экспертиза*** — это осуществляемые в установленной законом процессуальной форме исследования вещественных доказательств и других выявленных при рассмотрении уголовного дела материалов и объектов, которые проводятся на основании мотивированного постановления органа расследования, судьи (определения суда) незаинтересованным в исходе дела лицом, сведущим в области медицины, в целях составления обоснованного заключения по специальным вопросам, возникающим при расследовании или судебном рассмотрении уголовного дела. ***Судебно-медицинский эксперт*** — это, как правило, лицо, имеющее высшее медицинское образование и квалификацию врача, прошедшее специальную постдипломную подготовку по специальности и выполняющее различные виды судебно-медицинских экспертиз.

Процессуальных различий между врачами-экспертами и судебно- медицинскими экспертами законом не предусмотрено, поскольку экспертом является сведущее лицо в науке, технике, искусстве или ремесле, им может оказаться любой специалист, назначенный для производства судебной экспертизы и дачи заключения в порядке, предусмотренном уголовно-процессуальным законодательством (ст. 57, 195—196 УПК РФ).

**Краткий очерк истории судебной медицины.** Зарождение судебной медицины прямо связано с возникновением государственной власти. В письменах Древнего мира (Рима, Греции, Индии, Китая) имеются свидетельства о привлечении лиц, сведущих в медицине, для решения некоторых специальных вопросов, связанных с установлением причины смерти или причинением вреда здоровью. Выдающимися историческими памятниками судебной медицины являются труды по судебной медицине «Си Юань-лу», написанные Суп Цы в 1247 году. Это пятитомное сочинение обобщает все знания по судебной медицине, известные к тому времени. Отдельные варианты труда были распространены на Востоке: Японии, Корее, странах Индокитая. Выделение судебной медицины как науки и медицинской специальности в государствах Европы следует отнести к периоду утверждения Карлом V Уголовного уложения, известного под названием «Каролина» («Lех Karolin») (1532). Большой теоретический и практический вклад в развитие судебной медицины внесли врачи разных специальностей, но прежде всего хирурги Амбруаз Паре, Парацельс. Их работы были посвящены вопросам о степени тяжести телесных повреждений, установления девственности, смерти от механической асфиксии. В 1690 г. Бонном в Лейпциге выпущено сочинение под названием «Судебная медицина», где термин «судебная медицина» вводится впервые, и этот год считается официальным годом формирования

судебной медицины как науки. В ХVIII в. в Европе вышли труды Пленка «Токсикология,

или наука о ядах и противоядиях», «Элементы судебной медицины и хирургии», Гмелина «Всеобщая история ядов», Фодера «Руководство по судебной медицине» в 3 томах, которые стали основой лекционных курсов по судебной медицине на медицинских факультетах университетов. В конце XVIII — начале XIX в. в ряде университетов Бельгии, Франции, Австро-Венгрии, Швейцарии, Румынии судебную медицину преподавали вместе с курсом нормальной и патологи ческой анатомии, а в XIX в. судебная медицина выделяется как самостоятельная дисциплина и создаются самостоятельные кафедры полицейской и судебной медицины. В России развитие судебной медицины начинается с 1716 года. Артикулом 154 Воинского устава Петра I было регламентировано обязательное вскрытие трупов в случаях подозрения на насильственную смерть, а в 1746 г. было введено обязательное вскрытие трупов лиц, умерших скоропостижно. Введение в России в 1864 г. гласного судопроизводства стимулировало развитие судебной медицины. Этому способствовало развитие фундаментальных и прикладных наук названного периода. Во второй половине XIX в. судебная медицина в российских университетах преподавалась совместно с анатомией и физиологией. Новым университетским уставом, принятым в 1884 г., были учреждены самостоятельные кафедры судебной медицины во всех ведущих университетах России (Московском, Казанском, Томском). В этот период появляются труды крупных ученых — судебных медиков: Е.В. Пеликан «Опыт приложения современных физико-химических исследований к учению о ядах», И.М. Гвоздева «Первичный осмотр мертвого тела», И.И. Нейдинга, П.А. Минакова, Н.П. Ивановского, Н.С. Бокариуса, Н.В. Попова и многих других, — посвященные актуальным вопросам судебной медицины. После революции 1917 г. была реорганизована вместе с системой медицинской службы и судебно-медицинская экспертиза. В 1924 г. при Наркомздраве РСФСР была учреждена должность

главного судебно-медицинского эксперта с организацией учреждений судебно-медицинской экспертизы при областных и краевых отделах здравоохранения. Созданная в Москве в 1923 г. Центральная судебно-медицинская лаборатория в 1931 г. была преобразована в НИИ судебной медицины. В период Великой Отечественной войны возникла военная судебно-медицинская экспертиза. Она была выделена как самостоятельная служба в системе Главного медицинского управления Министерства обороны. На современном этапе военная судебно- медицинская экспертиза проводит ряд сложных экспертиз, связанных как с причинением телесных повреждений (ранений)

во время боевых действий (осколочных, огнестрельных др.), так и по вопросам идентификации трупов неизвестных лиц. Печатным органом общества судебных медиков является журнал «Судебно-медицинская экспертиза», который выходит с 1958 года.

**Тема 2. Организация судебно-медицинской деятельности в российской Федерации.**

Важной вехой в истории российского уголовного процесса стало принятие Федерального закона РФ «О государственной судебно- экспертной деятельности в Российской Федерации» в 2001 году. Здесь впервые на уровне закона дано определение объекта экспертизы, установлены основные правила обращения с ним, а также определена система и структура экспертных учреждений в РФ. Основным звеном судебно-медицинской службы является районный (межрайонный или городской) судебно-медицинский эксперт. Такой эксперт обслуживает один или два-три района. Он выполняет исследование трупов, освидетельствованных лиц, осуществляет по приглашению следователя различные осмотры (живых лиц, вещественных доказательств, мест происшествия и т. п.). В процессе производства судебно-медицинской экспертизы районный (межрайонный) эксперт нередко нуждается в производстве дополнительных методов исследования. Тогда эксперт изымает объекты, вещественные доказательства, подлежащие исследованию, и направляет их в Бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) для лабораторных исследований. Самостоятельное медицинское учреждение — Бюро СМЭ— возглавляет начальник бюро, один из опытных судебно-медицинских

экспертов. Областное Бюро СМЭ, как правило, организуется на базе городского Бюро СМЭ и городского морга. Бюро СМЭ имеет в своей структуре подразделения: административно-хозяйственное, танатологическое отделение, судебно-медицинскую

амбулаторию, отдел исследования вещественных доказательств. Танатологический отдел имеет в своем составе судебно-гистологическую лабораторию, а отдел исследования вещественных доказательств — судебно-биологическую, судебно-химическую, медико-криминалистическую лаборатории. В состав медико-криминалистической лаборатории обычно входят: фотолаборатория, спектральная, рентгенологическая и собственно физико-техническая.

Следующим звеном является Российский центр (РЦ) СМЭ, который организован в 1995 г. (приказ Министерство здравоохранения РФ № 51 от 13.03.95). Его возглавляет главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения республики. РЦ СМЭ имеет те же отделы и лаборатории, которые укомплектованы высококвалифицированными специалистами. Основными направлениями деятельности центра являются: разработка актуальных вопросов судебной медицины и судебной химии, организация, координация и планирование научно-исследовательских работ в РФ, внедрение научных результатов в судебно-медицинскую практику, производство наиболее сложных судебно-медицинских экспертиз по заданиям правоохранительных органов РФ,

участие в подготовке судебно-медицинских экспертов и в их последипломном образовании. Судебно-медицинская служба имеет двойное подчинение: прямое (научно-практическое) и косвенное (административно-хозяйственное). По административно-хозяйственной линии руководитель судебно-медицинского учреждения подчиняется руководителю отдела здравоохранения соответствующей территории (области, республики) или его первому заместителю. В отношении научно-практической деятельности подчинение прямое, в соответствии со структурой. Необходимо отметить,

что вышестоящая инстанция судебно-медицинской службы не вправе изменить или отменить заключение эксперта нижестоящей инстанции. Никакая экспертная комиссия из вышестоящих инстанций не может в своем заключении подвергнуть сомнению правильность данного ранее заключения любым экспертом, в том числе и врачом-экспертом. Заключение эксперта и заключение экспертной комиссии как доказательство оценивают судебно-следственные органы, и только они вправе принять или отклонить заключение эксперта как доказательство. С момента организации и по настоящее время судебно- медицинская экспертиза находится в ведении органов здравоохранения. Судебно-медицинскими учреждениями, обслуживающими запросы органов следствия и суда, являются республиканские бюро СМЭ. Они находятся в ведении республиканских министерств здравоохранения и комитетов здравоохранения краевых, областных и городских администраций. Эти бюро могут производить все виды судебно- медицинских экспертиз. Порядок работы всех бюро определен инструкциями, приказами и нормативными документами.

На современном этапе большое значение для работы всех подразделений Бюро СМЭ имеет приказ Министерства здравоохранения РФ № 161 от 24.04 2003 г. «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в

Бюро судебно-медицинской экспертизы».

В Бюро СМЭ имеются следующие структурные подразделения:

• отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших,

обвиняемых и других лиц;

• отдел судебно-медицинской экспертизы трупов (морг) с судебно-гистологическим отделением;

• судебно-медицинская лаборатория с тремя отделениями: судебно-биологическим, медико-криминалистическим и судебно- химическим;

• районные, межрайонные и городские отделения бюро;

• хозяйственная часть.

Приказом Министерства здравоохранения РФ № 35 от 27.02.91 с 1992 г. в Бюро СМЭ предусматривалось создание новых структурных подразделений: отделов сложных экспертиз и дежурной службы, организационно-методического отдела (кабинета), биохимической и бактериологической лабораторий, а также выделение дополнительных штатных должностей медицинского персонала. Так, должности врачей- судмедэкспертов в областных, краевых и республиканских центрах устанавливаются из расчета одна должность врача отдела судебно-медицинской экспертизы трупов на каждые 100 экспертиз (исследований) трупов, одна должность врача отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых других лиц на каждые 1200 экспертиз и освидетельствований. Начальник Бюро СМЭ республиканского, краевого, областного и городского подчинения назначается из числа квалифицированных врачей, имеющих опыт судебно-медицинской и организационной работы; утверждается и увольняется руководителем соответствующего органа здравоохранения по согласованию с главным судебно-медицинским экспертом Министерства здравоохранения РФ. Он является одновременно главным специалистом по судебной медицине соответствующего органа здравоохранения и в организационно-методическом отношении подчинен главному судебно-медицинскому эксперту Министерства здравоохранения

РФ.

**Тема 3. Использование судебно-медицинских познаний для рас­крытия и расследования пре­ступлений, судебно-медицинская экспертиза в уго­ловном судопроизводстве.**

***Экспертиза на предвари­тельном следствии, при дознании.*** Если имеются объективные данные, которые указывают на признаки преступления, орган дознания, дознаватель или следователь с согласия прокурора, а также прокурор возбуждает уголовное дело, о чем выносится соответствующее постановление в соответствии со ст. 146 УПК РФ. Если имеет место причинение вреда здоровью человека, посягательство на его жизнь или лишение жизни, следователь назначает судебно-медицинскую экспертизу, о чем выносит соответствующее постановление в соответствии со ст. 195—196 УПК РФ. В случаях, предусмотренных п. 3 ч. 2 ст. 29 УПК РФ, следователь возбуждает перед судом ходатайство о помещении подозреваемого, обвиняемого, не находящегося под стражей, в медицинский стационар для производства

судебно-медицинской экспертизы. Постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, вынесенное следователем, предъявляется в судебно-медицинское учреждение вместе с объектом исследования, а руководитель экспертного учреждения поручает конкретному эксперту проведение соответствующей экспертизы. В соответствии со ст. 146, 177—178 УПК РФ следователь может произвести осмотр места происшествия или осмотр трупа до возбуждения дела. Также согласно ст. 180 УПК о производстве осмотра (или освидетельствования) следователь составляет соответствующий документ-протокол. Судебно-медицинский эксперт, присутствующий при составлении протокола, формулирует только ту часть, которая относится к его компетенции, и подписывает составленный протокол. Законом предусмотрены обязанности, права и ответственность

эксперта, которые четко сформулированы в УПК РФ. Перед началом производства экспертизы эксперт дает подписку о неразглашении данных предварительного расследования (ч. 4 ст. 57; ст. 161 УПК РФ). Также закон предусматривает уголовную

ответственность эксперта за уклонение от дачи заключения или дачи заведомо ложного заключения (ст. 310 УК РФ). В случаях если предоставленные следствием материалы недостаточны для дачи заключения, эксперт вправе отказаться от дачи заключения

по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний. Отказ от дачи заключения должен быть заявлен экспертом в письменном виде с изложением мотивов отказа (ч. 3 ст. 57 УПК РФ). После проведения экспертизы эксперт составляет нормативный документ «Заключение судебно-медицинской экспертизы », который состоит из трех основных частей: вводной, исследовательской и заключительной. В данном документе содержатся содержание и результаты различных исследований с указанием применяемых методов, а также выводы по поставленным следствием перед экспертом вопросам и их обоснование (ст. 204 УПК РФ). Документ подписывается экспертом, проводившим исследование, и ставится печать экспертного учреждения. Если экспертиза проводилась группой экспертов, то есть является комиссионной, то подписываются все эксперты под коллективно выработанным заключением. В случаях когда нет единого мнения по проведенной экспертизе, то каждый эксперт дает отдельное заключение согласно ст. 200 УПК РФ. За произведенную экспертизу эксперт несет уголовную ответственность, поскольку он в соответствии со статьями УПК РФ был предупрежден до производства

экспертизы. Если имеет место вновь открывшиеся обстоятельства случая или требуется более подробное или уточненное толкование заключения эксперта, законом предусматривается возможность назначения дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тому же или другому эксперту, а может быть назначена и повторная экспертиза, которая обычно выполняется уже группой экспертов (ст. 207 УПК РФ).

В практической деятельности следствия часто возникают ситуации, когда для решения ряда вопросов необходимо использовать знания различных или смежных областей науки, техники, ремесла с привлечением к проведению исследований экспертов

разной специальности. Такой вид экспертизы называется комплексной. Полнота осведомленности эксперта о событиях, имеющих непосредственное отношение к экспертизе, может существенно отразиться на качестве экспертизы. Закон предусматривает право эксперта:

• знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;

• заявлять ходатайство о предоставлении ему дополнительных материалов либо о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов;

• с разрешения следователя, дознавателя, прокурора и суда участвовать в процессуальных действиях: присутствовать на допросах обвиняемого, потерпевшего, свидетелей и задавать им вопросы, касающиеся предмета и существа экспертизы (ст. 57 УПК РФ).

***Судебно-медицинская экспертиза на судебном заседании.*** Все материалы предварительного расследования уголовного дела, в том числе и судебно-медицинское заключение, передаются в суд, где после ознакомления и проверки может возникнуть необходимость вызова эксперта в суд для подтверждения и разъяснения заключения, данного в процессе предварительного расследования. Эксперт в суд вызывается повесткой, которая направляется, как правило, по месту работы эксперта. До начала своего участия в судебном процессе эксперт в соответствии со ст. 269 УПК РФ предупреждается судом об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного показания (или отказ от дачи показаний) и дает по этому поводу подписку. По ходатайству сторон или собственной инициативе суд может назначить судебную экспертизу (ст. 283 УПК РФ). На судебном заседании эксперт имеет право: задавать (через председательствующего в суде) вопросы обвиняемому, потерпевшему, свидетелям. Вопросы должны касаться только проведенной им экспертизы. Также эксперт может расширить и дополнить данное им ранее заключение по вновь открывшимся обстоятельствам, которые ранее не были ему известны. На этом же основании эксперт имеет право частично изменить свое ранее данное заключение. Эксперт на судебном заседании может составлять заключение, которое дается в письменном виде и оглашается им на судебном заседании. Эксперту на судебном заседании (через председательствующего суда) при недостаточной ясности или полноте данного им заключения, а также при возникновении новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств уголовного дела могут задать вопросы обвиняемый, потерпевший, прокурор, адвокат и судья (или судьи). Эксперт отвечает только на те вопросы, которые были сформулированы судом. В случае возникновения сомнений в обоснованности заключения эксперта или наличия противоречий в выводах эксперта или экспертов по тем же вопросам может быть назначена повторная экспертиза, производство

которой поручается другому эксперту (ст. 195—205, 207 УПК РФ). По предложению суда судебно-медицинский эксперт может произвести осмотр, освидетельствование, принять участие в следственном эксперименте. Если суд согласно закону отклоняет заключение эксперта как доказательство, то такое отклонение должно быть мотивированным

и обоснованным. Заключение эксперта, как и любое другое доказательство, не имеет заранее установленной силы и может быть положено в основу обвинительного приговора только при подтверждении другими доказательствами. Если судебно-медицинский эксперт привлекается следователем для осмотра места происшествия, трупа на месте происшествия, осмотра вещественных доказательств или освидетельствования потерпевшего, то он в этих случаях выступает как врач- специалист в области судебной медицины (ст. 58 УПК РФ). Специалист, так же как эксперт, не вправе уклоняться от явки по вызовам дознавателя, следователя, прокурора или суда, а также разглашать данные предварительного расследования, ставшие ему известными в связи с участием по уголовному делу в качестве специалиста. За разглашение данных предварительного расследования специалист несет ответственность в соответствии со ст. 310 УК РФ. Врачу-специалисту может быть поручено и проведение судебно- медицинской экспертизы. Так, после осмотра потерпевшего врачом-специалистом следователь может вынести постановление о даче заключения (экспертизе) по поводу тяжести телесных повреждений. Врач-специалист проводит соответствующую экспертизу, оформляет заключение и подписывает его как судебно- медицинский эксперт (или врач-эксперт). Как к участию в первоначальных следственных действиях, так и для производства экспертизы может быть привлечен не только штатный судебно-медицинский эксперт, но и врач любой специальности по выбору следователя или суда. Врач, не судебно-медицинский эксперт, проводящий судебно-медицинскую экспертизу, именуется как врач-эксперт.

**Тема 4. Судебная медици­на в гражданском судопроиз­водстве.**

В гражданском судопроизводстве суд может привлечь специалиста в области судебной медицины для:

а) получения консультаций и пояснений;

б) оказания непосредственной помощи при отборе образцов для экспертизы, осмотре вещественных доказательств, назначении экспертизы и допросе свидетелей;

в) принятия мер по обеспечению доказательств (ст. 188 ГПК РФ).

КоАП РФ (ст. 25.8) предусмотрено привлечение специалиста (в том числе в области судебной медицины) в производство по делу об административном правонарушении для:

а) оказания содействия в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств;

б) применения технических средств.

Перед началом процессуального действия, в котором участвует специалист в области судебной медицины, судья (дознаватель, следователь и др.):

а) удостоверяется в его компетентности;

б) разъясняет специалисту его права, обязанности и ответственность (по уголовным делам — по ст. 58, 168 УПК РФ и ст. 307 и 310 УК РФ; по гражданским делам — по ст. 58, 171 ГПК РФ и по ст. 307 УК РФ, по делам об административных правонарушениях — по ст. 25.8; 17.9 КоАП РФ), о чем специалист дает расписку, которая приобщается к материалам дела;

в) устанавливает, нет ли оснований, препятствующих участию данного специалиста в деле. При наличии таких оснований он подлежит отводу. Специалист может участвовать в производстве по гражданскому делу, если он:

а) является потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком или свидетелем по данному делу;

б) участвовал в качестве присяжного заседателя, эксперта, специалиста, переводчика, понятого, секретаря судебного заседания, законного представителя гражданского истца или гражданского ответчика;

в) является родственником любого из участников производства по данному делу;

г) находился или находится в служебной либо иной зависимости от сторон или их представителей;

д) если обнаружится его некомпетентность;

е) в случаях, если имеются иные обстоятельства, дающие основание полагать, что он лично, прямо или косвенно заинтересован в исходе данного дела.

К участию в производстве по гражданскому делу специалист не

допускается, если он:

а) участвовал в предыдущем рассмотрении данного дела в качестве прокурора, секретаря судебного заседания, представителя, свидетеля, эксперта, переводчика;

б) является родственником или свойственником кого-либо из лиц, участвующих в деле, либо их представителей;

в) лично, прямо или косвенно заинтересован в исходе дела либо имеются иные обстоятельства, вызывающие сомнение в его объективности и беспристрастности;

г) находился либо находится в служебной или иной зависимости от кого-либо из лиц, участвующих в деле, их представителей (ст. 16, 18 ГПК РФ).

Обстоятельствами, исключающими возможность участия специалиста в производстве по делу об административном правонарушении, являются:

а) его родственные отношения с лицом, привлекаемым к административной ответственности, потерпевшим, их законными представителями, защитником, представителем, прокурором, судьей, членом коллегиального органа или должностным лицом, в производстве которых находится данное дело;

б) его выступление в качестве иного участника производства по данному делу;

в) основание считать специалиста лично (прямо или косвенно) заинтересованным в исходе данного дела (ст. 25,8; 25.12 КоАП РФ).

Предыдущее его участие в производстве по делу в качестве специалиста не является основанием для отвода ни по ГПК РФ, ни по КоАП РФ. При наличии оснований для отвода, предусмотренных процессуальными законами (ст. 19, 20 ГПК РФ, 25.13 КоАП РФ), специалист обязан устраниться от участия в производстве по делу.

В случае, если специалист не устранился от участия в производстве по делу, отвод ему может быть заявлен:

а) гражданским истцом, гражданским ответчиком или их представителями, защитником, а в случае обнаружения некомпетентности специалиста

- также свидетелем, экспертом или другим специалистом;

б) по гражданскому делу — лицами, участвующими в деле, а это стороны, третьи лица, прокурор, лица, обращающиеся в суд за защитой прав, свобод и законных интересов других лиц или вступающие в процесс в целях дачи заключения в защиту прав, свобод и законных интересов других лиц, заявители и другие заинтересованные лица по делам особого производства и по делам, возникающим из публичных правоотношений (ст. 19, 34 ГК РФ);

в) по делу об административном правонарушении — лицом, в отношении которого ведется производство по этому делу, потерпевшим и их законными представителями, защитником и представителем, прокурором (ст. 25.1-25.5, 25.11-25.13 КоАП РФ).

Решение об отводе специалиста принимают: по гражданскому делу — судья, рассматривающий дело единолично, или суд. Вопрос об отводе разрешается определением суда, вынесенным в совещательной комнате, или постановлением судьи;

в) по делу об административном правонарушении — судья, орган и должностное лицо, в производстве которого находится данное дело. По вопросу об отводе выносится определение.

Для участия в производстве по делу (гражданскому, об административном правонарушении) специалист наделен соответствующим правовым статусом. Он вправе:

а) отказаться от участия в производстве процессуального действия, если он не обладает соответствующими специальными знаниями;

б) задавать вопросы участникам процессуального действия с разрешения судьи, дознавателя, следователя, прокурора, лица, рассматривающего дело об административном правонарушении, суда, относящиеся к предмету соответствующего действия;

в) знакомиться с протоколом следственного действия, в котором он участвовал, и делать заявления и замечания, которые обязательно заносятся в протокол (по уголовным делам);

г) приносить жалобы на действия (бездействие) и решения судьи (дознавателя, следователя, прокурора и др.), ограничивающие его права;

д) знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету действий, совершаемых с его участием (по делам об административных правонарушениях);

е) делать заявления и замечания по поводу совершаемых им действий, которые подлежат занесению в протокол (по делам об административных правонарушениях);

ж) составлять заключение, отражающее результаты использования им специальных знаний (по уголовным делам).

Специалист не вправе:

а) уклоняться от явки по вызовам дознавателя, следователя, прокурора или в суд;

б) разглашать данные предварительного расследования, ставшие ему известными в связи с участием в производстве по уголовному делу в качестве специалиста, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 УПК РФ. За разглашение данных предварительного расследования специалист несет ответственность по ст. 310 УК РФ;

в) давать заведомо ложное пояснение по делам об административных правонарушениях (ст. 17.9, 25.8 КоАП РФ).

Специалист в области судебной медицины обязан:

а) явиться по вызову суда (судьи), дознавателя, следователя, прокурора, органа, должностного лица, в производстве которого находится дело об административном правонарушении;

б) участвовать в проведении процессуальных действий, требующих специальных познаний в области судебной медицины, в целях обнаружения, закрепления, фиксации и изъятия вещественных доказательств; давать пояснения по поводу совершаемых им действий;

в) удостоверять своей подписью факты совершения указанных действий, их содержание и результаты.

**Тема 5. Повреждение от меха­нических факторов, поврежде­ние от** **действия некоторых иных внешних факторов.**

В судебной медицине под повреждением подразумевают нарушение анатомической целостности или функции тканей, органов, возникшее от воздействия экзогенного фактора, причинившее вред здоровью или смерть. Повреждение может быть вызвано любыми факторами извне: температурным, лучевым, химическим, механическим и другими, которые, в свою очередь, формируют на тканях организма специфические признаки. Повреждения, возникающие при одинаковых условиях труда или быта при сходных обстоятельствах, обозначают как травматизм (промышленный, сельскохозяйственный, бытовой, военный, спортивный, транспортный и т. п.).

Наиболее часто в практике судебной медицины встречаются повреждения механического происхождения, то есть возникшие вследствие воздействия кинетической энергии какого-либо оружия, орудия или предмета. Под понятием оружия в криминалистике подразумевают специально изготовленные устройства для причинения повреждений при нападении или защите. Является ли конкретное устройство оружием, определяют судебно-следственные органы, и это не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта. Под понятием орудия подразумеваются устройства для целевого применения их в быту и производстве (молоток, лопата, топор). Под обозначение предмета подпадают физические тела, не имеющие конкретного назначения (камень, палка и пр.).

При производстве исследования эксперт должен установить вид повреждения по механизму его образования, тип орудия травмы, давность возникновения и прижизненность образования, а также наличие связи между полученным повреждением и

наступлением смерти. Достаточно часто встречаются случаи, когда от разных предметов

могут быть причинены практически одинаковые повреждения (например, резаные раны образуются от действия ножа, бритвы, стекла и т. п.), но и одно и то же орудие может причинять различные по своей морфологии повреждения (например, топором можно причинить кровоподтек, ушибленную рану, перелом костей свода черепа, резаную или рубленую рану), то есть все зависит от того, какой частью предмета было причинено

повреждение.

**Классификация телесных повреждений по механизму повреждения**

Посттравматическая припухлость мягких тканей возникает при ударном воздействии тупым предметом, как правило, под прямым углом. Повреждений кожных покровов не наблюдается. Отмечается в виде болезненной припухлости и повышенной температурой данного участка. Все признаки воспаления проходят через несколько часов.

Ссадины возникают при тангенциальном воздействии какой- либо неровной поверхности и представляют собой повреждение эпидермиса и собственно кожи, в виде смещения чешуек, по направлению которых можно судить о направлении травмирующего предмета. Площадь ссадин в основном зависит от площади контакта травмирующего предмета с телом. Линейная ссадина называется царапиной и может возникать при проведении острым предметом (например, гвоздем, иглой и пр.) по коже. Дно ссадины в первые часы после травмы влажное, блестящее, расположено ниже уровня кожи. Через несколько часов дно подсыхает и формируется корочка. К концу суток корочка достигает уровня окружающей кожи и нередко располагается выше нее. С 4—5-го дня отмечается процесс эпитализации, края корочки приподнимаются и начинают отделяться. К 7—9-му дню корочка отпадает, на месте остается розовая, нежная поверхность. Кровоподтеки возникают при ударных воздействиях или сдавлении перпендикулярно по отношению к травмируемой поверхности. При ударном воздействии происходит контакт предмета с телом человека, и оно может осуществляться не одинаково по всей поверхности. Виду этого кровоподтеки отображают лишь форму контактной части. Довольно часто, если предмет воздействовал на кожу под углом, то на поверхности кровоподтека образуется и ссадина. В первые три дня кровоподтек имеет синий или сине-багровый цвет и, как правило, расположен на фоне припухлости подлежащих мягких тканей. С 3—4-го дня кровоподтек приобретает зеленую окраску, а с 7—9-го дня — желтоватую. Скорость заживления кровоподтека зависит от следующих факторов: размера, локализации, глубины расположения.

Судебно-медицинское значение кровоподтеков и ссадин состоит в том, что они свидетельствуют о факте травмы, количестве ударных воздействий, месте приложения силы, давности причинения, форме и размерах травмирующего предмета.

Рана — нарушение целостности кожи, которое может сопровождаться повреждением подлежащих мягких тканей, сосудов и внутренних органов. По механизму воздействия различают ушибленные, рубленные, колото-резаные, колотые, резаные, огнестрельные раны.

Переломы костей при механических повреждениях возникают чаще всего при транспортных происшествиях и падениях с высоты. По особенностям переломов возможно составить представление о механизмах травмы и предметах, причинивших повреждение кости (например, огнестрельные повреждения).

Разрывы внутренних органов могут возникнуть вследствие ударного воздействия в проекции органа фрагментами костей или при сотрясении. При этом на коже в области расположения органа повреждения могут отсутствовать. Необходимо отметить, что существуют еще два вида повреждений паренхиматозных органов: капсульные и подкапсульные разрывы.

Повреждения, причиняемые тупыми предметами, описываются

по следующей схеме:

• локализация — в сантиметрах указывают расстояние от конкретных анатомических образований (чаще костных) и от подошвенных поверхностей стоп (особенно, пpи транспортных травмах);

• ориентация, желательно по циферблату часов;

• вид повреждения (ссадина, кровоподтек, рана);

• форма повреждения (в сравнении с геометрическими фигурами);

• размеры повреждений (длина, ширина, глубина);

• края повреждения (ровные, неровные, оссаднены, размозжены или нет);

• концы повреждения;

• дно повреждения (наличие межтканевых перемычек);

• состояние тканей по периферии повреждения, наличие посторонних предметов в просвете повреждения;

• состояние волос.

**Причины смерти при механических повреждениях.**

Кровопотеря. В практике различают два вида кровопотери: острую массивную и обильную. Острая массивная кровопотеря развивается при потере небольшого по объему количества крови (200—500 мл) в течение короткого промежутка времени, исчисляемого секундами, в связи с повреждением крупных магистральных сосудов (сосудов шеи,

верхних и нижних конечностей). Резкое падение внутрисердечного давления обусловливает появление полосовидных кровоизлияний светло-коричневого цвета под эндокардом полости левого желудочка (пятна Минакова). При исследовании трупа каких-либо специфичных признаков малокровия не обнаруживается, наблюдается лишь локальное малокровие в зоне поврежденного сосуда. Обильная кровопотеря наблюдается при потере свыше 50 % общего объема крови. Потеря крови организмом происходит медленно, в довольно длительный промежуток времени, который исчисляется от нескольких десятков минут до нескольких часов и даже суток. При наружном исследовании трупа обнаруживают резко выраженное мышечное окоченение и слабо выраженные трупные пятна. При внутреннем исследовании органы малокровны, уменьшены в объеме, на разрезах светло-красного и розового цвета.

Повреждения головного мозга могут наблюдаться с повреждениями костей черепа и без. Ушибы головного мозга патоморфологически проявляются в виде очагов кровоизлияний на различных по размерам участках под мягкую мозговую оболочку и вещество головного мозга. Кровоизлияния обнаруживают как в зоне внешнего воздействия, так и на диаметрально противоположной стороне (зона противоудара). Довольно часто эпидуральные, субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния осложняются дислокацией головного мозга. Постепенное нарастание внутричерепного давления вследствие кровоизлияний в полости черепа, после причинения травмы может сопровождаться так называемым «светлым промежутком». В данный промежуток времени, исчисляемый от нескольких минут до нескольких часов, потерпевший может совершать активные действия: передвигаться, кричать, оказывать сопротивление и т. д.

Сотрясение и ушиб сердца приводят к остановке его деятельности. Наиболее часто данный вид травмы встречается при ударе тупым предметом в область пятого межреберья. При совпадении ударного воздействия с моментом диастолы может произойти разрыв правого желудочка с последующим развитием тампонады сердца.

Шок. Выделяют два вида шока: первичный и вторичный. Смерть от первичного шока наступает практически мгновенно, а от вторичного — через некоторый промежуток времени, при воздействии на шокогенные зоны. При исследовании трупа морфологические признаки шока практически не обнаруживаются. Диагноз, как правило, выставляется на основании судебно-гистологического исследования внутренних органов: почек, надпочечников, печени и легких.

Эмболия. Выделяют следующие виды эмболий: воздушная, жировая, тканевая. Эмболия как причина смерти может выступать при ранениях крупных кровеносных сосудов (вен шеи, беременной матки), переломах длинных трубчатых костей, размозжении паренхиматозных органов (печени, почек).

**Повреждения от воздействия тупых твердых предметов.**

Под тупыми предметами следует понимать предметы, которые вследствие удара или давления причиняют повреждения какой- то своей площадью. В судебно-медицинской практике в зависимости от размеров различают предметы с ограниченной и

неограниченной травмирующей поверхностью. Чем меньше поверхность контакта ударяющего предмета с травмируемой поверхностью, тем сильнее выражено местное воздействие. При возрастании площади, на которой распределяется та же энергия удара, местные разрушения становятся меньше, но проявляются явления сотрясения органов и всего тела. Факторы, от которых зависят повреждения в месте воздействия твердого тупого предмета:

• величина кинетической энергии внешнего воздействия;

• свойства орудия травмы;

• свойства поверхности предмета в месте контакта (форма, рельеф, площадь);

• направление и угол внешнего воздействия;

• скорость воздействия тупым твердым предметом;

• анатомическая область, подвергнувшаяся травме;

• наличие образований в зоне ударного воздействия, обладающих амортизирующими свойствами (одежда, волосы).

На кожных покровах при ударных воздействиях твердым тупым предметом под различными углами образуются следующие повреждения: 1) раны различной формы (линейной, звездчатой, и т. д.); 2) кровоподтеки; 3) оссаднения; 4) ссадины. Повреждение костей возникают при приложении значительной силы. В зависимости от анатомических особенностей костей механизмы переломов у них оказываются различными.

Длинные трубчатые кости повреждаются часто вследствие удара, перпендикулярно диафизу (прямые), кручения (винтообразные), при нагрузке вдоль длинника (вколоченные). Длинные губчатые кости (ребра) могут повреждаться как изолированно, так и сразу, комплексом, а также в месте воздействия силы (прямой перелом) и в месте наибольшей кривизны (конструкционный перелом). Короткие губчатые кости позвоночника могут повреждаться как от прямого воздействия, так и опосредованного (при продольной нагрузке, например, при падении со значительной высоты на ноги). При прямом воздействии повреждаются остистые поперечные отростки позвонков. При продольной нагрузке повреждаются тела позвонков и межпозвоночные диски. Необходимо отметить, что при автотравмах, в момент толчка, сгибания или разгибания в шейном отделе позвоночника возникают повреждения в виде перелома задних дужек, отростков, разрывы межпозвоночных связок.

Наиболее часто повреждение плоских костей встречается при переломах черепа. При ударных воздействиях тупым твердым предметом с ограниченной поверхностью под прямым углом образуется вдавленный или дырчатый перелом. По повреждению на наружной костной пластинке можно установить размеры и форму контактной части травмирующего предмета. При ударном воздействии тупым предметом под некоторым

углом формируются так называемые террасовидные переломы. Если тупой твердый предмет имеет вытянутую или продолговатую форму, то при ударе возникает повторяющий форму предмета вдавленный перелом, от концов которого обычно распространяются трещины. При ударном воздействии предметом с широкой плоскостью

формируется либо линейный перелом в виде трещины, распространяющейся на костях черепа, либо фрагментарный перелом в виде овала или круга. При приложении значительной силы могут иметь место конструкционные переломы костей черепа. Переломы основания черепа образуются вследствие распространения линий перелома со свода черепа. Однако при ударных воздействиях в область лицевого скелета могут возникать изолированные переломы основания черепа, иногда на большом протяжении.

Для перелома костей таза, учитывая их строение, требуется гораздо большее приложение силы. В костях таза после причинения ударных воздействий образуются как прямые, так и конструкционные переломы, которые устанавливаются экспертом при рассечении мягких тканей тазового кольца.

**Повреждения, возникающие при падении.** При самопроизвольном падении, которое встречается при нахождении лица в состоянии алкогольного опьянения, при утрате равновесия или утрате координации движений можно выделить следующие характерные травмы:

• повреждения верхних и нижних конечностей (ушибы мягких тканей, переломы костей);

• ушибленные раны затылочной области;

• трещины и переломы в теменно-затылочной области с распространением их на свод и основание;

• ушиб, сотрясение головного мозга.

Существует еще один вид самопроизвольного падения — падение «с приданным ускорением». Экспертиза при данном виде травмы очень затруднительна и базируется на оценке предварительных сведений о происшествии и характере других повреждений. Падение с высоты, превышающей рост человека. Как правило, данный вид травмы встречается при падении с высоты зданий, строительных конструкций. При данной травме основополагающими факторами, обусловливающими образование повреждений, являются высота, с которой произошло падение тела, и области тела, на которые пришелся контакт при соударении с плоскостью. То есть чем больше высота, с которой произошло падение тела, тем значительнее будут повреждения как при наружном, так и при внутреннем

исследовании. Основные повреждения при данном виде падения:

• кровоподтеки и ссадины на теле, конечностях;

• ушибленные раны на различных участках тел;

• закрытые и открытые переломы верхних и нижних конечностей;

• переломы костей черепа, таза, позвоночника, ребер;

• повреждения внутренних органов — разрывы, ушибы, отрывы;

• кровоизлияния в связочно-удерживающий аппарат внутренних органов (травма ускорения).

**Повреждения, причиняемые автомобильным транспортом.**

Под автомобильной травмой понимают повреждения, возникшие вследствие воздействий наружных или внутренних частей при движении автомобиля или при выпадении из него. Столкновение движущегося автомобиля (в подавляющем большинстве случаев — передней частью) с идущим или стоящим человеком трансформируется в целую цепь последовательно возникающих повреждений, которые некоторые авторы рассматривают как фазы травматизации единого процесса причинения повреждений.

Основные повреждения при столкновении транспортного средства с пешеходом:

• наличие штамп-отпечатков на одежде и коже (облицовка радиатора, ободки фар или подфарников, выступающих частей и пр.);

• наложение краски на одежде, кожных покровах;

• повреждения на одежде от осколков стекла;

• наличие бампер-повреждений (ссадин, кровоподтеков, ушибленных ран на нижних конечностях);

• переломы костей скелета (чаще нижних конечностей и таза), образование винтообразных переломов длинных трубчатых костей опорной конечности.

В момент падения на транспортное средство или на грунт пострадавший получает дополнительные повреждения, также нельзя исключить возможный переезд колеса транспортного средства через тело или какую-то его часть. Повреждения при переезде колесами автотранспортного средства:

• ущемление кожи между поверхностью колеса и покрытием дороги;

• возникновение кровоизлияния с поверхностным оссаднением («первичный» щипок);

• множественные линейные надрывы, своим длинником расположенные перпендикулярно направлению натяжения;

• размозжение подкожно жировой клетчатки и образование так называемого «кармана»;

• переломы подлежащих костей.

При скорости движения автомобиля свыше 20 км/ч накатыванию колеса предшествует его удар по травмируемой части тела. В момент этого удара возможно повреждение подлежащих костей. Именно этим обстоятельством объясняют большее количество переломов ребер со стороны наезда, чем на стороне скатывания. Перекатываясь через тело пострадавшего, колесо на одежде или теле образует негативные отпечатки своеобразного рисунка протектора.

Повреждения внутри транспортного средства у водителя и пассажира.

Повреждения у водителя:

• ушибленные раны, ссадины на лице, преимущественно на передней и левой боковой поверхности лица (в подбородочной области, спинке носа, на лбу);

• переломы костей черепа, лицевого скелета;

• ссадины и кровоподтеки на передней поверхности грудной клетки (при ударе о рулевое колесо), переломы грудины, ребер;

• «хлыстообразные» переломы шейного отдела позвоночника;

• повреждения на верхних конечностях, преимущественно на тыльной поверхности (ссадины, кровоподтеки, раны, переломы в проекции лучезапястных суставов);

• повреждения внутренних органов грудной и брюшной полости;

• переломы костей таза;

• повреждения на нижних конечностях (при ударе о рулевую колонку, педали, рулевое колесо).

Пассажиры внутри салона получают повреждения, ударяясь о выступающие части интерьера машины, к ним относятся ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны, переломы костей скелета и повреждения внутренних органов. Для дифференциальной диагностики возможности получения повреждений соответственно месту расположения в момент происшествия необходимо не только иметь представление о внутреннем устройстве автомобиля, но и произвести осмотр его.

**Механическая асфиксия от сдавления.**

Повешение. Под повешением понимают циркулярное или частичное сдавление органов шеи петлей под действием тяжести тела (или его части), сопровождавшееся пережатием магистральных сосудов, и при создании условий для развития локального

нарушения кровообращения. В судебно-медицинской практике различают следующие виды повешения: полное повешение — свободное висение тела, неполное

— здесь наблюдаются различные положения тела и степень контакта тела или его частей с точкой опоры (повешение стоя, на полусогнутых ногах, стоя на коленях) или даже только головы (повешение в положении лежа).

Классификация петель (предложена Ю.А. Молиным в 1986 г.):

• по конструкции: открытые (шея сдавливается частично), незатягивающиеся (замкнутые, неподвижные), затягивающиеся скользящие (петли-удавки);

• числу оборотов: одиночные, двойные и множественные;

• материалу: жесткие петли (проволоки электрических проводов), полужесткие (веревки, канаты, ремни), мягкие (платки, полотенца, простыни), комбинированные;

• ширине: тонкие, толстые, широкие.

Для следствия большое значение имеет, каким способом было произведено завязывания узла, так как он может быть связан не только с привычкой завязывания узлов, но даже и с профессией (например, так называемые морской узел, ткацкий узел и т. п.). Поэтому на месте происшествия или до вскрытия трупа в морге петлю снимают с шеи трупа, не развязывая узла, путем рассечения ее на диаметрально противоположной стороне, с последующим скреплением нитками разрезанных концов. По расположению узла петли принято различать: типичное положение (узел петли располагается на задней поверхности шеи или в проекции затылочного бугра), атипичное (на боковой или передней поверхности шеи, лица).

Под странгуляционной бороздой следует понимать повреждения на коже от действия петли в виде негативного следа, отражающего ее особенности. Степень выраженности петли зависит от следующих факторов: силы воздействия и жесткости материала. Поверхность странгуляционной борозды, как правило, представляет собой негативный отпечаток структуры материала петли, он может быть выраженным либо слабо выраженным, либо отсутствовать. После повреждения эпидермиса кожи петлей происходит подсыхание, за счет этого борозда становится отчетливо выраженной, плотной на ощупь, темно-красно-коричневого цвета. Наиболее выраженный и глубокий ее участок локализуется на диаметрально противоположном месте по отношению к узлу. В странгуляционной борозде различают краевые валики (при множественных витках еще и дополнительные), стенки и дно. В толще валиков и дна нередко визуально диагностируются кровоизлияния. Данные кровоизлияния легко обнаружить, если изъятый

кусочек странгуляционной борозды c неповрежденной кожей сжать между предметными стеклами и рассмотреть его на свет (проба Бокариуса). При описании странгуляционной борозды эксперт указывает: количество, расположение, направление, замкнутость, ширину, глубину (на передней и боковой поверхности шеи), плотность, цвет, рельеф, степень выраженности и т. п.

Практически во всех случаях основными механизмами развития гипоксических состояний являются сдавление сосудисто-нервных пучков, а также пережатие глубоких сосудов шеи в результате деформации мягких тканей. Ввиду этого эксперт при производстве экспертизы трупа должен производить послойное исследование мягких тканей шеи с целью выявления повреждений в виде кровоизлияний, что могло бы свидетельствовать о воздействии на область шеи по ходу странгуляционной борозды. При соскакивании с табурета, скамьи, стола происходит не только резкое затягивание петли, но и ударное ее воздействие на все анатомические образования шеи: мышцы, сосуды, пищевод, трахею, шейный отдел позвоночника. Чем больше высота, тем повреждения от данных воздействий будут значительнее. При этом возникают поперечно расположенные надрывы внутренней поверхности сонной артерии ниже странгуляционной борозды (при-

знак Амюсса), надрывы и разрывы мышц, травма позвоночника. Многими учеными проводились опыты по самоспасению при повешении, но ввиду того что потеря сознания наступает достаточно быстро (через несколько десятков секунд) после начала развития гипоксии и происходит плотный контакт петли с кожными покровами, данные действия безрезультатны. При исследовании трупа, помимо странгуляционной борозды, на шее можно обнаружить царапины, ссадины и кровоподтеки. Данные повреждения могут быть причинены собственноручно, если лицо до потери сознания пыталось устранить действие петли.

Удавление петлей. Под удавлением петлей следует понимать затягивание петли на шее посторонней рукой или каким-либо другим способом (например, закруткой). Материалом для изготовления петли могут выступать не только веревки, поясной ремень и другие материалы, но и галстуки, воротники рубашек, фрагменты одежды. Необходимо отметить, что в большинстве случаев удавление петлей осуществляется либо посторонней рукой, либо в результате несчастного случая. При удавлении накинутая петля практически равномерно сдавливает шею во всех отделах. За счет деформации мягких тканей шеи происходит сдавление сосудов и сосудисто-нервных пучков, впоследствии приводящее к нарушению кровоснабжения головного мозга и наступлению смерти. При экспертизе странгуляционная борозда всегда циркулярная и непрерывная, располагается в средней или нижней трети шеи, имеет горизонтальное расположение. При внутреннем исследовании в мышцах шеи, как правило, повреждения более выраженные, могут иметь место повреждения хрящей гортани, подъязычной кости.

Удавление руками. Существует несколько вариантов сдавления шеи руками: правой, левой, обеими. Как правило, удавление руками производится посторонним человеком, когда он располагаетсяспереди, сбоку или сзади по отношению к потерпевшему. Самоудавление руками исключается ввиду быстрой потери сознания и расслабления мышц конечностей, производивших давление. При сдавлении шеи руками происходит сдавление гортани, трахеи, сосудов шеи, воздействие на верхнегортанный и

блуждающий нерв, и все это по совокупности приводит к нарушению циркуляторного кровообращения в головном мозге. Видовыми признаками при данном виде травмы шеи являются: овальной формы кровоподтеки — от давления пальцами и полулунные ссадины — от свободного края ногтевой пластинки на передней и боковых поверхностях шеи. При внутреннем исследовании обнаруживаются обширные кровоизлияния в мышцах шеи, переломы рожков подьязычной кости, щитовидного хряща и хрящей гортани. Локализация полулунных ссадин и кровоподтеков на шее жертвы может свидетельствовать о размерах кистей рук, одной или двумя осуществлялось удавление, не был ли убийца левшой.

Гипоксия вследствие сдавления туловища (компрессионная асфиксия) возникает в результате ограничения дыхательных движений грудной клетки и нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы. В практике выделяют два основных вида сдавления, которые могут ограничивать дыхательные движения: сдавления только

грудной клетки или только живота (ограничение экскурсии диафрагмы). В этих случаях развитие гипоксии проходит длительный промежуток времени, исчисляемый от нескольких десятков минут до нескольких часов. При комбинированном сдавлении груди и живота смерть наступает в более короткий промежуток времени (придавливание тела человека грузом: обвалы, завалы и т. п.). При наружном исследовании обнаруживаются множественные ссадины и кровоподтеки, следы давления в виде полос на кожных покровах, выраженная одутловатость лица и так называемая «экхимотическая маска». При внутреннем исследовании отмечается вздутие легких, ткань их на разрезе карминово-красного цвета (за счет насыщения кислородом), венозное полнокровие внутренних органов.

**Механичексая асфиксия от закрытия дыхательных отверстий.**

Закрытие дыхательных отверстий наблюдается при различных обстоятельствах: закрытие отверстий носа и рта руками, мягкими предметами (подушкой, одеждой, туловищем). При данном виде механической асфиксии в окружности носа и рта, на красной кайме и слизистой губ со стороны полости рта можно различить поверхностные повреждения в виде ссадин, кровоподтеков, ранок поверхностного характера в пределах слизистой. При сильных вдохах с вдыхаемым воздухом в дыхательные пути попадают микрочастицы мягких предметов, которыми производилось закрытие отверстий рта и носа. При исследовании трупа при подозрении на закрытие дыхательных отверстий эксперт тщательно осматривает, желательно с увеличительным стеклом, слизистые полости рта, носоглотки, трахеи и крупных бронхов для выявления инородных частичек (нитей, волокон, пуха, перьев, пылинок). Обтурация полости рта мягким предметом (кляпом) (довольно часто наблюдается при детоубийствах) может быть довольно глубокой и прижимать мягкое небо, перекрывая свободный доступ воздуха в легкие. Закрытие дыхательных путей инородными предметами чаще всего происходит вследствие попадания в них плохо пережеванных или значительных по размеру кусков пищи (особенно в состоянии алкогольного опьянения); зубных протезов, слепочных масс, используемых в стоматологии (например, гипса, эластичных масс); мелких предметов (например, фрагментов игрушек, монет, косточек плодов и т. п.). При наружном исследовании эксперт, как правило, обнаруживает только признаки остро наступившей смерти и общеасфиксические признаки. При внутреннем исследовании на фоне выраженных морфологических явлений обнаруживает в дыхательных путях инородный предмет. В практике довольно часто встречаются случаи, когда дыхательные пути закупорены множественными мелкими предметами (зерна злаковых, песок и т. п.). При рвоте, когда человек находится в горизонтальном положении вверх лицом и в состоянии алкогольного опьянения, может иметь место аспирация содержимым желудка. За счет дыхательных движений пищевые массы полностью закрывают дыхательные пути, а мельчайшие частицы пищи проникают в мелкие бронхиолы и даже альвеолы, что в дальнейшем подтверждается гистологическим исследованием.

**Механическая асфиксия от закрытия дыхательных путей жидкостью при погружении в нее тела (утопления).**

Под утоплением следует понимать насильственный вид смерти, возникшей от воздействия внешних факторов на организм при погружении его в различные жидкости, приводящей к быстроразвивающимся нарушениям со стороны центральной нервной системы и дыхания. В судебно-медицинской практике наиболее часто встречается два варианта закрытия дыхательных путей: без погружения в жидкость всего тела (закрытие дыхательных отверстий при падении, например, лицом вниз в лужу). Данный вид закрытия дыхательных путей следует рассматривать как аспирацию жидкостью, а возникающую вслед за этим гипоксию — как респираторную. При погружении всего тела в жидкость и закрытии дыхательных путей этой жидкостью возникает комплекс патофизиологических явлений. На развитие данного комплекса влияют следующие факторы: температура жидкости, в которую погружается тело (при температуре воды около 0 °С организм обычно не выдерживает более 10 мин, и человек погибает от переохлаждения), гидростатическое давление, психо-эмоциональный фактор (страх, испуг).

Механизм развития гипоксии при утоплении выглядит следующим образом: вода попадает в дыхательные пути и полностью блокирует поступление воздуха в организм, вызывая респираторную гипоксию. За счет раздражения дыхательный путей жидкостью

вызывается кашлевой рефлекс и выделение большого количества слизи. В результате кашлевых толчков в просвете бронхов, трахее и носоглотке происходит смешивание слизи с водой, что приводит к образованию мелкопузырчатой пены. Обратно поступательное движение жидкости в носоглотке при постоянно меняющемся давлении способствует проникновению воды через верхний и средний носовые ходы в лобную, гайморовы пазухи и пазуху клиновидной кости. В период экспираторной одышки возникают разрывы межальвеолярных перегородок в легких, данные разрывы способствуют проникновению воды и воздуха в сосудистое русло. Периодом основного поступления жидкости в организм считаются терминальные дыхания, которые сопровождаются позевыванием и актом глотания, при котором заглатывается не только большое количество воды, но и предметы, оказавшиеся в полости рта (водоросли, песок, галька).

При наружном исследовании трупа наблюдаются трупные пятна сине-багрово-фиолетового цвета с сероватым оттенком за счет некоторой части гемолизированной крови, стойкая мелкопузырчатая пена в носовых ходах, полости рта и верхних дыхательных ходах, кожные покровы бледные за счет спазма сосудов, по типу «гусиной кожи». При внутреннем исследовании отмечается выраженная эмфизема легких. Визуально они полностью наполняют плевральные полости, по наружной поверхности хорошо выражены отпечатки от ребер, под висцеральной плеврой полосчатые с размытыми контурами кровоизлияния (пятна Рассказова-Лукомского). В полостях сердца — жидкая кровь, причем в левом желудочке — более темная, в правом желудочке — более светлая и жидкая за счет гемолиза. В желудке и двенадцатиперстной кишке обнаруживается вода в различном объеме. При экспертизе трупа эксперт должен обязательно исследовать пазухи черепа на предмет обнаружения в них жидкости, так как наличие жидкости подтверждает диагноз — утопление. Установлено, что посмертно в пазухи жидкость не проникает. Известно, что для каждого водоема характерен определенный тип планктона. В процессе утопления он вместе с водой поступает в дыхательные пути, далее в кровяное русло и разносится во все органы. При дополнительных лабораторных исследованиях планктон обнаруживается в костном мозге, легких, почках и печени.

Изменения трупа в связи с пребыванием в воде. К посмертным изменениям трупа в воде следует отнести мацерацию эпидермиса на ладонных и подошвенных поверхностях конечностей. Эпидермис начинает набухать, сморщиваться уже через 4—6 ч после наступления смерти. К концу первой недели мацерируется по всей поверхности кожи (так называемые «руки прачек») и довольно легко отделяется. Через две-три недели эпидермис начинает самопроизвольно отслаиваться, а через месяц с кистей эпидермис вместе с ногтями «самопроизвольно» отторгается в виде перчатки (так называемые «перчатки смерти»). Также за счет мацерации может происходить посмертное «облысение», то есть волосы теряют связь с мацерированной кожей. Процесс гниения трупа в воде протекает значительно медленнее, чем на воздухе (в процессе разложения участвуют только анаэробы). Тем не менее при гниении объем трупа увеличивается и он всплывает, увлекая за собой прикрепленные тяжести, иногда значительные. К повреждениям, возникшим на теле трупа, следует отнести: повреждения, образовавшиеся при скольжении по неровному

дну, при ударе об острые выступающие предметы; повреждения, причиненные при его извлечении из воды (багры, «кошки», якоря) винтами движущихся судов, в том числе и при ударах подводными крыльями.

**Тема 6. Судебно-медицинское исследование трупа.**

Смерть является естественным завершением жизни. В медицинской практике отсчет периода наступления смерти ведут с момента окончательной остановки сердца и гибели коры вещества головного мозга. Но вместе с тем известно, что поражение коры головного мозга (5—8 мин после остановки деятельности сердца) совсем не означает смерть всего организма. Многие органы и ткани переживают момент остановки сердца довольно длительные сроки и могут быть использованы в трансплантации (почки, хрящевая ткань, сердце, печень, костный мозг, кожа и др.).

Первым этапом умирания является предагонольное состояние, вторым — терминальная пауза, затем наступает агональный период, далее — клиническая и биологическая смерть.

В зависимости от причины в судебной медицине принято различать категорию, вид и род смерти. Существует две категории смерти — насильственная и ненасильственная. Под насильственной смертью подразумевают преждевременную смерть, которая наступила от последствий различных воздействий факторов внешней среды (механических, электрических, химических и пр.). К категории ненасильственной смерти относятся: естественная, преждевременная или патологическая, смерть от различных заболеваний.

Под видом смерти следует понимать совокупность факторов, вызвавших смерть человека при их воздействии. Смерть может наступить вследствие отравлений, действия крайних температур, гипоксических состояний, возникших от внешних причин (утопление, повешение и т. п.). Эти виды смерти рассматриваются в категории насильственной смерти. В категории ненасильственной смерти родом смерти является смерть скоропостижная.

Под родом скоропостижной смерти в судебной медицине подразумевают смерть, наступившую вследствие скрыто или даже бессимптомно протекающих болезней, среди видимого, кажущегося здоровья. Такая смерть неожиданна для окружающих и вызывает подозрение на насильственную смерть (например, отравление). В категории ненасильственной смерти видами является патология различных систем: сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной, дыхания и др. В категории насильственной смерти под родом смерти подразумевают убийство (лишение жизни одного человека другим), самоубийство (лишение жизни самого себя) или смерть вследствие стечения неблагоприятных, непредвиденных обстоятельств — несчастный случай. В обязанность судебно-медицинского эксперта входит только установление категории и вида смерти, а установление рода смерти является прерогативой судебно-следственных органов, поскольку врач не располагает специальными (медицинскими) методами установления умысла содеянного.

Первым действием судебно-медицинского эксперта при осмотре тела на месте происшествия является установление признаков жизни или их отсутствие. Для этого врач использует ориентирующие признаки смерти, к которым относятся отсутствие рефлексов со стороны роговицы и зрачков, отсутствие дыхания, сердцебиения, пульса на крупных кровеносных сосудах. При наличии признаков жизни у потерпевшего врач должен приступить к реанимационным мероприятиям и с помощью следственных органов организовать эвакуацию потерпевшего в ближайшее медицинское учреждение, а сам остается для продолжения осмотра места происшествия. Для констатации смерти при осмотре тела на месте происшествия врач использует, помимо ориентирующих признаков, и достоверные признаки смерти, которые развиваются в трупе в связи с наступлением биологической смерти и развитием посмертных изменений в трупе.

РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ТРУПНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

**Охлаждение.** После наступления смерти происходит процесс установления теплового баланса между температурой мертвого тела и температурой окружающей среды. Например, если температура окружающей среды выше температуры мертвого тела,

то происходит нагревание трупа, если ниже — труп остывает. Чем больше разница температур трупа и окружающей среды, тем процесс остывания (или нагревания) идет интенсивней. На процесс изменения температуры тела трупа влияют следующие факторы: возраст, телосложение, положение (поза) тела, характер и количество одежды, причина смерти, движение воздуха, влажность и другие факторы. Принято считать, что при температуре окружающей среды 18 °С труп остывает на 1 °С в час, а к концу суток достигает температуры окружающей среды. На современном этапе исследование процесса охлаждения трупа является самым объективным способом установления давности наступления смерти. Приборы на базе электротермометра ЭТМ-ЗБ позволяют измерять температуру в теле трупа с точностью до сотых долей градуса. Необходимо не просто точно измерить температуру в теле трупа, но и установить динамику ее изменения в течение 1—3 ч. Наилучшие результаты дает так называемая глубокая термометрия, например, введение гибкого термодатчика в пищевод до уровня диафрагмы, а также исследование температуры в ткани печени. Удовлетворительные результаты дает измерение температуры в прямой кишке. Для более полной достоверности необходимо

производить измерения неоднократно с временными интервалами.

**Трупные пятна.** После наступления смерти кровь и лимфа под влиянием силы тяжести перемещаются в нижние отделы тела и органов. Кровеносные сосуды в этих отделах под давлением жидкости пассивно расширяются. И через 1—2 ч переполненные кровью сосуды кожи и подкожно-жировой клетчатки придают кожным покровам сначала светло-фиолетовый цвет, а затем темнофиолетовый цвет, то есть идет формирование трупного пятна. Кожные покровы тела в выше лежащих частях трупа вследствие перемещения крови становятся бледными. В формировании трупных пятен можно различить 3 стадии: гипостаз, стаз и имбибиция. Гипостаз. Трупные пятна формируются сразу после остановки сердца, наиболее интенсивное развитие происходит в первые часы (2—4 ч). При изменении положения трупа в эти часы имеет место перемещение крови с мест первичного формирования трупных пятен и появление новых на других, ниже лежащих частях тела. На участках тела трупа, которые оказываются прижатыми к плоскости (межлопатная, поясничная и ягодичная области, задняя поверхность бедра и голени), трупные пятна не образуются ввиду сжатия кровеносных сосудов содержащих кровь. За счет данного механизма на фоне сформированных трупных пятен также отчетливо просматривается рисунок складок одежды. На цвет и степень выраженности трупных пятен влияют следующие факторы: причина смерти, вид смерти, длительность умирания, состояние и количество крови в организме и др. Как правило, трупные пятна имеют темно-фиолетовый цвет, но при отравлении различными соединениями цвет их может изменяться. При отравлении окисью углерода или соединениями синильной кислоты кровь становится ярко-красного цвета и за счет этого трупные пятна имеют красно-розовый цвет. При отравлении ядами (анилиновые красители, нитробензол и др.) трупные пятна становятся серовато-коричневыми, а при отравлении гемолитическими ядами (соединения мышьяка, многие виды грибов и др.) трупные пятна имеют желтушный оттенок. При содержании в организме незначительного количества крови, как правило, при обильной кровопотере или когда кровь в сосудах находится в состоянии свертков, трупные пятна оказываются слабо выраженными и представлены в виде локальных или сливающихся между собой участков. Стаз. Продукты гемолиза крови постепенно диффундируют через сосудистую стенку в окружающие ткани. Сдавление сосудов с течением времени все в меньшей степени вызывает эффект побледнения трупного пятна. Перемещение тела трупа и егопереворачивание через 6—18 ч после наступления смерти выявляет важное в судебно-медицинском отношении обстоятельство:

трупные пятна, образовавшиеся вначале и оказавшиеся при переворачивании в вышележащих отделах, полностью не исчезают, а степень их побледнения убывает с течением времени. На нижележащих областях трупа возникают новые трупные пятна. Их интенсивность тем меньше, чем в более поздние сроки было предпринято переворачивание трупа. Имбибиция. По истечении первых суток при переворачивании трупа трупные пятна там, где они образовались ранее, не исчезают и в новых местах не образуются. На этом принципе основан один из методов установления давности формирования трупных пятен и, тем самым, определения давности наступления смерти. Для этого специально сконструированным динамометром осуществляют надавливание с силой 2 кг на 1 см2 с экспозицией 3 с на область трупного пятна, а затем определяют время восстановления окраски побледневшего участка до уровня интенсивности окраски окружающей кожи. Динамика восстановления цвета трупного пятна при различных видах смерти представлена в приложениях 4—5.

**Мышечное окоченение.** Судебно-медицинское значение мышечного окоченения исключительно велико, поскольку оно способствует фиксированию позы тела на момент наступления смерти. На формирование мышечного окоченения влияют следующие факторы: индивидуальные особенности организма, условия внешней среды, причина смерти и механизм умирания. После смерти пассивные движения в суставах конечностей

легко осуществимы за счет резкого расслабления мышц. Но уже к концу 1—2 ч после наступления смерти скелетная мускулатура постепенно становится плотной на ощупь за счет сокращения мышечной ткани ввиду ее отмирания, то есть развивается мышечное окоченение. Этот процесс протекает во всех мышцах одновременно, но заканчивается в различные сроки в зависимости от особенностей строения и кровоснабжения. Поскольку физиологи чески разгибатели сильнее сгибателей, то при осмотре трупа можно констатировать, что пальцы рук несколько полусогнуты или даже согнуты в кулак, руки полусогнуты в запястьях и локтевых суставах, ноги — в коленных. Мышцы постепенно становятся все более плотными на ощупь, и на высоте развития трупного окоченения пассивное движение в суставах конечностей отсутствует. Если в период первых суток мышечное окоченение нарушить, то оно развивается вновь, но в гораздо меньшем объеме.

Разрешение мышечного окоченения начинается к концу третьих суток, в суставах конечностей появляется свободное пассивное движение. Существует еще один вид мышечного окоченения — это тепловое мышечное окоченение. Оно связано с коагуляцией белка в скелетных мышцах, которая наступает при температуре свыше 50 °С. Тепловое мышечное окоченение может наступить и в тех случаях, когда обычное мышечное окоченение уже разрешилось, а труп был подвергнут воздействию высокой температуры, например при пожаре. На основании того, что процесс отмирания мышцы протекает медленно, то под воздействием электрических раздражителей она активно отвечает своим сокращением. Продолжительность ответа на электрораздражитель у различных мышц неодинакова: у мимических мышц — до 2—5 ч, у четырехглавой мышцы бедра — до 12—18 ч. При осмотре трупа на месте происшествия эксперты для определения давности наступления смерти используют специально сконструированные портативные аппараты для определения уровня электрораздражимости мышц. В течение первых часов после наступления смерти в результате ударного воздействия твердым тупым предметом в области двуглавой мышцы плеча возможно получить идиомускулярную опухоль, за счет местного сокращения поперечно-полосатой мускулатуры в месте ее повреждения. Степень выраженности опухоли может дать дополнительную информацию о времени наступления смерти. Данные о продолжительности ответа на электрораздражитель в различных мышцах и степени выраженности идиомускулярной опухоли в зависимости от времени наступления смерти

приведены в приложениях 1—2.

**Трупное высыхание.** Процесс высыхания кожных покровов (открытых участков тела) и слизистых (роговицы глаз, слизистая губ рта, слизистая малых половых губ) наблюдается сразу же после наступления смерти и зависит, прежде всего, от условий

внешней среды. Интенсивность процесса высыхания резко увеличивается в условиях повышенной температуры. При открытых глазах подсыхает и мутнеет роговица в форме треугольника (пятна Лярше), кайма губ рта плотная на ощупь, темно-красного цвета. Плотной на ощупь, красно-коричневого цвета становится слизистая выступающего кончика языка при механической асфиксии. Также может подсыхать кожа мошонки (или слизистая у малых половых губ) при отсутствии нижнего белья, она становится плотной на ощупь, красно-коричневого цвета. На участках кожи, особенно в тонких местах (кисти рук), подвергшихся сдавливанию, можно обнаружить очаги подсыхания, которые создают

впечатление прижизненных ссадин или оссаднений. Для установления прижизненности данных образований необходимо положить на 2—3 ч смоченную в воде марлевую салфетку. После пропитывания водой такой участок пергаментной плотности бледнеет

и исчезает, в то время как прижизненное повреждение почти не меняется.

**Гниение.** Процесс гниения начинается практически сразу после наступления смерти в результате размножения микроорганизмов, преимущественно в крови и кишечнике, выделяя при этом большое количество ферментов, способствующих дальнейшему процессу разложения тканей. Для быстрого процесса гниения необходимы следующие условия: белок тканей тела трупа, который уничтожается микроорганизмами, достаточная влажность, доступ воздуха и положительная температура окружающей среды

(+30—40 °С), а при температурах ниже 0 °С, при +60 °С и выше процесс гниения прекращается. Необходимо отметить, что различные инфекционные заболевания также могут способствовать ускоренному процессу гниения. Исключение одного из этих факторов приостанавливает процесс гниения, а мягкие ткани претерпевают те или иные виды консервации. К первоначальным признакам гниения необходимо отнести гнилостный запах из полости рта, заднего прохода, а также появление в паховых областях тела зеленоватого окрашивания кожи (трупная зелень), что обусловлено, прежде всего, процессом гниения в результате бурного размножения микроорганизмов в толстом кишечнике. Процесс гниения начинает быстро распространяться по кровеносной системе, что обусловливает появление своеобразного сине-зеленого цвета «венозного» рисунка на коже по ходу кровеносных сосудов. Прокрашивание кожных покровов из паховых областей постепенно распространяется на переднюю стенку живота, а затем и на все тело, конечности и голову. За счет процесса гниения в полостях тела, мягких тканях образуется

и скапливается большое количество гнилостных газов (подкожная эмфизема), и все это вместе резко увеличивает объем трупа. Гнилостные газы вытесняют содержимое из желудка («посмертная рвота»), которое может пассивно затекать в верхние дыхательные

пути, создавая впечатление прижизненной аспирации рвотных масс. У трупа беременной женщины из матки может быть выдавлен плод («посмертные роды»). Из полости рта, носа, ушных раковин и заднего прохода выделяется большое количество сукровичной жидкости. В дальнейшем происходит процессе изменения цвета кожных покровов в грязно-зеленый цвет в результате разложения сульфгемоглобина и образования соединения сернистого железа. В процессе гниения кожа, мягкие ткани и внутренние органы разрушаются, превращаясь в зловонную, гомогенную массу с неразличимой структурой строения. В зависимости от условий захоронения полное разрушение мягких тканей и скелетирование трупа наступает через 3—4 года, а на открытом воздухе в теплое время года с весны до осени — в течение нескольких месяцев.

**Мумификация** трупа наступает при определенных условиях: сухой теплый климат, нахождение на открытом воздухе или в проветриваемом помещении, при захоронениях в сухих почвах. Механизм мумификации обусловлен приостановлением процесса гниения в трупе из-за потери влаги, в результате чего большинство микроорганизмов погибает. Кожные покровы, мягкие ткани и внутренние органы трупа приобретают коричневый цвет, уменьшаются в объеме, становятся плотными на ощупь. Масса трупа уменьшается в несколько раз. Для полной мумификации трупа при благоприятных условиях требуется от 4 до 12 мес. Сохранение кожных покровов, мягких тканей и органов при мумификации позволяет: идентифицировать личность, устанавливать виды повреждений, механизм их образования, прижизненность заболевания внутренних органов и т. п.

**Жировоск** образуется в тех случаях, когда труп попадает в условия влажной среды при средней температуре, без доступа воздуха. Это может наблюдаться при захоронениях во влажных глинистых почвах, длительном пребывании трупа в воде. При

этих условиях микроорганизмы также быстро погибают, и процесс гниения приостанавливается. Кожные покровы подвергаются мацерации, становятся набухшими, светло-серого цвета, а жиры, находящиеся в клетчатке и внутренних органах, расщепляются на глицерин и жирные кислоты. Если труп находитсяв воде, то водорастворимые глицерин и олеиновая кислот вымываются, а стеариновая и пальмитиновая соединяются с щелочными и щелочно-земельными металлами (натрием, калием, кальцием и пр.), образуя мыла. Мышцы и ткани на вид представлены плотноватой серо-белого цвета гомогенной массой, впоследствии крошащейся консистенцией с запахом прогорклого сыра. Жировоск становится заметным через 3—4 недели в области

передней стенки живота, ягодиц, конечностей. Полностью развитие жировоска заканчивается примерно через 10—12 месяцев. К этому периоду все мягкие ткани легко режутся ножом и разрушаются. В случаях образования жировоска в мягких тканях можно

диагностировать имевшиеся прижизненные повреждения, проводить идентификацию личности.

**Торфяное дубление** начинает формироваться после попадания трупа в болотистую почву, торфяные болота, которые содержат большое количество гуминовых кислот, процессы гниения в нем прекращаются, поскольку в кислой среде микроорганизмы быстро погибают. Кислая среда коагулирует белок и обезвоживает его, вследствие чего мягкие ткани подвергаются так называемому процессу дубления. Кожные покровы становятся плотными, темно-коричневого цвета. Внутренние органы уменьшаются в размерах, уплотняются. Костная ткань подвергается декальцинации (вымывание минеральных солей) и легко режется ножом.

**Посмертное разрушение трупов**

Наиболее часто трупы разрушаются насекомыми (личинками и взрослыми особями), грызунами, мелкими и крупными животными. В летнее время уже в первые часы после наступления смерти насекомые в области повреждений и естественных отверстий откладывают большое количество яиц, из которых к концу 1—2 суток образуются личинки. Выделяя большое количество протеолитических ферментов, они расплавляют и уничтожают мягкие ткани. Через 1—2 недели из личинок образуются куколки, из которых примерно через такой же срок появляются взрослые особи, и цикл повторяется. В теплое время года личинки насекомых и насекомые за короткий промежуток времени могут полностью уничтожить все мягкие ткани трупа, что достаточно сильно затруднит работу эксперта в установлении причины смерти и наличия телесных повреждений.

Из позвоночных животных мягкие ткани трупа могут уничтожаться представителями отряда хищников (волки, лисицы, собаки), а также грызунами (крысы, мыши), а при нахождении в воде труп может подвергаться уничтожению представителями ракообразных и рыбами. При обнаружении трупа одним из основных вопросов, подлежащих разрешению судебно-медицинской экспертизой, является установление давности наступления смерти. Биологические изменения, происходящие в трупе, полностью зависят от воздействия многочисленных факторов внешней среды, прежде всего от температуры. Но даже при одной и той же температуре окружающей среды, сочетании влажности, доступа кислорода воздуха, освещенности и ряда других факторов,

мягкие ткани трупа могут подвергаться или процессу гниения, или консервации. После установления факта наступления смерти судебно-медицинский эксперт, учитывая закономерности посмертных процессов, устанавливает стадию их посмертного развития и ориентируется в их сроках. Чем больше будет исследовано различных признаков посмертных изменений в трупе, тем более достоверным будет определяемый срок наступления смерти к истинному моменту умирания.

**Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения** является составной частью осмотра места происшествия. Место происшествия и место обнаружения трупа не всегда совпадают. В следственной практике нередко случается, что после наступления смерти труп перемещается в другое место (волочение трупа движущимся транспортом, перемещение тела утонувшего течением реки и т. п.). Труп может быть перемещен преступниками с целью сокрытия преступления или имитации обстановки несчастного случая, самоубийства. При первичном осмотре трупа на месте его обнаружения в соответствии со ст. 178 УПК РФ к данному следственному действию привлекаются специалисты. В соответствии с ч. 1 ст. 178 УПК РФ следователь производит осмотр трупа с участием понятых, судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия — врача. При необходимости для осмотра трупа могут привлекаться другие специалисты. Таким образом, удостоверение факта наступления смерти и наружный осмотр трупа на месте происшествия (или месте обнаружения трупа) может быть осуществлен по приглашению следователя любым лицом, имеющим высшее медицинское образование.

Осмотр трупа разделяют на две стадии: общую (статическую) и детальную (динамическую). Наружный осмотр призван ответить на вопросы: а) об обстоятельствах наступления смерти, роде смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай, тяжкое

телесное повреждение, повлекшее смерть), виде смерти и причинах ее наступления; б) о способах совершения и сокрытия преступления против жизни; в) о личности потерпевшего и обстоятельствах причинения ему смерти; г) кто и по каким мотивам причинил смерть потерпевшему либо довел его до самоубийства. Естественно, что ответы на эти вопросы будут носить предварительный характер и проявляться в виде построения следственных версий.

Статическая часть осмотра трупа. Общий осмотр трупа на месте происшествия начинают с изучения обстановки, в которой он обнаружен, определения его расположения по отношению к неподвижным объектам [измеряют расстояние от этих объектов до различных частей тела (рук, головы, спины, ног), что фиксируется в протоколе и на плане]. Отмечают пол трупа, его примерный возраст, телосложение. Важно зафиксировать позу трупа, характерные черты внешности, состояние кожных покровов и одежды. Тщательно исследуют ложе трупа, то есть то место, на котором он был обнаружен, и находящиеся на нем объекты. Судебно-медицинский эксперт при осмотре трупа в протоколе должен установить давность наступления смерти; выявить и подробно описать имеющиеся повреждения и определить их прижизненность, выявить следы возможного отравления; помочь следователю обнаружить, изъять и упаковать вещественные доказательства биологического характера. При описании одежды указывается (в направлении сверху вниз) находится ли она в порядке или беспорядке, соответствует ли она времени года, степень изношенности. При наличии повреждений на одежде в виде разрывов, дефектов, а также наложений биологического и небиологического характера указывается их точная локализация по отношению ко швам, воротнику или другим постоянным частям одежды, размер, форма и цвет. При наличии повреждений на ткани верхнего и нижнего слоя одежды их тщательно осматривают на предмет топографического совпадения. Эксперт обращает внимание на возможность повреждения одежды в нескольких местах от одного воздействия (огнестрельная или острая травма), но при условии, что одежда была собрана в складки. Очень важно на этом этапе констатировать, при каком положении одежды повреждения на ней соответствуют повреждениям на теле. При исследовании карманов одежды могут быть обнаружены документы, письма, рецепты, различные предметы, упаковки от лекарственных препаратов. Необходимо провести установление соответствия (или несоответствия) формы одежды соответствующему полу, а также ее размеров наряду с указанием таких деталей, как метки, фабричные клейма, что могло способствовать проведению идентификации личности. Особое внимание необходимо уделить исследованию нижнего слоя одежды, в первую очередь трусов. На внутренней их поверхности можно обнаружить, как правило, наложения биологического характера: кровь, мочу, сперму и кал, что может свидетельствовать о насильственной смерти. По расположению наложений, брызг, потеков крови на ткани одежды, с учетом степени пропитывания можно судить о положении тела как в момент причинения телесных повреждений, так и на момент наступления смерти. После подробного описания одежды производится тщательный осмотр тела трупа, с обнажением различных его отделов. Снимать одежду с мертвого тела на месте происшествия не рекомендуется, так как могут быть искажены в последующем соответствия повреждений на одежде и теле трупа.

Динамическая часть осмотра трупа — осмотр трупа, когда его перемещают, переворачивают для установления посмертных изменений трупа, выявления повреждений на различных частях тела. Данные осмотра в полном объеме фиксирует следователь в протоколе осмотра (ст. 166—167, 180 УПК РФ). При описании посмертных изменений обязательно указывается, в каких отделах и в какой степени выражено охлаждение тела (на открытых участках тела, в подмышечных и паховых областях), мышечное окоченение (отсутствует, сформировано, разрешено), трупные пятна (локализация, цвет его изменение при надавливании и время восстановления или неизменность), подсыхание (локализация).

Большое значение имеет для дальнейшего расследования точное указание времени фиксации посмертных изменений при осмотре трупа, так как по ним можно установить время наступления смерти. Повреждения на теле трупа описываются по стандартной

схеме. Кроме того, выявляют и фиксируют негативные обстоятельства, свидетельствующие о возможной инсценировке события, изменение первоначальной обстановки или совершение преступления в другом месте. Если труп не опознан, его следует дактилоскопировать, взять образцы крови, волос, изъять имеющиеся протезы из полости рта, одежду, сфотографировать по правилам сигналетической (опознавательной) фотосъемки. Целесообразно изымать подногтевое содержимое у трупа для его последующего экспертного исследования (клеток эпидермиса человека при оказании потерпевшим сопротивления нападавшему), также необходимо произвести смывы с кистей рук и слизистой губ и полости рта для решения вопроса об употреблении погибшим перед смертью химических веществ. Организацию доставки трупа в морг осуществляет следователь. Судебный медик помогает следователю организовать транспортировку трупа в морг, обеспечивающую сохранность вещественных доказательств, условия, исключающие причинение посмертных повреждений либо развитие гнилостных процессов, а также помогает сформулировать вопросы при назначении экспертизы. При этом он выносит постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы (ст. 195 УПК РФ).

**Эксгумация.** Извлечение трупа из места захоронения с правовой точки зрения может быть официальным, разрешенным, связано с необходимостью первичного или повторного судебнмедицинского исследования трупа, то есть является следственным действием, а также случайным (при проведении различных строительных и земельных работ и пр.) и преступным (при мародерстве, надругательстве над трупом, выкупе, религиозных побуждениях и пр.). Поводами, обусловливающими потребность в эксгумации трупа, могут быть случаи, когда первичное судебно-медицинское исследование трупа не производилось вообще (захоронение трупа без патолого-анатомического вскрытия, возникновение в последующем версии о возможной насильственной смерти или неправильном оказании медицинской помощи в случае смерти больного в медицинском учреждении, тайное погребение трупа с целью сокрытия преступления), а также, когда оно проводилось с существенными дефектами или же потребовалось уточнение ряда вопросов в связи с вновь открывшимися обстоятельствами (например, при подозрении на отравление). В соответствии со ст. 178 УПК РФ при необходимости извлечение трупа из мест захоронения следователь выносит постановление об эксгумации и уведомляет об этом близких родственников или родственников покойного. Постановление обязательно для администрации соответствующего места захоронения. В случае если близкие родственники или родственники покойного возражают против эксгумации, разрешение на ее проведение выдается судом, для этого следователь возбуждает соответствующее ходатайство и согласие прокурора направляет в суд. При эксгумации присутствуют понятые и судебно-медицинский эксперт, а при невозможности его участия — врач. Эксгумация может быть проведена в любые сроки, независимо от давности захоронения. Исследуется весь труп, в особенности те ткани и органы, которые в наибольшей степени сохранились. Исследование эксгумированного трупа должно быть полным, а в описании указывают распилы и разрезы, проведенные при первичной экспертизе. При разрешении ряда вопросов возможности судебно-медицинской экспертизы эксгумированного трупа зависят от многих факторов. Как показывает экспертная практика, в каком бы состоянии не находился труп (выраженные гнилостные изменения, полное скелетирование, обгорание),

при его исследовании могут быть выявлены важные признаки в большинстве случаев, успешно разрешены вопросы, относящиеся к причине и категории смерти, характеру и механизму образования повреждений, виду орудия травмы, изъятию образцов биологического происхождения (волосы, кровь, ткани) для лабораторных исследований. Ввиду вышеперечисленного не следует без достаточных оснований отказываться от производства исследования эксгумированного трупа. Судебно-медицинское исследование эксгумированного трупа должно проводиться в морге, а при отсутствии такой возможности в приспособленном помещении или соответствующих условиях, не препятствующих тщательному изучению состояния органов и тканей трупа и повреждений на нем. Процессу вскрытия трупа должно предшествовать изучение следственных или судебных документов, материалов первичного исследования трупа, если таковое производилось, а также составление плана проведения исследования, предусматривающего выполнение необходимого объема экспертной работы с учетом конкретного случая.

**Тема 7. Возможности судебной медицины при исследовании живых лиц.**

**Экспертиза** и освидетельствование потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц являются одними из наиболее частых видов экспертизы, проводимой в подразделениях Бюро СМЭ. Это связано с тем, что в ходе расследования преступлений

против личности человека (против жизни и здоровья, половойнеприкосновенности и половой свободы личности) многие специальные вопросы, интересующие следствие и суд, могут быть решены только при проведении судебно-медицинской экспертизы.

Кроме того, судебно-медицинская экспертиза бывает необходимой и при рассмотрении гражданских дел, связанных с причинением вреда здоровью.

Основными поводами для производства судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) являются следующие:

1. Установление при повреждениях и болезнях:

• характера и степени тяжести причиненного вреда здоровью и решение других вопросов, связанных с этим;

• стойкой утраты трудоспособности;

• симуляции и диссимуляции;

• аггравации;

• заражения венерической болезнью или ВИЧ-инфекцией.

2. Определение половых состояний:

• спорной половой принадлежности (гермафродитизм);

• девственности и бывшего полового сношения;

• половой способности у женщин: а) к совокуплению,

б) зачатию;

• половой способности у мужчин: а) к совокуплению,

б) оплодотворению;

• беременности;

• аборта;

• родов.

3. Экспертиза при половых преступлениях по поводу:

• насильственного полового акта (изнасилования);

• развратных действий;

• насильственных действий сексуального характера.

4. Экспертиза по иным поводам:

• установление возраста;

• идентификация личности;

• алкогольное опьянения;

• исключение отцовства и материнства (при спорном отцовстве и материнстве, при подозрении на подмену детей в родильном доме и др.).

В соответствии со ст. 196 УПК РФ назначение и производство

судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить:

1) характер и степень вреда, причиненного здоровью;

2) психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;

3) психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;

4) возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют.

Наиболее часто возникает необходимость установления вреда, причиненного здоровью, степени этого вреда, давности, механизма и способов его причинения. Перед проведением судебно-медицинской экспертизы или освидетельствования эксперт обязан установить личность освидетельствуемого по паспорту или заменяющему его документу. Паспортные данные должны быть внесены в «Заключение эксперта » или в «Акт судебно-медицинского освидетельствования». У освидетельствуемого подробно выясняют обстоятельства происшедшего события и заносят в вводную часть «Заключения эксперта» или «Акта судебно-медицинского освидетельствования». Рекомендуется ознакомление с другими материалами, имеющимися в уголовном деле и касающимися происшедшего события. Особое внимание должно быть уделено изучению медицинских документов (в подлинниках). Если потерпевший, подозреваемый или обвиняемый находится на стационарном лечении, его освидетельствование производят в стационаре. Освидетельствование необходимо проводить безотлагательно, так как с течением времени и под влиянием лечения изменяются характер и проявления повреждения, меняется состояние здоровья. В соответствии со ст. 197 УПК РФ следователь вправе присутствовать при проведении экспертизы, а также получать разъяснения эксперта по поводу проводимых им действий. Факт присутствия следователя при производстве судебно-медицинской экспертизы отражается в заключении эксперта. При освидетельствовании лица другого пола следователь не присутствует, если освидетельствование сопровождается обнажением данного лица (ст. 179 УПК РФ). Не допускаются также действия, опасные для жизни и здоровья участвующих лиц или унижающие честь и достоинства личности. При освидетельствовании по поводу половых преступлений необходимо присутствие медицинского работника (фельдшер, медсестра, лаборант) того же пола, что и освидетельствуемое лицо. «Правилами судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» предусматривается присутствие родителей и представителей органа образования при гинекологическом осмотре лиц, не достигших 16 лет. Иногда при проведении экспертиз по поводу причинения вреда здоровью экспертиза начинается тогда, когда следов телесных повреждений либо уже нет, либо телесное повреждение значительно изменило свой характер. В этих случаях устанавливать наличие и характер причиненного человеку вреда приходится по представленным эксперту медицинским документам (амбулаторным картам, медицинским картам стационарного больного и др.). Необходимо использовать только подлинники этих медицинских документов. Если в медицинских документах не содержится достаточных объективных данных о характере телесных повреждений, их исходе, тяжести причиненного вреда здоровью, судебно-медицинский эксперт должен воздержаться от заключения или возбудить ходатайство перед лицом, назначившим экспертизу, о предоставлении необходимых данных. Описание повреждений на теле освидетельствуемого производится по стандартной схеме, принятой судебно-медицинской практикой. В соответствии ст. 207 УПК РФ судебно-медицинская экспертиза может быть первичной, дополнительной и повторной. Эти экспертизы могут производиться либо одним экспертом, либо несколькими (комиссией). В абсолютном большинстве случаев

экспертиза носит характер первичной и завершается составлением заключения эксперта.

При недостаточной ясности и полноте такого заключения или возникновении новых обстоятельств, которые не были известны на момент вынесения постановления о назначении экспертизы, может быть назначена дополнительная экспертиза. Она, как правило, поручается тому же эксперту (экспертам), который проводил(и) первичную экспертизу, но может быть поручена и другому эксперту (ст. 207 УПК РФ). Экспертизу определения степени утраты общей (а в некоторых случаях и профессиональной) трудоспособности по уголовным и гражданским делам (при возбуждении иска о возмещении ущерба за причинение вреда здоровью в связи полученной травмой) в соответствии с правилами проведения таких экспертиз производят только в республиканских, краевых и областных центрах комиссиями из нескольких специалистов. Председателем такой комиссии является судебно-медицинский эксперт. Обычно на разрешение экспертных комиссий ставятся следующие вопросы:

определение степени утраты общей и профессиональной трудоспособности;

необходимость постороннего ухода, дополнительного питания, санаторно-курортного лечения; необходимость и сроки повторного освидетельствования. Экспертизу проводят после окончания лечения и определившегося исхода. В распоряжение экспертной комиссии предоставляются подлинники медицинских документов, отражающие характер повреждения и вес этапы лечения. Определение степени стойкой утраты общей трудоспособности (в процентах) производится по таблицам, издаваемым органами

социального страхования и утвержденным Министерством финансов РФ.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Амбулаторное и стационарное судебно-медицинское освидетельствование потерпевших, подозреваемых и других лиц является необходимым не только при экспертизе механических повреждений и последствий иных внешних воздействий на организм человека, но и для установления физического состояния здоровья и его болезненных нарушений. Установление состояния здоровья. Поводами для назначения

судебно-медицинской экспертизы состояния здоровья служат: • необходимость определения физического состояния свидетеля или потерпевшего, когда возникнет сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания (предусмотрено ч. 4 ст. 196 УПК РФ);

• отказ свидетеля, обвиняемого явиться в суд под предлогом плохого состояния здоровья;

• заявление подозреваемого или обвиняемого, содержащегосяв следственном изоляторе, о невозможности участвовать в проведении следственных действий (допросах, следственных экспериментах)под предлогом плохого состояния здоровья;

• отказ от призыва на военную службу и от выполнения обязанностей военной службы в связи с наличием заболевания (если оно не подтверждается медицинскими документами и обычным медицинским освидетельствованием);

• необходимость установления состояния здоровья и следов бывших ранений;

• необходимость в санаторно-курортном лечении, усиленном питании при возбуждении исков в гражданском процессе.

Ввиду особой сложности экспертиза состояния здоровья проводится комиссией с участием высококвалифицированных врчей-клиницистов соответствующих специальностей. При экспертизе состояния здоровья, если это необходимо, производят стационарное обследование в лечебных учреждениях для объективной проверки жалоб, предъявляемых свидетельствуемым. Следует иметь в виду, что при проведении экспертиз состояния здоровья может наблюдаться стремление освидетельствуемого «утяжелить» (аггравация) или «ослабить» (дезаггравация) и скрыть симптомы имеющегося заболевания (диссимуляция) или, наоборот, изобразить несуществующее заболевание (симуляция), предъявить симптомы заболевания, вызванного искусственно. Могут встречаться разные сочетания названных выше форм искажения истинного состояния здоровья или картины болезни.

**Экспертиза по определению степени тяжести вреда здоровью.**

Судебно-медицинскую экспертизу вреда здоровью проводят в соответствии с УПК РФ и с «Правилами судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью». Основанием для проведения судебно-медицинской экспертизы служит постановление следователя

(дознавателя) или определение суда.

В задачи судебно-медицинского эксперта при производстве этого вида экспертиз обязательно входит решение следующих вопросов:

1. Установление факта причинения вреда здоровью и его медицинская характеристика (рана, перелом и др.).

2. Выяснение механизма причинения вреда здоровью (воздействие одного или нескольких факторов внешней среды и механизм его действия).

3. Определение давности причинения вреда здоровью.

4. Установление степени тяжести вреда здоровью.

Кроме того, перед экспертом могут быть поставлены другие вопросы в связи с особенностями обстоятельств, при которых был причинен вред здоровью (выявление конкретного экземпляра орудия травмы и др.). Производство экспертизы только по медицинским документам

(карта стационарного больного, амбулаторная карта и др.) допускается лишь в исключительных случаях при невозможности проведения экспертом обследования потерпевшего и лишь при наличии медицинских документов, содержащих исчерпывающие данные о характере повреждений. Под вредом здоровью следует понимать нарушение анатомической целости и (или) физиологической функции органов

или тканей от воздействия повреждающего фактора (факторов) внешней среды, проявляющееся либо в повреждении, либо в заболевании, либо в болезненном состоянии.

Повреждающим фактором может быть материальное тело или явление, способное причинить вред здоровью человека. Квалифицирующими признаками, указывающими на наличие и характер вреда здоровью, являются:

• опасность вреда здоровью для жизни человека;

• расстройство здоровья и его длительность;

• расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности;

• утрата зрения, речи, слуха;

• утрата какого-либо органа либо утрата органом его функций;

• полная утрата профессиональной трудоспособности;

• прерывание беременности;

• неизгладимое обезображение лица;

• психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.

Для установления вреда здоровью и его тяжести достаточно одного из этих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда здоровью устанавливается по тому признаку, который соответствует большей тяжести вреда. УК РФ предусматривает ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью, вреда здоровью средней тяжести и легкоговреда здоровью (ст. 111—115).

Согласно ст. 111 УК РФ к тяжкому вреду здоровью относятся:

• опасный для жизни вред здоровью;

• неопасный для жизни вред здоровью, повлекший за собой хотя бы одно из перечисленных в ст. 111 УК РФ последствий, то есть закончившийся одним из указанных в этой статье последствий.

Опасным для жизни вредом здоровью считаются как повреждения, так и заболевания и патологические состояния, вызванные одним или несколькими факторами внешней среды, которые в момент причинения или при обычном своем течении оканчиваются смертью или создают реальную угрозу жизни. К группе опасных для жизни повреждений относятся:

• проникающие ранения черепа, в том числе и без поврежденияголовного мозга;

• открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;

• ушиб головного мозга тяжелой степени; ушиб головного мозга средней степени при наличии симптомов поражения стволового отдела;

• проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга и другие, согласно перечню, указанному в «Правилах».

Неопасный для жизни вред здоровью, являющийся тяжким по последствиям. Последствия повреждений или заболеваний, причиненных воздействием повреждающих факторов внешней среды, — это исход повреждений или заболеваний. Поэтому судебно-

медицинскую экспертизу оценки тяжести неопасного для жизни вреда здоровью производят после определившегося исхода повреждений или заболеваний.

К не опасным для жизни, но тяжким по наступившим последствиям относят следующие виды вреда здоровью:

1. Потеря зрения — полная стойкая постоянная слепота на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение остроты зрения.

2. Потеря речи, под которой понимается как анатомическая потеря языка, так и потеря способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными окружающим, либо в результате потери голоса.

3. Потеря слуха, под которой понимают полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3—5 см от ушной раковины. Потеря слуха на одно ухо как утрата органом его функций относится

к тяжкому вреду здоровью.

4. Потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций.

5. Психическое расстройство, вызванное воздействием повреждающего фактора внешней среды. Наличие психического расстройства, его диагностику и причинную связь с воздействием повреждающего фактора внешней среды, а также тяжесть психического заболевания устанавливает судебно-психиатрическая экспертиза. Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство, наркоманию, токсикоманию, производят комиссионно: судебно-медицинский эксперт с психиатром, наркологом, токсикологом (после проведения судебно-психиатрической, судебно-наркологической

и судебно-токсикологической экспертизы).

6. Прерывание беременности независимо от ее срока. Судебно- медицинскую экспертизу в этих случаях производят комиссионно с участием акушера-гинеколога.

7. Неизгладимое обезображение лица. Обезображение является не медицинским, а эстетическим понятием, поэтому судебно- медицинский эксперт не устанавливает наличие обезображения лица. Это является прерогативой суда. При повреждениях лица эксперт устанавливает тяжесть причиненного вреда здоровью в соответствии с признаками, указанными в статьях УК РФ и детализированными в «Правилах» (опасность для жизни, длительность расстройства здоровья и др.). Кроме того, эксперт должен определить, является ли повреждение лица изгладимым или неизгладимым. Если же для устранения этих последствий требуется косметическое оперативное вмешательство, то такое повреждение считается неизгладимым.

Вред здоровью средней тяжести. Уголовная ответственность за умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью предусмотрена ст. 112 УК РФ: «Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, не опасного для жизни человека и не повлекшего последствий, указанных в ст. 111 настоящего Кодекса, но вызвавшего длительное расстройство здоровья или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть, наказывается арестом на срок от трех до шести месяцев или лишением свободы на срок до трех лет». Таким образом, по смыслу ст. 112 УК РФ и в соответствии с «Правилами» признаками вреда здоровью средней тяжести являются:

• отсутствие опасности для жизни последствий травмы или заболевания, вызванных повреждающим фактором внешней среды, указанных в ст. 111 УК РФ;

• длительное расстройство здоровья продолжительностью свыше 3 недель (более 21 дня);

• значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть (от 10 до 30 % включительно).

Легкий вред здоровью. Уголовная ответственность за умышленное причинение легкого вреда здоровью предусмотрена ст. 115 УК РФ: «Умышленное причинение легкого вреда здоровью, вызвавшее кратковременное расстройство здоровья или незначительную

стойкую утрату трудоспособности...».

Признаками легкого вреда здоровью в соответствии с указанной статьей УК РФ и «Правилами» являются:

• кратковременное расстройство здоровья — временная утрата трудоспособности, продолжительностью не более 3 недель (21 день);

• незначительная стойкая утрата общей трудоспособности, равная 5 %. Ст. 116 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за побои (причинение ударов) или за иные насильственные действия, причинившие физическую боль, но не повлекшие кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности, то есть не причинившие вреда здоровью.

**Тема 8. Судебно-медицинская экспертиза вещественных до­казательств.**

Согласно УПК РФ под вещественными доказатель­ствами понимают «предметы, которые служили орудиями престу­пления или сохранили на себе следы преступления, или были объектами преступных действий обвиняемого, а также деньги и иные ценности, нажитые преступным путем, и все другие пред­меты, которые могут служить средствами к обнаружению престу­пления, установлению фактических обстоятельств дела, выявле­нию виновных либо к опровержению обвинения или смягчению вины обвиняемого». То есть вещественными доказательствами могут быть самые разнообразные объекты. Судебно-медицинской экспертизе подлежат вещественные доказательства, для исследо­вания которых требуются знания медицины и биологии.

Вещественные доказательства согласно являются одним из видов доказательств в уголовном процессе. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств оказывает существенную помощь органам дознания и следствия в расследовании уголовных дел, в раскрытии тех или иных престу­плений против личности, государства, а также в гражданских де­лах, особенно при судебно-медицинском исследовании крови в делах о спорном отцовстве, материнстве и замене детей.

Судебно-биологическая экспертиза, или судебно-медицинская экспертиза биологических объектов, фигурирующих в качестве вещественных доказательств, исследует различные объекты био­логического происхождения: кровь, сперму, волосы, пот, слюну, выделения из влагалища и носа, мочу, кал, меконий, сыровидную смазку, околоплодную жидкость, лохии, женское молоко и моло­зиво, а также кости и различные ткани и органы человека.

Вещественные доказательства биологического происхожде­ния разнообразны, поэтому к их исследованию привлекаются лица, обладающие специальными познаниями в различных об­ластях науки. Судебно-медицинский эксперт, являясь врачом, исследует объекты, изучение которых требует медицинских и отчасти биологических познаний.

Судебно-медицинские экспертизы вещественных доказательств проводят в биологических отделениях лабораторий бюро судебно-медицинской экспертизы специалисты, чья работа рег­ламентирована ФЗ от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Успешное и своевременное проведение экспертных исследо­ваний во многом зависит от правильного направления следова­телем на биологическую экспертизу документальных материа­лов, а также образцов крови (или других биологических объек­тов). В лабораторию направляются:

сопроводительное отношение (письмо);

постановление следователя или определение суда о назна­чении биологической экспертизы;

копия протокола осмотра места происшествия;

копии заключения судебно-медицинского исследования тру­па, освидетельствования живого лица или выписки из них;

копия заключения судебно-биологической экспертизы при назначении повторной экспертизы;

копия протокола изъятия образцов крови (слюны, волос), если таковые изымались.

Перед изъятием образцов объект подробно описывается с указанием всех его особенностей и подозрительных следов на нем. Так, при выявлении следов, напоминающих пятна крови, спермы, слюны, отмечается: количество и расположение следов, их форма, размеры, характер (цвет, степень пропитанности ма­териала, на котором они расположены, наличие на них корочек). При обнаружении волос и их частей указывается: распо­ложение и количество отдельных волос или размеры пряди, пучка, цвет, форма, длина волос, посторонние частицы, при­ставшие к волосам.

Все указанные сведения заносятся в протокол первичного осмотра вещественных доказательств на месте их обнаружения.

Трупный материал (кровь, волосы, желчь) на судебно-биологическую экспертизу направляет эксперт, вскрывавший труп, при этом он оформляет соответствующее отношение. Кровь от живых лиц направляется в лабораторию как в жидком, так и в высушенном виде. В последнем случае в качестве контроля на­правляется и чистая марля, служившая для пропитывания и вы­сушивания на ней образца крови. В таком же порядке направ­ляются в лабораторию и образцы трупной крови судебно-медицинским экспертом, производившим вскрытие трупа.

При проведении экспертиз крови в делах о спорном отцов­стве, материнстве или замене детей производится одномомент­ное взятие крови у всех проходящих по делу лиц — ответчика, ребенка и его матери, причем перед взятием крови устанавлива­ется подлинность лица, проходящего экспертизу.

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. Поэтому в каждом уголовном деле между следователем, назначившим судебно-биологическую экспертизу, и экспертом-биологом необходимо наладить деловой контакт и взаимопони­мание, поскольку целесообразно, чтобы они совместно отобрали вещественные доказательства на экспертизу, определили экс­пертные возможности по каждой конкретной экспертизе с учетом имеющихся в распоряжении следствия доказательств, согласовали точные формулировки вопросов, ставящихся перед экспертом.

***Установление наличия следов крови.*** При расследовании уголовных дел большое значение имеет установление присутствия следов крови на самых различных предметах.

Выявление крови на вещественных доказательствах — пер­вый обязательный этап любой судебно-медицинской экспертизы крови. Причем, только доказав наличие следов крови, эксперт может приступить к решению других вопросов, поставленных перед ним следователем. Если же эксперт не смог доказать при­сутствие следов крови на том или ином предмете, он должен отказаться от решения других стоящих перед ним вопросов. По­этому эксперт должен четко, а главное обоснованно решать во­прос о наличии или отсутствии крови в исследуемом пятне, на том или ином предмете (объекте).

В качестве предварительной пробы на наличие следов крови применяют *метод исследования в ультрафиолетовых лу­чах.* При таком исследовании пятна крови имеют темно-коричневый цвет и бархатистый вид. При старении пятен крови содержащийся в ней гемоглобин под действием различных внешних факторов может перейти в особый пигмент — гематопорфирин, который дает в ультрафиолетовых лучах яркое оранжево-красное свечение. Исследование в ультрафиолето­вых лучах помогает иногда обнаружить подозрительные пятна на участках, подвергшихся замыванию.

В судебной медицине широко распространен *метод абсорбци­онной спектроскопии* (микроспектральный, основанный на спо­собности гемоглобина и его производных — гемохромоген, гематопорфирин — поглощать световые волны определенной длины и образовывать спектры поглощения). Обнаружение спектра гемо­глобина или одного из его производных доказывает наличие кро­ви в исследуемом пятне. Микроспектральный метод обнаружения крови очень чувствителен, он позволяет выявлять кровь в ни­чтожно малых, микроскопических количествах.

В последнее время разработаны новые способы диагностики наличия крови. К ним относятся *хроматографические методы* исследования (микрохроматография на бумаге, хроматография на силуфоловых пластинках), отличающиеся доступностью, вы­сокой чувствительностью, возможностью одновременного ис­следования большого количества материала и сохранения хроматограмм в качестве вещественных документов результатов ис­следования, а также *серологические методы* определения гемо­глобина в пятнах крови с помощью гетероиммунных антигемоглобиновых сывороток. Простым доказательным методом уста­новления наличия крови является *эпимикроскопия.* При наличии на гладкой поверхности предмета едва заметного тонкого следа, похожего на кровь, его исследуют с помощью прибора опак-иллюминатора. В таком объекте путем непосредственной эпимикроскопии могут выявляться эритроциты, доказывающие кровяную природу следа.

***Экспертная оценка различных методов установления наличия крови*** должна быть следующей. Ориентировочные пробы на на­личие крови, если даже они и применялись, оцениваться не должны, поскольку они не являются строго специфичными для крови и носят вспомогательный характер Положительный ре­зультат любой примененной экспертом доказательной реакции свидетельствует о присутствии крови в исследованном объекте. При отрицательном — выводы об отсутствии крови в исследованном объекте не должны быть столь категоричны. Если были использованы все высокочувствительные методы установления наличия крови и получен отрицательный результат, то выводы об отсутствии крови в исследованном объекте должны строиться в зависимости от характера и состояния самого объекта. При достаточных размерах похожего на кровь пятна, а также при от­сутствии загрязнения предмета-носителя выводы об отсутствии крови будут более категоричными, и, наоборот, при крайне ма­лом количестве исследованного объекта и при сильном загрязнении материала — более осторожными.

***Определение видовой принадлежности крови.*** После выявления на вещественных доказательствах следов крови необходимо оп­ределить видовую специфичность ее белков, т.е. установить, принадлежит ли кровь человеку или животному.

Проведение такого исследования, с одной стороны, может диктоваться обстоятельствами дела, когда в процессе расследова­ния возникают версии о происхождении следов крови не только от человека, но и от животного, а с другой - потребностью даль­нейшего установления группы крови для решения вопроса о воз­можности происхождения ее от определенного лица, что нельзя сделать без определения видовой принадлежности крови.

Во многих случаях одно только установление вида крови может сыграть значительную, если не решающую, роль в рас­крытии преступления или обстоятельств происшествия. Это относится ко всем случаям браконьерства, незаконного убоя скота, авиационных происшествий (когда возникает версия о столкновении с птицей как причиной авиационной катастро­фы). Кроме того, иногда подозреваемые в совершении пре­ступления пытаются объяснить принадлежность обнаружен­ной на их одежде крови не человеку, а, например, какому-нибудь домашнему животному, птице и т.п. В этих случаях определение видовой принадлежности крови позволяет под­твердить или опровергнуть версию подозреваемого о проис­хождении следов крови на его одежде.

В судебно-медицинской практике для установления видо­вой принадлежности крови используют различные иммунологические методы, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью.Они основаны на строго специфичном взаи­модействии видовых антигенов и антител, проявляющемся ре­акцией преципитации. Живой организм в ответ на введение чужеродного белка (антигена) вырабатывает особые вещества — антитела, взаимодействующие только с белком данного вида. Таким образом, если какому-нибудь животному ввести в кровь белок (сыворотку крови) другого животного, то в его организ­ме выработаются антитела, взаимодействующие с белком жи­вотного данного вида.

При взаимодействии иммунной антисыворотки, содержащей антитела на белок определенного вида животного, с белком крови того же животного происходит реакция между антигеном и антителом, проявляющаяся в выпадении осадка (преципита­та). Располагая набором иммунных сывороток, преципитирующих белки человека и различных животных, эксперт может ус­тановить видовую принадлежность крови в исследуемом пятне путем контакта этих сывороток с вытяжками из пятна крови. Для нужд судебной медицины выпускаются сыворотки, преципитирующие белки человека и некоторых животных (рогатого скота, лошади, свиньи, птицы, кошки, собаки).

Реакция препицитации сама по себе не устанавливает нали­чия крови, а лишь определяет видовую специфичность ее бел­ков, поэтому в каждом подозреваемом на кровь пятне сначала устанавливают ее присутствие, а потом определяют вид. Следует помнить, что белки живого организма, характеризующие его видовую специфичность, содержатся не только в крови, но и во всех тканях, органах и выделениях организма. Поэтому реакци­ей белковой преципитации можно установить видовую принад­лежность не только пятен крови, но и пятен любых выделений. Этот факт важен для экспертной оценки результатов исследова­ния, он еще раз свидетельствует об обязательности начального установления присутствия крови в исследуемом пятне. Если в таком пятне, лишь подозрительном на кровяное, имеются ка­кие-нибудь выделения человека (например, пот, слюна, моча, выделения из носа и т.д.), то выявление в нем человеческого белка можно ошибочно трактовать присутствием крови, которой на самом деле нет. Дальнейшее выявление в подобном пятне групповых факторов, относящихся к выделениям человека, а не к его крови, может еще более усугубить ошибку эксперта.

Реакция преципитации чувствительна и позволяет открывать видоспецифичный белок в пятнах крови площадью в несколько квадратных миллиметров. Результат реакции зависит не только от размеров, интенсивности пятен крови и степени пропитывания ею материала предмета-носителя, но и от состояния белков кро­ви, главным образом их растворимости. Следует помнить, что видоспецифичные белки крови крайне чувствительны к различ­ным физическим и химическим воздействиям, поэтому для ус­пешного определения вида крови в пятнах на вещественных до­казательствах необходимо правильноих хранить и пересылать в лабораторию. Так, неправильная термическая обработка предме­тов со следами крови (сушка при высокой температуре) приводит к тому, что ее белки переходят в нерастворимое состояние, пре­пятствующее установлению их вида, а пересылка влажной одеж­ды со следами крови — к ее загниванию и денатурации белков.

Экспертная оценка результатов реакции преципитации должна быть следующей. Выпадение осадка (преципитата) в пробирке с вытяжкой из пятна крови и соответствующей преципитирующей сывороткой и отсутствие осадка в контрольной пробирке (с вытяжкой предмета-носителя) позволяет выявить определенный вид крови в исследуемом пятне.

Отсутствие осадка с вытяжкой из исследуемого пятна крови при использовании всех имеющихся сывороток может быть обу­словлено различными причинами – кровью какого-либо другого вида животного, разрушением или нерастворимостью белков крови, недостаточным ее количеством. В таких случаях прибегают к концентрированию вытяжек и использованию более чувствитель­ных методик установления видовой принадлежности крови. К ним можно отнести реакцию преципитации на специальной хроматографической фильтровальной бумаге, в узком стеклянном капилляре, а также метод электропреципитации (преципитация в араговом геле с использованием электрического тока).

В настоящее время с целью повышения чувствительности и разрешающей способности реакции преципитации в качестве регистратора образования преципитата применяют лазерный индикатор. Этот метод позволяет определять видовую принад­лежность крови в смешанных и труднорастворимых пятнах, в следах крови на загрязненных предметах-носителях и т. п.

***Определение групповой принадлежности крови.*** В крови чело­века содержатся многочисленные антигены эритроцитарных, сывороточных и ферментных систем, передающиеся по наслед­ству, причем их различные сочетания в каждой системе характе­ризуют ту или иную группу крови. Особенности антигенного набора в различных системах крови человека позволяют решать вопрос о возможности или невозможности происхождения сле­дов крови от конкретного лица.

Чем шире круг исследованных систем, тем выше возмож­ность такого дифференцирования. Групповую принадлежность крови определяют не только в пятнах на вещественных доказа­тельствах, но и в крови проходящих по делу лиц (потерпевших или подозреваемых). Полученные результаты сопоставляются, и в зависимости от них эксперт делает вывод о возможности про­исхождения следов крови от того или иного лица.

При судебно-медицинском исследовании трупа с поврежде­ниями, сопровождающимися наружным кровотечением, опреде­ление групповой принадлежности трупной крови обязательно, поскольку в дальнейшем могут быть обнаружены следы крови на предметах, у лиц, подозреваемых в преступлении, на транс­портных средствах, месте происшествия и т. д. Групповая при­надлежность этих следов должна сопоставляться с групповой принадлежностью образцов крови погибшего.

Возможность определения различных групп эритроцитов, сыворотки и ферментов в крови живых людей, а также трупов, не подвергшихся резким гнилостным изменениям, значительно шире, чем в высохших следах крови. Это объясняется снижени­ем активности большинства групповых антигенов крови при ее высыхании, разрушением групповых свойств под воздействием на пятно крови различных факторов внешней среды, а также неблагоприятным влиянием всевозможных загрязнений вещест­венных доказательств на реакции выявления групповых свойств в следах крови. В ряде случаев экспертные возможности группо­вой идентификации или дифференциации следов крови ограни­чены малым размером пятен крови. Между тем в большинстве случаев (за исключением экспертиз крови в делах о спорном отцовстве, материнстве и замене детей) при судебно-медицин­ском исследовании вещественных доказательств приходится сталкиваться именно со следами крови (пятнами, помарками, засохшими брызгами и т. д.).

Последовательность определения групповых антигенов в сле­дах крови на вещественных доказательствах в основном зависит от групп крови проходящих по делу лиц. Поэтому эксперт внача­ле исследует набор групповых антигенов в образцах потерпевших, обвиняемых или подозреваемых. Эти образцы должны быть пре­доставлены эксперту следственными органами без изменения.

***Выявление эритроцитарных групп в пятнах крови.*** Классиче­ская система группы крови АВО имеет первостепенное значение для судебно-медицинского дифференцирования следов крови. Это связано с высоким полиморфизмом этой системы, с благо­приятной частотой распространения групп среди население всего Земного шара и, главное, с исключительной устойчивостью ан­тигенов данной системы крови к внешним воздействиям среды.

В пределах данной системы всех людей можно разделить на четыре основные группы: А (I), А (II), В (III) и АВ (IV).

Передающиеся по наследству различия антигена А, подраз­деляющие его на А1 (А «сильное») и А2 (А «слабое»), расширя­ют полиморфизм системы АВО до шести групп: 0 (I), А1 (II), А2 (II), В (III), А1В (IV) и А2В (IV). Подгруппы А1, А2, А1В и А2В увеличивают возможность судебно-медицинского дифференци­рования следов крови.

Средняя частота встречаемости групп системы АВО (О — 35%, А1 - 30%, В - 20%, А1В - 8%. А2 - 5%, А2В - 2%) по­зволяет во многих экспертных случаях дифференцировать кровь одного человека от другого исследованием только одной этой системы. В зависимости от конкретных данных, имеющихся в распоряжении следственных органов, такое дифференцирование иногда бывает достаточным для выяснения многих обстоя­тельств преступления или происшествия.

Сейчас систему АВО принято называть системой АВО (Н). Это связано с тем, что в эритроцитах крови большинства людей с группами А (II), В (III) и АВ (IV) содержится сопутствующий антиген Н, близкий по природе к антигену О. Выявление такого антигена в пятнах и образцах крови проходящих по делу лиц прочно вошло в экспертную практику. Оно, во-первых, в какой-то мере расширяет возможность группового дифференцирова­ния следов крови (например, потерпевший А (II) группы с со­путствующим антигеном Н, а подозреваемый А (II) группы без сопутствующего антигена Н) и, во-вторых, необходимо для оценки результатов определения групповой принадлежности крови и выделений в смешанных пятнах.

Определение групп крови системы АВО (Н) основано на вы­явлении соответствующих антигенов и агглютининов. Для судебно-медицинской диагностики группы крови в исследуемом пятне решающим является обнаружение того или иного антиге­на. Это вызвано тем, что агглютинины альфа и бета в крови разных лиц имеют различную силу выраженности, более под­вержены воздействиям и сохраняются в пятне крови от не­скольких дней до нескольких месяцев и даже лет. Антигены же А, В, О и Н при отсутствии гниения или бездействия каких-либо сильных разрушающих факторов (ультрафиолетовых лучей, высокой температуры и т. п.) сохраняются в пятне крови десят­ки, сотни и даже тысячи лет.

В настоящее время существуют три основных метода выяв­ления антигенов системы АВО (Н) в пятнах крови, причем каж­дый имеет ряд модификаций, направленных на устранение все­возможных неблагоприятных воздействий на ход иммунологической реакции абсорбции, а также методы абсорбции-элюции смешанной агглютинации.

Количественный метод абсорбции агглютининов довольно прост, не требует высокоактивных диагностических реагентов, его модификации позволяют избежать влияния различных за­грязнений предмета-носителя. Главный его недостаток — срав­нительно малая чувствительность, вследствие чего он требует довольно значительного количества исследуемого пятна крови (30—50 мг сухой крови вместе с материалом предмета-носителя). При малых количествах крови его не всегда можно применить.

Серологические методы абсорбции-элюции в смешанной агглютинации в основном применяются для установления груп­повой принадлежности крови в следах малого размера. Достоин­ство их — исключительная чувствительность, позволяющая вы­являть групповые антигены системы АВО в ниточке крови дли­ной не более 0,5—0,7 см. Эти методы значительно расширили возможности группового дифференцирования следов крови на вещественных доказательствах и сейчас взяты на вооружение всеми экспертными судебно-медицинскими учреждениями. Не­обходимо отметить, что для методов абсорбции-элюции, и осо­бенно смешанной агглютинации, требуются диагностические сыворотки высокой активности. Кроме того, высокая чувстви­тельность методов требует от эксперта большой осторожности и особой тщательности в соблюдении всех этапов исследования во избежание появления неспецифических реакций, которые могут привести к экспертным ошибкам.

Агглютинины альфа и бета так же, как и групповые антиге­ны системы АВО (Н), имеют диагностическую ценность для судебно-медицинского исследования пятен крови. Выявление да­же одного агглютинина в исследуемом пятне крови иногда по­зволяет исключить возможность происхождения крови от кон­кретного лица. Например, выявление в пятне крови только од­ного агглютипина альфа свидетельствует о том, что эта кровь не могла произойти от лиц с А (II) и АВ (IV) группами крови.

Существует еще целый ряд более редких систем, также имеющих экспертное значение.

***Определение половой принадлежности крови.*** Решение этого во­проса часто имеет огромное значение для следствия, особенно в тех случаях, когда групповая характеристика крови лиц разного пола, проходящих по делу, совпадает. Известно, что у женщин имеются две одинаковые половые хромосомы (XX), а у мужчин — две разные (ХУ). Для мужской хромосомы У характерно специ­фическое свечение (люминесценция), возникающее при обработ­ке мазка крови, а следовательно, и ядер ее клеточных элементов специальным красителем (флюорохромом). На этом свечении У-хромосомы, выявляемом люминесцентным микроскопированием мазков крови, и основан диагноз мужской крови.

Для установления половой принадлежности крови указан­ным выше методом требуется сравнительно большое количе­ство крови (пятно крови размером 1,5х1,5 см и более). Дан­ный метод позволяет проводить диагностику пола по пятнам значительной давности (более полугода).

**Обнаружение следов крови**

Обнаружение следов крови часто представляет известную трудность, особенно при осмотре предполагаемого места пре­ступления. В большинстве случаев преступник пытается замыть или уничтожить их. Поэтому малозаметные следы возможно об­наружить лишь при тщательном осмотре (они могут иметь жел­товатый или желтовато-розовый цвет).

Со временем кровь в пятнах изменяет цвет, и пятна крови вместо красных становятся буро-коричневыми, иногда почти черного цвета или приобретают зеленоватый оттенок (загнившая кровь). Такое изменение цвета крови зависит от срока, про­шедшего после образования следа, внешних воздействий, цвета и качества предмета, на котором находится след, и др. Все это также затрудняет обнаружение следа крови.

Характер предмета и его цвет могут либо облегчить либо за­труднить обнаружение пятен крови. На предметах, имеющих белую окраску, пятна крови обычно хорошо заметны и имеют красный, коричневый или бурый цвет; на свежей извести при­обретают оранжевый цвет; на чистом снегу становятся светло-розовыми; на тканях и других предметах, окрашенных в темные тона (черный, темно-синий, темно-коричневый цвет), они пло­хо различимы, могут выглядеть несколько более светлыми, чем окружающий фон. Такие пятна легче выявляются при хорошем естественном освещении.

Если при простом осмотре трудно обнаружить следы крови, предметы следует осмотреть в косопадающем свете, в ультра­фиолетовых лучах (для это цели можно применить кварцевую лампу или ультрафиолетовый осветитель - УФО). При иссле­довании в ультрафиолетовых лучах пятна крови имеют темно коричневый цвет и бархатистый вид (относительно свежие пятна) или оранжево-красный цвет (старые пятна). Такое ис­следование не видоизменяет кровь и не влияет на ее дальнейшее исследование.

В исключительных случаях, когда выявление пятен крови особенно затруднено, а их обнаружение имеет большое значение для дела, допускается применение так называемых предварительных проб на наличие крови (для ориентировочного реше­ния, может ли данное пятно быть пятном крови, а также для выявления площади распределения ее следов, например при исследовании замытой крови на полу, на стенах). Такие пробы очень чувствительны, но неспецифичны и непостоянны: положительный результат может быть получен и без крови, а при разрушении крови наблюдается и отрицательная проба. Поэтом необходимо очень осторожно оценивать результаты подобных проб. Их применение оправдано лишь тогда, когда на месте происшествия не удается обнаружить видимых следов крови и возникает вопрос, что изымать для исследования.

Наиболее распространены предварительные пробы с 3%-м раствором перекиси водорода, когда на край пятна наносятся его маленькие капли. При наличии крови, как и ряда других веществ, перекись водорода разрушается и выделяющиеся при этом пузырьки кислорода вспенивают каплю жидкости с образованием мелкой пены.

В затемненном помещении рекомендуется использовать paствор люминола, который содержит 0,1 г люминола, 0,5 г гидрокарбоната натрия и 10 мл пергидролля на 1 л дистиллированной воды. Он наносится пипеткой или с помощью пульверизатора на подозрительные участки. Появление голубоватого свечения и образование пены свидетельствуют о положительной реакции.

Иногда при наличии данных, свидетельствующих о возмож­ном удалении следов крови, целесообразно направлять на экс­пертизу и предметы без видимых следов крови (чаще всего оде­жду). При отсутствии крови на поверхности материи она может сохраниться в более глубоких ее слоях между нитями и волок­нами (даже после стирки с мылом). Горячая вода, спирт, бен­зин, свертывая белки крови, фиксируют ее и удаляют их только механически, но не растворяют. Такую кровь можно обнаружить лишь специальным исследованием. В этих случаях использова­ние предварительных проб для отыскания следов крови недо­пустимо, так как применяемые в них реагенты делают невоз­можным дальнейшее исследование крови.

Как правило, преступник не в состоянии уничтожить все следы на месте происшествия. Обычно следы малых размеров или в скрытых местах (например, в щелях пола, под плинтуса­ми) остаются, и их необходимо обнаружить. Поэтому при ос­мотре помещения, где, как предполагается, совершено убийство, осматривают не только пол, стены, потолок, но и щели в полу, доски с нижней стороны, стоки и вентиляционные решетки. Туда кровь могла затечь или попасть при замывании пола. При осмотре предметов мебели особое внимание обращают на места соединения частей, различного рода щели и углубления.

При подозрении на расчленение трупа тщательно осматри­вают ведра, тазы, ванны, раковины, унитазы и другие подобные предметы. Особого внимания требуют места соединения частей этих предметов (дна и боковых стенок ведра), щели и т. п.

При осмотре места происшествия на открытой местности следы крови могут быть обнаружены на грунте, траве, листьях и других предметах. Пропитанная кровью земля имеет несколько более темный цвет, чем окружающие участки. Следы крови мо­гут быть сверху засыпаны песком, опилками, землей, на что также необходимо обращать внимание.

При автодорожных происшествиях обязателен осмотр днища автомашины (желательно над ямой). В зависимости от конкрет­ных обстоятельств происшествия осматривают колеса, высту­пающие части (фары, передний бампер, обшивку радиатора, ветровые стекла, крылья), а также щели и места соединения де­талей снизу и с внутренних сторон.

При поиске следов крови на возможных орудиях преступле­ния (ножах, топорах и т.д.) тщательно осматривают не только их поверхность, но и различного рода щели, углубления, куда мо­жет затечь кровь, места соединения частей этих предметов (то­пора с топорищем, клинка ножа с рукояткой и т. д.), для чего их разбирают. Необходимо разобрать и осмотреть также внут­реннюю поверхность ножен холодного оружия (кинжала, шаш­ки, сабли, штык-ножа и т. д.).

Вначале производят общий осмотр предмета, затем – все его детали, обращая особое внимание на указанные выше места. Осмотр подозрительных мест и деталей предмета, где предпо­лагается наличие крови, производится с помощью лупы.

Предметы одежды лица, подозреваемого в совершении преступления, должны осматриваться не только с наружной стороны, но и с изнанки, так как с лицевой стороны кровь может быть удалена. Рекомендуется обращать внимание на швы одежды, где кровь уничтожить труднее, на карманы и участки вокруг них, обшлага, петли, пуговицы. Замытые пят­на крови с наружной стороны теряют свой цвет, становятся малозаметными, но с изнанки или на внутренних слоях одеж­ды они могут хорошо сохраняться и их легко различить. Для обнаружения замытых пятен крови следует применить осмотр в ультрафиолетовых лучах. Обувь надо осматривать сверху, изнутри и со стороны подошвы. Там в различных углублениях и трещинах может остаться кровь.

При осмотре подозреваемого можно выявить следы крови под ногтевыми пластинками, в области половых органов и т. д.

Со следами крови надо обращаться осторожно, так как ее корочки легко отделяются от предметов, на которых расположе­ны, и могут быть утрачены при неокуратном обращении. Пред­меты со следами крови надо брать руками лишь за участки, сво­бодные от крови, иначе на эти следы можно занести посторон­ние загрязнения. Чем скорее после совершения преступления будет произведен осмотр, тем легче и в большем количестве можно обнаружить следы крови. В противном случае они могут быть уничтожены дождем, покрыты снегом. Кроме того, свежие следы крови более заметны, чем старые, и преступник будет иметь меньше времени для уничтожения следов.

Особенности следов крови помогают высказать мнение о взаимном положении обвиняемого и потерпевшего в момент получения ранения, характере и обширности повреждений. Так, при изнасиловании, сопровождавшемся растлением, следы кро­ви чаще образуются на нижнем белье потерпевшей и на брюках обвиняемого. Обнаружение большого количества пятен крови или лужи свидетельствуют о том, что в данном месте у кого-то было обильное кровотечение. По форме следов крови можно судить о механизме их образования (возникли ли они, напри­мер, от брызг крови или при падении капли на горизонтальную поверхность), о возможном передвижении жертвы после полу­чения повреждений и др.

Цвет пятен крови позволяет эксперту хотя бы примерно ориентироваться в давности их образования. Количество и размеры следов крови в определенной степени могут зависеть от характера и количества нанесенных повреждений. Форма следов крови иногда помогает установить и ряд других об­стоятельств преступления.

В зависимости от особенностей образования следов крови различают несколько их форм. При кровотечении из повреж­денного сосуда (вены, артерии) возникают капли, брызги, струя, которые образуют пятна, потеки, лужи. Характер пятен от ка­пель, брызг, струи крови различен. Если капли крови падают отвесно с небольшой высоты на горизонтальную поверхность, образуются пятна округлой формы. По мере увеличения высоты падения пятна сначала приобретают зубчатость по краям, затем от них начинают отходить лучи, а потом вокруг основного пятна появляются вторичные маленькие пятна (от разбрызгивания крови). Чем больше высота падения, тем большую окружность занимают вторичные пятна. При падении капель крови с доста­точно большой высоты они утрачивают округлую форму.

При падении капель под углом (на наклонную поверхность) — форма их пятен овальная, причем чем острее угол встречи капли с поверхностью предмета, тем длиннее ось вала, которая приоб­ретает форму восклицательного знака.

Если предмет, на который падает кровь, хорошо ее впитыва­ет, форма первоначально сформировавшегося следа крови мо­жет быть в дальнейшем значительно изменена. Следы, образо­вавшиеся на предметах, не обладающих способностью впиты­вать кровь, обычно сохраняют свой первоначальный вид.

Изучение пятен крови в виде брызг имеет большое значение, так как помогает судебному медику устанавливать обстоятельства их возникновения. При жизни брызги крови образуются при повреждениях главным образом артерий, повторных ударах ту­пыми предметами (особенно по голове), размахивании кровото­чащей рукой, во время борьбы, самообороны, передвижения пострадавшего. Пятна от брызг крови обычно располагаются на ограниченной площади в форме прямой полосы, веера, дуги, конуса. Им присуще однообразие размера и формы. Чаще всего они мелкие, округлые и овальные, некоторые имеют форму вос­клицательного знака, расположены густо. Узкий конец овала направлен в сторону движения капли. Этот край бывает неров­ным, со вторичными пятнами от разбрызгивания.

При попадании струи крови на горизонтальную плоскость (пол) появляются пятна от брызг, занимающие общую площадь в форме конуса, на вертикальную плоскость (стены, окна, две­ри) — либо потеки крови с булавовидным утолщением сверху, либо вертикальные цепочки из отдельных пятен. В верхнем от­деле цепочки пятна крови крупнее и расположены гуще, в ниж­нем — мельче и реже.

При попадании брызг крови на горизонтальную плоскость с окровавленного предмета, части тела, при размахивании и встряхивании пятна занимают неширокую полосу, более круп­ные расположены в начале следа. На вертикальных плоскостях при встряхивании капли крови оставляют пятна, которые рас­полагаются в виде полосы или занимают большую площадь.

Пятна крови в виде потеков образуются при попадании крови на наклонную или отвесную поверхность. Стекая с нее, кровь образует след в виде потека — равномерного по ширине удлинен­ной формы пятна. Нижний отдел такого потека окрашен более интенсивно, иногда он булавовидно утолщен, так как именно здесь скапливается кровь. Этот признак позволяет определять на­правление отекания крови. Если потеки идут в разных направле­ниях, скрещиваются, то это значит, что вскоре после нанесения повреждения с наружным кровотечением положение тела (или предмета) было изменено. По ряду признаков можно установить последовательность образования скрещивающихся потеков: вто­рой по времени образования потек (через 10—15 мин) у места пересечения с первым, подсохшим, умеренно расширен или же изменяет свое направление, располагаясь вдоль него. Исследование скрещивающихся потеков крови используется для установления последовательности их образования.

Лужи крови свидетельствуют об обильном кровотечении. Они могут быть различных размеров и форм и возникают при повреждениях крупных сосудов, сердца или при длительном кровотечении из более мелких сосудов. Форма и размеры луж крови зависят не только от количества излившейся крови, но и от свойств среды (предмета), на который она попала,

Отпечатки от окровавленных рук, ног, орудий преступления, образующиеся от дотрагивания ими до различных предметов (например, пальцами рук до электрической лампочки при выкручивании патрона, ходьба испачканными кровью босыми но­гами по полу и др.), сохраняют форму соприкасавшейся поверх­ности. Помарки (мазки) крови, наблюдаемые при скольжении одного предмета по окровавленной поверхности другого или вытирании окровавленных рук, орудий бумагой, материей и т д., не воспроизводят форму соприкасавшейся поверхности.

Отпечатки возникают при плотном контакте и могут быть использованы для идентификации личности (отпечатки рук, ног), оставившей след, или же для установления преступника (обувь) и орудия преступления. Отпечатки вначале направляют на криминалистическую экспертизу и только после этого произ­водят их судебно-медицинское исследование. Обычно по форме помарок и мазков установить источник их образования не уда­ется. Однако в некоторых случаях можно высказать предполо­жение о механизме их происхождения (например, о том, что мазки и помарки произошли в результате вытирания окровав­ленного ножа, волочения трупа и т. п.).

При описании предмета указывается точное его наименова­ние, размеры, форма, цвет, фасон, степень износа и загрязнения (для одежды), материал, из которого он изготовлен, и имею­щиеся особенности и дефекты.

Обнаруженные на вещах следы, похожие по внешнему виду на кровь, осматриваются экспертом-медиком невооруженным глазом и с помощью лупы, а затем тщательно описываются в оп­ределенной последовательности. Вначале указывается точное ме­стоположение следа по отношению к поверхности предмета и к двум взаимно перпендикулярным точкам на нем (в метрических мерах), а затем — форма, размер, цвет, характеристика контуров краев, поверхности, наложений, количество следов. При их рас­положении на ограниченной площади указывают также ее форму и размеры, другие особенности следа. Отмечается присутствие на поверхности пятен подсохших корочек. При описании одежды, обуви и других вещественных доказательств пользуются соответ­ствующими таблицами, где приведены стандартные наименова­ния отдельных частей предмета. В случаях, когда специальное наименование описываемых частей предметов неизвестно следо­вателю или эксперту, рекомендуется пользоваться такими обо­значениями, как передняя и задняя поверхность, верхняя и ниж­няя части, левая и правая половина, лицевая сторона и изнанка. После определения местоположения следа на определенной части предмета измеряют расстояние от него до каких-либо ближайших точек или линий (швы и места их соединения, петли, пуговицы, края одежды, карманы, застежки и др.).

При описании пятен крови на таких предметах, как просты­ни, носовые платки, полотенца, куски бумаги и т.п., прибегают к условным обозначениям: одну из сторон условно обозначают лицевой, а другую — изнанкой, для чего к ним пришивают ку­сочки бумаги с соответствующими надписями. При фиксации расположения таких следов могут быть использованы различия в длине или форме краев предмета. Иногда при описании рас­положения пятен края предмета обозначают цифрами, для чего к ним пришивают кусочки бумаги с соответствующими обозна­чениями номеров. Так же поступают и при описании следов на других предметах.

Правильное описание расположения следов необходимо для того, чтобы работники следствия знали, все ли следы, отмечен­ные ими, были исследованы и в каком из них что найдено. Это важно и при повторной экспертизе. Категорически запрещается делать какие-либо пометки на вещественных доказательствах карандашами, чернилами, красками и т. п., а также приклеивать к ним бумажки с номерами. Наносить на вещественные доказа­тельства что-либо запрещается, так как это может повлиять на ход исследования. На матерчатых предметах следы для их обо­значения обшивают по краям нитками.

Желательно также сфотографировать предметы со следами крови. Фотографии прилагаются к протоколу осмотра места происшествия. При невозможности сделать фотографии состав­ляются схемы расположения пятен крови с соблюдением мас­штаба. В них точно указывают форму следов и их расположение. Схемы прилагаются к протоколу осмотра места происшествия и хорошо его иллюстрируют.

После обнаружения, осмотра и фиксации в протоколе ос­мотра места происшествия следы, похожие на кровь, изымают­ся, упаковываются и направляются на исследование. При этом принимаются меры предосторожности, гарантирующие сохране­ние следов в том виде, в каком они были обнаружены. Неболь­шие предметы со следами, подозрительными на кровь, изыма­ются и направляются на экспертизу целиком (предметы одежды, обувь, орудия преступления — топоры, ножи и др.). Это позво­лит эксперту лучше ориентироваться в расположении и форме пятен, а следовательно, разобраться в механизме их образова­ния. При расположении пятен на громоздких предметах (пол, дверь, автомашина, шкаф и др.) изымается часть предмета со следами крови и часть без следов (для контрольного исследова­ния). Без контрольных исследований предмета-носителя резуль­таты экспертизы не будут полноценными.

С предметов, имеющих художественную ценность (картины, статуи и др.), пятна крови изымают путем осторожного соскаб­ливания или смыва. Смыв производится на марлю, смоченную физиологическим раствором или дистиллированной водой. Вме­сте со смывом в качестве контрольного образца на исследование направляется чистая марля. Для производства этих действий це­лесообразно пригласить судебно-медицинского эксперта.

Пятна крови, расположенные на штукатурке стены, обычно изымают, вырезая кусок штукатурки, который должен обязатель­но содержать и чистые, незапятнанные кровью участки (для кон­трольного исследования). В исключительных случаях, когда изъ­ять кусок штукатурки не представляется возможным, пятно со­скабливают (с минимально возможной примесью самой штука­турки). Рядом с пятном с поверхности стены соскабливают часть штукатурки для контроля. Полученные соскобы заворачивают в чистую бумагу, на которой делаются соответствующие надписи.

При нахождении пятен крови на земле, песке и т. п. их изымают вместе с грунтом на всю глубину пропитывания кро­вью, заворачивают в бумагу или иной упаковочный материал. Для контроля в лабораторию направляется образец грунта, не пропитанного кровью.

При обнаружении следов крови на снегу их изымают с воз­можно меньшим количеством снега и помещают в какой-либо сосуд (например, на тарелку), на дно которого предварительно кладут в несколько раз сложенную марлю или материю. При таянии снега кровь пропитывает марлю, которую затем высуши­вают при комнатной температуре и направляют для исследова­ния. В лабораторию посылают и чистый образец этой марли. Изымать окровавленный снег и помещать его прямо в сосуд нельзя; в таких случаях кровь будет сильно разбавлена водой от растаявшего снега, что затруднит исследование. Кроме того, кровь в таком состоянии быстро загнивает, что резко ограничи­вает возможности ее исследования.

Вещественные доказательства с пятнами крови необходимо оберегать от попадания посторонних веществ, действия прямого солнечного света, высокой температуры, трения, влаги. Если предметы с пятнами крови находятся во влажном состоянии, их необходимо перед направлением на исследование высушить, иначе кровь может загнить. Сушку производят при комнатной температуре, в затемненном месте. Недопустимо проглаживание вещественных доказательств утюгом, высушивание на батареях отопления, в сушильных шкафах и т. п. из-за денатурации и коагуляции белков крови, делающих невозможным последую­щее определение видовой, а иногда и групповой принадлежно­сти биологических объектов.

Все предметы с пятнами крови после осмотра и фиксации в протоколе осмотра места происшествия необходимо правильно упаковать и отправить на судебно-медицинское исследование. Это делает работник органов дознания или следователь. Пред­меты упаковываются так, чтобы сохранить следы при транспор­тировке и в то же время предотвратить возможность их потери или подмены, а также загрязнения. Пятна, расположенные на мягких предметах, сверху покрывают белой тканью, чистой бу­магой или полиэтиленовой пленкой, которые пришивают или прикалывают. На твердых предметах участки со следами крови осторожно обертывают чистой бумагой или полиэтиленовой пленкой, которые скрепляют ниткой (перевязывают).

Каждый изъятый предмет или его части после накрытия сле­дов бумагой заворачивают отдельно в чистую бумагу, перевязы­вают и опечатывают. На свертке делается надпись с указанием, к какому делу относится предмет, его название, принадлеж­ность, откуда и у кого он изъят, кем именно и когда. Все завер­нутые таким образом свертки помещают в прочный ящик или коробку, укрепляют или перекладывают упаковочным материа­лом во избежание их повреждения при транспортировке. Мягкие предметы при этом желательно складывать пятнами внутрь (с прокладкой из чистой бумаги), пакеты с предметами одежды одного лица можно уложить в общий сверток, который также должен быть опечатан. На свертке делается надпись с указанием находящихся в нем предметов. Пересылать вещественные дока­зательства в мягкой упаковке не рекомендуется. Во избежание случайного контакта не следует помещать образцы жидкой кро­ви и вещественные доказательства в один ящик. Если имею­щиеся на предметах корочки крови удерживаются непрочно, необходимо осторожно их снять, завернуть в чистую бумагу и в таком виде направить на экспертизу.

Ящики или коробки с направляемыми на экспертизу пред­метами обвязывают веревкой, концы которой скрепляют сур­гучной печатью следственного органа или суда так, чтобы ве­ревку нельзя было снять, не нарушив целости печати или упа­ковки. На ящике или коробке делается надпись с указанием, к какому делу относится вещественное доказательство и что нахо­дится внутри посылки. Неправильно упакованные вещественные доказательства при их поступлении из учреждения, расположен­ного в одном городе с судебно-медицинской лабораторией, не принимаются. Если вещественные доказательства присланы из иногородних учреждений, они принимаются и при неправиль­ной упаковке, но об этом составляется акт за подписью трех со­трудников лаборатории. Один экземпляр акта посылают в учре­ждение, направившее вещественные доказательства, а второй хранят в лаборатории.

**Тема 9. Идентификация личности человека.**

**Дактилоскопическая идентификация рук.**

Известно, что рельеф кожного покрова неодинаков. На ладонях (ступнях ног) кроме валикообразных выступов, называемых папиллярными линиями и разделенных бороздками, есть флексорные (сгибательные) линии, морщины и складки (белые линии), а также поры. Самые заметные элементы рельефа флексорные линии. Белые линии (морщины) появляются вследствие потери эластичности и сухости кожи, а также возрастных изменений. Эти линии играют при идентификации, как правило, вспомогательную роль. Наиболее значимы папиллярные линии и поры, имеющие различную форму и расположенные на разном расстоянии одна от другой и от краев папиллярных линий. Эти линии на ладонях и ногтевых фалангах пальцев обладают достаточно сложным и разнообразным строением Основные свойства папиллярного узора это индивидуальность, устойчивость и восстанавливаемость.

Индивидуальность состоит в том, что каждый человек имеет рисунок узора, свойственный только ему. Это обусловлено особенностями анатомического строения и биологических функций кожи, а также генетическим своеобразием человека. Даже у однояйцовых близнецов совокупность деталей кожных узоров никогда не повторяется. Более чем за сто лет в мировой практике дактилоскопирования не выявлено ни одного случая совпадения всех деталей кожного узора у разных людей. Детали не повторяются и на разных пальцах у одного человека. Согласно математическим расчетам, вероятность совпадения папиллярных узоров на всех десяти пальцах у двух людей исчезающе мала, поэтому ею можно пренебречь.

Устойчивость означает, что папиллярные линии появляются на 3-4-ом месяцах внутриутробного развития человека и сохраняются вплоть до полного гнилостного разложения кожи. С ростом организма изменяются только размерные характеристики, но не сами узоры.

Восстанавливаемость гарантирует полное возобновление узора в случае повреждения верхнего слоя кожи (эпидермиса). При глубокой травме дермы (собственно кожи) образуются шрамы или рубцы, которые даже увеличивают количество индивидуализирующих признаков.

Важной характеристикой кожного покрова является способность отображаться на тех предметах, которых касался человек. Образование отпечатков пальцев, ладоней, стоп происходит независимо от его воли и желания, поскольку обусловлено физиологическими свойствами кожи: ее поверхность всегда покрыта потожировыми выделениями, которые и прилипают к следовоспринимающим поверхностям.

К настоящему времени открыто около 30 аминокислот, присутствующих в потожировом веществе. Их набор для каждого человека индивидуален, а кроме того, их соотношения у конкретного индивида отличаются заметным своеобразием. Именно на этом и построена методика идентификации человека по аминокислотному составу его потожирового вещества. Более того, его биохимические исследования позволяют получить сведения о группе крови, половой принадлежности, некоторых заболеваниях организма, особенно связанных с иммунной системой, принимаемых лекарствах, наркотиках, привычной пище и др. Это значительно сужает круг подозреваемых лиц, среди которых необходимо проводить розыск преступника.

Папиллярные узоры ногтевых фаланг пальцев формируются тремя потоками папилляров: линиями центра, периферическими и базисными. Часть узора, в которой эти потоки соприкасаются, образует характерный участок, называемый дельтой, так как он похож на эту букву греческого алфавита. Папиллярные узоры ногтевых фаланг пальцев подразделяются на типы и виды в зависимости от рисунка их центра. По этому основанию различают три типа узоров: дуговые, петлевые и завитковые. Наиболее распространены петлевые узоры 65% от общего количества. Завитковых узоров около 30%, а дуговых примерно 5%. Каждый тип узора имеет разновидности в зависимости от особенностей строения центральной части. Так, дуговые узоры могут быть простыми, шатровыми и др. Петлевые узоры различают по направлению ножек петли и строению последней. По направлению ножек петлевые узоры делятся на радиальные (ножки обращены в сторону большого пальца) и ульнарные (ножки петли обращены в сторону мизинца). В зависимости от строения петли узоры бывают простыми, половинчатыми, изогнутыми, замкнутыми и др. Завитковые узоры бывают простыми: круговыми, овальными, спиралевидными (сложная спираль, двойная спираль), (однородными и разнородными) и сложными. В дуговом узоре обычно отсутствует дельта, так как он образован всего двумя потоками. В петлевом узоре есть одна, а в завитковом две и более дельт. По этому признаку (количеству дельт) различать узоры проще всего. Типы и виды папиллярных узоров, размеры папиллярных линий, степень их изогнутости, абрис флексорных и белых линий это общие признаки. Частными признаками папиллярного узора, используемыми для индивидуальной идентификации, служат отдельные особенности в строении каждой конкретной папиллярной линии, ее мелкие морфологические отличия детали. К ним относятся глазки, островки, крючки, мостики, обрывки, раздвоения (вилки), начало линий, шрамы, поры, разрывы, изгибы, утолщения, особенности дельт, точки, слияния папиллярных линий и их фрагменты). Для индивидуальной идентификации в сравниваемых следах необходимо выявить неповторимую совокупность совпадающих частных признаков.

Механизм образования следов рук и способы их обнаружения. Следы папиллярных узоров, пригодные для идентификации, это статические следы, оставленные на гладкой (полированной) или пластичной поверхности, структура которой значительно мельче, чем особенности папилляров.

Следы рук бывают поверхностными и объемными, видимыми, слабовидимыми и невидимыми, статическими и динамическими. Слабовидимые следы это следы чистых рук, отобразившиеся на материале, не впитывающем потожировое вещество. Невидимые следы остаются на объектах, поверхность которых поглощает пот и жир (бумага, ткань, кожа, картон, фанера и т.п.).

В следственной и экспертной практике чаще других применяются визуальные, физические и химические способы обнаружения следов рук.

К визуальным относится обнаружение следов при помощи лупы, при косонаправленном освещении и на просвет. Это наиболее оптимальные способы, позволяющие сохранить следы в их первоначальном состоянии.

Физические способы основаны на свойстве потожировых выделений удерживать прилипшие к ним частицы. Порошки, используемые для работы с маловидимыми (слабовидными) и невидимыми следами рук, должны быть мелкими, сухими и контрастными по цвету с той поверхностью, на которой выявляются следы. Наиболее распространены такие белые порошки, как окись цинка, алюминиевая пудра, канифоль. Черными являются порошки окисей меди и свинца, железа, восстановленного водородом, графита, сажи. Порошкам восстановленного железа придаются различные цветовые оттенки, им присваиваются названия самоцветных камней топаз, рубин, сапфир.

На обследуемую поверхность порошки наносятся специальной кистью флейц, изготовленной из очень мягкого беличьего или колонкового волоса. Применяются также аэрозольные распылители дактилоскопических порошков. Порошки восстановленного железа наносятся с помощью магнитной кисти.

Обработка следов парами йода основана на свойстве адгезии его мельчайших частиц с потожировым веществом. Достоинство этого способа состоит в том, что следы можно подвергнуть неоднократной обработке, а недостаток быстрое исчезновение следов, их переход в невидимое состояние. Пары йода образуются в йодных трубках, снабженных резиновой грушей, или в химической посуде, в которой подогревается кристаллический йод. Такое окуривание целесообразно использовать тогда, когда предстоит обнаружение невидимых следов рук на больших поверхностях. Яркое (желто-оранжевое) окрашивание следов позволяет установить их локализацию. Затем следы обрабатываются порошком восстановленного железа. Закрепляют следы, выявленные парами йода, посредством копирования на йодокрахмальные или йододикстриновые пленки. Если следы рук оставлены на многоцветной поверхности, их необходимо обработать люминесцирующими порошками, а затем осмотреть в ультрафиолетовых лучах. Люминесцирующие порошки приготавливаются из силицилового натрия, крахмала, сульфида цинка или кристаллической камфоры.

Химические способы обнаружения невидимых следов рук это обработка следовоспринимающей поверхности веществами, вступающими в реакцию с потожировыми выделениями и окрашивающими следы. Обрабатывать химическими реактивами лучше те поверхности, которые впитывают их жидкую составляющую.

Химические реактивы, используемые для выявления следов рук, это 1,5-2%-ный раствор нингидрина или аллоксана в ацетоне, а также спиртовой раствор азотнокислого серебра. Реактив нужно напылять на поверхность при помощи пульверизатора или, в крайнем случае, наносить ватным тампоном. Реакция окрашивания следов протекает не быстро. Для ее ускорения поверхность, пропитанную нингидрином, нужно подогреть, а пропитанную азотнокислым серебром выставить на дневной свет.

Выявлять следы рук рекомендуется только на тех предметах обстановки места происшествия, которые нельзя направить на исследование из-за их громоздкости или высокой ценности. Следы пальцев, обнаруженные в результате обработки порошками, очень легко повредить, поэтому необходимо принять меры для их сохранности. С таких предметов следы откопировывают на дактилопленку, которую и прилагают к постановлению о назначении дактилоскопической экспертизы. В случае надобности ее можно заменить липкой канцелярской пленкой. Она даже предпочтительней при копировании следов с недостаточно гладких поверхностей (лакированная столешница, дверь, окрашенная масляной краской).

Следы, выявленные парами йода, изымаются с помощью силиконовых паст "К" или "У", в которые добавляют катализатор и 2-3 капли ортотолидина. Объемные следы рук копируют с применением этих же паст.

Физическими способами удается выявить сравнительно свежие следы рук, а более старые с применением химических реактивов.

Дактилоскопические исследования позволяют решить ряд задач, существенных для расследования: выявить из числа подозреваемых виновное лицо; установить личность преступника при помощи картотек; констатировать факт совершения нескольких преступлений одним субъектом; обнаружить некоторые важные обстоятельства расследуемого преступления; идентифицировать личность преступника.

Назначая дактилоскопическую экспертизу, требуется предоставить эксперту сравнительные материалы: дактилокарты или чистые листы бумаги, на которых прокатаны ногтевые фаланги пальцев рук всех подозреваемых, а также объекты со следами рук (их копии), изъятые с места происшествия. Иногда необходимо представить эксперту еще и отпечатки ладоней (ступней ног), так как следы на месте происшествия могут быть оставлены и ладонями (босыми ногами).

**Генная дактилоскопия**

Данная методика используется в антропологии и медицин­ской генетике. Она начала широко внедряться в практику судебно-медицинской экспертизы только в последние годы. С по­мощью различных гистохимических тестов установлено, что в состав хромосом входят комплексы белка с дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК). В настоящее время анализ участков ДНК прочно вошел в практику судебно-биологических исследо­ваний для идентификации личности, установления родства, оп­ределения пола. Эти исследования возможны с минимальным количеством материала, даже частично разрушенным, и приме­нимы для любых тканей, из которых можно выделить ДНК. На­пример, кровь, слюну, сперму, их пятна, а также волосы.

В системе судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения РФ функционирует шесть лабораторий судебно-генетических исследований: в Москве, Новосибирске, Екате­ринбурге, Владивостоке, Казани и Ростове-на-Дону.

**Тема 10. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела**

Материалы уголовного (гражданского) дела являются одним из объектов судебно-медицинской экспертизы. Порядок произ­водства этих экспертиз регламентирован ФЗ от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Юристам необходимо помнить, что экспертизы по материа­лам дел проводятся группой экспертов (комиссионно). Персональный состав экспертов определяет лицо, назначившее экспертизу, или руководитель учреждения, специалистам кото­рого поручено ее производство. Если в процессе проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела возни­кает необходимость в проведении лабораторных исследований, выполнявшие их судебно-медицинские эксперты также вклю­чаются в состав экспертной комиссии. Вместе с постановлением о производстве экспертизы в адрес бюро судебно-медицинской экспертизы направляются уголовное или гражданское дело и при необходимости подлежащие изуче­нию вещественные доказательства или другие объекты. Начальник бюро судебно-медицинской экспертизы изучает поступившие постановление и материалы дела и решает вопрос об их достаточности для производства экспертизы, необходимом объеме и характере судебно-медицинских исследований, составе экспертной комиссии и сроке производства экспертизы. Определив с учетом требований УПК РФ со­став комиссии экспертов, начальник бюро судебно-медицин­ской экспертизы по поручению следователя разъясняет экс­пертам их права и обязанности, предусмотренные соответст­вующими статьями УПК РФ, и предупреждает об ответственности за дачу заведомо ложного заключения (ст. 307 УК РФ) и за разглашение данных предварительного расследо­вания (ст. 310 УК РФ).

Решение вопроса о порядке производства судебно-медицин­ской экспертизы по материалам дела входит в компетенцию судеб­но-медицинских экспертов. Срок проведения экспертизы, как правило, не должен превышать одного месяца. При наличии большого объема анализируемого материала либо большого коли­чества объектов, требующих особо сложных, объемных или дина­мичных исследований одних и тех же объектов экспертами разных специальностей, срок производства экспертизы устанавливается по согласованию с органом, назначившим экспертизу. Срок экспер­тизы может быть продлен, если в процессе ее производства поя­вится необходимость предоставления дополнительных материалов либо иного способа ее проведения (например, стационарного об­следования подэкспертного, повторного исследования эксгумированного трупа, исследования новых объектов и т.п.).

**Порядок проведения экспертизы** состоит в следующем. В комиссию экспертов включаются не менее трех высококвалифицированных судебных медиков (вра­чей). На одного из членов комиссии возлагаются обязанности ведущего эксперта, а на другого — организационное обеспечение производства экспертизы. Каждый член комиссии обязан лично ознакомиться с представленными на экспертизу материалами де­ла в пределах задач экспертизы. Для проведения экспертиз в бю­ро судебно-медицинских экспертиз субъектов Российской Феде­рации имеются постоянные экспертные комиссии, выполняющие экспертизы по сложным делам, в том числе и по материалам уго­ловного (гражданского) дела. В качестве членов комиссии привлекаются как судебно-медицинские эксперты, так и опытные, высококвалифицированные врачи тех медицинских специально­стей, в области которых необходимы специальные знания по данному делу. Эти медицинские работники должны обладать большим стажем практической и научной работы.

В процессе подготовки и проведения экспертизы ведущий эксперт разрабатывает план производства экспертизы, назначает сроки выполнения отдельных исследований, координирует ра­боту экспертов, проводит их совещание с целью обсуждения и редакции выводов.

Эксперт — судебный медик, ответственный за организа­цию экспертизы, получает и хранит материалы дела и вещест­венные доказательства, оформляет акт вскрытия посылки с вещественными доказательствами, запрашивает при необхо­димости и по согласованию с ведущим экспертом в установ­ленном порядке через орган, назначивший судебно-медицинскую экспертизу, недостающие материалы и объекты ис­следования, извещает орган, назначивший экспертизу, о не­обходимости проведения дополнительных следственных дей­ствий (эксгумацию трупа, госпитализацию в стационар для дополнительного обследования, повторный допрос потерпев­шего, обвиняемого с участием членов экспертной группы и т.п.) или о продлении срока производства экспертизы, либо получения согласия на использование методов исследования, которые могут привести к необратимым изменениям свойств или уничтожению вещественных доказательств. Кроме того, он ведет переписку с органом, назначившим экспертизу, со­ставляет к назначенному сроку вводную и исследовательскую части «Заключения», готовит необходимые материалы к сове­щанию экспертов, оформляет «Заключение эксперта» и со­проводительное письмо к нему с перечнем возвращаемых ма­териалов и объектов.

Если в процессе проведения экспертизы выяснится неполно­та представленных материалов, комиссия вправе заявить хода­тайство о предоставлении ей недостающих материалов с указа­нием, что именно требуется и для производства каких исследо­ваний, а также ходатайство о проведении стационарного или амбулаторного обследования подэкспертного, экспертизы эксгумированного трупа и т. п. В связи с заявленным ходатайством судебно-медицинские эксперты данной группы могут быть при­влечены к участию в следственных действиях по получению до­полнительных материалов. Результаты проведенных с их участи­ем процессуальных действий комиссия экспертов может исполь­зовать в своем «Заключении». При этом не должна применяться практика самостоятельного сбора экспертами по своей инициа­тиве дополнительных материалов (затребование документов из медицинских учреждений, опросы потерпевшего, обвиняемого, получение материалов для сравнения и т.п.), поскольку она про­тиворечит действующему законодательству.

При производстве исследований судебно-медицинские эк­сперты обязаны принимать меры к сохранению представлен­ных на экспертизу объектов, не допускать их порчи и повре­ждения. В тех случаях, когда эксперт-врач считает нужным применить методы исследования, которые могут привести к необратимым изменениям свойств или уничтожению вещест­венного доказательства, он обязан согласовать с органом, на­значившим экспертизу, допустимость этих действий, а также мотивировать их необходимость для «Заключения» и прило­жить к последнему детальное описание вещественного доказа­тельства, фотографии или копии.

Оформление результатов экспертизы

«Заключение эксперта по материалам уголовного (граждан­ского) дела» состоит из вводной части, исследовательской, а так­же выводов. «Заключение» дается только в письменной форме. *Во вводной части,* излагают обстоятельства дела, а также во­просы, подлежащие разрешению, без изменения их нумерации, формулировки и последовательности. При неясности содержа­ния вопроса эксперты-врачи вправе обратиться к органу, назна­чившему экспертизу, либо оговорить в выводах, как они пони­мают тот или иной вопрос. В *исследовательской части* излагают и анализируют материа­лы дела и результаты выполненных исследований. Ее содержа­ние ограничивается кругом разрешаемых вопросов. Данные, ис­пользуемые при производстве экспертизы, отражают в исследо­вательской части в виде необходимых по объему и содержанию выдержек из соответствующих документов с указанием реквизи­тов последних (наименование, номер, дата, исполнитель и т.п.) и обязательной ссылкой на номера листов дела. Допускается изложение части фактического материала со слов докладчика, но без каких-либо личных суждений и оценок.

Из материалов уголовного (гражданского) дела обязательно отражаются следующие сведения:

* данные осмотра трупа на месте его обнаружения и осмотра места происшествия;
* заключения всех предыдущих судебно-медицинских экс­пертиз;
* протоколы патолого-анатомических исследований;
* данные из медицинских карт амбулаторного или стацио­нарного больного;
* протоколы клинических конференций;
* результаты ведомственных расследований;
* производственные характеристики на привлекаемых к от­ветственности лиц из числа медицинского персонала;
* сведения из протоколов допросов, справок и т.д., необходи­мые для всестороннего и объективного экспертного анализа;
* другие следственные данные, в том числе результаты след­ственных экспериментов, освидетельствований, имеющие значение для обоснования выводов.

Структура изложения исследовательской части зависит от ви­да судебно-медицинской экспертизы и способа ее производства. Целесообразно для решения каждого вопроса или группы тесно связанных между собой вопросов выделять в исследовательской части определенный раздел. Если в процессе проведения экспер­тизы производили дополнительные лабораторные или другие судебно-медицинские исследования, их либо излагают в исследова­тельской части, либо оформляют отдельными актами и прилагают к «Заключению эксперта». При необходимости комплексного ис­следования вопроса результаты, полученные экспертами разных специальностей, оценивают и фиксируют раздельно.

*Выводы* представляют собой результат всестороннего, пол­ного и объективного исследования представленных материалов на основе специальных познаний экспертов-врачей. Их форму­лируют на основе объективных данных, установленных в про­цессе экспертизы, обоснованного экспертного анализа материа­лов дела и положений медицинской науки, а также убеждения экспертов. Логическое построение выводов, как правило, отра­жает последовательность вопросов постановления. В целях большей ясности в их изложении допускается группирование выводов или изменение их порядка с обязательным указанием, на какие вопросы отвечает данный вывод. «Заключение» и приложения к нему оформляют в двух эк­земплярах: первый направляют органу, назначившему эксперти­зу, второй сохраняют в архиве экспертного учреждения. «Акт о невозможности дать «Заключение» также составляют в двух экземплярах. Его подписывают эксперты и заверяют пе­чатью учреждения, затем один экземпляр направляют органу, назначившему экспертизу, а второй хранят в бюро судебно-медицинской экспертизы. «Заключение эксперта по материалам дела» или «Акт о не­возможности дать «Заключение» регистрируют в экспертном уч­реждении в соответствии с установленной Министерством здра­воохранения РФ формой и не позднее трехдневного срока на­правляют вместе с упакованными материалами уголовного (гра­жданского) дела и объектами исследования в адрес органа, на­значившего экспертизу.

**ГЛОССАРИЙ**

**Аггравация** - преувеличение больным симптомов действительно имеющегося у него заболевания (болезненных нарушений)

**Агония** - период умирания, сопровождающийся комплексом последних проявлений реактивных и приспособительных функций организма, непосредственно предшествующих смерти.

**Адаптация** - процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования.

**Алкоголизм** - болезненное влечение к алкоголю.

**Анамнез** - совокупность сведений, получаемых врачом, о прошлой жизни (заболеваниях) больного, его "медицинская биография" о перенесенных заболеваниях, травмах, обследованиях.

**Анемия** - малокровие.

**Анестезия** - ослабление чувствительности.

**Антропометрия** - совокупность методов и приемов измерения тела человека для определения его индивидуальных и групповых особенностей.

**Аспирация** - активное проникновение в дыхательные пути при вдохе посторонних веществ.

**Атрофия** - уменьшение в размерах какого-либо органа или ткани вследствие нарушения питания, потеря им жизнеспособности.

**Бампер-перелом** - перелом костей голени (бедра) бампером автомобиля.

**Баротравма** - повреждения, возникающие в результате резкого перепада атмосферного давления.

**Биопсия**- микроскопическое исследование частиц, вырезанных из живого организма в целях установления диагноза.

**Гипоксия** - пониженное содержание кислорода в организме.

**Гипостазы трупные** - посмертное скопление крови в нижележащих частях или органах трупа.

**Гипостаз**  - застой крови в нижележащих частях тела или органах.

**Декомпенсация** - срыв механизмов восстановления функциональных нарушений.

**Деонтология медицинская** - совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих

профессиональных обязанностей.

**Диагноз** - краткое врачебное заключение (выводы) о сущности психических и соматических нарушений и состоянии больного, клинического течения и фазы болезненного процесса.

**Диссимуляция**  - преднамеренное утаивание больным человеком действительно существующих симптомов заболевания.

Дистрофия - расстройство питания тканей органов и организма в целом.

**Идентификация** - опознание чего-либо, кого-либо; уподобление, отождествление с кем-либо, чем-либо.

**Изнасилование** - насильственное половое сношение, совершенное с применением физической силы, угрозы или использования беспомощного состояния.

**Имбибиция** - посмертное пропитывание кровью, желчью, другими жидкостями тканей и органов трупа.

**Инвалидность -** постоянная или длительная потеря трудоспособности или ограничение ее.

**Коллапс** - состояние резкой слабости, в основе которой лежит падение кровяного давления.

**Кома** - состояние глубокого угнетения центральной нервной системы, характеризующееся полной потерей сознания, утратой реакции на внешние раздражители и расстройством регуляции жизненно важных функций организма.

**Контузия (ушиб) головного мозга** - закрытое травматическое повреждение головного мозга и мозговых оболочек, которое сопровождается потерей сознания, нарушением памяти, астенией, а также неврологическими расстройствами.

**Кровоподтек** - равномерное пропитывание кровью кожи и подкожно-жировой клетчатки вследствие разрыва кровеносных сосудов.

**Мацерация** - размягчение кожи вследствие размачивания ее водой ("кожа прачек", "банная кожа" - наблюдается у живых лиц при длительном соприкосновении с водой, а также у трупов, находившихся в воде).

**Меконий** - первородный кал, содержимое кишечника плода и новорожденного. Наличие мекония свидетельствует о новорожденности. Выделяется полностью из кишечника на 2-4 сутки.

**Мумификация** - высыхание трупа или отдельной его части.

**Нетрудоспособность** - невозможность выполнять работу вследствие заболевания, травмы и других причин. Различают общую, профессиональную, специальную, а также временную и постоянную нетрудоспособность.

**Новорожденный** - ребенок с момента рождения до 28 дней жизни.

**Нозология** - учение о болезнях и их классификация.

**Окоченение трупное** - уплотнение скелетной, гладкой мускулатуры в трупе под влиянием биохимических процессов.

**Патогенез** - механизм возникновения и развития симптома, синдрома, болезни, патологического процесса или состояния.

**Патогенность** - склонность к заболеванию.

**Патологический** - обусловленный болезнью, с отклонениями от нормы.

**Перитонит** - воспаление брюшины.

**Половой хроматин** - глыбки хроматина близ ядерной оболочки у особей женского пола (тельца Барра), исследуемые в целях установления половой принадлежности крови.

**Превентивный** - предупредительный, предохранительный, профилактический.

**Преморбидное состояние** - состояние организма больного до начала заболевания.

Припадок - внезапно наступающее, скоропреходящее состояние с нарушением сознания вплоть до его утраты и судорожными или другими непроизвольными движениями.

**Продром** - предвестник болезни.

**Протрагированный** - затяжной, затянувшийся (о течении болезни).

**Профилактика** - совокупность предупредительных мер, направленных на предупреждение конкретных заболеваний и их отрицательных последствий.

**Резистентный** - устойчивость организма к воздействию различных повреждающих факторов.

**Ремиссия** - этап клинического течения болезни, характеризующийся временным ослаблением или исчезновением ее проявлений.

**Рецидив**  - повторное проявление (возврат) признаков болезни после ремиссии.

**Сопор** - глубокая стадия оглушения, при которой отсутствуют реакции на словесное обращение, а сохранены лишь реакции на болевое раздражение.

**Странгуляция** - задушение, вызываемое сдавлением шеи петлей или руками.

**Тромбоз** - процесс прижизненного свертывания крови внутри сосудистой системы, часто вызывающий закупорку сосудов.

**Хронический** - медленно развивающийся, затяжной, длительный.

**Шок** - своеобразная реакция организма на воздействие чрезвычайных раздражителей.

**Эксгумация**  - извлечение трупа из земли (могилы), следственное

действие, проводимое в присутствии понятых и врача-специалиста в области судебно-медицинской экспертизы.

**Экхимозы** - мелкие кровоизлияния под кожу, слизистые и серозные оболочки органов.

Э**мфизема трупная** - развитие гнилостных газов в подкожной клетчатке, тканях, органах трупа.

**Эмболия** - перенос посторонних частиц током крови или лимфы.

**Этиология** - причина и условия возникновения болезни или патологического состояния.

**КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ**

**Тема №1 ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

#### Предмет и задачи судебной психиатрии

***Судебная психиатрия*** – это раздел психиатрии, медицинской науки, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение, прогноз психических расстройств в отношении их к правовым нормам, к вопросам уголовного права и процесса, а также разрабатывает вопросы восстановления жизни больных с нарушениями психики.

Судебная психиатрия включает несколько направлений:

1. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском кодексах. В ее компетенцию входят вопросы освидетельствования подозреваемых, обвиняемых, подсудимых по оценке их вменяемости-невменяемости; потерпевших и свидетелей при сомнениях в возможности давать правильные показания в силу психических расстройств (в уголовном процессе) и выявление дее- недееспособности, необходимости учреждения опеки (в гражданском кодексе). Проведение экспертизы для решения вопроса об ответственности лица включает, в случае установления у него психического расстройства, исключающего вменяемость, рекомендации по мерам медицинского характера в отношении подэкспертного.

2. Осуществление принудительных мер медицинского характера. Вопросы помещения на принудительное лечение, его прекращения и выписки больного регламентированы соответствующими статьями уголовного и уголовно-процессуального кодексов.

3. Осуществление психиатрической помощи (пенитенциарной) осужденным в местах лишения свободы.

Судебно-психиатрическая экспертиза и проведение принудительных мер медицинского характера осуществляется органами здравоохранения, а психиатрическая служба мест лишения свободы подчинена медицинским органам Министерства юстиции РФ.

**Общая структура организации судебно-психиатрической службы**

Общая структура организации судебно-психиатрической службы выглядит следующим образом. В каждой области, республике, крае или крупном городе при психиатрических больницах или психоневрологических диспансерах существуют амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии (АСПЭК). Практически во всех областных и республиканских психиатрических больницах имеются специальные отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, часть из которых предназначена для лиц, содержащихся под стражей. В этих же больницах осуществляется принудительное лечение. Имеются также несколько больниц – "психиатрических стационаров специализированного типа с интенсивным наблюдением" для больных, совершивших особо опасные действия.

Судебная психиатрия тесно связана с общепсихиатрической сетью страны. Деятельность психиатрических учреждений регламентируется *Законом РФ "О порядке оказания психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"*, принятом в 1992 году.

Научно-методическое обеспечение судебной психиатрии представлено Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНЦ им. Сербского).

**Методы исследования в судебной психиатрии**

Основным методом исследования в психиатрии остается клинико-психопатологический – выяснение особенностей жизни больного и установление наличия или отсутствия болезненных симптомов. Эти данные могут быть получены прежде всего с помощью расспроса, беседы психиатра с пациентом.

В клинические методы обследования включается анализ прошлой жизни пациента, его субъективного анамнеза, который оценивается с помощью расспроса. Выясняются данные о наследственности, особенностях беременности и родов матери подэкспертного, его раннем развитии и перенесенных заболеваниях, школьной успеваемости, полученной профессии, трудовых навыках и деятельности. Особое внимание уделяется перенесенным черепно-мозговым травмам, пребыванию на лечении в психиатрических учреждениях. Выясняются особенности состояния и поведения подэкспертного перед, во время и после совершенного преступления, в том числе во время следствия или суда.

Эти данные дополняются объективным анамнезом со слов родных, друзей, сослуживцев пациента.

Кроме анализа рассказа пациента и сбора анамнестических сведений к клиническим методам относится наблюдение за подэкспертным.

Клинико-психопатологический метод исследования дополняется рядом специальных способов. Это психологические методы, позволяющие объективно оценить сферу мышления, памяти, эмоций, особенности личности, ее установок.

В судебно-психиатрической клинике, особенно в условиях проведения экспертизы в стационаре, большое значение имеет неврологическое обследование, а также обследование другими врачами (терапевтом, окулистом, нейрохирургом, эндокринологом). Сведения, полученные при консультациях врачей-специалистов позволяют психиатру более точно обосновать диагноз и, следовательно, экспертное решение.

В практике экспертиз широко используются параклинические методы (электроэнцефалография, картирование мозга).

Новейшие методы прижизненного исследования мозга (компьютерная томография и ядерно-магнитно-резонансная томография мозга) в стране применяются очень редко.

При стационарной экспертизе пациенты обследуются также всеми обычными клинико-биохимическими методами (анализ крови, мочи, спинно-мозговой жидкости и т.д.).

Комплекс клинико-психопатологических и ряда дополнительных методик позволяет решить вопросы диагностики и обосновать экспертное заключение.

#### Правовые основы судебной психиатрии

1. **Законодательные положения о судебно-психиатрической экспертизе**

***Судебно-психиатрическая экспертиза*** относится к категории экспертиз, назначаемых и проводимых по правилам, установленным УПК и ГПК, Инструкцией Министерства здравоохранения СССР о проведении судебно-психиатрической экспертизы от 1970 года. Она является частным случаем судебно-экспертной деятельности и подразумевает исследование в области психиатрии лицом (психиатром-экспертом) обвиняемых, подозреваемых, свидетелей, потерпевших в уголовном процессе, истцов и ответчиков – в гражданском процессе с целью определения их психического состояния в период, интересующий орган расследования или суд в какой-либо юридической ситуации.

Принципы назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы являются общими с другими видами экспертиз. Однако закон (ст. 79 УПК "Обязательное проведение экспертизы") предусматривает обязательное проведение данной экспертизы в случаях:

1. Определение психического состояния и дача заключения о вменяемости или невменяемости подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психическом здоровье, а также заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми в момент совершения правонарушения или заболевших психической болезнью после совершения преступления;

2. Определение психического состояния свидетелей и потерпевших и заключение о способности обследуемого правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;

3. Определение психического состояния истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос об их дееспособности *(ГПК)*.

#### Права и обязанности психиатра-эксперта

В соответствии с положением процессуального законодательства психиатры, производящие экспертизу, обладают всеми правами судебных экспертов. Эксперт имеет право ознакомиться с материалами судебного дела, уяснение которых необходимо ему для проведения экспертизы.

Он пользуется правом присутствовать на судебном заседании, совещаться с другими экспертами, задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям.

Когда поставленный судебно-следственными органами вопрос выходит за пределы специальных знаний эксперта или представленные материалы недостаточны для дачи заключения, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение, подробно объяснив мотивы своего отказа.

Эксперт вправе запросить необходимые ему материалы в случае их отсутствия или неполноты (ст. 82 УПК "Обязанности и права эксперта").

Если в процессе производства экспертизы эксперт установит имеющие значение для дела обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении (ст. 191, 288 УПК).

Ст. 191 УПК "Содержание заключения эксперта". Ст. 288 УПК "Производство экспертизы на суде".

При необходимости проведения специальных исследований и консультаций узких специалистов (нейрохирургов, сексопатологов), без которых невозможно дать заключение, экспертная комиссия может использовать эти обстоятельства как объективную причину временного отказа от дачи заключения. В этих случаях следственно-судебные органы обязаны обеспечить теми необходимыми данными и консультациями, которые указывают эксперты.

В ряде случаев бывает необходим опрос родственников подэкспертного самим психиатром-экспертом. На такую беседу врач должен получить официальное разрешение следственно-судебных органов, и родственники к экспертам в таких случаях вызываются через эти органы.

Ст. 309 УК РФпредусматривает также наказание лиц, которые принуждают экспертов к даче ложного заключения или подкупают их, равно как уголовному наказанию подлежат следователи и лица, проводящие дознание в случаях принуждения ими экспертов к даче заключения (ст. 307 УК РФ "Заведомо ложные показания заключения эксперта или неправильный перевод").

Ст. 309 УК РФ "Подкуп или принуждение к даче показаний или уклонению от дачи показаний либо к неправильному переводу".

Эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия или дознания без разрешения прокурора, следователя, или лица, производящего дознание, о чем его предупреждает ст. 310 УК РФ.Ст. 310 УК РФ "Разглашение данных предварительного следствия".

**Правовые принципы назначения судебно-психиатрической экспертизы**

Ходатайствовать о назначении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) перед органами дознания, следователем, прокурором и судом вправе сам обвиняемый, потерпевший, их родственники, защитник, прокурор, истец, ответчик и их представители.

Учитывая, что вопросы назначения экспертизы потерпевшим и свидетелям в гражданском процессе излагаются в соответствующей литературе, а удельный вес таких экспертиз относительно невелик, в данном разделе речь пойдет преимущественно о назначении экспертизы обвиняемым, подозреваемым и подсудимым.

Следователь, убедившись в необходимости проведения судебно-психиатрической экспертизы, составляет *постановление*, в котором указываются основания для назначения экспертизы; фамилия эксперта или название учреждения, в котором она должна быть проведена; вопросы, поставленные перед экспертом, и материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Следователь обязан ознакомить обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы. Согласно ст. 184 УПК, в случаях, когда психическое состояние обвиняемого делает невозможным его ознакомление с постановлением о назначении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), следователь имеет право не знакомить его с постановлением.

Основанием для назначения СПЭ являются сомнения в психической полноценности обвиняемого:

1. Данные о том, что обвиняемый находился под наблюдением психиатров по поводу психического расстройства.

В таких случаях следователь должен принять меры к получению медицинской документации об обвиняемом из соответствующего психиатрического учреждения – психоневрологического диспансера по месту жительства обвиняемого. Если имеются сведения о лечении частным порядком, то целесообразно истребовать данные об этом у частного врача или допросить его о причинах обращения пациента за консультацией, о его состоянии, лечебных назначениях и т.д.

Среди лиц, страдающих психическими расстройствами, нередко встречаются больные алкоголизмом и наркоманией. Поэтому документация наркологических учреждений о направляемых на экспертизу должна быть представлена следователем в распоряжение экспертов.

Получение медицинской документации из медицинских учреждений производится по письменному запросу следователя, скрепленного его подписью и печатью, на имя главного врача диспансера или больницы. Истребованию подлежат подлинники медицинских документов (история болезни, медицинские карты). В некоторых случаях достаточно получения выписки из истории болезни (эпикриза). Следователь обязан тщательно осмотреть и изучить документы, удостовериться в их подлинности, полноте. И только после этого медицинская документация может быть приобщена к делу.

2. Особенности поведения обвиняемого или подозреваемого во время следствия или правонарушения (необычные высказывания, немотивированный отказ отвечать на вопросы, растерянность или беспричинная веселость, бессмысленные поступки во время допросов и т.д.).

Заметив необычные особенности поведения лица или узнав об этом у родственников и друзей, следователь должен подробно допросить родных о детстве, развитии, успеваемости в школе, интересах, увлечениях и других проявлениях, которые отражали бы особенности личности обвиняемого. Важны сведения о перенесенных заболеваниях, службе в армии, трудовой деятельности. Все эти сведения целесообразно подкрепить объективными материалами: амбулаторной картой из общей поликлиники, приобщением к делу военного билета или справки из военного комиссариата об освобождении от воинской обязанности, служебными характеристиками.

Определенное значение имеют сведения о семейных взаимоотношениях, состоянии в браке, наличии детей. Выяснить данные об употреблении алкоголя и наркотиков, лечении в психиатрических учреждениях. Обязательно должны быть представлены материалы о прежних судимостях и пребывании в местах лишения свободы. В этих случаях приобщают к направляемым на экспертизу материалам следствия справку о судимостях, копии прежних приговоров, справки о поведении лица в местах лишения свободы.

3. Характер криминала (его безмотивность, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, иногда необычная жестокость и другие). В случаях направления на экспертизу по таким основаниям следователю необходимо во время допросов свидетелей попытаться получить четкие сведения об особенностях поведения обвиняемого, последовательности его поступков, его внешнем виде, высказываниях во время совершения преступления.

По уголовным делам, где в качестве меры наказания предусмотрена смертная казнь, проведение СПЭ является обязательным (Постановление Верховного суда РФ от 22.12.92 "О судебной практике по делам об умышленных убийствах").

При вынесении постановления о назначении СПЭ таким лицам следователь должен указать, что обвиняемый направляется на экспертизу "в связи с тяжестью содеянного".

В случаях, когда сомнения о вменяемости обвиняемых у следователя не возникают, данная формулировка может указать экспертам-психиатрам, что следствие не располагает данными о болезненных расстройствах психики, но, учитывая особую тяжесть содеянного, могут быть заподозрены скрытые проявления психических нарушений. Среди таких подозрений особое место занимает жестокость преступления.

Согласно требований ч. 3 ст. 404 УПК "Направление на СПЭ допускается лишь при наличии достаточных данных, указывающих, что именно это лицо совершило общественно опасное деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело, ведется расследование".

Назначение СПЭ может быть осуществлено на стадии судебного разбирательства. В этих случаях суд выносит *определение* о назначении экспертизы. Одним из важных показаний для назначения экспертизы в суде является резкое изменение поведения подсудимого во время судебного разбирательства (необъяснимый отказ от речевого контакта с участниками судебного процесса, неадекватное поведение, высказывание жалоб или заявлений, вызывающих подозрение о психических расстройствах и другие).

**2. Основные вопросы, представленные на разрешение судебно-психиатрической экспертизе**

Вопросы, данные на разрешение СПЭ, необходимо правильно сформулировать в постановлении следователя или определении суда. Вопросы следует задавать четко, они должны соответствовать закону и не выходить за пределы компетенции СПЭ. Первый вопрос, ответ на который практически определяет все остальные вопросы, должен касаться выяснения психического здоровья / нездоровья лица:

- Страдало ли данное лицо в прошлом и страдает ли оно в настоящее время каким-либо психическим расстройством; если страдает, то каким именно? Остальные вопросы непосредственно зависят от процессуального положения лица, которому назначается СПЭ.

Если речь идет об ***обвиняемом***, то вопросы рекомендуется ставить в следующей форме:

- страдал ли обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния психическим расстройством, которое делало обвиняемого неспособным в этот период осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) или руководить ими?

- если он страдал психическим расстройством, то к какой категории болезненных состояний относится данное психическое расстройство (хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики)?

Такие вопросы соответствуют ч.1 ст. 21 УК РФ и п.2 ст. 79 УПК.

На основании ответа на этот вопрос обосновывается вменяемость-невменяемость обвиняемого. Включение в уголовный закон ст. 22 УК РФ об уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, целесообразно задавать вопрос:

- оказывали ли влияние выявленные психические расстройства у обвиняемого, признанного вменяемым, во время совершения инкриминируемого деяния (деяний) на способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) или руководить ими?

Положительный ответ экспертов на этот вопрос должен учитываться судом при назначении наказания и может послужить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера (ч.2 ст. 22 УК РФ). Следующие вопросы касаются возможности участия обвиняемого в судебно-следственных действиях. П.2 ст. 79 УПК предусматривает обязательное определение психического состояния обвиняемого или подозреваемого, когда возникает сомнение по поводу его "способности к моменту производства по делу отдавать отчет в своих действиях или руководить ими". А именно:

- не страдает ли обвиняемый психическим расстройством, которое делает его неспособным ко времени производства по уголовному делу осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими?

- если да, то делает ли это психическое расстройство невозможным назначение по данному делу наказания (ч.1 п. "б" ст. 97 УК РФ)?

- способен ли обвиняемый правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания?

- не препятствуют ли обнаруженные у обвиняемого психические расстройства осуществлять самостоятельно право на защиту?

- нуждается ли обвиняемый в применении к нему мер медицинского характера, если да, то каких именно (ч.2 ст. 21, ст.ст. 22, 99 УК РФ)?

- страдает ли обвиняемый алкоголизмом или наркоманией?

Нуждается ли он в принудительном лечении от алкоголизма или наркомании?

Имеются ли у него медицинские противопоказания к такому лечению (ч.1 п."г" ст. 97 УК РФ)?

В уголовном процессе согласно положению п. 3 ст. 79 УПК СПЭ обязательно проводится свидетелям и потерпевшим в случаях сомнения в том, что их психическое состояние позволяет адекватно участвовать в судебно-следственных действиях. Основной вопрос, который формулируется в отношении ***свидетелей и потерпевших***звучит следующим образом:

- способен ли данный свидетель (потерпевший) по состоянию своего психического здоровья правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и давать о них правильные показания?

Круг вопросов, касающихся психических особенностей и расстройств ***потерпевших***, шире. Могут быть поставлены следующие вопросы:

- не является ли психическое расстройство потерпевшего последствием совершенного в отношении него преступления, какова тяжесть причиненного вреда здоровью?

Такого рода вопрос чаще ставится перед комплексной судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизой. Может быть задан вопрос о наличии у потерпевшей так называемого беспомощного состояния:

- не лишало ли потерпевшую ее психическое расстройство способности понимать характер и значение совершаемых с нею преступных действий или оказывать сопротивление виновному?

Этот вопрос задается чаще в связи с делами об изнасиловании, но может быть поставлен и в других случаях (например, предусмотренных ч.1 п."з" ст. 63 УК РФ).

Возможен также вопрос о психическом состоянии потерпевшего ко времени производства по уголовному делу. Такой вопрос возникает тогда, когда известно, что в период судебно-следственных действий психическое состояние потерпевшего изменилось, и поэтому появляется сомнение, сможет ли он участвовать в процессуальных действиях.

Главные вопросы, которые ставятся в гражданском процессе, сводятся к выяснению дееспособности и нуждаемости лица в учреждении над ним опеки, а также к решению вопроса о психическом состоянии лица в момент совершения им той или иной сделки.

Предложенные вопросы, представленные на разрешение СПЭ являются основными, базовыми. Однако по каждому конкретному делу могут быть заданы и иные вопросы.

#### 3. Виды судебно-психиатрических экспертиз

В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы экспертиза осуществляется в следующих видах:

- экспертиза в кабинете следователя; - амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза; - стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;

- заочная (и как частный вид посмертная) судебно-психиатрическая экспертиза; - экспертиза в судебном заседании.

**Экспертиза в кабинете следователя**

Этот вид судебного освидетельствования в практике носит характер  консультации, проводится при осмотре обследуемого одним психиатром.

Заключение о вменяемости (невменяемости) обычно не выносится, но психиатр дает заключение по ряду других интересующих следователя вопросов: о психическом состоянии лица в данное время; о необходимости проведения ему экспертизы определенного вида (амбулаторная, стационарная) и какие материалы будут необходимы экспертной комиссии; о возможности подвергать обследуемого по состоянию его психического здоровья допросам и проводить очные ставки с его участием и т.д.

При психиатрической консультации в отличии от экспертизы заключение может быть предположительным.

**Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза**

Экспертиза этого вида состоит в однократном, реже повторном, освидетельствовании лица комиссией психиатров.

Основное преимущество амбулаторной экспертизы ее краткосрочность и оперативность, а недостаток ограничение возможности обследования и наблюдения. Хотя последнее обстоятельство не должно приводить к недооценке амбулаторной экспертизы. Она способна дать ответ на все вопросы следственных органов, суда.

Возможности амбулаторной экспертной комиссии во многом предопределяются правильной подготовкой следственно-судебными органами всех нужных экспертам медицинских и следственных материалов.

Для этой цели в системе психиатрической службы действуют постоянные амбулаторные комиссии, утвержденные местными (областными, городскими) органами здравоохранения.

Во время амбулаторного освидетельствования врач-докладчик изучает материалы дела, обследует подэкспертного, составляет историю болезни. Члены комиссии также знакомятся с делом, и после доклада им истории болезни беседуют с подэкспертным. Затем выносится заключение и оформляется акт экспертизы амбулаторной комиссии. В некоторых случаях необходимо провести повторную (через несколько дней) беседу с подэкспертным, и тогда при оформлении акта указываются даты освидетельствования, отмечается динамика психического состояния и дается единое заключение.

Если экспертная комиссия не может дать заключение на поставленные вопросы, то она выносит заключение о необходимости проведения стационарной экспертизы.

Амбулаторная экспертиза может внести окончательное решение при освидетельствовании психически здоровых лиц, совершивших правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения; в случаях кратковременных расстройств психической деятельности в момент совершения преступления; при несомненных психических заболеваниях, подтверждаемых медицинскими документами.

Большую долю работы амбулаторной экспертной комиссии занимает освидетельствование лиц, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах с нерезко выраженными психическими расстройствами (легкие формы дебильности, остаточные явления черепно-мозговой травмы, хронический алкоголизм, последствия перенесенных в детстве нейроинфекций, психопатические черты характера). Окончательное заключение об их вменяемости может вынести амбулаторная экспертиза. Амбулаторную экспертизу проходят многие лица, нуждающиеся в определении дееспособности, а также большинство свидетелей и потерпевших. Амбулаторная СПЭ является самостоятельным видом экспертизы.

**Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза**

Стационарная экспертиза проводится, когда возникает необходимость в клиническом наблюдении и проведении дополнительных исследований для уточнения степени психических нарушений или установления диагноза. Согласно Инструкции срок стационарного наблюдения не должен превышать 30 дней. Иногда он может продлеваться при условии предоставления в орган, назначивший экспертизу, мотивированного заключения о необходимости увеличения сроков наблюдения. Стационарная СПЭ проводится при необходимости более глубокого обследования подэкспертного, когда оценка психического состояния представляет дифференциально-диагностические сложности; при необходимости выполнения лабораторных исследований; в тех случаях, когда в связи с тяжестью правонарушения требуется длительное время для изучения и анализа материалов дела и сопоставления их с данными клинического наблюдения.

Стационарная СПЭ для лиц, содержащихся под стражей, проводится в психиатрических больницах в специально оборудованных, охраняемых судебно-психиатрических отделениях, причем исключается совместное содержание подследственных и осужденных, а также лиц, привлекаемых к ответственности по одному и тому же делу.

Если обвиняемый не был арестован или был освобожден из-под стражи, его следует помещать в судебно-психиатрические отделения для лиц, не содержащихся под стражей. Такие экспертные отделения существуют во многих региональных психиатрических больницах. В эти отделения могут помещаться потерпевшие (при необходимости их стационарного обследования) и лица, направленные на стационарную экспертизу в связи с гражданским делом.

При отсутствии такого специального экспертного отделения в больнице или диспансере, последние могут быть госпитализированы в общее отделение психиатрической больницы. Для помещения обвиняемого на стационарную экспертизу в отделение для лиц, не содержащихся под стражей, или в общее психиатрическое отделение обязательным условием является санкция прокурора или определение суда.

Потерпевшие, истцы и лица, в отношении которых решается вопрос дееспособности, должны помещаться в общие лечебные психиатрические отделения больниц. Они могут быть госпитализированы для проведения экспертизы с санкции прокурора, определения суда или на добровольных началах.

Во время стационарной экспертизы нецелесообразно разрешать какие-либо действия органов следствия с обследуемым.

Допросы, предъявление каких-либо документов, фотографий и т.д., имеющих отношение к уголовному делу, не допускается, так как это нарушает контакт врачей не только с данным подэкспертным, но и с его соседями по палате и может нежелательно воздействовать на психическое состояние обследуемых.

В работе стационарных комиссий основную работу выполняет курирующий испытуемого врач, который должен не только знакомиться, проанализировать материалы уголовного или гражданского дела, имеющуюся медицинскую документацию, но и осуществлять систематическое наблюдение за испытуемым, его психическим состоянием. При необходимости следует провести лабораторные исследования, осмотр врачами-консультантами различных специальностей.

Следует помнить, что заключения консультантов-специалистов (терапевта, невропатолога, окулиста и других) не имеют экспертного значения, они должны учитываться психиатрами-экспертами в совокупности с другими данными.

Стационарная экспертиза проводится в фиксированные дни, на комиссии присутствуют все ее члены. Освидетельствование испытуемых в условиях стационарной экспертизы проводится тремя врачами-экспертами: председателем комиссии, членом комиссии и врачом-докладчиком.

Председателем комиссии обычно является главный врач больницы или его заместитель по медицинской части, членом – заведующий судебно-психиатрическим отделением. Результаты экспертизы, которые содержат в себе обобщенные данные, оформляются "Актом экспертизы" (заключение), который подписывается всеми членами комиссии при наличии у них единого мнения.

**Экспертиза в судебном заседании**

Необходимость экспертизы в суде возникает при различных обстоятельствах.

Ее проведение суд может определить обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, и сомнение в их психической полноценности впервые возникло во время судебного рассмотрения дела.

В таких случаях эксперт не всегда может дать окончательное заключение, чаще рекомендует направить обвиняемого на амбулаторную или стационарную экспертизу. Наибольшую группу подэкспертных составляют обвиняемые, в отношении которых уже была проведена экспертиза и вынесено окончательное заключение. Вызов экспертов в суд может быть обусловлен сомнением в правильности экспертного заключения или необходимости получить разъяснение по тем или иным положениям, а также наличием дополнительных материалов, которые не были известны экспертам в период проведения экспертизы. В ряде случаев вызов экспертов в суд связан с тем, что ко времени судебного заседания изменилось психическое состояние и стало неправильным поведение обвиняемого, ранее уже подвергавшегося экспертизе и признанного вменяемым.

В случаях признания обвиняемого невменяемым эксперт может быть вызван для решения судом вопроса о применении принудительных мер медицинского характера. До начала судебного заседания эксперт должен ознакомиться с теми материалами уголовного дела, которые получены после проведения экспертизы. Во время судебного заседания эксперт внимательно наблюдает за поведением обвиняемого.

С разрешения председательствующего эксперт может задавать вопросы свидетелям и обвиняемому. Эксперт вправе указать на вопросы, выходящие за пределы его компетенции. Обследование обвиняемого следует производить в судебном заседании в отсутствии состава суда и участников процесса. Иногда эксперту-психиатру задают научные вопросы по его специальности, если их разъяснение имеет значение для оценки судом и участниками процесса выводов экспертизы. На судебном заседании заключение по поставленным вопросам эксперт представляет суду в письменном виде.

Если в судебном заседании участвуют несколько экспертов-психиатров и они придерживаются единого мнения, то представляется общее заключение. В случае расхождения экспертных мнений заключения подаются раздельно. В соответствии с п. 25 Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы при невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом, эксперт в своем заключении делает вывод о необходимости направления обследуемого на стационарную экспертизу. Так же необходимо поступать в отношении обследуемых, признанных вменяемыми, если у них ко времени суда возникли психические изменения, препятствующие в судебном процессе. Чаще речь идет о психогенных заболеваниях, но в судебном заседании установить подлинный характер и продолжительность подобных состояний бывает трудно.

**Заочная судебно-психиатрическая экспертиза**

Производится по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого (подозреваемого) или необходимо выяснить психическое состояние умершего в тот или иной период его жизни (посмертная экспертиза).

Такая посмертная экспертиза может назначаться при расследовании дел о самоубийствах, а также в гражданском процессе, когда возникает сомнение в психическом здоровье лица в момент составления им завещания или совершения иного юридического действия.

При заочной экспертизе психическое состояние подэкспертного оценивается на основании свидетельских показаний, медицинской документации (в этих случаях очень важно получить подлинники историй болезни, амбулаторных карт), характеристик письменной продукции обследуемого (дневники, письма). Иногда для получения более полных данных о психическом состоянии обследуемого целесообразно провести дополнительные допросы родственников и свидетелей.

Недостаточность материалов, представленных в распоряжение экспертов, может быть причиной невозможности дачи заключения.

Неполнота сведений в некоторых случаях заочных (посмертных) экспертиз в уголовном процессе позволяет ограничиться предположительным заключением о психическом состоянии. Необходимо тщательно мотивировать такое заключение.

**Посмертные судебно-психиатрические экспертизы**

Посмертные СПЭ и посмертные комплексные психолого-психиатрические экспертизы назначаются, как правило, в тех ситуациях, когда следователь или суд предполагают самоубийство. Этот вид экспертизы является наиболее трудным. Посмертные экспертизы проводятся только на основании материалов уголовного дела. При расследовании дел о самоубийствах работникам следствия и суда необходимо располагать материалами, освещающими обстоятельства самоубийства, выяснить его причины и мотивы, уточнить индивидуально-личностные особенности человека, покончившего с собой.

Предметом посмертной судебно-психиатрической или психолого-психиатрической экспертизы при расследовании такого рода дел является психическое состояние человека в период, предшествовавший самоубийству. Это обстоятельство определяет содержание основных вопросов, данных на разрешение экспертов.

Основными экспертными вопросами могут быть следующие:

1. В каком психическом состоянии находилось лицо, покончившее жизнь самоубийством в период, предшествовавший смерти?

2. Каковы причины развития этого состояния?

3. Какие индивидуально-психологические особенности лица могли оказать существенное влияние на его поведение в момент совершения самоубийства?

Другой вид посмертной экспертизы – это экспертиза в отношении психического состояния потерпевших, скончавшихся от тех или иных повреждений, но успевших перед смертью сообщить об обстоятельствах, совершенных в отношении него противоправных действий окружающими или работниками следствия.

Посмертное заключение о психическом состоянии потерпевшего имеет принципиальное значение, так как от данных им при жизни показаний может зависеть правильная квалификация совершенных в отношении него противоправных действий со всеми вытекающими правовыми последствиями.

По ст. 79 п. 3 УПК психиатры-эксперты при оценке психического состояния потерпевшего должны решить вопрос о его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. С клинических позиций необходимо давать обобщенную характеристику таким функциям психической деятельности, как восприятие, мышление, память, критичность.

Сообщение потерпевшего о противоправных действиях должно быть осмысленным и целенаправленным с учетом юридических последствий данных им показаний. В тех случаях, когда имеет место или недостаточно полная информация о состоянии потерпевшего, когда он давал показания, или противоречивые сведения о его психическом состоянии, то эксперты вправе отказаться от категорического экспертного вывода о его способности перед смертью правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

**4. Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следственными органами и судом**

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется "Актом судебно-психиатрической экспертизы"; его структура и принцип составления регламентируется ст. 191 УПК "Содержание заключения эксперта", Приказом Министерства здравоохранения № 1030 от 04.10.80 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" и приложениями к приказу.

"Акт судебно-психиатрической экспертизы" является одним из источников доказательства по делу. Приводимые фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. В нем содержатся не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающие из данных о психическом состоянии в прошлом и в период обследования.

"Акт судебно-психиатрической экспертизы" состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (анамнеза), описания физического, неврологического и психологического состояния, выводов и их обоснования (мотивировочная и заключительная части акта).

Во *введении* указывается: дата составления акта, состав комиссии, место производства экспертизы, имя, отчество, фамилия, и возраст подэкспертного, в чем он обвиняется (статья УК РФ и краткое существо обвинения, например "в совершении хулиганских действий в состоянии опьянения", "в карманной краже" и т.д.). Если медицинское освидетельствование производилось осужденному, то приводится статья УК РФ, по которой лицо осуждено, и дата с которой исчисляется срок наказания. В акте экспертизы свидетеля, потерпевшего, а также истца или ответчика в гражданском процессе указывается процессуальное положение освидетельствуемого (например, "является потерпевшей по делу об изнасиловании").

Во введении обязательно указывается кем подэкспертный направлен на экспертизу, в связи с какими обстоятельствами возникло сомнение в психической полноценности и была ли назначена экспертиза.

В *сведениях о прошлом* (в анамнестической части акта) приводятся краткие данные о патологической наследственности, если такова выявлена, о психическом и физическом развитии, о ходе учебы с детского возраста и о перенесенных болезнях, об особенностях характера.

Обязательно отмечается инвалидность, если она установлена компетентными органами, а также необходимые сведения о трудовой жизни и поведении.

Последовательно должно быть освещено развитие психического заболевания (если оно имеется), указывается время помещения и пребывания в психиатрических больницах, нахождение на диспансерном наблюдении, приведены диагнозы, установленные в психиатрических учреждениях. При изложении приведенных данных следует указывать откуда почерпнуты такие сведения.

После анамнеза приводятся *краткие данные физического, неврологического и психического статуса*, включая результаты *лабораторного* *исследования.*

*В мотивировочной части акта* дается анализ клинических фактов. Этим обосновывается диагноз болезни, тяжесть (глубина) психических нарушений и соответственно вывод о вменяемости или невменяемости. Если лицо вменяемо, в мотивировочной части акта должно быть приведено обоснование этого.

*Заключительная часть* акта содержит ответ на основной вопрос о вменяемости (по гражданскому делу – о дееспособности), на все остальные вопросы, поставленные экспертам. При наличии психического заболевания указываются рекомендуемые экспертами меры медицинского характера, как должен относится суд к показаниям этих лиц (самооговоры депрессивных больных). Заключение судебных психиатров, как и всех экспертов вообще, не является обязательным для суда и следствия, назначивших экспертизу. Однако несогласие с экспертным заключением должно быть мотивировано (ст. 80 УПК "Заключение эксперта").

Поэтому заключение экспертов подлежит оценке следственными органами и судом, которые анализируют судебно-психиатрический акт на предмет его информативности, а также полноту и достоверность изложенных в нем фактов.

В случае недостаточности ясности или неполноты экспертного заключения по отдельным вопросам возможен допрос экспертов, давших заключение (ст. 192 УПК "Допрос эксперта").

Согласностатье 81 УПК "Дополнительная и повторная экспертиза", возможно также назначение дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тем же самым или другим экспертам.

Существенные сомнения по поводу экспертного заключения, особенно касающихся основных вопросов (прежде всего вменяемости), требуют повторной экспертизы, которая производится комиссией экспертов в новом составе.

В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в особо сложных случаях проведение повторной экспертизы поручается Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. При этом руководство центра может привлекать в состав экспертной комиссии высококвалифицированных специалистов из других психиатрических учреждений.

**Тема №2 Судебно-психиатрическая экспертиза** в уголовном процессе

1. Понятие вменяемости и невменяемости

В УК РФ, принятом Государственной Думой 24 мая 1996 года формула невменяемости содержится в статье 21 УК РФ.

***Статья 21 "Невменяемость"***

*1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.*

*2. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом.*

Формула невменяемости содержит два критерия – медицинский (биологический) и юридический (психологический), которые выступают в единстве и определяют невменяемость лица, совершившего общественно опасное деяние.

***Медицинский (биологический) критерий*** состоит из четырех признаков:

- хронического психического расстройства; - временного психического расстройства; - слабоумия; - иного болезненного состояния психики.

Понятие *"хроническое психическое расстройство"* объединяет психические заболевания, протекающие длительно, имеющие тенденцию к прогрессированию, то есть постепенному нарастанию и усложнению психических расстройств. К заболеваниям, объединенным этим признаком медицинского критерия, относятся шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, старческие психозы и т.д.

*"Временное психическое расстройство".*

Медицинский критерий представлен психическими заболеваниями, имеющие различную продолжительность и заканчивающиеся выздоровлением.

Сюда относятся некоторые алкогольные психозы, например, белая горячка, патологическое опьянение, другие кратковременные, иногда внезапно возникающие, болезненные расстройства психической деятельности (мгновенные нарушения сознания и двигательной активности с висцерально-вегетативными проявлениями), которые могут явиться объектом судебно-психиатрической экспертизы при транспортных авариях и наездах.

Основными критериями временных расстройств психической деятельности следует считать не продолжительность, а полную их обратимость.

Под понятие *"слабоумие"* медицинского критерия попадают все психические заболевания, которые протекают с нарушениями интеллектуальной функции, как врожденного, так и приобретенного характера.

К *"иным болезненным состояниям"* относят состояния, не являющиеся психическими заболеваниями, но характеризующиеся теми или иными нарушениями психической деятельности: психопатии (личностные аномалии, свойственные лицам на протяжении всей жизни) и др.

Таким образом, применение медицинского критерия невменяемости при проведении судебно-психиатрической экспертизы заключается в распознании психической болезни и определении ее психической формы, особенностей течения, то есть в установлении диагноза.

Но для решения вопроса о вменяемости или невменяемости недостаточно одного медицинского критерия. Для этого необходимо установить тяжесть психического заболевания, имевшегося в момент совершения инкриминируемого деяния.

***Юридический (психологический) критерий*** невменяемости формулируется как невозможность *"осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими".*

Юридический критерий невменяемости состоит из двух признаков:  *интеллектуального* (невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и *волевого* (невозможность руководить ими), которые дают более полную, всестороннюю характеристику психических расстройств, выявленных у подэкспертного.

Первая половина критерия требует анализа критических способностей подэкспертного, возможности адекватно оценить обстановку и собственное поведение.

При невозможности субъектом понимать свои действия, неспособности к их контролю, интеллектуальный критерий как бы перекрывает волевой. Наличие этого признака нарушает способность руководить своими действиями и влечет принятие решения о невменяемости.

В практике встречаются случаи, когда у личности сохраняется формальная способность оценить ситуацию, но снижается, а иногда утрачивается способность удержаться от поступка – нарушается способность руководить своими действиями. В юридическом критерии превалирует волевой признак. Наиболее часто это проявляется при психопатиях. В этих случаях этот признак становится ведущим, а интеллектуальный приобретает роль соподчиненного составляющего.

Следовательно, при различных заболеваниях могут иметь место всевозможные сочетания отдельных составляющих юридического критерия, их определенное взаимодействие и взаимовлияние.

Для признания лица невменяемым в аспекте психологического критерия достаточно одного из его признаков.

Границы между нормой и патологией не являются стабильными. Они динамичны, подвижны. Одна и та же форма психического заболевания может обуславливать различные судебно-психиатрические выводы в зависимости от степени и глубины имеющихся в данный момент психических изменений.

Именно поэтому вопрос о вменяемости или невменяемости лица решается в отношении конкретного противоправного деяния и относится только к моменту его совершения.

В процессе экспертной диагностики и экспертного решения основным заключительным этапом является сопоставление медицинского и юридического критериев, что и определяет формулу невменяемости.

Обязательное условие невменяемости – совпадение медицинского и юридического критериев.

**Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемость**

В УК РФ предусмотрена уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости.

***Статья 22 УК РФ "Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости".***

*1. 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.*

*2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.*

Лица с пограничными формами нервно-психической патологии составляют 30-40% от общего числа прошедших экспертизу. Психические расстройства у них диагностируются как нарушение личности и поведения, последствия черепно-мозговых травм, начальные стадии церебрального атеросклероза и другие сосудистые заболевания головного мозга, неглубокие степени умственной отсталости и т.д.

Данная статья УК РФ вводит в практику судебно-следственных органов и судебно-психиатрических экспертиз понятие ограниченной (уменьшенной) вменяемости. Уменьшенная вменяемость подразумевает наличие медицинского критерия, констатирующего пограничные нервно-психические расстройства у обвиняемого и частично нарушенную возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий/бездействия (интеллектуальный признак) и руководить ими (волевой признак).

Исходя из содержания ст. 21 и ст. 22 УК РФ, перед экспертной судебно-психиатрической комиссией могут быть поставлены следующие вопросы:

- не страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в период совершения правонарушения?

- не страдает ли им в настоящее время?

- обнаруживал ли он в момент совершения правонарушения временные расстройства психической деятельности?

- мог ли он понимать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими в полной или неполной мере?

- нуждается ли данное лицо в назначении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и каких именно?

#### Способность обвиняемого с психическими расстройствами участвовать в судебно-следственном действии

Психические расстройства могут возникать после совершенного правонарушения до вынесения приговора. Решение этих вопросов предусмотрено ст. 81 УК РФ. Ч.1 ст. 81 УК РФ гласит: *"Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими, освобождается от наказания; лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания"*. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера. Медицинский критерий ч.1 ст. 81 УК РФпредставлен одним признаком: "психическое расстройство", который включает в себя все формы психической патологии. Юридический критерий аналогичен ст. 21 УК РФ.

Однако при применении данной статьи речь идет не о вменяемости, а о процессуальной дееспособности – способности обвиняемого по психическому состоянию участвовать в судебно-следственных действиях и осуществлять самостоятельно свое право на защиту. Законодательные положения, предусматривающие решения указанных вопросов, содержатся в УПК (ст. ст. 409, 412).

При диагностике психических нарушений, возникающих после совершения преступления, эксперт должен оценить форму психической патологии, ее нозологическую принадлежность, варианты ее течения и исход. Точность такой квалификации психического состояния определяют конкретные рекомендации относительно мер медицинского характера и дальнейшую процессуальную деятельность подэкспертного после выздоровления. Эти положения сформулированы в ч. 4 ст. 81 УК РФ: *"Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, в случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные ст. ст. 78 и 83 настоящего Кодекса"*.

При временных расстройствах психической деятельности больные после лечения возвращаются на следствие и суд, при хронических заболеваниях после лечения больной теряет способность участвовать в судебно-следственных действиях и остается в ведении правоохранительных органов.

Квалификация психического заболевания, возникшего после совершения правонарушения, и определение времени его начала имеют значение и для оценки показаний, данных таким лицом.

Показания, данные лицом до возникновения заболевания, являются показаниями психически здорового человека. К показаниям, имевшим место после начала заболевания и во время него, следует относиться, как к показаниям, данным лицом в болезненном состоянии. Наконец, точное распознание заболевания может иметь прогностическое значение.

Ч.2 ст. 81 УК РФ *"Лицо, заболевшее после совершения преступления иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания" -* применяется в случаях, когда после совершения правонарушения развивается хроническое психическое заболевание.

После проведения принудительного лечения, врачебной комиссии вновь надлежит оценить психическое состояние подэкспертного на предмет выздоровления. Возможны следующие оценки состояния: полное выздоровление, степень обратного развития психических нарушений или заболеваний, заболевание приняло затяжное, хроническое течение.

1. **Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших**

Показания свидетелей и потерпевших на предварительном и судебном следствии являются одним из важных доказательств в уголовном процессе. Потерпевшие наряду с правами отстаивать свои интересы, заявлять отводы и ходатайства, участвовать в исследовании доказательств, задавать вопросы, выражать свое отношение к следствию, знакомиться с его результатами (ст. 53 УПК) имеют определенные обязанности: они должны давать правдивые показания, участвовать в очных ставках, опознании, следственном эксперименте, в случае необходимости подвергаться освидетельствованию и т.д. (ст. ст. 75, 103, 164, 183 УПК).

В силу разных причин способность потерпевшего реализовывать свои права в ходе судебно-следственного процесса может быть нарушенной.

Свидетелем и потерпевшим может оказаться лицо с любой формой психической патологии. Наиболее часто СПЭ назначается в отношении лиц, страдающих олигофренией, ранним органическим поражением головного мозга, перенесших черепно-мозговую или психическую травму в криминальной ситуации.

СПЭ свидетелей и потерпевших не оценивает достоверность и содержание показаний (это компетенция суда), а констатирует психическое состояние лица на предмет его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания.

Экспертное заключение в отношении лиц с психической патологией должно отражать способность лица осуществлять процессуальные функции на разных этапах юридической ситуации с учетом характера психических расстройств и их динамики. Поэтому в заключении могут найти отражение многие взаимосвязанные экспертные вопросы.

Судебно-психиатрическая экспертная оценка свидетелей и потерпевших строится на клинической оценке нарушенных и сохраненных психических функций лица, что позволяет дифференцированно выносить решения, а также способствовать защите прав потерпевших с психическими нарушениями.

Таким образом, при направлении на комплексную СПЭ и психологическую экспертизу вопросы могут быть сформулированы следующим образом:

- страдает ли потерпевший или свидетель психическим заболеванием?

- может ли он по психическому состоянию воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания?

- не обнаруживает ли он патологической склонности к фантазированию и псевдологии?

- мог ли потерпевший понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий?

- имеются ли у потерпевшего какие-либо личностные особенности, которые оказали влияние на его поведение в криминальной ситуации?

- мог ли потерпевший по психическому состоянию оказывать сопротивление в криминальной ситуации?

- по своему психическому состоянию в настоящее время может ли потерпевший участвовать в судебно-следственных действиях?

П.3 ст. 79 УПК "Обязательное проведение экспертизы" предусматривает обязательное проведение СПЭ свидетелям и потерпевшим.

Психически больной (в частности, ***больной шизофренией*)** может быть единственным очевидцем происшедшего или потерпевшим.

Но участие таких больных нецелесообразно, так как это может неблагоприятно отразиться на состоянии больного. Показания психически больного могут отражать патологические переживания, быть бредовым истолкованием происходивших событий. Такие показания могут иметь значительные искажения из-за повышенной внушаемости, нарушений памяти и интеллекта; показания психически больных свидетелей и потерпевших могут носить черты оговора и самооговора вследствие психических нарушений.

Труднее оценить состояние ремиссии при шизофрении. Больные шизофренией в стойкой ремиссии без выраженного дефекта обычно способны давать свидетельские показания. Вместе с тем следует избегать участия таких лиц в судебном разбирательстве, так как обстановка суда может быть для них излишне травмирующей.

Оценка психического состояния лиц ***с олигофренией***. Легкая дебильность при сохранении способности контролировать свои поступки обычно не препятствует даче показаний. И в тоже время имеют место эмоционально-волевые расстройства, сопутствующие основному дефекту.

*Гипердинамический вариант* дебильности со склонностью к фантазированию, лживости зачастую не позволяет дать заключение о возможности участия потерпевшего в судебно-следственных действиях. Особенно это относится к дебильным личностям с расторможенностью сексуального влечения. Можно предполагать, что снижение возможности руководить своими поступками в этих случаях мешает правильно оценивать и воспроизводить обстановку. Поэтому приходится констатировать, что такие лица не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания, несмотря на неглубокий интеллектуальный дефект.

Если обследуемый имеет умеренно выраженную дебильность (средняя степень), особенно ее *гиподинамический вариант*, то нужно уделять внимание повышенной внушаемости и подчиняемости. В этих случаях очень важен правильно поставленный допрос на предварительном следствии. На освещение фактов влияет также присутствие на допросах родителей (отношение родителей к делу, заинтересованность в его исходе отражаются на поведении потерпевшего).

Сложно оценить психическое состояние потерпевших, перенесших ***черепно-мозговую травму***  и дающих показания о моменте этой травмы.

Вследствие потери сознания и амнезии сообщаемые ими сведения нередко бывают неверными. В последствии такие больные часто заполняют исчезнувший из памяти отрезок времени ложными воспоминаниями, домыслами на основании обстоятельств дела (со слов следователя, родных и знакомых) и сообщают искаженные сведения, считая их истинными.

Иногда возникают противоречия, особенно тогда, когда потеря сознания после травмы была кратковременная.

Для следствия в таких случаях важно установить период, о котором потерпевший не может давать правильные показания. Для решения такого вопроса необходимы тщательно собранные материалы о поведении и состоянии лица в момент нанесения травмы и непосредственно после нее. Объективные сведения нужно сопоставлять с сообщением обследуемого на экспертизе.

Вопрос о времени, с которого в показаниях могут отражаться болезненные проявления, нередко возникает в случаях ***реактивного психоза***. Реактивное состояние может привести к искажению сведений, к оговору и самооговору.

Чаще вопрос об отношении к показаниям в связи с данной патологией возникает уже после установления экспертами временного болезненного расстройства психической деятельности и касается сведений, сообщенными этими лицами на предварительном следствии. Чтобы исключить дополнительную экспертизу, целесообразно указывать, с какого времени возникло психотическое состояние, не позволяющее относится к показаниям данного лица как показаниям психически здорового. Обычно эксперт может установить начало заболевания по материалам уголовного дела и другим данным.

У потерпевших по сексуальным делам нередко после изнасилования развивается реактивное состояние. Такая психическая травма и характерная клиническая картина выделили его в так называемый ***синдром травмы изнасилования***  (вариант психогенных состояний).

Эти нарушения имеют две фазы: первую – с острой и бурной истерической симптоматикой с рыданиями, криками у одних больных и заторможенностью, чувством отчаяния – у других, возникающую непосредственно после происшествия; вторую – затяжную с реактивной депрессией и тоской. Такие больные нуждаются в госпитализации.

Чаще возникают более легкие, постепенно проходящие невротические расстройства: нарушение сна, страхи, кошмары, астенические и другие расстройства функции внутренних органов.

Эти состояния четко зависят от судебно-следственной ситуации. Повторные допросы, вызовы в судебное заседание приводят к ухудшению или рецидиву (обострению) состояния. В отдельных случаях возможно формирование стойкого невротического развития личности.

Перед экспертизой в таких случаях ставятся вопросы о причинении потерпевшей психической болезни, что законом рассматривается как причинение тяжкого вреда здоровью и влияет на юридическую квалификацию содеянного.

При этом производится комплексная судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы. Судебные психиатры отвечают на вопрос о связи психического расстройства у потерпевшей с психической травмой и о прогнозе болезненного состояния. Судебные медики определяют тяжесть повреждения (причинение легкого, средней тяжести и тяжкого вреда здоровью). Если возникла реактивная депрессия, требующая госпитализации, с длительным расстройством здоровья, то можно говорить о причинении тяжкого или средней тяжести вреда здоровью. Также следует расценивать и затяжное невротическое состояние и невротическое развитие личности.

В подобных случаях обычно не возникает сомнений в способности у потерпевшей давать показания. Потерпевшие, как правило, дают сведения о криминальном действии до развития явных признаков реактивного состояния. Вместе с тем возможность рецидива или ухудшение психического состояния требует отметить экспертами в заключении о нецелесообразности дальнейшего участия потерпевшей в судебно-следственных действиях.

Комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза проводится и тогда, когда у потерпевшей развилось острое психическое состояние в результате отравления ***(интоксикационный психоз)***, вызванного умышленным введением токсических веществ преступником с целью подавить способность к сопротивлению.

При этом эксперты-психиатры решают вопрос о связи психоза с интоксикацией, а судебные медики – о тяжести повреждений, в частности об их опасности для жизни в момент возникновения болезненных расстройств.

Вопрос о так называемых ***беспомощных состояниях*** возникает преимущественно в отношении потерпевших по делам об изнасиловании. Под беспомощным состоянием потерпевшей подразумевается невозможность в силу физического или психического дефекта понимать характер и значение совершенных с ней действий или оказывать сопротивление. Приводящими к беспомощности считаются расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние, сильное опьянение.

Констатация "беспомощности" относится к компетенции юристов, то есть окончательное признание невменяемости – к компетенции суда.

Эксперт-психиатр может лишь ответить на вопросы о психическом состоянии потерпевшей в момент совершения криминального действия.

Выраженные дефекты психики (например, слабоумие) обычно установить несложно. Труднее ответить, могла ли потерпевшая в состоянии сильного опьянения осознавать действия обвиняемого и сопротивляться ему. В этих случаях чаще и назначается экспертиза потерпевших.

При оценке беспомощного состояния потерпевшей не имеет значение, сама ли она привела себя в состояние опьянения или это произошло при побуждении другими лицами.

Такие физические признаки опьянения, как выраженные нарушения речи и походки, тошнота, рвота, последующий сон, являются объективными признаками отравления алкоголем. К ним относятся особенности поведения потерпевшей в это время, которые позволяют оценить ее поступки (как результат интоксикации): изменение ориентировки в окружающем, оценка происходящих событий.

К ним относится несвойственная расторможенность, сменяющаяся апатией, безучастным отношением к совершенным с нею действиям, отсутствие реакции на происшедшее и попыток скрыть признаки совершенного полового акта.

Утверждения потерпевшей о том, что она не помнит происшедшего, не всегда свидетельствует о беспомощном состоянии в результате опьянения. Они могут быть обусловлены нежеланием дать правдивые показания по делу. Следует принимать во внимание все данные о поведении потерпевшей в состоянии опьянения. Нужно учитывать некоторые особенности личности потерпевшей вне опьянения, ее антисоциальные установки, сексуальную просвещенность, которые могут оказывать влияние на поступки в состоянии опьянения.

При отмеченной в материалах дела чрезмерной кокетливости, повышенном интересе к мужчине (впоследствии к обвинению в изнасиловании), беспомощное состояние женщины во время полового сближения сомнительно. Видимо, в таких случаях скорее следует считать, что обследуемая осознавала характер совершаемых с ней действий и могла руководить своими поступками.

**Меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия**

1. Общественно опасные действия психически больных

Действующее уголовное законодательство устанавливает, что лица, совершившие противоправные действия в невменяемом состоянии, обусловленном болезнью, не являются преступниками и не подлежат наказанию.

Под опасностью психически больного понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления обусловливают неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному. В случаях, если этот ущерб уже нанесен, речь идет уже об общественно опасном действии (если его содержание соответствует той или иной статье УК).

Опасность при психических расстройствах – это временное состояние. При определенных условиях расстройство психики может стать причиной для опасного поведения.

Вопросы о связи психопатологической симптоматики с опасными действиями психически больных в одинаковой мере должны интересовать и психиатров и юристов. Это необходимо для понимания патологических механизмов опасных действий, для определения степени опасности этих больных, то есть в конечном итоге для профилактики опасных действий.

С какими же болезненными расстройствами психики чаще всего бывают связаны опасные действия?

В качестве примеров могут быть названы состояния речевого и двигательного возбуждения больных, их болезненные ложные представления о якобы грозящей им опасности или о вредоносном воздействии на их организм (бредовые идеи преследования и физического воздействия).

Иногда опасные действия больные совершают под действием повелительных, слуховых галлюцинаций, когда *"голоса" "приказывают"* им выполнить то или иное действие, которое может быть опасным.

В некоторых, редких случаях психически больные внезапно совершают опасные поступки, не вызываемые никакими внешними причинами, например, нападение или поджоги, которые они сами не могут объяснить (так называемые импульсивные действия).

Общественно опасное поведение может быть связано со слабоумием больных, вследствие которого они не могут осознавать опасность совершаемых ими действий.

Так больной, с глубоким врожденным слабоумием совершил поджег стога сена потому, что ему хотелось посмотреть *"как он будет гореть*".

Для таких больных характерна повышенная внушаемость, вследствие чего они могут стать орудием в руках психически здоровых преступников.

Нужно указать на синдромы помрачения сознания, о которых указано выше. В тех случаях, когда они сопровождаются двигательным возбуждением, аффектом страха, агрессивными действиями, больные могут совершать тяжкие нападения на окружающих.

Среди обстоятельств, способствующих совершению больными опасных действий, имеет место алкогольное опьянение. У больных в состоянии опьянения усиливаются бредовые идеи, галлюцинации и другие болезненные явления, возникает двигательное возбуждение и агрессия в отношении окружающих.

Определенное значение имеют преморбидные особенности личности больного со свойственными ей социально-психологическими установками. Антисоциальные формы поведения, отмечавшиеся до заболевания, часто появляются и в период ремиссии, что приводит к совершению повторных опасных деяний.

В ряде случаев опасные действия могут совершаться по реально бытовым мотивам. Это объясняется антисоциальными влияниями на больных их близкого окружения.

Обстоятельствами, способствующими совершению опасных действий, нередко приводящим к тяжелым последствиям, являются: несвоевременное помещение психически больных в психиатрическую больницу и их преждевременная выписка из больницы, к чему стремятся многие больные, диссимулируя (скрывая) свое болезненное состояние. Иногда этому способствуют их родственники, потворствуя стремлению выписаться или же настаивая на выписке больного по собственной инициативе.

Вследствие непонимания серьезности заболевания, когда за внешне упорядоченным поведением больного его родные и близкие не видят психического расстройства, а болезненно неправильное поведение объясняют, как чудачества и странности характера. В результате недостаточного лечения состояние больного на выходе из больницы ухудшается, а родственники становятся жертвами нападения больного.

Например, испытуемый гр. Ж., страдающий шизофренией, был выписан по настойчивому требованию жены, вопреки советам врачей, в состоянии очень неустойчивого улучшения, с еще незатухшими бредовыми идеями воздействия и слуховыми галлюцинациями, которые он тщательно скрывал. Через полтора месяца он убил жену по бредовым мотивам (*"была заодно с теми, кто действовал на него радиомагнитным излучением").*

При этом следует учитывать, что "криминальность", склонность к совершению агрессивных и аутоагрессивных действий, существует у психически больных непостоянно и может то усиливаться, то затухать в зависимости от течения заболевания и эффективности лечения.

Тип развития болезненного процесса, острое, бурное, или медленное, постепенное начало болезни, ее последующая динамика определяют различное поведение больных и соответственно разный характер совершаемых ими опасных действий.

Меры медицинского характера, в том числе и принудительное лечение, всегда назначаются исходя из социальной опасности психически больного. Оценка социальной опасности больного – это оценка социально опасных деяний, психического состояния в момент совершения противоправных деяний, состояния испытуемого в период судебно-психиатрической экспертизы, это оценка возможности повторения социально опасных действий, влияние на поведение больного социальных условий.

**2. Правовые основы назначения мер медицинского характера и организация проведения принудительного лечения**

Меры медицинского характера применяются только в отношении лиц, совершивших предусмотренные уголовным законом противоправные действия в болезненном состоянии и признанных невменяемыми.

Основным критерием выбора меры медицинского характера в отношении больного является его социальная опасность.

Закон предусматривает принудительные и непринудительные меры медицинского характера.

Принудительные меры медицинского характера являются разновидностью медицинских мер, применяемых к психически больному без его согласия, или согласия его законных представителей.

Они применяются только по решению суда по основаниям и в порядке, установленным УК РФ, УПК.

Основания и порядок применения недобровольных психиатрических мер, которые предусмотрены *Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"*, не относятся к категории мер медицинского характера.

Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:

1. Совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части УК РФ, в состоянии невменяемости;

2. У которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

3. Совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;

4. Совершившим преступление и признанными нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании (ст. 97 УК РФ "Основания применения принудительных мер медицинского характера");

5. Осужденным, психическое заболевание у которых возникло в период отбывания наказания (ст. 104 УК РФ "Принудительные меры медицинского характера соединенные с исполнением наказания")*.*

Закон предусматривает следующие меры медицинского характера (ст. 99 УК РФ "Виды принудительных мер медицинского характера"):

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ст. 100 УК РФ);

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа (ст. 101 УК РФ);

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа (ст. 101 УК РФ);

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением (ст. 101 УК РФ)*.*

На основании положений УК РФ и УПК разработана Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные действия.

***УПК РФ.* *Раздел VIII "Производство по применению принудительных мер медицинского характера".***

*Ст. 403* *"Основания применения принудительных мер медицинского характера"*.

*Ст. 412* *"Отмена или изменение принудительных мер медицинского характера".*

*Ст. 413* *"Возобновление дела в отношении лица, к которому применена принудительная мера медицинского характера ".*

*Ст. 362 "Освобождение от отбывания наказания по болезни"*.

***Амбулаторное принудительное наблюдение*** и лечение у психиатра может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных статьей 97 настоящего Кодекса, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар (ст. 100 УК РФ "Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра")*.*

После обязательного производства предварительного следствия и проведения экспертизы, следователь заканчивает дело и направляет его через прокурора в суд для применения принудительных мер медицинского характера. В судебном заседании с участием прокурора, защитника, свидетелей и потерпевших выясняется, имело ли место общественно опасное деяние, предусмотренное уголовным законом, совершило ли его лицо, о котором рассматривается дело, в состоянии невменяемости или лицо заболело после совершения преступления душевной болезнью, лишающей его возможности осознавать фактический характер своих действий (бездействий) либо руководить ими.

С учетом рекомендаций судебно-психиатрической экспертной комиссии суд выносит определение о применении конкретной принудительной меры медицинского характера.

Назначая принудительную меру медицинского характера, суд в своем определении указывает форму лечения (в общей или специализированной психиатрической больнице). Если принудительное лечение назначается в ***психиатрической больнице******общего типа***, то больной освобождается из-под стражи и поступает в больницу по месту жительства. Выбор конкретной больницы осуществляется органами здравоохранения, так как проводить принудительное лечение правомочны все психиатрические больницы.

При поступлении больного на принудительное лечение в больницу направляется копия определения суда о назначении соответствующей меры медицинского характера и копия акта судебно-психиатрической экспертизы больного.

Перемещение больного из одного лечебного учреждения в другое осуществляется по распоряжению органов здравоохранения с уведомлением об этом суда, назначившего принудительное лечение.

Принудительное лечение в больнице общего типа назначается больным: шизофренией со стойкими, не поддающимися коррекции бредовыми идеями и галлюцинациями; эпилепсией; органическими поражениями центральной нервной системы; церебральным атеросклерозом с психическими нарушениями, и другими психическими нарушениями, совершившими социальноопасные действия впервые, если их состояние расценивается как опасное для общества.

Принудительное лечение в ***психиатрических больницах******специализированного типа*** (ст. 101 УК РФ "Принудительное лечение в психиатрическом стационаре") назначается больным, представляющим повышенную опасность для общества, то есть социальным показателем является прежде всего тяжесть совершенного общественно опасного действия (посягательство на жизнь и здоровье, половые преступления).

Далее это относится к больным, совершившим повторные и многократные общественно опасные действия. Иногда имеется тяжкий криминальный анализ и трудности содержания в общих больницах больных эпилепсией с частыми сумеречными состояниями и выраженными личностными изменениями, особенно измененные алкогольной интоксикацией, алкогольными параноидами (особенно бредом ревности) и другие.

Больных лечат современными медицинскими средствами, уделяется большое внимание восстановлению трудоспособности, адаптации больных к условиям жизни во внелечебных условиях, применяются мероприятия по восстановлению и исправлению антисоциальных установок (например, проведение курса антиалкогольной терапии).

Целью принудительного лечения невменяемых является такое изменение их психического состояния, при котором снижается или устраняется их опасность. Если в состоянии здоровья отмечаются ожидаемые изменения, на основании освидетельствования больного комиссией врачей-психиатров администрация больницы вносит предложение о прекращении принудительного лечения (ст. 102 УК РФ). Суд, рассмотрев ходатайство больницы, решает вопрос о прекращении принудительного лечения или, в случае несогласия с заключением комиссии врачей, продлевает лечение.

Продолжительность принудительного лечения определяется психическим состоянием больного, особенностями течения заболевания. Поэтому суд не устанавливает сроков принудительного лечения.

При коротких сроках принудительного лечения больной имеет право на оплачиваемый больничный лист с момента поступления на судебно-психиатрическую экспертизу.

Лица признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособия по государственному социальному страхованию и на пенсии на общих основаниях.

Во всех случаях (кроме больных, имеющих больничный лист) лицу должна быть определена II или I группа инвалидности (п.2 "Положения о социальном страховании и социальном обеспечении психически больных, находящихся на принудительном лечении").

Переосвидетельствование больных, находящихся на принудительном лечении, осуществляется не реже, чем через 6 месяцев врачебными комиссиями, созданными из врачей психиатрической больницы. В состав комиссии обязательно входит лечащий врач больного.

Вопрос о прекращении принудительного лечения, включающий в себя клинический и социальный прогнозы, остается сложным и ответственным.

Принцип принудительного лечения требует не допускать преждевременной выписки больных.

Показанием к отмене принудительного лечения является устранение общественной опасности больного, обусловленной психическими нарушениями. Это выздоровление больного, стойкое улучшение психического состояния, которые свидетельствуют об устранении опасности для общества и самого себя (нарастание вялости, апатии, угасание бредовых идей).

Необходимо убедиться в стойкости улучшения и обратном развитии психопатологических признаков, с которыми было связано общественно опасное действие.

Во всех случаях улучшения необходимо убедиться в появлении у больного критического отношения к своему болезненному состоянию и совершенному действию, в упорядоченном поведении, активном участии в реабилитационной программе.

Таким образом, важнейшим показателем отмены принудительного лечения является прогноз дальнейшего течения болезни.

Когда имеется единое мнение всех членов комиссии о возможности прекращения принудительного лечения или изменения меры медицинского характера, тогда соответствующее заключение направляется в суд. В заключении должны быть указаны изменения, произошедшие в состоянии больного, высказаны рекомендации о дальнейших медицинских мероприятиях, применимых к больному. При выписке больного по решению суда должны быть обязательно урегулированы вопросы трудовой ориентации лица или его пенсионного обеспечения, вопросы жилья, опеки и т.д.

При проведении принудительного лечения ***в специализированных стационарах******с интенсивным наблюдением*** или без него обычно применяется "ступенчатая" выписка больного: из стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением – в специализированный, из него – в общий, и далее – под наблюдение районного ПНД по месту жительства больного. Ст. 100 УК РФ позволяет назначить также амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

В некоторых случаях возможно прекращение принудительного лечения без прохождения этих ступеней.

**Принудительное лечение в случаях, предусмотренных ч.1 ст. 81 УК РФ**

*"Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера".*

Таким образом, ст. 81 УК РФ рассматривает несколько вариантов ситуаций, которые могут возникнуть в случае психического заболевания обвиняемых после совершения преступления:

1. Психическое расстройство у обвиняемого, психическое состояние которого на момент совершения преступления психиатры-эксперты расценили как не исключающее вменяемости, возникло до вынесения приговора. Психическое расстройство носит временный характер.

2. Психическое заболевание развилось у обвиняемого в тех же условиях, но приобрело хронический, необратимый характер и течение.

3. Психическое расстройство возникло у обвиняемого как до вынесения приговора, так и до определения его психического состояния на момент преступления психиатрами-экспертами.

СПЭ ему или не проводилась, или ее решение было затруднено из-за особенностей психического состояния и требовало длительного психиатрического лечения и наблюдения.

4. Психическое заболевание развилось у осужденного, что соответствует положениям ст. 362 УПК.

Принципы применения принудительных мер медицинского характера в случаях, предусмотренных ст. 81 УК РФ*,* уточняются в разделе шестом УК РФ. Часть 1 п. "б" ст. 97 УК РФпредусматривает, что если у лица после правонарушения наступает психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, к нему могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

**3. Меры по предупреждению опасных действий лиц с психическими расстройствами**

После прекращения определением суда принудительного лечения и выписки пациент находится под наблюдением районного ПНД. Наблюдение состоит в ежемесячном посещении больным участкового психиатра или визите врача к больному на дом. При этом осуществляются социальные мероприятия (выясняется его состояние, поведение в быту, трудовая занятость, проводится поддерживающая терапия). Существует совместный Приказ министра внутренних дел и министра здравоохранения о взаимодействии органов милиции и психоневрологических диспансеров по наблюдению за лицами с психическими расстройствами, совершившими опасные действия.

По Приказу кроме психоневрологической службы контролировать поведение таких больных должны участковые инспекторы милиции.

Совместное наблюдение, обмен информацией, позволяет своевременно принимать меры к госпитализации в случае изменения психического состояния, начала алкоголизации больного, возобновления асоциальных поступков. В этих случаях госпитализация регламентируется *Законом РФ "О порядке оказания психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"*.

Кроме вышеуказанных профилактических мероприятий опасных действий наиболее важными являются: выявление лиц с психическими расстройствами среди населения и установление опасных для самого больного или окружающих изменений в его психическом состоянии; проведение мероприятий социальной направленности. Такая деятельность осуществляется в соответствии с *Законом РФ "О порядке оказания психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"*.

**Тема № 3. Понятие о психических заболеваниях. Основные симптомы и синдромы психических расстройств**

Психические болезни представляют собой заболевания всего организма с преимущественными нарушениями деятельности головного мозга, вследствие чего и возникают расстройства психической деятельности. Они характеризуются тем, что нарушается способность человека правильно отображать реальную действительность и целенаправленно ее преобразовывать (И.Ф. Случевский). Эти нарушения психической деятельности могут, по выражению И.П. Павлова, приводить больного "в трудные, тяжелые, вредоносные столкновения как с природой, так и с другими людьми...".

Подобно терапии, хирургии и другим медицинским дисциплинам психиатрия разделяется на две большие части – общую и специальную. Общая психиатрия – семиотика (симптоматология) психических болезней, или психопатология, имеет своей задачей разностороннее изучение отдельных признаков – ***симптомов***  и определенных их сочетаний, имеющих закономерные внутренние связи, – ***синдромов***. С выявлением симптомов и синдромов начинается обследование психически больных. Взятые сами по себе, изолированно, ни симптомы, ни синдромы не обладают нозологической специфичностью, то есть не могут служить целям установления психиатрического диагноза. Симптомы и синдромы, встречающиеся при психических заболеваниях, так же как и при других болезнях, отличаются многозначительностью.

**1. Основные симптомы психических болезней**

**Расстройства восприятия**

Восприятие– психический процесс, при котором ощущения, получаемые от раздражителей внешней и внутренней среды, переводятся в осознаваемую информацию.

***Иллюзии*** – ошибочное восприятие, преимущественно зрением или слухом, реально существующих предметов или явлений. Чаще всего они возникают в форме измененного аффекта или сознания.

*Зрительные иллюзии* – могут быть простыми по своим проявлениям и обыденными по содержанию (висящая одежда воспринимается как человеческая фигура, наклонившаяся ветка – как протянутая рука). Они возникают обычно в полумраке и при плохом освещении, на фоне тревожного настроения. Зрительные иллюзии образного, иногда фантастического содержания называются *парейдолиями*. Стоящий на окне цветок воспринимается как экзотическое увеличенных размеров растение; окружающие предметы – как фантастические существа; отдельные узоры обоев превращаются в сцены фантастических событий. Парейдолии чаще возникают на фоне резкой тревоги, страха, при начальных состояниях помрачения сознания.

*Слуховые  иллюзии*. В одних случаях они элементарны – шум дождя воспринимается как шепот, отдельные звуки, как выстрелы. В других, при вербальных (словесных) иллюзиях, – в посторонних разговорах или звуках субъект слышит отдельные слова в свой адрес. Если в слышимом непрерывно воспринимаются целые фразы, говорят об *иллюзорном галлюцинозе*. Вербальные иллюзии, и особенно иллюзорный галлюциноз, обычно имеют осуждающее или угрожающее содержание. Для них характерны аффект напряженной тревоги и подозрительность.

***Галлюцинации***  – одна из форм нарушения чувственного познания. Это ложное восприятие без реального раздражителя, реального объекта. Воспринимаясь в пространстве, галлюцинации приобретают чувственную яркость и неотличимы от существующих в действительности предметов, то есть имеют характер объективной реальности. Галлюцинации многообразны. Их принято делить по различным признакам. Главный из них – анализатор (орган чувств), в котором они возникают. Принято выделять следующие галлюцинации:

1) зрительные, или оптические; 2) слуховые, или акустические; 3) обонятельные; 4) вкусовые; 5) тактильные, или осязательные;

6) галлюцинации общего чувства.

Кроме того, галлюцинации могут выделяться на основе таких признаков, как особенности их проекции, условия, при которых они развиваются.

*Зрительные галлюцинации* (видения) могут быть элементарными, обладать неотчетливой формой или даже быть лишенными ее – *фотопсии* (искры, пламя, пятна, вспышки, дым) и сложными, четкими во всех, даже незначительных деталях – конкретные люди, животные, насекомые, предметы обстановки, сцены различного содержания (похороны, стихийные бедствия, собрания). Зрительные галлюцинации могут быть бесцветными, естественно и неестественно окрашенными, иметь натуральный, уменьшенный или увеличенный размер. Видения то неподвижны (статические галлюцинации), то находятся в движении, иногда очень быстром. Они могут возникать на постоянном расстоянии от больного, удаляться или надвигаться на него. Содержание зрительных галлюцинаций может быть однообразным и меняющимся. Когда сменяющие друг друга зрительные галлюцинации имеют сложное содержание, их называют сценоподобными, или кинематографическими. Если преобладают видения пейзажей, то говорят о панорамических галлюцинациях. Зрительные галлюцинации почти всегда возникают на фоне той или иной степени помрачения сознания. Им сопутствуют аффект тревоги, страха, ярости. Значительно реже они вызывают восхищение или любопытство. Нередко интенсивность зрительных галлюцинаций резко усиливается к вечеру и ночи. Порой они возникают только в это время суток.

*Слуховые галлюцинации*. Возникают в форме элементарных, неречевых обманов, они называются *акоазмами* (таковы шумы, отдельные звуки, шипение, выстрелы). Когда слышат отдельные слова и фразы, говорят *о фонемах*  – вербальных (словесных) галлюцинациях. Больные часто называют их голосами. Последние могут принадлежать знакомым и незнакомым лицам, мужчинам, женщинам, детям; быть тихими, громкими, оглушающими; находящимися на одном месте, приближающимися или удаляющимися. Иногда слышится один голос (моновокальные галлюцинации), два голоса (диалог), много голосов (поливокальные галлюцинации). Голоса могут переговариваться друг с другом и обращаться непосредственно к больному. Содержание словесных галлюцинаций различно: брань, оскорбления, обвинения, угрозы, насмешки; защита, успокоение и утешение; предупреждения, приказания (императивные галлюцинации); регистрация поступков больных ("он закрыл дверь, зажег свет, повернулся боком" и т.д. – комментирующие галлюцинации). Слуховые галлюцинации обычно возникают на фоне непомраченного сознания. Они сопровождаются удивлением, изумлением, страхом, а также самыми различными поступками: поиском того, кому принадлежит голос, бегством, обороной, нападением, направленным против самого себя, зачастую крайне опасными действиями (при императивных галлюцинациях).

*Обонятельные галлюцинации*  – мнимые неприятные или приятные запахи (гнили, паленого, нечистот, газов, цветов, готовящейся вкусной еды и т.д.).

*Вкусовые галлюцинации* – неприятные или приятные вкусовые ощущения, возникающие во рту без приема пищи.

*Тактильные галлюцинации* – неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимые с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел) или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т.д.), внешние признаки которых точно описываются больными (твердые, маленькие с длинными ножками и т.д.). Если подобные мнимые ощущения возникают во внутренних органах, то говорят о *висцеральных* *галлюцинациях*.

*Галлюцинации общего чувства* – убеждение, что неприятные ощущения, испытываемые на поверхности тела или во внутренних органах, связаны с действием того или иного инородного тела, живого существа и т.д.

Иногда у больного наблюдается только один вид галлюцинаций. Нередко же происходит одновременное появление различных их видов, например, зрительных, слуховых и галлюцинаций общего чувства. Это сложные (комплексные) галлюцинации.

*Функциональные галлюцинации*. По механизму возникновения они занимают промежуточное положение между собственно галлюцинациями и иллюзиями. Появляются только при наличии реального внешнего раздражителя и продолжаются, не сливаясь с ним, то есть раздельно, до тех пор, пока действует этот раздражитель. Больной реально слышит стук колес поезда и одновременно возникают слова "свинья, свинья, свинья"; при остановке поезда эти слова исчезают.

*Псевдогаллюцинации*– непроизвольные, обычно с ощущением сделанности или насильственности, восприятия, возникающие без реального объекта. Они могут быть чувственно яркими и конкретными, проецироваться вовне, хотя чаще существует интропроекция образов (локализуется больными не в объективном, а в субъективном пространстве – видится или слышится "мысленно", "умом", "внутренним оком" и т.п.). В отличии от истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации не отождествляются с реальными предметами, то есть лишены характера объективной реальности. Вместе с тем критическое отношение к псевдогаллюцинациям, также как и сомнения в их действительном существовании, отсутствует. Псевдогаллюцинации могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, осязательными, общего чувства, со всеми присущими им особенностями, например, зрительные псевдогаллюцинации могут быть элементарными и сложными; бесцветными, естественно и неестественно окрашенными; "мысленные" голоса – тихими и громкими, единичными и множественными. Сочетание псевдогаллюцинаций с бредом воздействия или преследования образует синдром Кандинского-Клерамбо.

***Сенестопатии*** – разнообразные неприятные, тягостные и просто мучительные ощущения (стягивания, натяжения, переливания, жжения, щекотания, боли и т.д.), возникающие в различных поверхностных частях тела или во внутренних органах, нередко без определенной локализации и трудно поддающиеся четкому описанию. В отличии от галлюцинаций они лишены предметности, не сопровождаются какими-либо соматическими или неврологическими расстройствами.

***Метаморфопсии*** – искаженное восприятие величины, формы и пространственного расположения реально существующих предметов. При этом окружающие предметы воспринимаются пропорционально, но неестественно уменьшенными – *микропсия*, или, напротив, пропорционально, но неестественно, вплоть до гигантских размеров, увеличенными – *макропсия*. Окружающие предметы могут также восприниматься перекошенными, перекрученными, укороченными, удлиненными, расширенными или суженными – *дисмегалопсия*. Искажение восприятия пространства, сопровождаемое неестественным отдалением или, напротив, приближением предметов, называется *порропсией*.

***Расстройство схемы тела***– искаженное ощущение формы, величины и положения в пространстве тела или отдельных его частей. Оно возникает при наличии зрительного контроля, и при его отсутствии. Все тело резко увеличивается и заполняет собой все то пространство, в котором больной в данный момент находится; язык разбухает и не помещается во рту; голова кажется величиной с булавочную головку и т.д.

В ряде руководств по психиатрии метаморфопсии и расстройства схемы тела описываются под общим названием – психосенсорные расстройства.

**Расстройства мышления**

Мышление – это психический процесс, заключающийся в обобщенном отражении существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей.

Мышление – целенаправленная система идей, символов и ассоциаций, возникающая в процессе выполнения задачи и приводящая к выработке правильного решения.

Мышление нормально, если его результатом является логическая система выводов.

Расстройства мышления встречаются при самых различных психических заболеваниях. Наиболее частыми формами нарушений мышления являются следующие:

***Ускорение мышления*** – легкость появления и увеличение количества ассоциаций, возникающих безостановочно, сочетается с поверхностными умозаключениями, основанными на случайных связях. Постоянны отвлекаемость от основной темы и непоследовательность высказываний. Образные представления и сравнения доминируют над отвлеченными. Иногда ускорение мышления достигает интенсивности – скачки идей, происходит непрерывная смена одной незаконченной мысли другой.

***Замедленное мышление*** – число ассоциаций уменьшается, они возникают с трудом. Сознание обеднено представлениями, их содержание однообразно. Часто переносится очень тягостно. Больные говорят в таких случаях, что поглупели или отупели.

***Бессвязное****(****инкогерентное) мышление*** – речь представляет собой набор не связанных смыслом или грамматическим строем слов.

***Обстоятельность (грузность) мышления****.* Ассоциации, раз возникнув, надолго не могут исчезнуть из сознания, что мешает появлению новых ассоциаций. Продуктивность мышления снижается. Характерно застревание на несущественных деталях, неумение выделить главное.

***Резонерское мышление (резонерство)****.* Подмена четких и ясных ответов пространственными и бесплодными рассуждениями на тему заданного вопроса или на темы, не имеющие к вопросу никакого отношения. Обычно сочетается с многословностью.

***Персеверация мышления****.* Доминирование в сознании ограниченного числа мыслей и представлений, в связи с чем на разные по содержанию вопросы может быть дан в течение определенного времени только один ответ. Например:

- "Как Вы себя чувствуете?" – Плохо.

- "Что у Вас болит?" – Плохо и т.д.

**Бред (бредовые идеи)** – сложное суждение (умозаключение), возникающее без соответствующих поводов; оно не поддается разубеждению, несмотря на то, что противоречит действительности и всему предшествующему опыту заболевшего. Бред противостоит любому всякому вескому доводу, чем отличается от простых ошибок суждения. Бредовые суждения психически больных всегда так или иначе относятся к ним самим – их жизненному опыту, стремлениям, опасениям, желаниям, знаниям.

По своей психологической структуре и особенностям динамики бред можно разделить на три основные группы:

- первичный;

- образный;

- аффективный;

*Первичный бред*. При нем страдает в первую очередь логическое познание, в то время как чувственное (образное) поражается незначительно. Патологическому толкованию (интерпретации) подвергаются как явления внешнего мира, так и субъективные ощущения. Ложные суждения, подкрепленные доказательствами, разработаны в деталях. Первичный бред стоек и имеет склонность к прогрессирующему развитию. Длительное время первичный бред может существовать в качестве единственного явного признака психического заболевания. Различают следующие его этапы (периоды): *инкубация, кристаллизация, стереотипизация, терминальный этап*.

В период инкубации возникают догадки, предположения, самые разнообразные сопоставления; патологически толкуются происходящие в данный момент события, человеческие взаимоотношения, собственные ощущения и чувства. Возникает много новых, разрозненных, непонятных, порой противоречивых умозаключений.

Недоверие и настороженность ко всему, что окружает постоянны. Фон настроения определяется напряженностью, тягостными предчувствиями, неглубокой тревогой, нередко известной угнетенностью. Французские психиатры сравнивают состояние таких больных с тем, которое наблюдается у лиц, находящихся под следствием. В период инкубации бреда, в отдельные моменты у больного еще колеблется стойкая непоколебимая уверенность в правильности своих умозаключений. Они подвергаются сомнениям; может возникать смутное чувство допущенных здесь ошибок. Время от времени появляется мучительное предчувствие грозящей катастрофы; все исполнено новым непонятным смыслом, все таит угрозу – это так называемое бредовое настроение. Возникая в форме эпизодов, бредовое настроение может быть одним из симптомов перехода начального периода – инкубации в следующий этап развития – этап кристаллизации бреда.

В начальный период второго этапа больные испытывают "озарение", "прозрения", "откровения". Исчезает гнетущее состояние неясности, "все становится понятным". В период кристаллизации происходит объединение в систему прежних разрозненных фактов. Система расширяется за счет все увеличивающихся в своем числе новых представлений, а также патологического истолкования событий прошлой жизни – ретроспективный бред. Создается разработанная в деталях бредовая концепция. В период кристаллизации бреда явно и на продолжительные периоды изменяется поведение больных. Оно теперь может целиком зависеть от особенностей бреда. Если раньше избегали открытых столкновений с мнимыми недоброжелателями или просто врагами, то теперь переходят к активным действиям против них – "симптом активного преследуемого – преследователя". В одних случаях больные ограничиваются многочисленными жалобами и проявляют сутяжное поведение, в других, более редких, случаях – пытаются физически уничтожить своих противников. Бредовое поведение больного с первичным бредом французские психиатры выражают следующей краткой фразой: "он избегает, он защищается, он нападает".

В период стереотипизации бред как бы отливается в одну форму, усложнения его содержания не происходит, а аффективная насыщенность значительно уменьшается. Однако периодически происходят обострения психического состояния, в периоды которых часто могут совершаться противоправные действия.

В терминальном периоде, наступающем спустя многие годы и даже десятилетия после начала болезни, происходит постепенное обеднение бреда и его распад.

Первичный бред может иметь самое различное содержание. В процессе его развития обычно происходит усложнение первоначального содержания и бред из монотематичного становится политематичным. Обычно это усложнение идет в направлении нарастания идей преследования, если только они не существовали с самого начала. Сам же бред преследования усложняется преимущественно за счет идей величия. В судебно-психиатрической практике наибольшее значение имеют бредовые состояния со следующим содержанием бредовых идей: ревность, ипохондрия, преследование, воздействие, отравление, ущерб, изобретательство, величие, бредовые идеи эротического и сутяжного характера.

*Бред ревности (супружеской неверности)* – непоколебимая убежденность, что лицо, с которым больной находится в супружеских или интимных отношениях, изменяет ему с одним или несколькими лицами. Он "замечает", что близкий человек становится невнимательным, проявляет холодность в интимных отношениях и просто уклоняется от них. Одновременно ему начинает казаться, что тот более внимательно следит за своей внешностью, приходит домой позже обычного времени, выглядит необычно оживленным и смущенным. Со временем больной "обнаруживает", что свидания происходят и вне дома, и в домашней обстановке. Он начинает следить за действиями близкого ему человека, внезапно звонит по телефону на работу, является домой во внеурочное время, проверяет белье и т.п. Постоянны упорные требования больного признать факт измены, угрозы. Бред ревности порой выливается в жестокие насильственные действия, чаще всего убийство близкого человека.

*Ипохондрический бред (бред болезни)* – непоколебимое убеждение лица в имеющемся у него тяжелом или неизлечимом заболевании. Поведение больных различно. Одни упорно разрабатывают методы самолечения. Другие постоянно обращаются к врачам самых различных профессий, требуя обследования и лечения. Такие больные начинают подозревать врачей в плохом к себе отношении, даже в том, что не кто иной, как врач, является виновником его страдания. Насильственные действия против медицинских работников в таких случаях нередки. Разновидность ипохондрического бреда – бред физического недостатка или уродства – *дисморфофобия*. Обычно он касается видимых частей тела – лица, рук, ног, фигуры. Для исправления мнимого физического дефекта больные прибегают к опасным методам самолечения или упорно требуют операций, в том числе и повторных.

*Бред преследования*  – непоколебимое убеждение больного в том, что ему хотят нанести физический или моральный вред или просто добиться его гибели.

*Бред воздействия* – непоколебимое убеждение лица, что его мысли, чувства и поступки подвергаются воздействию внешней силы, которая в ряде случаев получает точное определение – воздействие людей, гипноза, электричества, атомной энергии, ультразвука.

*Бред отравления*– непоколебимое убеждение в том, что для нанесения вреда физическому состоянию больного или с целью его уничтожения тайно применяются всякие ядовитые вещества, добавляемые в употребляемую больным пищу, рассыпаемые или распыляемые в воздухе тех помещений, где он находится, на предметы мебели или одежду, которыми он пользуется.

*Бред ущерба* – непоколебимая убежденность в сознательном нанесении больному материального вреда, чаще всего путем порчи, подмены или воровства личных вещей, мебели и продуктов питания. Бред ущерба чаще всего распространяется на лиц ближайшего окружения, в связи с чем его нередко определяют как бред малого размаха.

*Бред изобретательства* – непоколебимое убеждение в том, что сделано теоретическое или практическое открытие, имеющее необычное и даже универсальное значение, и его внедрение облагодетельствует человечество. Всегда сопровождается необычно упорным сутяжным поведением.

*Бред величия*– неправдоподобно-грандиозное преувеличение больными своих духовных и физических сил, здоровья, социального положения и связанных с ними возможностей.

*Бред эротический* *(любовный)* – непоколебимая убежденность в том, что определенное лицо испытывает к нему любовную страсть и стремится любыми, даже наносящими больному вред, способами добиться его расположения.

*Бред сутяжный* – непоколебимая идея борьбы за восстановление попранной справедливости, в частности защиты нарушенных прав больного.

*Бред образный*  – при нем доминирует нарушение чувственного познания. Бредовые идеи возникают без всякой системы, нередко хаотично. Они не доказываются, а воспринимаются как данность, например, – "я знаю, что меня хотят убить". Господствуют образные представления, напоминающие по своей наглядности и непоследовательности грезы и картины сна. Сознание заполнено ими. Окружающее воспринимается так, как это бывает при иллюзиях. Образный бред всегда сочетается с другими расстройствами. Резко нарушается поведение. Поступки больных непоследовательны и часто носят импульсивный характер (вскакивают на ходу в проходящий транспорт, внезапно спрыгивают с него на полном ходу, бегут не разбирая, совершают внезапные нападения). Могут возникать галлюцинации, проявляться элементы синдрома Кандинского-Клерамбо, вкрапливаться эпизоды расстроенного сознания. Образный бред всегда сопровождается выраженными изменениями аффекта, чаще в форме напряженной тревоги.

Разновидностями образного бреда являются бред инсценировки и бред значения. При *бреде инсценировки* больные говорят, что кругом все подстроено, их разыгрывают, происходит киносъемка; окружающие люди совсем не те, за кого себя выдают, все их поступки имеют непосредственное отношение к больному; его проверяют, обучают, воспитывают. При *бреде* *значения* все окружающее принимает символическое значение – черный цвет означает скорую смерть больного; молодая женщина символизирует спасение и т.д. Этот и иной смысл окружающего очень изменчив. В ряде случаев все воспоминания и восприятия окружающего (предметы, люди, события) получают фантастическое содержание и обозначение. При этом возникает антагонистический бред, при котором все воспринимается как борьба вокруг личности заболевшего двух противоположных сил – добра и зла. Для образного фантастического бреда характерны идеи величия, идеи религиозно-мистического, эротического, а в ряде случаев космического содержания (атомная война, стихийные бедствия, государственные перевороты и т.п.).

*Аффективный бред*. Своим содержанием отражает господствующий аффект и в большей степени приближается к образному бреду, то есть при нем преобладает нарушение чувственного познания. Логический элемент в нем незначителен. Среди депрессивных форм бреда чаще всего встречается *бред самообвинения и греховности* – убежденность в совершении тяжких, аморальных поступков. При *бреде самоуничижения* моральные и физические качества больного имеют только отрицательные свойства. При *бреде обнищания*  существует убежденность в скором или уже имеющемся лишении всех материальных средств. В ряде случаев *депрессивный бред*  имеет фантастическое содержание: больной погубил весь мир, никогда не умрет и т.д. – это бред Котара. Когда больные убеждены в том, что их внутренности или организм в целом подверглись разрушению, говорят о *нигилистическом бреде*. Все разновидности депрессивного бреда очень бедны деталями, разработка их содержания обычно отсутствует.

Среди *экспансивных форм бреда* чаще всего возникают идеи величия, реформаторства, исключительных моральных и физических возможностей.

От бредовых идей нужно отличать  сверхценные идеи  и  бредоподобные фантазии.

***Сверхценные идеи***– суждения, возникающие благодаря реальным обстоятельствам. Сопровождаемые необычно сильной, действительно существующей аффективной окраской, они в последующем получают на продолжительные сроки стойкое доминирующее положение по сравнению со всеми остальными мыслями и представлениями.

***Бредоподобные фантазии*** – появление в условиях психотравмирующей ситуации, в частности, при аресте, следствии или вскоре после начала срока содержания под стражей, разнообразных по содержанию высказываний, в которых наличествуют идеи величия, преследования, ущерба, самообвинения, высказывания авантюристического или мегаломанического содержания. По сравнению с бредом, они лишены непоколебимой уверенности, изменчивы в своем содержании, зависят от внешних моментов, часто отражают затаенные страхи и желания; сопровождаются рассчитанными на окружающих поведением с элементами игры и театральности; исчезают под влиянием внешних условий, например при переводе из тюрьмы в больницу.

***Навязчивые идеи*** – непроизвольно и непреодолимо возникающие мысли, представления, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, движения, действия, болезненный характер которых осознается, критически оценивается и с которыми субъект постоянно стремится бороться. Навязчивые состояния с известной условностью разделяют на две группы - отвлеченные, не сопровождаемые выраженным аффективным компонентом, и образные, при которых аффективные расстройства постоянны.

*Отвлеченные навязчивости* – навязчивый счет (счет этажей в зданиях, счет проезжающих мимо машин и т.п.); навязчивые припоминания (имен, телефонов, определений), навязчивое мудрствование (умственная жвачка) – возникновение вопросов абстрактного содержания, обращенных к самому себе. Каждый такой вопрос влечет за собой возникновение нового: "Что такое Земля? Где верх и где низ Земли? Почему люди не падают, когда ходят по Земле?" и т.д.

Среди *аффективных навязчивостей* выделяют следующие. *Навязчивые сомнения* – непроизвольно возникающая мучительная неуверенность в правильности и завершенности совершаемых действий сопровождается их многократной проверкой и повторением. Например, больной десятки раз возвращается, чтобы проверить, хорошо ли заперта входная дверь. *Навязчивые хульные мысли, циничные слова и выражения*, возникающие по отношению к тем, к кому относятся с уважением. *Навязчивые* *воспоминания*  – неотвязное воспоминание какого-либо неприятного или мучительного события прошлого. *Навязчивые влечения*  – появление вопреки воле и желанию стремления совершить то или иное, зачастую опасное, действие – ударить находящегося рядом человека, броситься под идущий мимо транспорт и т.д. *Навязчивые действия*  – движения, совершаемые помимо желания, например периодическое подергивание плечами.

*Навязчивые страхи (фобии)* – наиболее распространенная форма навязчивых состояний второй группы. Содержание фобий крайне разнообразно: страх перехода улиц и площадей, страх оставаться одному в закрытом помещении, страх острых предметов, высоты, покраснения и т.д. Возникновение аффективно окрашенных навязчивостей всегда влечет за собой появление вегетативных симптомов – тахикардии, потливости, побледнения, головокружения, одышки.

*Навязчивые состояния* часто сопровождаются ритуалами-действиями, которые производят для предупреждения мнимого несчастья: страдающий страхом загрязнения через определенные промежутки времени моет руки; больной, прежде чем сесть, обязательно несколько раз повернется кругом и т.п.

***Импульсивные состояния*** – включают в себя импульсивные действия и импульсивные влечения.

*Импульсивные действия*  выполняются без борьбы мотивов. Возникают при наличии выраженных расстройств психической деятельности – при образном бреде, состояниях помраченного сознания, кататоническом возбуждении, меланхолическом раптусе. Характеризуется внезапностью и безмотивностью появления, выполняются автоматически. Больной подбегает и наносит незнакомым людям удары, кидает ребенка в воду, совершает агрессивные поступки в отношении неодушевленных предметов – рубит стену дома и т.д.

***Деперсонализация, дереализация, растерянность****.* Объединяются преобладанием изменения восприятия собственного "я", окружающего или того и другого одновременно.

*Деперсонализация*  – расстройство самосознания (самовосприятия своего "я") с характером изменения или отчуждения своих психических или физический свойств.

*Дереализация* – расстройство восприятия реальности и действительности окружающего, которое кажется отдаленным, безжизненным, неподвижным, застывшим, неотчетливым, бесцветным. К дереализационным расстройствам некоторые психиатры относят феномен "уже услышанного, пережитого, виденного", напротив, хорошо знакомое кажется возникшим впервые.

Деперсонализация и дереализация сопровождаются сознанием их болезненного характера, постоянным самоанализом, изменением настроения обычно в сторону его понижения. Больные затрудняются в точном описании имеющихся у них расстройств, прибегают к сравнениям, часто употребляют такие выражения: "как - будто", "напоминает", "кажется".

*Растерянность* (*аффект недоумения)* – мучительное непонимание происходящих с собой или окружающим изменений, в ряде случаев то и другое наличествует одновременно. Сопровождается ощущением необычности и необъяснимости совершающегося, которое получает новый, неясный еще смысл. Недоумение проявляется в манере говорить и держать себя. Речь больного бедна словами, он отвечает не сразу, часто словами вопроса. Ответы даются не в утвердительной, а в вопросительной форме. Постоянно встречаются такие высказывания, как "я ничего не пойму", "что-то происходит", "зачем это", "наверное, схожу с ума", "кругом происходит что-то странное" и т.п. Для растерянности характерна повышенная отвлекаемость внимания. При малейших внешних раздражителях (стуках, тикании часов, кашле и т.п.) больные обращаются в сторону звука, нередко повторяя "стучат", "вот часы", "кашляют" и т.д. Это гиперметаморфоз. У больных постоянно имеется смутное сознание необычности своего состояния. Растерянность возникает при остро развивающихся психических нарушениях.

**Расстройства памяти**

Память– психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни.

***Амнезия***– отсутствие памяти (беспамятство), относящееся к определенным периодам времени.

*Ретроградная амнезия* – выпадение из памяти прошлых воспоминаний и событий, непосредственно предшествовавших развитию нарушений психической деятельности в форме помрачения сознания или бессознательного состояния. Распространяется на периоды времени от нескольких минут до многих лет.

*Антероградная амнезия* – утрата воспоминаний на события, относящиеся к периоду, непосредственно следующим за окончанием бессознательного состояния, помрачения сознания и некоторых других психических расстройств. Охватывает промежутки времени от минут до часов, дней, редко недель.

*Антероретроградная амнезия* – сочетание обоих типов амнезии – выпадение из памяти ряда событий, как предшествовавших болезненному состоянию, так и следовавших за ним.

*Амнезия фиксационная* – потеря способности запоминать текущие события.

*Амнезия прогрессирующая*  – постепенно и последовательно нарастающее опустошение запасов памяти, развивающееся от запамятования событий последнего времени к запамятованию событий прошлого, в том числе и самых отдаленных, касающихся юности и детства.

*Амнезия ретардированная* (отставленная, запаздывающая) – запамятование событий, происходящих во время психического расстройства, в том числе и самих бывших психический расстройств. Происходит не сразу после окончания болезненного состояния, а спустя тот или иной отрезок времени. Поэтому больной сначала может многое рассказать, а позже уже не в состоянии этого сделать.

***Парамнезии***  – обманы памяти. Наиболее важными являются псевдореминесценции и конфабуляции.

***Псевдореминесценции*** – бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени.

***Конфабуляции*** (ложные воспоминания) – сообщения о событиях, которых на самом деле не было.

*Конфабулез* – возникновение в короткие промежутки времени обильных конфабуляций, которые образуют либо один связный с последовательно развивающимся содержанием рассказ, либо несколько рассказов с разнообразным, но законченным в пределах одного рассказа содержанием.

**Расстройства эмоций**

Под эмоциями (чувствами) подразумевается психический процесс, которым выражается отношение субъекта к самому себе и к различным явлениям жизни.

Эмоции сопровождают все другие психические процессы, их расстройства являются весьма частыми и важными при психических нарушениях. Прежде всего - это расстройства настроения.

***Гипотимия*** – сниженное настроение. Больные жалуются на подавленность, уныние, чувство безрадостности, невосполнимой потери, утраты интереса к жизни. У них отмечается *тоска* – преобладание состояния угнетенности, опасений за свое будущее, безысходности.

Эти чувства сопровождаются неприятными ощущениями со стороны внутренних органов: сжатия и тяжести в груди, в сердце, бессонницей, общей заторможенностью. Другим свойством гипотимии является *тревога* – больной испытывает внутреннее, часто необъяснимое волнение, предчувствие надвигающегося несчастья, беды, катастрофы.

Будущее представляется в черном свете. Эти явления также сочетаются с ощущениями со стороны внутренних органов. В отличии от тоскливого состояния с преобладанием малой подвижности больных, при тревоге они беспокойны, мечутся по комнате, не могут найти себе места, ищут помощи. Тревога может сопровождаться *страхом*, когда содержание тревожных опасений сосредоточено на собственном благополучии и жизни.

***Гипертимия*** – повышенное настроение. Для них свойственно веселое, беспечное, приподнятое настроение, с подъемом сил, энергии, чувством оптимизма. В рамках гипертимии различают *эйфорию* – неоправданно веселое, беззаботное, безмятежное настроение, бессознательная вспышка радости и счастья. *Дисфория* – состояние с необоснованной мрачностью, угрюмостью, злобным раздражением, ворчливостью, иногда вспышками ярости, гнева и агрессией. ***Паратимии*** характеризуются несоответствием эмоциональных ответов вызывающей их причине.

***Эмоциональная (аффективная) лабильность*** – характеризуется быстрой и частой беспричинной сменой аффективных реакций противоположных полюсов (угрюмо-злобного состояния на радостное).

***Ригидность аффекта*** – эмоциональные реакции застревают надолго без достаточной причины, становятся малоподвижными.

**Расстройства воли**

Воля – психический процесс, заключающийся в способности к активной планомерной деятельности, направленной на удовлетворение потребностей человека. Деятельность рассматривается как произвольная, целенаправленная тогда, когда она осуществляется в соответствии с представлениями о конечных результатах, когда она контролируются на каждом из этапов.

***Гипербулия*** – состояния с усилением инстинктивных проявлений, отмечается значительное увеличение количества побуждений со стремлением к жажде деятельности.

***Гипобулия*** – состояния с угнетением инстинктивных проявлений.

*Булемия* – усиление пищевого инстинкта с патологическим обжорством.

*Анорексия* – снижение пищевого инстинкта вплоть до полного отказа от еды.

*Гиперсексуальность* – резкое усиление полового влечения и соответствующими поступками.

**Извращение влечений и побуждений**

***Навязчивые влечения*** – когда побуждения к действию возникают вопреки воле больного, сопровождаются борьбой мотивов и чаще всего не реализуются больным.

*Компульсивные влечения* – неодолимые влечения, когда борьба мотивов быстро угашается, и вся деятельность больного направлена на удовлетворение влечения.

*Импульсивные влечения* – при которых побуждение к действию наступает внезапно, без борьбы мотивов, действия подчиняются побуждению.

Импульсивные влечения часто возникают на фоне пониженного или пониженно-злобного (дисфорического) настроения. Вначале может происходить борьба с желанием совершить тот или иной поступок, однако вскоре влечение становится неодолимым и, подчиняя себе все мысли и желания, реализуется. Часто воспоминания о совершаемых в тот период действиях неотчетливы или отрывочны. В ряде случаев после своего завершения импульсивное влечение осознается как ненормальное состояние и даже критически оценивается. Наиболее частыми формами импульсивных влечений являются запой *(дипсомания)*, бродяжничество (*дромомания, вагабондаж)*, страсть к поджогам *(пиромания)*, воровству (*клептомания)*, стремление совершить убийство, самоубийство *(гомицидомания*, *суицидомания)* или нанести себе физические повреждения.

К импульсивным близки некоторые формы ***нарушения полового влечения****.* К ним относятся в первую очередь садизм, мазохизм, фетишизм, эксгибиционизм и другое. *Садизм* *(алголагния активная)* характеризуется тем, что половое влечение и удовлетворение возникает при нанесении партнеру боли. Совершаемые при этом физические действия могут повлечь за собой смерть партнера. *При мазохизме* *(алголагния пассивная)* половое возбуждение и удовлетворение лица возможны тогда, когда оно само подвергается побоям и унижениям, производимыми партнером. *Фетишизм (половой символизм)* состоит в том, что половое возбуждение и удовлетворение у лица возникает при созерцании, ощупывании или прикладывании к телу различных вещей, в первую очередь одежды лица противоположного пола. Для обладания этим предметом нередко совершаются кражи. *При эксгибиционизме* половое возбуждение и удовлетворение возникает тогда, когда лицо обнажает собственные половые органы перед лицом противоположного пола.

Кроме того, существуют и другие формы нарушения полового влечения: *гомосексуализм* (совершение половых актов с лицами своего пола); *скотоложство* (половые контакты с животными); *педофилия* (половое влечение к детям); *геронтофилия* (половое влечение к лицам пожилого возраста); *вуаеризм* – характеризуется тем, что половое возбуждение и удовлетворение у лица возникает при подглядывании за совершением полового акта другими.

Симптомы ***расстройств регуляции произвольной деятельности*** (*гипокинезия)* - двигательная заторможенность с уменьшением и замедлением движений, вплоть до полной обездвиженности – *ступор*; *мутизм* – утрачивается способность говорить при сохранности функций центрального мозгового аппарата речи. *Гиперкинезия* – повышенная двигательная активность, целенаправленная или хаотичная, с речевым бессвязным возбуждением, своеобразной некоординированной мимикой, гримасничанием.

**Негативизм. Восковая гибкость. Манерность**. (см. краткий словарь медицинских терминов).

#### 2. Основные синдромы психических болезней

Синдромы представляют собой определенную совокупность внутренне связанных друг с другом симптомов. Последовательная смена синдромов образует клиническую картину болезни и отражает патогенетические закономерности ее развития.

Приводимые ниже синдромы располагаются в последовательности, начиная с наиболее легких и ограниченных и кончая наиболее тяжелыми и генерализованными.

***Невротические синдромы***. Чаще всего встречаются астенический, истерический синдром и синдром с преобладанием навязчивых расстройств.

*Астенический синдром*. Наиболее общее и распространенное психическое расстройство. Возникает при любых психических заболеваниях. Характеризуется такими признаками, как раздражительность, слабость, гиперестезия, повышенная утомляемость и неустойчивое настроение. У больного легко теряется самообладание – появляется ворчливость, недовольство, придирчивость, пессимизм, легко сменяющийся оптимизмом и покладистостью. Из-за пустяков возникают слезливость, умиленность или чувство обиды. При физических и умственных нагрузках быстро появляются усталость, чувство неприязни к выполняемой работе, представление о ее невыполнимости. На месте не сидится. В голове появляются мысли, не имеющие отношение к работе и мешающие ее выполнению. Сочетания раздражительности и слабости различны, и в зависимости от этого больной больше сердится или меньше плачет. Симптомы астении усиливаются во вторую половину дня и к вечеру. В это время перед засыпанием может возникнуть ментизм.

Характерны расстройства сна и вегетативные нарушения – потливость, тахикардия, вазомоторные расстройства.

*Истерический синдром*. Эмоциональная неустойчивость проявляется бурными, но быстро сменяющимися чувствами возмущения, радости, неприязни, симпатии. Речь образная, преобладают явные преувеличения реальных событий, в которых желаемое замещает действительное. Мимика и движения выразительны, экспрессивны, порой театральны. Характерна повышенная внушаемость и самовнушаемость. Наряду с психическими нередко существуют разнообразные физические симптомы.

*Навязчивый (обсессивный) синдром*. Преобладают стойкие навязчивые расстройства. В одних случаях это всего лишь один какой-нибудь симптом (например, навязчивый счет), в других – отмечаются самые различные навязчивые состояния. Характерно постоянно тревожное или тревожно-подавленное настроение.

***Эмоциональные (аффективные) синдромы****.* Это наиболее общие психические нарушения; по частоте они уступают только астении. Их основу составляют расстройства настроения – совокупность чувств, придающих окраску всем другим переживаниям на протяжении значительных периодов времени.

*Маниакальные синдромы.* Незначительно повышенное настроение, облегчение ассоциативных процессов, некоторая общая двигательная оживленность (гипертимия). При нарастании перечисленных симптомов появляются радостное и оптимистическое настроение, потребность в смене впечатлений, чувство физического комфорта и прилива сил. Больные говорливы и находчивы в ответах. Внимание обострено, но не стойко и легко отвлекаемо. Лихорадочная деятельность носит разбросанный характер, начатое не доводится до конца. Это *веселая мания.*

*Гневливая мания* – повышенное настроение и речедвигательное возбуждение сопровождаются раздражительностью, вспышками негодования и даже злобой.

*Спутанная мания* – резко выраженное повышенное настроение сочетается бессвязным речевым и двигательным возбуждением.

*Эйфория* – повышенное настроение, проявляется в первую очередь довольством, беспечностью и безмятежностью. Преобладает пассивность. Отсутствует или слабо выражено речевое возбуждение. Заметно и даже резко снижены уровень суждений, критическое отношение к себе и к окружающему. Нередко значительно расторможены низшие влечения, приводящие к обжорству, пьянству, половым эксцессам.

*Рауш-мания* – повышенное настроение сочетается с легким изменением сознания – его обнубиляцией. Больные внешне производят впечатление находящихся в легком опьянении.

*Мориа* – состояние веселого возбуждения с дурашливостью, детскостью или паясничаньем, стремлением к глупым, плоским шуткам; сочетается с отчетливой интеллектуальной слабостью.

*Депрессивные синдромы.* Незначительное понижение настроения, сопровождаемое некоторым затруднением ассоциативных процессов, а в ряде случаев медлительностью, называется гипотимией. Больные жалуются на слабость, лень, вялость, угнетенность. Не верят в свои силы, легко сомневаются в правильности поступков, с трудом принимают решение. Преувеличивая реальные затруднения, упрекают себя за малодушие и невозможность "взять себя в руки". Может наблюдаться слезливость, раздражительность, обидчивость. В состоянии гипотимической депрессии очень легко совершаются суицидальные попытки. При углублении подавленного настроения больные начинают жаловаться на тоску. Характерно проявление тягостных ощущений в области груди, реже живота. Их описывают как чувство стеснения, сдавления, сжатия, тяжести, невозможности глубоко вздохнуть. При усилении этих нарушений говорят о щемящей тоске, о том, "что душу сдавило или рвет на части". Некоторые больные говорят о моральной боли, противопоставляя тем самым испытываемые ощущения физической боли (предсердечная тоска). Одновременно возникает тягостное ощущение равнодушия, доходящего в выраженных случаях до мучительного ощущения внутренней опустошенности с потерей всех чувств, – психической анестезии, являющейся формой проявления меланхолической деперсонализации. Может возникать ощущение измененности окружающего – оно теряет краски, становится застывшим, отдаленным, воспринимается "как сквозь пелену". Нередки жалобы на медленное течение времени, на ощущение его остановки (меланхолическая дереализация). Характерна для депрессивных больных сниженная самооценка может смениться бредом самоуничижения, самообвинения. У пожилых больных часты бредовые идеи разорения и обнищания. В других случаях может возникнуть представление о наличии неизлечимого заболевания – депрессия с ипохондрическим бредом. Когда больной говорит о прекращении функционирования сердца, легких, почек, желудочно-кишечного тракта в связи с их разрушением или атрофией, говорят об ипохондрической депрессии с нигилистическим бредом.

*Депрессия с фантастическим депрессивным бредом*  (меланхолическая парафрения, депрессия с бредом Котара) характеризуется тем, что больные называют себя именами отрицательных лиц; приписывают себе виновность в мировых катаклизмах; уверены в гибели окружающих, страны, вселенной; утверждают, что они никогда не умрут и будут мучиться вечно.

*Ажитированная депрессия*  – тоскливое настроение, сочетается с тревогой (аффект ожидания беды), речевым и двигательным возбуждением. Тревога может быть беспредметной; в других случаях говорят об ожидании суда, расстрела, пыток, гибели близких. Обычно больные много говорят. Содержание высказываний крайне однообразно и отражает особенности аффекта и бреда.

*Ажитация* – двигательное возбуждение, сопровождаемое тревогой, проявляется в неусидчивости, постоянной ходьбе, назойливом приставании к медицинскому персоналу, к окружающим с какой-нибудь одной просьбой. Ажитация может проявляться во внезапном двигательном возбуждении, во время которого пытаются убить или изувечить себя. Это *меланхолический раптус*.

*Депрессия параноидная* – сочетание подавленно-тоскливого настроения с идеями преследования, отравления или ущерба.

*Дисфорическая депрессия (дисфория)* – состояние, при котором пониженный аффект сочетается с раздражением и неприязнью. Степени выраженности каждого из двух компонентов и их соотношения друг с другом различны. В легких случаях подавленность сочетается с придирчивостью, иронией и язвительностью. В выраженных состояниях возникает тоска, сочетающаяся со страхом, с отчаянием, напряженной злобой и даже с исступленной яростью. Может наблюдаться двигательное торможение, но чаще больные "не находят себе места" вплоть до состояния резко выраженной ажитации. При тяжелых дисфориях может возникать отрывочный бред преследования или бред иного содержания и наблюдаться состояния измененного сознания. Дисфории иногда сопровождаются различными импульсивными действиями, агрессивным поведением по отношению к окружающим, самоповреждениями и самоубийствами.

***Галлюцинаторно-параноидные синдромы.***

*Паронойяльный синдром* возникает и существует на фоне ясного сознания. Он определяется систематизированным интерпретативным бредом различного содержания (преследования, ревность и т.д.). При изложении бреда типична обстоятельность, связанная с обилием доказательств, так называемая бредовая обстоятельность.

*Параноидный синдром* – сочетание бредовых идей преследования (отравление, ущерб, нанесение физического вреда) с вербальными галлюцинациями, проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо или с теми и другими одновременно. В одних случаях преобладает бред, в других – сенсорные расстройства (галлюцинации и т.д.).

*Кандинского-Клерамбо синдром* (синдром психического автоматизма) – сочетание бредовых идей, в первую очередь идей преследования, с идеями психического и физического воздействия, а также отчуждение мыслей, чувств и поступков. Это сложное психопатическое нарушение, в котором различают три группы расстройств.

*Ассоциативный автоматизм*  развивается обычно первым. Его инициальным проявлением является ментизм (непроизвольно возникающий, неудерживаемый, быстрый и безостановочный поток мыслей или мысленных представлений (или чувство овладения), ощущение, что субъект не принадлежит самому себе, что им владеет потусторонняя сила). Из других расстройств при ассоциативном автоматизме встречаются: насильственное воспоминание прошлого; симптом открытости (ощущение, что мысли больного известны окружающим); "эхо-мысли" (все, что думает больной, окружающие повторяют вслух); слуховые и зрительные псевдогаллюцинации или, напротив, насильственно исчезающие из головы мысли, ощущение воздействия на чувства, их насильственное изменение.

*Сенестопатический автоматизм* – разнообразные по характеру (нередко в форме боли) и локализации ощущения с характером сделанности.

*Двигательный (кинестетический) автоматизм* – совершение вопреки желанию различных движений и поступков (в том числе движений языка, а в ряде случаев высказываний вслух), ощущаемых как насильственные.

Этот принудительный характер всей психической деятельности при синдроме Кандинского-Клерамбо может соотноситься с конкретными формами воздействия (гипнозом, электричеством, атомной энергией, особыми лучами и т.д.) – бред воздействия.

*Галлюциноз* – состояние непрерывного галлюционирования с преобладанием какого-либо одного вида галлюцинаций (значительно реже их сочетания), в то время как остальные психопатологические расстройства (в первую очередь бред) отступают на второй план или совсем отсутствуют. Возникает при ясном сознании и достаточно сохранной ориентировки всех видов. Чаще всего встречаются слуховые (вербальные), зрительные и тактильные галлюцинозы.

*Парафренный синдром* – сочетание фантастических по содержанию бредовых идей, психических автоматизмов, галлюцинаций и нередко конфабуляций. В ряде случаев происходит изменение своего "я", сопровождаемое всегда бредом величия. Например, больной считает себя известным государственным деятелем, способным преобразовать мир, основать новые государства, религии, культуры, его преследуют воздействием из межпланетного пространства и т.п.

***Синдромы двигательных нарушений****.*

*Кататонический синдром* определяется возбуждением (кататоническое возбуждение) или обездвиженностью (кататонический ступор). Чаще возбуждение предшествует ступору. Вначале кататоническое возбуждение носит патетический характер: повышенно-возбужденное настроение, высокопарная речь, размашистые, преувеличенно-выразительные движения. Больные то бессмысленно противодействуют (негативизм), то выполняют все, к чему их принуждают или о чем просят (пассивная подчиняемость). При нарастании возбуждения появляется дурашливость: больные принимают неестественные позы, кувыркаются, паясничают, гримасничают, кривляются; характерны неуместные грубые шутки и бессмысленный смех (гебефреническое возбуждение). Более глубокая степень расстройств – импульсивное возбуждение, внезапное совершение действий, не имеющих отношения к предшествующему поведению: больные набрасываются на окружающих, бегут не разбирая пути, рвут одежду и т.д. Их речь состоит из повторения одних и тех же слов или фраз (вербигерация); повторяются слова, произносимые окружающими (эхолалия). В тяжелых случаях возбуждение хаотично, состоит лишь из отдельных компонентов двигательных актов. Появляются простейшие движения – ползание, хватание, раскачивание корпусом. Речь может исчезнуть совсем.

*Кататонический ступор* - определяется невозможностью получить от больного ответы (мутизм) и обездвиженностью с мышечным напряжением. Больные не реагируют ни на внешние раздражители, ни на собственное состояние. Они подолгу могут находиться в одной и той же, зачастую неудобной, позе. При определенной интенсивности мышечного напряжения больные сохраняют приданное их конечностям или туловищу положение – восковая гибкость (ступор с проявлениями восковой гибкости). Иногда, напротив, они оказывают молчаливое сопротивление попыткам накормить, сменить одежду и т.д. (ступор с негативизмом). В наиболее тяжелых случаях больные с закрытыми глазами лежат неподвижно в скорченной позе. Все их мышцы резко напряжены (ступор с оцепенением).

Неполная обездвиженность с частичным мутизмом, пассивной подчиняемостью или легким негативизмом называется субступором.

*Депрессивный ступор*  возникает на высоте депрессивного аффекта. Выражение лица и поза всегда отражают внутреннее состояние больного. Отсутствуют негативизм и восковая гибкость.

Умелым расспросом у больного всегда можно получить хотя бы односложные ответы и соответственно представление об имеющихся расстройствах.

*Психогенный ступор*  может сопровождаться полной обездвиженностью и мутизмом. Ему часто сопутствуют резкие вегетативные симптомы, связанные с повышением тонуса симпатической нервной системы. При разговорах, касающихся психотравмирующей ситуации, у больного нередко изменяется выражение лица.

*Галлюцинаторный ступор* – состояние продолжительной обездвиженности, возникающее на высоте галлюцинаторных расстройств, в первую очередь вербальных галлюцинозов. При общей неподвижности меняющееся выражение лица отражает содержание обманов восприятия.

***Синдромы помрачения сознания***– преходящие, кратковременные (часы, дни, изредка недели) нарушения психической деятельности, для которых характерно сочетание таких признаков, как частичная или полная отрешенность от окружающего; различные степени дезориентировки в месте, времени и окружающих лицах; нарушение мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений; полное или частичное запамятование происходивших событий.

*Оглушение* – помрачение сознания с обеднением психической деятельности. При его легких степенях – *обнубиляция сознания* – преобладают вялость и пассивность, движения замедлены, речь обеднена. Больным трудно сосредоточиться, дать нужный ответ, о чем-либо спросить. Они плохо осмысливают происходящее. Настроение безразличное или с оттенком беспечности. При выраженном оглушении с трудом понимают даже простейшие вопросы; ответы неточны, односложны или совсем отсутствуют. Больные находятся в дремотном (*сомнолентном)* состоянии. Окружающие не привлекают их внимания. При дальнейшем нарастании оглушенности возникает *сопор* – глубокий, патологический сон, при котором нередко отсутствуют реакции даже на физические раздражения (уколы и т.п.), а затем развивается *кома,* во время которой нарушаются дыхание, сердечная и рефлекторная деятельность.

*Делирий* (делириозный синдром)  – галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, двигательного возбуждения. Это самая частая форма помрачения сознания. В продроме отмечаются: наплывы образных сценоподобных воспоминаний, настроение крайне изменчиво (восторженность, раздражительная капризность, беспокойство, подавленность, судорожная веселость), неусидчивость, гиперэкспрессивные двигательные реакции. При развернутом делирии наблюдается наплыв зрительных, в ряде случаев сценоподобных, галлюцинаций, разнообразные зрительные иллюзии и парейдолии. Больные много двигаются, живо реагируют на появление обманов восприятия. Иногда у них возникает резкое двигательное возбуждение в виде защиты или бегства. Высказывания отрывочны, непоследовательны, иногда состоят лишь из отдельных слов или выкриков. Настроение изменчиво: тревожное любопытство, плаксивость, склонность к шуткам сменяются страхом и паникой. Характерно наличие бредовых высказываний, отражающих содержание зрительных галлюцинаций (галлюцинаторный бред). Могут возникать слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, расстройства схемы тела. Сознание своего "я" сохранено, но в обстановке больные ориентированы ложно (пребывая в больнице, считают, что находятся на работе среди своих сослуживцев и т.д.). Периодически возникают так называемые светлые промежутки, во время которых расстройства или исчезают, или значительно ослабевают в своей интенсивности. При углублении помрачения сознания галлюцинации, иллюзии, бред и другие расстройства ослабевают, а начинает преобладать двигательное возбуждение со стереотипными действиями в форме обыденных привычных поступков, иногда имеющих отношение к профессии – профессиональный делирий (бред занятий). Интенсивность делириозных расстройств усиливается к вечеру и ночью.

Воспоминания о периоде помрачения сознания отрывочны; при профессиональном делирии наблюдается полная амнезия.

*Онейроид (онейроидный синдром)* – сновидное, грезоподобное, фантастически–бредовое помрачение сознания. Вначале существует иллюзорное восприятие окружающего, сочетающееся с фантастическими представлениями. При развернутом, полном онейроиде происходит наплыв непроизвольно возникающих в сознании ярких и фантастических зрительных псевдогаллюцинаций, которые то полностью овладевают сознанием больного, и он не замечает окружающего, то причудливо сочетаются с отдельными картинами окружающей обстановки. Преобладает заторможенность, реже, на короткие периоды, возникает возбуждение. Характерен внешний облик больных, который психиатр прошлого столетия Вильгельм Гризингер описывал так: "Они безмолвны, бездеятельны, почти неподвижны и только взгляд, в котором попеременно возникает восторг, отрешенность, страх или обращенное внутрь себя изумление, свидетельствует о том, что с ним происходит что-то необычное".

Позже, по прошествии психоза, больные рассказывают, что в те периоды они были свидетелями и действующими лицами грандиозных событий настоящего или далекого, иногда доисторического, прошлого (межконтинентальные и межпланетные путешествия, картины средневековых и атомных войн, гибель миров или их возрождение). Рассказы о пережитом могут быть отрывочны, но нередко представляют собой длинные, изобилующие деталями повествования.

*Аменция (аментивный синдром)* – помрачение сознания с преобладанием бессвязного (инкогерентного) речедвигательного возбуждения и растерянности. Речь состоит из отдельных, не связанных по смыслу слов. Их произносят тихо, громко, выкрикивают, нараспев. Некоординированное двигательное возбуждение происходит на очень ограниченном пространстве. Лицо больных выражает недоумение. Они однообразно и беспорядочно мечутся. Иногда двигаются только руки: что-то перебирают, тянут, ощупывают. У больных легко наступает утомление, и они на время замолкают, находясь в состоянии, близком к прострации. Аменция может сопровождаться отрывочными бредовыми идеями и галлюцинациями. Характерна полная амнезия психотического периода. Продолжительность аменции – от нескольких дней до недели.

*Сумеречное помрачение сознания*. Развивается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда дни), столь же внезапно исчезает, сменяясь чаще всего глубоким сном. Иногда отмечается только глубокая дезориентировка всех видов (в месте, времени, собственной личности) с сохраненностью привычных автоматизированных движений, в связи с чем больные могут даже не привлечь к себе внимание окружающих. Это простая форма сумеречного помрачения сознания. Если при этом больные непроизвольно блуждают, то говорят об амбулаторном автоматизме. В других случаях отмечается речедвигательное возбуждение, страх, злоба, устрашающего содержания зрительные галлюцинации, бредовые высказывания. Находящийся в таком состоянии больной может совершить необычно жестокие акты агрессии. Позже следует либо полная амнезия психотического эпизода, либо сохраняется смутное воспоминание отдельных бывших расстройств, которые затем забываются (ретардированная амнезия). Встречаются сумеречные состояния сознания, при которых сохраняется элементарная ориентировка в месте, окружающих людях. С такими больными можно вступить в разговор, получить некоторые ответы. Это ориентированные сумеречные состояния сознания. После их исчезновения может наблюдаться полная амнезия.

*Патологические просоночные состояния*  (опьянение сном) – разновидность сумеречного помрачения сознания. Они имеют важное судебно-психиатрическое значение. Возникают при замедленном пробуждении от глубокого сна, сопровождаемого яркими, в том числе и кошмарными, сновидениями. В этих случаях прежде всего от сонного торможения освобождаются функции, имеющие отношение к движениям, в то время как высшие психические функции, составляющие сознание, еще находятся в той или иной степени торможения. У полупробудившегося человека остаются сновидения, воспринимаемые им как действительность. Они переплетаются с неправильным восприятием окружающего. Возникает страх – и совершаются соответствующие патологическим переживаниям опасные для окружающих поступки. Патологические просоночные состояния заканчиваются сном. В памяти могут сохраниться обрывки бывших сновидений.

Нередко вместо понятия "состояние помрачения (изменения) сознания" психиатры используют в качестве его синонима понятие "спутанность сознания". Употребление последнего наиболее правильно в тех случаях, когда возникают интенсивно выраженные психические расстройства, которые как бы заполняют сознание больного и нарушают тем самым его правильную ориентировку в месте, времени, окружающем. Чаще всего о спутанном сознании говорят при наличии интенсивного слухового галлюциноза, маниакального и выраженного кататонического возбуждения.

Здесь правомерно употреблять такие выражения, как "галлюцинаторная спутанность", "маниакальная спутанность", "кататоническая спутанность".

Состояния помрачения сознания и состояния спутанности сознания определяются одновременным нарушением рационального познания (утратой способности отражения внутренних связей, явлений действительности) и нарушением чувственного познания.

Происходит полное нарушение познавательного процесса, отсутствующее при других психопатологических расстройствах, когда обычно нарушается в той или иной мере только одна из сторон познания.

*Припадки (пароксизмы)* – внезапно развивающиеся непродолжительные (транзиторные) состояния помрачения сознания различной глубины (вплоть до полной его утраты), сочетающиеся с двигательными нарушениями, в первую очередь в форме различных судорог.

*Большой эпилептический припадок*. При нем развитие нарушений происходит в определенной последовательности. Припадку может предшествовать продром – общее недомогание, разбитость, головные боли, изменения настроения, продолжающиеся часы – сутки. Собственно припадок нередко начинается с *ауры*. Во время ауры больные не воспринимают окружающее, но содержание ауры остается в памяти. У каждого больного отмечается одна и та же постоянная форма или формы ауры. Иногда припадок ограничивается только этим расстройством. Обычно же вслед за аурой развивается тоническая фаза припадка, сопровождаемая мгновенной утратой сознания. Из-за тонического сокращения всех мышц больной валится как подкошенный. Нередко при этом он издает крик, вой или стон и при падении может нанести себе тяжелые и опасные для жизни телесные повреждения. Тонические судороги продолжаются и после падения. Руки и ноги вытягиваются, приподнимаются несколько вверх, челюсти сжимаются, зубы стискиваются, дыхание прекращается. Вначале лицо бледнеет, но через мгновение синеет. В ряде случаев происходит непроизвольное мочеиспускание или дефекация. Тонические судороги продолжаются не более одной минуты. Затем возникает клоническая фаза, появляются клонические судороги – прерывистые сокращения мышц конечностей, туловища, шеи. Их частота на протяжении нескольких минут сходит на нет, и возникает мышечное расслабление. Во время клонических судорог отмечается хриплое дыхание, выделение слюны, которая может быть окрашена кровью из-за возникающих во время тонических судорог прикусов языка или слизистой оболочки щек. Постепенно исчезает синюшность лица. Вслед за клоническими судорогами возникает кома, сменяющаяся сопором. Далее наступает сон или же постепенно проясняется сознание. О самом припадке воспоминаний не остается, но о том, что он был, больные судят на основании последующей разбитости, головных болей, болей в теле, ушибов. Если большой судорожный припадок ограничивается какой-нибудь одной фазой судорог или же они не выражены в своих проявлениях, то говорят об абортивных припадках.

*Припадки Джексона*  (частичные эпилептические припадки) встречаются при симптоматической эпилепсии в тех случаях, когда очаг поражения локализуется в височной доле или близлежащих областях. Припадок начинается с тонических или клонических судорог одной половины тела, захватывающий вначале пальцы рук или ног. Глазные яблоки, голова и туловище поворачиваются при этом в одну сторону (адверзивный припадок). Сознание утрачивается только на высоте припадка, когда судороги распространяются и на другую половину тела.

*Диэнцефальные (вегетативные) припадки*. Внезапно появляется озноб, тахикардия, потливость, слюнотечение. Лицо бледнеет или краснеет. Повышается артериальное давление. Больные испытывают шум в ушах, головокружение, чувство дурноты. Характерен выраженный страх, резкая слабость. Продолжительность припадка – от нескольких минут до 1-2 часов. В конце может возникнуть позыв на мочеиспускание, дефекацию, чувство голода или жажды.

*Истерический припадок*  сопровождается двигательными расстройствами без судорожного компонента. Возникает после волнений и иных психогенных моментов. Падение происходит постепенно. Часто больные просто оседают на пол. Двигательные расстройства проявляются в ритмичных и размашистых движениях рук и ног в плечевых и тазобедренных суставах с одновременным приподниманием и опусканием тела. Часто во время припадка больные начинают кататься, выгибаться, опираясь только на голову и пятки (истерическая дуга), кусать руки, рвать волосы, разрывать одежду. Припадок может сопровождаться криками, рыданиями, скрежетом зубов. Глазные яблоки обычно закатываются, что нередко делает невозможным проверить реакцию зрачков на свет. Присутствие посторонних людей всегда усиливает проявление истерического припадка, делает его более продолжительным – до часа и более. Резкие внешние проявления (болевые, обливание холодной водой и т.п.) могут прервать припадок. Воспоминания о периоде припадка фрагментарны. После припадка больные чаще всего испытывают разбитость.

***Корсаковский (амнестический) синдром****.* Определяется триадой психических нарушений: амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями. Амнестические расстройства проявляются в полном или частичном нарушении памяти на текущие события (фиксационная амнезия). Память прошлых событий может оставаться достаточно сохранной, однако чаще наблюдаются те или иные степени ее нарушения (ретроградная амнезия), захватывающие периоды продолжительностью от недель до нескольких лет. Больные не в состоянии запомнить текущие события, не могут определить время, сказать, где находятся, кто их окружает, с кем только что говорили, что делали. У них нарушена пространственная ориентировка – не находят своей постели, не могут запомнить расположение помещений отделения больницы и т.д. Конфабуляции возникают при расспросах, а не спонтанно. Их содержание касается преимущественно фактов обыденной жизни или ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью. Изредка встречаются конфабуляции фантастического содержания. Специально задаваемыми вопросами можно направить конфабуляторные высказывания в определенную сторону. Это свидетельствует о повышенной внушаемости больных. Множественные конфабуляции встречаются при сравнительно неглубоких расстройствах памяти, в то время как резкие нарушения памяти часто сопровождаются бедными конфабуляциями. Это означает, что параллелизм между степенью мнестических нарушений и интенсивностью конфабуляций совсем не обязательное явление. У больных преобладают вялость, пассивность, снижение побуждений, утомляемость. Известное сознание болезни, в частности в отношении расстройств памяти, наблюдаются постоянно. Обычно больные стремятся примитивными приемами скрыть мнестический дефект.

***Синдром слабоумия****.* Выделяют приобретенное слабоумие, возникающее в результате перенесенных заболеваний. Последнее называют деменцией. В зависимости от нозологической природы заболевания выделяют сенильное, паралитическое, травматическое, эпилептическое и другие формы слабоумия.

По степени выраженности выделяют слабоумие тотальное, или полное, и слабоумие частичное (лакунарное, очаговое).

Тотальное слабоумие определяется глубоким нарушением критики или полным ее отсутствием. У больных резко снижен уровень суждений и расстроена память. Мышление обыденно и непродуктивно. Преобладает безразличие и беспечность. Прежние индивидуальные особенности характера утрачены. Если раньше наблюдались различные позитивные симптомы, то есть психические расстройства, то теперь их нет. Остаются только "развалины душевной организации" (Маудсли).

Наряду с выраженными формами слабоумия существуют легкие формы ослабления психической деятельности. Их определяют понятием "снижение уровня личности". В этих случаях происходит снижение работоспособности, в первую очередь касающееся профессии, появляется стойкая утомляемость, иногда ухудшается память, бледнеет круг прежних интересов. Одни личностные черты могут сглаживаться, другие, напротив, заметно усиливаться, однако прежняя индивидуальность в целом сохраняется в достаточной мере. Снижение уровня личности стационарно или постепенно сменяется симптомами слабоумия. В психиатрической литературе получил широкое распространение термин "психоорганический синдром". Это симптомокомплекс нарушений памяти, интеллекта и аффективности. Для большинства болезней, сопровождаемых психоорганическим синдромом, характерна астения. В зависимости от нозологической природы заболевания, определяющие психоорганический синдром нарушения, сочетаются друг с другом в различных соотношениях. Так при Корсаковском психозе, старческом слабоумии и т.д. доминируют расстройства памяти; при прогрессивном параличе или болезни Пика страдает интеллект; при опухолях мозга определенной локализации преобладают аффективные расстройства и т.д. Свойственные психоорганическому синдрому нарушения отличаются различной степенью выраженности. Если они легкие – говорят об органическом нарушении уровня личности; если тяжелые – их определяют термином "органическая деменция", парциальная или тотальная. В развитии органического психосиндрома выделяют астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический варианты (стадии).

**Тема № 4. Судебно-психиатрическая оценка** отдельных психических заболеваний

1. Шизофрения

Шизофрения (раннее слабоумие, Блейлера болезнь) – прогрессирующее психическое заболевание, проявляющееся самыми различными психопатологическими симптомами – от легких и преходящих до тяжелых и стойких, сопровождающееся изменениями личности в виде снижения психической активности, аутизма, утраты единства психических процессов, нарушения мышления (так называемый шизофренический дефект).

Шизофрения отличается многообразием клинических проявлений на всех этапах своего развития, но основными параметрами являются все же тип течения болезни и особенностей, характеризующих болезнь симптомов.

Правильное их определение способствует разрешению проблем терапии, трудового и социального прогноза.

Последний включает и разрешение вопросов, относящихся к компетенции судебной психиатрии.

В зависимости от типа течения болезни выделяют три основные формы шизофрении:

1. Непрерывную; 2. Периодическую (рекуррентную); 3. Приступообразно-прогредиентную (прогрессирующую).

#### Судебно-психиатрическая оценка

Около 50% лиц, признаваемых невменяемыми, страдают шизофренией. Это объясняется особенностью клинических проявлений и относительной частотой данного заболевания.

Если у больного обнаруживается отчетливая клиническая картина шизофрении или явные признаки дефекта, то трудностей при судебно-психиатрической оценке не возникает. Согласно ст. 21 УК РФ такие больные признаются невменяемыми; по решению суда направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

Больные шизофренией могут совершать общественно опасные деяния на разных этапах болезни. Определенную опасность больные шизофренией представляют в начале заболевания, что связано с особенностями психопатологических проявлений. У одних больных преобладают психопатоподобные симптомы, расстройства настроения и влечений, паранойяльность, у других – остро развиваются страх, образный бред, галлюцинации, растерянность, кататоничекие симптомы, среди которых бывают импульсивные действия.

Особенности судебно-психиатрической оценки вялотекущей формы шизофрении заключается в трудности распознавания из-за стертости клинических проявлений.

Нарастающие изменения личности, свойственные шизофрении, у таких больных могут расцениваться, как характерологические особенности, а паранойяльный бред как ситуационная реакция.

Эти больные могут долго удерживаться в жизни, работать, они не привлекают к себе особого внимания психиатров, даже если болезнь установлена, что затрудняет выявление нарастания симптоматики, способной привести к общественно опасному действию.

Ремиссии при шизофрении бывают с более или менее выраженными изменениями личности. Больные в состоянии ремиссии с дефектом также могут совершать общественно опасные действия. Трудно определить вменяемость этих лиц, особенно тогда, когда они совершают опасные действия по корыстным мотивам либо с психически здоровыми людьми.

В таких случаях необходимо выяснить насколько глубоки изменения личности и позволяют ли больным правильно оценивать сложившуюся ситуацию и руководить своими действиями.

В ряде случаев при шизофрении наступают длительные и стойкие ремиссии (20-29 лет), то есть способность к положительной социальной адаптации, устойчивая трудоспособность, сохранность интеллекта позволяют говорить о практическом клиническом выздоровлении. При этом правомерно заключение об их вменяемости.

Нередко общественно опасные действия совершают больные, у которых в результате болезненного процесса наступили явные изменения личности с эмоциональной тупостью. В этот период неправильное поведение больных определяют нарушения мышления, невозможность правильно оценить окружающую обстановку и ситуацию, то есть негативные симптомы. Наиболее опасны больные с параноидным синдромом. Под влиянием идей отношения, бреда преследования, физического или гипнотического воздействия они могут совершать нападения, убийства и т.д. Нередко у этих больных окружающие не замечают признаков заболевания, и только неправильное поведение в момент общественно опасных действий позволяет заподозрить психическую болезнь.

Большую опасность представляют больные с ипохондрическим бредом. Особенности ипохондрического синдрома обычно заставляют таких больных обращаться к врачам различных специальностей.

Не избавившись от своих болезненных ощущений, больные могут расценивать это как умышленное неоказание помощи, включать врачей в свои бредовые переживания и совершать против них те или иные опасные действия вплоть до покушения на убийство.

Следует особо подчеркнуть большую социальную опасность больных в период манифестации болезни (развитие "большого синдрома"), которая сопровождается растерянностью, тревогой, страхами, а также при переходе паранойяльных расстройств в параноидные с синдромом психического автоматизма.

Нельзя забывать и о возможности симуляции, диссимуляции у больных шизофренией.

**ГЛОССАРИЙ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Абсанс** | - кратковременная (доли секунды, несколько секунд) потеря или угнетение сознания с последующей утратой памяти на события, предшествующие расстройству сознания. |
| **Абстиненция** | - состояние, возникающее в результате прекращения приема или введения веществ, вызывающих токсикоманическую зависимость. Характеризуется психическими, соматическими и неврологическими расстройствами. |
| **Автоматизм** | - непроизвольные действия. |
| **Адаптация** | - процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования. |
| **Агнозия** | - нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функции органов чувств. |
| **Аграфия** | - потеря способности писать. |
| **Агрессивность** | - болезненное стремление к нападению и нанесению физического или морального вреда окружающим. |
| **Адинамия** | - уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма или органа. |
| **Алексия** | - потеря способности читать. |
| **Амимия** | - отсутствие движения мышц лица (мимики), что придает ему маскообразное выражение. |
| **Амнезия** | - нарушение памяти в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания, отсутствие воспоминаний о событиях и переживаниях определенного периода. |
| **Анартрия** | - утрата членораздельной речи. |
| **Апатия** | - психическое состояние, вызванное утомлением, тяжелыми переживаниями или заболеванием, проявляющееся потерей интереса и безразличием к себе и окружающим. |
| **Апраксия** | - нарушение способности производить целенаправленные действия и сложные двигательные акты при сохранности составляющих его элементарных движений. |
| **Астения** | - состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, частой сменой настроения, раздражительной слабостью, гиперстезией, слезливостью, вегетативными нарушениями, расстройствами сна и утратой способности к продолжительному умственному или физическому напряжению. |
| **Атаксия** | - нарушение движений, проявляющееся расстройством их координации (согласованности). |
| **Аура** | - внезапно возникающее непроизвольное кратковременное (доли секунды, несколько секунд) расстройство сознания, сопровождающееся своеобразным ощущением, психическим переживанием или движением, непосредственно предшествующее эпилептическому припадку. |
| **Аутизм** | - патологическая замкнутость, потеря контакта с действительностью, утрата интереса к общению, отгороженность от внешнего мира, уход в мир собственных переживаний. |
| **Аутохтонно** | - возникновение психических нарушений или заболевания без видимых причин. |
| **Афазия** | - нарушение речи, характеризующееся полной или частичной утратой способности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами для выражения своих мыслей. |
| **Афония** | - отсутствие звучности голоса при сохранности шепотной речи. |
| **Аффект** | - кратковременная, но довольно сильная, положительная или отрицательная эмоция, возникшая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся соматовегетативными проявлениями. |
| **Беспомощное**  **состояние** | - состояние потерпевшего, характеризующееся невозможностью ввиду психического или физического дефекта понимать характер и значение совершаемых с ним действий или оказывать сопротивление. |
| **Бред** | - расстройство мышления в результате психического заболевания: совокупность ложных идей, суждений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием и не коррегируемых при разубеждении и разъяснении. |
| **Брутальный** | - агрессивный в достижении цели. |
| **Булемия** | - чрезмерное (болезненное) повышение аппетита. |
| **Вербигерация** | - монотонное, бессмысленное повторение одних и тех же слов или фраз. |
| **Галлюцинация** | - психическое расстройство в виде ложного (мнимого) восприятия, непроизвольно возникающего нереального объекта в виде ощущений, видений, голосов, звуков, запахов и так далее и приобретающего характер объективности. |
| **Гипертимия** | - повышенное, жизнерадостное настроение, сопровождающееся усилением двигательной и психической активности. |
| **Гиперестезия** | - повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, нейтральным в нормальном состоянии. |
| **Гиперкинезия** | - непроизвольное двигательное возбуждение, лишенное смыслового и физиологического значения. |
| **Гипестезия** | - понижение восприимчивости к внешним раздражителям. |
| **Гипноз** | - временное, сноподобное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. |
| **Гипобулия** | - понижение волевой активности в виде бедности побуждений, вялости, бездеятельности. |
| **Гипнокинезия** | - длительное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений. |
| **Гипотимия** | - угнетенное настроение в виде уныния, тоски, печали с неопределенным чувством грозящего несчастья, сопровождающееся стеснением и тяжестью в области сердца, груди, во всем теле (витальная тоска). |
| **Дебильность** | - легкая степень олигофрении, характеризующаяся врожденной примитивностью суждений и умозаключений, недостаточной дифференциацией эмоций, а также сниженной социальной адаптацией, в том числе и ограниченной возможностью обучения. |
| **Деградация**  **алкогольная** | - деградация личности при хроническом алкоголизме, сопровождающаяся аффективными и психопатоподобными изменениями, утратой трудоспособности и ранее занимаемого положения в обществе. |
| **Дезориенти-**  **ровка** | - неспособность ориентироваться в месте, времени, а также в собственной личности. |
| **Делирий** | - вид помрачения сознания, характеризующийся ложной ориентировкой в окружающем, с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, зрительных иллюзий, парейдолий, сопровождаемый образным бредом и двигательным возбуждением. |
| **Деменция** | - приобретенное слабоумие, ослабление интеллекта, возникающее как последствие психической болезни. |
| **Деперсона-**  **лизация** | - психопатологическое нарушение самосознания с чувством утраты (отчуждения) собственного "Я", искаженное восприятие самого себя, осознаваемое и болезненно переживаемое самой личностью. |
| **Дереализация** | - расстройство психической деятельности, выражающееся в тягостном чувстве искаженности, нереальности, чуждости окружающего мира в целом и его отдельных предметов, явлений. |
| **Дизартрия** | - неспособность к правильной артикуляции речи, смазанная, запинающаяся, "спотыкающаяся" речь. |
| **Дипсомания** | - истинный запой в виде непреодолимого приступообразного влечения к пьянству. |
| **Дисмнезия** | - расстройство памяти, характеризующееся снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения. |
| **Дисфория** | - приступы мрачного, тоскливо-злобного, угрюмо-недовольного настроения, сочетающегося с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, взрывчатостью, агрессивностью, нередко страхами. |
| **Доминанта** | - переживание, становящееся основным мотивом действия. |
| **Дромомания** | - периодически возникающее болезненное импульсивное влечение к перемене мест, бродяжничеству, бесцельному скитанию. |
| **Идиотия** | - тяжелая форма олигофрении, характеризующаяся стабильным врожденным слабоумием, практически отсутствием психических реакций и речи, невозможностью усвоения простейших психических навыков, а также полным отсутствием социальной адаптации. |
| **Иллюзия** | - ошибочное восприятие реально существующих объектов, предметов, явлений. |
| **Имбецильность** | - форма олигофрении, занимающая среднее положение между идиотией и дебильностью, характеризующаяся наличием врожденного слабоумия в виде замедленного и непоследовательного мышления, возможностью усвоения лишь элементарных навыков и косноязычием, а также слабой социальной адаптацией. |
| **Императивный** | - повелительный. |
| **Импульсивный** | - внезапный, немотивированный, бессмысленный, неконтролируемый. |
| **Инфантилизм** | - психопатологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту. |
| **Ипохондрия** | - психопатологическое состояние, характеризующееся излишним вниманием к состоянию своего здоровья, необоснованной тревогой за него, страхом заболеть неизлечимой болезнью и др. |
| **Исключительные**  **состояния** | - группа острых кратковременных расстройств психической деятельности, возникающая у лиц, не страдающих психическими заболеваниями. Как правило представляет собой единственный эпизод в жизни. К ним относят патологическое опьянение, патологический аффект, сумеречное помрачение сознания, патологическое просоночное состояние, реакция "короткого замыкания". |
| **Истерия** | - заболевание, возникающее под влиянием психотравмирующих факторов, чаще у лиц с повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, которое характеризуется полиморфными психическими, соматическими, вегетативными нарушениями. |
| **Каталепсия** | - восковая гибкость с длительным сохранением приданной телу больного позы, требующей в некоторых случаях значительного мышечного напряжения из-за своего неудобства. |
| **Кататония** | - болезненное состояние с преобладанием нарушений в двигательной сфере – ступор (заторможенность) или возбуждение (движение). |
| **Кверулянство** | - расстройство поведения, выражающееся сутяжничеством, борьбой против мелких, иногда мнимых обид. |
| **Клептомания** | - импульсивное немотивированное влечение к воровству, навязчивое стремление к кражам. |
| **Конфабуляция** | - вымышленное событие, принимающее форму воспоминаний. |
| **Копролалия** | - импульсивное произношение бранных и нецензурных слов. |
| **Летаргия** | - патологическое состояние, характеризующееся длительным сном с обездвиженностью, ослаблением или отсутствием реакции на внешние раздражители, значительным понижением обмена веществ. |
| **Манерность** | - вычурное, неестественное поведение с наличием неадекватных жестов и мимики. |
| **Манифестация**  **болезни** | - период выраженных клинических проявлений болезни после ее бессимптомного или стертого течения. |
| **Маразм**  **психический** | - крайняя степень распада психики с угасанием всех видов психической деятельности, утратой речи, беспомощностью в быту. |
| **Ментизм** | - непроизвольно возникший, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений, часто бесцельных и ненужных. |
| **Метаморфопсия** | - искажение величины или формы воспринимаемых предметов и пространства. |
| **Метасимуляция** | - сознательное продление психического заболевания или изображение уже исчезнувших психопатологических симптомов. |
| **Мутизм** | - симптомокомплекс, проявляющийся в отказе от речи, немоте при сохранности понимания речи окружающих и отсутствии органических поражений центров речи в головном мозге. |
| **Неврастения** | - форма невроза, вызываемого хроническим переутомлением или длительным воздействием психотравмирующих факторов, проявляющегося состоянием повышенной возбудимости и быстрой истощаемости с эмоциональной неустойчивостью, расстройством сна, вегетативными нарушениями. |
| **Невроз** | - форма реактивного состояния, при котором возникновение функциональных (обратимых) психических расстройств связано не столько с острыми психическими травмами, сколько с длительно существующими, хроническими, психогенно обусловленными конфликтами. При этом сохраняется критическое отношение к болезни и способность руководить своими действиями. |
| **Негативизм** | - симптом психического заболевания, выражающийся в немотивированном отказе, отрицательном отношении, сопротивлении и бессмысленном противодействии всякому воздействию извне. |
| **Обсессия** | - навязчивое состояние (явление). |
| **Олигофрения** | - группа патологических состояний, аномалий развития с врожденным или рано приобретенным нарушением мыслительной и познавательной деятельности, преимущественно в виде интеллектуальной недостаточности, сочетающейся с аффективно-волевыми расстройствами. |
| **Онейроидное**  **состояние** | - состояние помраченного сознания с наплывом фантастических переживаний на фоне сноподобных изменений, характеризующееся отрешенностью от окружающей действительности, расстройством "Я", депрессивным или маниакальным аффектом, кататонией и амнезией. |
| **Опьянение**  **патологическое** | - кратковременное острое расстройство психической деятельности, возникшее после употребления небольшого количества алкоголя (чаще у лиц, ранее не употребляющих алкоголь и его суррогаты). Характеризуется сумеречным помрачением сознания и галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, нередко с психомоторным возбуждением, аффектом тревоги, страха, агрессии. Сопровождается амнезией или смутными воспоминаниями. |
| **Опьянение**  **простое** | - совокупность психических, соматических и неврологических расстройств, возникающих в результате острой интоксикации алкоголем или наркотиками. Характеризуется сменой психического возбуждения торможением с явлениями нарастающего оглушения сознания. Не является психическим заболеванием. |
| **Паралогия** | - ответы на поставленные вопросы не по существу, невпопад, обусловленные активным или пассивным негативизмом. |
| **Парамнезия** | - обман памяти в виде искажения памяти или ложных воспоминаний. При этом верят в то, что рассказывают. |
| **Параноид** | - психопатологический симптомокомплекс, психоз, проявляющийся первичным или образным бредом (чаще преследования), соответствующими его содержанию изменениями в поведении и эмоционально-волевой сфере, а также слуховыми (вербальными) галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, иллюзиями и явлениями психического автоматизма. |
| **Паранойя** | - хроническое психическое заболевание (психоз) с преобладанием бредовых расстройств сложного содержания, последовательностью доводов и внешним правдоподобием при отсутствии интеллектуально-мнестического снижения и нарушений восприятия. |
| **Парафразия** | - расстройство речи, заключающееся в утрате ее смысла, грамматического строя и применении искусственно созданных слов. |
| **Парафрения** | - состояние систематизированного или несистематизированного бреда (величия, преследования и воздействий), имеющего нередко ретроспективный характер, с явлениями психического автоматизма и повышенного фона настроения, слуховыми галлюцинациями, ложными узнаваниями и изменениями аффекта. |
| **Парестезия** | - спонтанно возникающее неприятное ощущение онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек. |
| **Пароксизм** | - внезапное, обычно повторяющееся возникновение или усиление признаков болезни (острый приступ) в относительно короткий промежуток времени. |
| **Пенитенциарная**  **психиатрия** | - раздел социальной психиатрии, изучающий вопросы клиники и эпидемиологии психических расстройств в популяции мест лишения свободы, а также разрабатывающий методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации осужденных, страдающих психическими нарушениями различной этиологии. |
| **Пиромания** | - импульсивное влечение к поджогу. |
| **Помрачение**  **сознания** | - расстройство отражения реального мира, предметов, явлений и их связей, проявляющееся полной невозможностью или неотчетливостью восприятия окружающего, дезориентировкой во времени, месте, окружающих лицах, собственной личности, бессвязностью мышления, частичной или полной амнезией. |
| **Превентивный** | - предупредительный, предохранительный, профилактический. |
| **Пресенильный** | - предстарческий. |
| **Прогредиентность** | - постепенное развитие психической болезни с нарастанием и ослаблением клинических симптомов, характерных для эндогенных заболеваний. |
| **Прострация** | - резкий упадок психического тонуса в сочетании с речевой и двигательной заторможенностью, выраженным снижением (или отсутствием) реакции на внешние раздражители. |
| **Психоз** | - психическое заболевание с резко выраженными расстройствами психики, проявляющееся неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, обычно с возникновением не свойственных нормальной психике явлений (галлюцинаций, бреда, психомоторных и аффективных расстройств и других). |
| **Психопатия** | - совокупность стойких особенностей склада личности, в основе которых лежат дисгармония, неуравновешенность или неустойчивость психических процессов. |
| **Разорванное**  **мышление** | - мышление, характеризующееся нарушением логических связей, скачкообразностью, соединением разнородных, не связанных по смыслу элементов, или, наоборот, разрывом целостности мыслей и цепи ассоциаций, вторжением в них неологизмов. |
| **Разорванность**  **речи** | - расстройство речи, характеризующееся нарушением или отсутствием в ней смысловых и грамматических связей, наличием неологизмов и деформированных слов. |
| **Раптус** | - приступ неистового возбуждения, вызванный чрезвычайно сильным аффектом тоски или страха. |
| **Расстройство**  **схемы тела** | - ощущение изменений размеров собственного тела или отдельных его частей, расположения или их отделения от тела. |
| **Рауш-**  **состояние** | - легкое помрачение сознания с сохранением внутренней и внешней ориентировки при нарушении критики, аффектов, двигательных и речевых реакций. |
| **Реактивное**  **состояние** | - временное психопатологическое расстройство, в клинической картине которого отражается содержание психической травмы. |
| **Реакция**  **"короткого**  **замыкания"** | - острое временное психопатологическое нарушение, определяющееся либо расстроенным сознанием, либо резко выраженными, не соответствующими поводу аффективными расстройствами, сочетающимися с импульсивными, автоматическими действиями, в том числе опасными для окружающих, с последующим сном или резким психофизиологическим истощением (прострацией). |
| **Резидуальный** | - остаточный, сохранившийся. |
| **Резонерство** | - тип мышления, характеризующийся склонностью к бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях, рассуждениям. |
| **Релаксация** | - состояние покоя, расслабленности, возникающее вследствие снятия напряжения, а также сильных переживаний или физических усилий. |
| **Реминисценция** | - отсроченное воспроизведение того, что первоначально временно забыто. |
| **Ретенция** | - свойство памяти удерживать, сохранять высказывания, прочитанное, эпизоды жизни. |
| **Речевой напор** | - патологическое речевое возбуждение, при котором ощущается непрерывная потребность говорить при отсутствии возможности прекратить свои многословные высказывания. |
| **Речь вычурная** | - расстройство речи, при котором используются необычные, малопонятные, часто неподходящие по смыслу слова. Обычно сопровождается манерной жестикуляцией и гримасничеством. |
| **Речь зеркальная** | - расстройство речи, при котором непроизвольно повторяются слова, услышанные от окружающих. |
| **Речь**  **обстоятельная** | - расстройство речи, при котором медленно и подробно излагаются маловажные детали, что затрудняет понимание цели высказывания. |
| **Речь**  **парадоксальная** | - расстройство речи, при котором преобладают противоречивые по смыслу высказывания. |
| **Речь**  **персеверативная** | - расстройство речи, при котором многократно повторяется одно и то же слово или оборот речи и при этом затрудняется подбор других слов и оборотов, требуемых для продолжения речи. |
| **Речь**  **пуэрильная** | - расстройство речи у взрослого, при котором речь напоминает детскую. |
| **Речь**  **скандированная** | - расстройство речи, при котором медленно, раздельно и четко произносятся слоги и отдельные слова. |
| **Сенестопатии** | - разнообразные, крайне некритичные, мучительные, тягостные ощущения, исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие причин, недоступных определению современными методами исследования. |
| **Сенильный** | - старческий. |
| **Сенситивность** | - особенность, проявляющаяся в повышенной чувствительности к происходящим событиям, обычно сопровождающаяся повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний и т.п. |
| **Сенсорный** | - чувственный. |
| **Синдром**  **онейроидный** | - помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Сопровождается отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным и маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при утрате памяти на окружающее. |
| **Словесная**  **окрошка** | - речь, состоящая из набора слов, лишенных смысловой и грамматической связи. |
| **Сомнамбулизм** | - сумеречное помрачение сознания в форме блуждания во сне с выполнением привычных движений и действий. |
| **Спонтанный** | - самопроизвольный, возникающий без внешнего воздействия. |
| **Суггестия** | - внушение. |
| **Суицидомания** | - навязчивое влечение, характеризующееся упорным стремлением к совершению самоубийства. |
| **Сумеречное**  **состояние** | - психическое расстройство, характеризующееся нарушением ориентировки в окружающем, галлюцинаторно-бредовым восприятием действительности, тоскливо-злобным настроением, агрессивностью. |
| **Сюрсимуляция** | - изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию. |
| **Толерантность** | - способность организма переносить воздействие определенного лекарственного или иного вещества без развития соответствующего терапевтического или токсического эффекта. |
| **Торпидный** | - вялый, неактивный. |
| **Транс** | - вид сумеречного помрачения сознания без продуктивной симптоматики (бреда, галлюцинаций, эмоционального напряжения), при котором выполняются внешне целесообразные, иногда сложные действия. По окончании транса у таких лиц развивается амнезия. |
| **Тремор** | - непроизвольные, стереотипные, ритмичные колебательные движения всего тела или его частей. |
| **Фобия** | - навязчивое состояние в виде непреодолимой боязни некоторых предметов, движений, действий, поступков, ситуаций, которые критически оцениваются как болезненные, но исправлению не поддаются. |
| **Фрустрация** | - психическое состояние, возникающее в ситуации конфликта, когда удовлетворение потребности наталкивается на труднопреодолимые (непреодолимые) препятствия, помехи, препятствующие достижению цели. |
| **Фуга** | - вид сумеречного помрачения сознания, характеризующийся внезапно возникающим двигательным воздействием, выражающимся в бесцельном бегстве. |
| **Хорея**  **хроническая** | - наследственное заболевание нервной системы, проявляющееся гиперкинезами в виде беспорядочных, быстрых, размашистых движений вследствие непроизвольного сокращения мышц в сочетании с нарастающим слабоумием. |
| **Циклотимия** | - легкая форма маниакально-депрессивного психоза. |
| **Шизофренический дефект** | - совокупность стойких изменений личности больного шизофренией, переходящее в слабоумие. |
| **Шок**  **психический** | - реактивный психоз, возникающий при внезапных психических потрясениях, угрожающих жизни обстоятельствах или ситуациях, влекущих за собой изменение поведения, появление резкого аффекта страха и проявляющийся в форме либо беспорядочного двигательного возбуждения, либо заторможенности, ступора. |
| **Шпрунг** | - внезапный обрыв хода мысли или длительная задержка мыслительного процесса. |
| **Шуб** | - приступ шизофрении. |
| **Эйфория** | - неадекватное, повышенное, благодушное, радостное настроение, сочетающееся с веселостью, беспечностью и недостаточной критической оценкой своего состояния, нередко сопровождающееся усилением влечений. |
| **Экзальтация** | - повышенное настроение с оттенком неестественной восторженности. |

Автор:

Доцент кафедры криминалистики,

к.ю.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.П. Клипко