ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«УФИМСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

А. В. Васильченко, Э. Р. Исхаков, Д. Х. Афзалетдинова

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Курс лекций

Уфа 2022

УДК 340.6(470)(042.4)
ББК 56.148(2Рос)я73-2+58.1(2Рос)я73-2
В19

Рекомендовано к опубликованию
редакционно-издательским советом Уфимского ЮИ МВД России

Рецензенты:
кандидат юридических наук Н. В. Морозова
(Орловский юридический институт МВД России
им. В. В. Лукьянова);
кандидат юридических наук, доцент А. Ш. Габдрахманов
(Казанский юридический институт МВД России)

В19 **Васильченко, А. В.**
Судебная медицина и судебная психиатрия : курс лекций / А. В. Васильченко, Э. Р. Исхаков, Д. Х. Афзалетдинова. – Уфа : Уфимский ЮИ МВД России, 2022. – 192 с. – Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-7247-1136-4

Предлагаемый курс лекций представляет собой изложение основных положений, понятий, категорий судебной медицины и судебной психиатрии, организационно-правовых основ судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз, форм участия судебно-медицинского эксперта и судебного эксперта-психиатра в расследовании преступлений, их прав, обязанностей и ответственности.

Курс лекций предназначен для обучающихся образовательных организаций МВД России.

УДК 340.6(470)(042.4)
ББК 56.148(2Рос)я73-2+58.1(2Рос)я73-2

ISBN 978-5-7247-1136-4

© Васильченко А. В., 2022
© Исхаков Э. Р., 2022
© Афзалетдинова Д. Х., 2022
© Уфимский ЮИ МВД России, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……..……..... 4

РАЗДЕЛ 1. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА……. 6
Лекция 1. Введение в курс судебной медицины. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы…… 6
Лекция 2. Судебно-медицинская танатология.……..... 17
Лекция 3. Судебно-медицинская травматология. Травмы, причиненные твердыми тупыми и острыми предметами……... 27
Лекция 4. Транспортная травма. Огнестрельная травма.…….……. 37
Лекция 5. Механическая асфиксия.…….. 48
Лекция 6. Повреждения и смерть от действия крайних температур. Электротравма. Баротравма.……..…… 58
Лекция 7. Судебно-медицинская токсикология.……..……... 67
Лекция 8. Судебно-медицинская экспертиза причиненного вреда здоровью и по иным поводам в отношении потерпевших, подозреваемых и других лиц.…….……... 76
Лекция 9. Осмотр трупа на месте его обнаружения. Судебно-медицинская экспертиза трупа. Вещественные доказательства биологического происхождения, подлежащие судебно-медицинскому исследованию.…….……..... 86

РАЗДЕЛ 2. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ……..... 98
Лекция 10. Общие положения и содержание предмета «Судебная психиатрия»……. 98
Лекция 11. Общие понятия и причины психических расстройств. Отдельные симптомы расстройств психической деятельности……. 115
Лекция 12. Расстройства памяти, интеллекта. Временные психические расстройства.…….……..… 136
Лекция 13. Шизофрения, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)…… 150
Лекция 14. Расстройства личности (психопатии). Расстройства влечений…… 160
Лекция 15. Алкоголизация и преступность. Наркомании и токсикомании…….. 170

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……... 182

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ…...……. 184

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость совершенствования компетенций обучающихся и формирования у них навыков привлечения специалистов, обладающих специальными знаниями по судебной медицине и судебной психиатрии, не вызывает сомнения. Важным элементом выступает дидактический подход, то есть применение средств обучения, содержащих необходимую по изучаемым вопросам информацию в оптимальном виде. Развитие науки приводит к появлению новых методов, форм, особенностей проведения судебно-медицинских экспертиз, поэтому для учебных целей необходимо их своевременное представление обучающимся.

Высокое качество и полная объективность проведенных судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз позволяет объективно установить обстоятельства, имеющие отношение к конкретному делу. Результаты проведенных экспертиз должны быть применены для предупреждения, раскрытия и расследования преступлений. Исследования показывают, что сотрудники полиции часто не обладают достаточными знаниями о возможностях той или иной судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы[1]. На практике чаще всего встречаются следующие ошибки: представление объектов, обнаруженных на месте преступления, на судебно-медицинскую экспертизу в неполном объеме; некорректная и непоследовательная формулировка вопросов судебно-медицинскому эксперту, судебному эксперту врачу-психиатру; нарушенный алгоритм взаимодействия с лицом, участником правовых отношений, имеющим психическую патологию. В этих условиях представляется важным научить обучающихся правильному применению знаний по судебной медицине и судебной психиатрии, грамотному представлению объектов для судебно-медицинской экспертизы, материалов для судебно-психиатрической экспертизы, формулировке вопросов эксперту.

Целью данного курса лекций является обеспечение обучающихся знаниями по судебной медицине и судебной психиатрии, которые необходимы для эффективного применения возможностей судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз при раскрытии и расследовании преступлений.

Курс лекций содержит структурированный актуальный учебный материал, направленный на совершенствование подготовки будущих сотрудников органов внутренних дел по базовым знаниям в области судебной медицины и судебной психиатрии. Представленный курс лекций направ-

[1] Максимова В. П. Использование результатов судебных экспертиз и исследований в целях преодоления противодействия расследованию преступлений : автореф. дис. … канд. юрид. наук. М., 2019. С. 24.

лен на совершенствование методического обеспечения образовательного процесса обучающихся при изучении дисциплины «Судебная медицина и судебная психиатрия». Следует отметить, что судебная медицина в образовательных организациях МВД России является обязательной для изучения и имеет тесные связи с такими дисциплинами, как криминалистика, уголовный процесс, уголовное право, гражданское право.

Применение курса лекций в образовательном процессе будет способствовать формированию у обучающихся профессиональных компетенций, необходимых для осуществления будущей профессиональной деятельности.

РАЗДЕЛ 1. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Лекция 1. Введение в курс судебной медицины. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы

Вопросы лекции

1. Предмет, задачи и система судебной медицины. Организация и структура судебно-медицинской службы в России.
2. Понятие и виды судебно-медицинской экспертизы.
3. Назначение и производство экспертиз. Заключение эксперта.

1. Предмет, задачи и система судебной медицины. Организация и структура судебно-медицинской службы в России

Мы приступаем к изучению специальной дисциплины «Судебная медицина». На этой лекции мы разберем вопросы, составляющие ее основу – процессуальную часть.

Судебная медицина является самостоятельной дисциплиной, которая способствует установлению истины и соблюдению законности в уголовном и гражданском судопроизводстве, а также внедрению в практику судебно-медицинской экспертизы новых, все более совершенных методов исследований. Поэтому одним из необходимых условий подготовки высококвалифицированных специалистов различного профиля для органов внутренних дел является знание современного потенциала судебной медицины и умелое использование на практике результатов судебно-медицинских исследований.

Будущий сотрудник органов внутренних дел должен иметь представление о возможностях судебной медицины и пределах компетенции судебно-медицинской экспертизы. Это позволит ему правильно подобрать нужных экспертов, сформулировать вопросы, критически оценить заключение. Кроме того, следователь нередко проводит осмотр трупа на месте происшествия без участия судебно-медицинского эксперта, и ему приходится самостоятельно выносить суждение о давности наступления смерти, характере повреждений, особенностях происшедшего события.

Судебная медицина – отрасль медицины, изучающая и разрабатывающая медико-биологические проблемы, возникающие в правоохранительной деятельности, а также сходные с ними проблемы здравоохранения[1]. Судебная медицина имеет тесные связи с такими дисциплинами, как криминалистика, уголовный процесс, уголовное право, гражданское право.

[1] Самищенко С. С. Судебная медицина : учебник для вузов. М., 2022. С. 15.

Исходя из определения, можно говорить о том, что судебная медицина имеет две основные задачи:

1. Помощь правоохранительным органам в раскрытии и расследовании преступлений против жизни и здоровья граждан.

2. Повышение качества диагностики и лечения учреждений здравоохранения.

Предметом судебной медицины являются вопросы медико-биологического характера, которые возникают в процессе деятельности правоохранительных органов и требуют специальных познаний в области биологии и медицины. Практической частью является судебно-медицинская экспертиза, служащая источником доказательств в суде.

Судебная медицина по объектам исследования реализует производство экспертиз: трупов, живых лиц, вещественных доказательств биологического происхождения, материалов уголовных и гражданских дел (как правило, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей)[1].

Система предмета включает в себя процессуальную и материальную части.

Процессуальная часть включает в себя законодательно регламентированные вопросы организации и производства судебных экспертиз, специальных исследований, следственных действий, связанных с использованием познаний в области медицины и биологии. Она будет рассмотрена в материалах лекции 1.

Материальная часть включает в себя результаты естественных и медицинских наук, используемых в судебной медицине. Процессуальная часть будет рассмотрена в материалах лекций 2–9.

Остановимся на разделах материальной части, которые мы с вами будем изучать:

1. Судебно-медицинская танатология (включает учение об умирании и смерти, посмертных изменениях трупа) будет рассмотрена в материалах лекции 2.

2. Судебно-медицинская травматология (включает в себя учение о механической травме, последствиях повреждений, причиненных острыми и твердыми тупыми предметами, взрывчатыми веществами, огнестрельным оружием) будет рассмотрена в материалах лекций 3–4.

3. Механическая асфиксия (изучает последствия механического препятствия поступления в ткани организма кислорода и выведения углекислоты) будет рассмотрена в материалах лекции 5.

4. Повреждающее действие на организм крайних температур, электричества, атмосферного давления будет рассмотрено в материалах лекции 6.

---

[1] Ермакова Ю. В. Организационно-правовые основы судебной экспертизы // Вестник судебной медицины. 2021. Т. 10. № 1. С. 4.

5. Судебно-медицинская токсикология (изучает яды и последствие вызванных ими отравлений и химических повреждений) будет рассмотрена в материалах лекции 7.

6. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц будет рассмотрена в материалах лекции 8.

7. Судебно-медицинская экспертиза трупа будет рассмотрена в материалах лекции 9.

8. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств биологического происхождения будет рассмотрено в материалах лекции 9.

В судебной медицине используются две группы исследований:

1. Общие методы исследования, которые применяются и в других отраслях медицины. Например, опрос, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования, применяемые в различных областях медицины используются и при экспертизе живых лиц.

2. Специальные методы исследования, которые применяются только в судебной медицине. Это методы обнаружения и идентификации следов вещественных доказательств биологического происхождения, микроскопические исследования изолированных клеток, частиц органов и тканей и многие другие методы.

В заключение первого вопроса рассмотрим структуру организации судебно-медицинской службы в Российской Федерации.

Ведущим учреждением судебно-медицинской службы России является Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава Российской Федерации, которому подчиняются Бюро судебно-медицинской экспертизы (далее – Бюро), находящиеся в ведении республиканских, областных, краевых и городских органов здравоохранения, в которых непосредственно производятся судебно-медицинские экспертизы.

Структуру Бюро составляют следующие подразделения:

1) отдел судебно-медицинской экспертизы живых лиц;

2) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов, в который входит судебно-гистологическое отделение;

3) отдел сложных экспертиз;

4) дежурная служба;

5) организационно-методический отдел;

6) отделения лабораторной службы:

– судебно-биологическое;

– медико-криминалистическое;

– судебно-химическое;

– бактериологическое;

7) районные, межрайонные и городские отделения.

Руководство деятельностью Бюро осуществляет его начальник.

2. Понятие и виды судебно-медицинской экспертизы

К рассмотрению данного вопроса приступим с изучения понятия о судебно-медицинской экспертизе. Определение понятий «экспертиза» и «эксперт» позволим себе сознательно опустить ввиду их достаточно подробного описания в учебной юридической и медицинской литературе.

В соответствии со ст. 58 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[1] (далее – ФЗ № 323) медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

Статьей 62 ФЗ № 323 определено, что судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности. В той же статье указывается, что порядок проведения вышеуказанных экспертиз устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Переходя к рассмотрению видов судебно-медицинской экспертизы, следует отметить их многообразие, регламентированное законодательством Российской Федерации.

Производство судебно-медицинской экспертизы осуществляется:

– в рамках первичного назначения (ст. 195 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации[2] (далее – УПК РФ)) либо дополнительного и повторного назначения (ст. 207 УПК РФ, ст. 20 Федерального закона Российской Федерации от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»[3] (далее – ФЗ № 73));

---

[1] Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

[2] Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

[3] О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации : федеральный закон Российской Федерации от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

– единолично (ч. 2 ст. 199 УПК РФ), в составе комиссии из нескольких экспертов одной специальности (ст. 200 УПК РФ, ст. 21, 22 ФЗ № 73), при участии нескольких экспертов разных специальностей, то есть комплексно (ст. 201 УПК РФ, ст. 23 ФЗ № 73);

– с госпитализацией испытуемого в медицинский стационар (ст. 203 УПК РФ, ст. 27, 29–30 ФЗ № 73), то есть стационарно или без госпитализации, то есть амбулаторно;

– с последующим допросом эксперта после проведения экспертизы (ст. 205, ст. 282, ч. 4 ст. 217 УПК РФ) и без его проведения.

При проведении экспертизы вне экспертного учреждения, срок выполнения экспертных исследований должен быть согласован с назначившим ее лицом.

Следует отметить, что согласно п. 5 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»[1] (далее – Приказ № 346н) срок производства экспертизы исчисляется с момента поступления в Бюро постановления или определения о назначении экспертизы и прилагаемых к нему объектов и материалов по день подписания оформленного экспертного заключения исполнителем (исполнителями).

В соответствии с п. 20 Приказа № 346н при невозможности выполнения экспертизы в установленный срок руководитель Бюро на основании мотивированного рапорта эксперта, поданного не менее чем за три дня до его истечения, направляет органу или лицу, назначившему экспертизу, письменное уведомление о невозможности выполнения экспертизы в установленный срок.

Следует помнить, что по ряду причин руководитель Бюро может приостановить производство экспертизы, при этом срок производства экспертизы продлевается на количество дней, затраченных на устранение выявленных причин (п. 21 Приказа № 346н).

Выделяют следующие виды судебной экспертизы: первичную, дополнительную и повторную.

Первичную экспертизу назначают при первоначальном исследовании объекта с последующим вынесением экспертного заключения.

---

[1] Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Дополнительную экспертизу назначают при появлении новых вопросов применительно к ранее исследованным обстоятельствам уголовного дела. Производство дополнительной экспертизы может быть поручено эксперту (комиссии экспертов), проводившему экспертизу, либо поручено другому эксперту (комиссии экспертов).

Повторная экспертиза назначается при сомнениях в правильности или обоснованности выводов эксперта.

Среди наиболее частых причин назначения повторных экспертиз выделяют:

– наличие в выводах эксперта противоречий обстоятельствам, полученным из иных источников, достоверность которых не вызывает сомнений;

– выявление новых обстоятельств по делу, которые способны повлиять на выводы проведенной ранее экспертизы;

– использование экспертом научно необоснованных, неапробированных исследовательских методик или неполнота их проведения;

– несоответствие выводов эксперта исследовательской части;

– обнаружение нарушений процессуального характера, допущенных в ходе экспертизы или при оформлении заключения эксперта.

Необходимо отметить, что понятия «обоснованность заключения» и «обоснование выводов» (аргументация, мотивировка выводов) не являются тождественными. Если, по мнению лица, назначившего экспертизу, выводы эксперта недостаточно обоснованы, то сомнения в обоснованности выводов стоит попытаться устранить допросом эксперта.

При назначении повторной экспертизы следует назначать те же вопросы, которые рассматривались при ранее выполненной первичной или дополнительной экспертизе и по которым имеются сомнения или усматриваются противоречия. Производство повторной экспертизы поручается другому эксперту или другой комиссии экспертов, но допускается ее производство в том же экспертном учреждении, в котором была проведена первичная экспертиза.

Следует отметить, что назначение дополнительной или повторной экспертизы в ходе предварительного либо судебного следствия не является обязательным даже при наличии оснований для ее производства.

Экспертизы могут проводиться одним экспертом или группой экспертов: одной специальности (комиссионная экспертиза) или разных специальностей (комплексная экспертиза). Комиссионность экспертизы может быть определена следователем либо начальником Бюро (ст. 200 УПК РФ).

В соответствии со ст. 21 ФЗ № 73 организация и производство комиссионной судебной экспертизы возлагаются на начальника Бюро.

На экспертов, включенных в состав комиссии, возложены равные обязанности, все они обладают равными правами и несут равную ответственность. При производстве комиссионной экспертизы все исследования

каждым экспертом осуществляются независимо и самостоятельно. Однако анализ и оценка результатов может проводиться как самим экспертом единолично, так и совместно с другими экспертами той же специальности, входящими в состав комиссии.

Зачастую на одного из экспертов комиссии возлагается организаторская роль. Однако это не влияет на его процессуальную роль.

В соответствии со ст. 58 ФЗ № 323 граждане имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы. Однако на практике предпочтение при назначении экспертиз отдается государственным судебным экспертным учреждениям.

Одним из важных аспектов являются сроки производства экспертиз. Необходимо отметить, что сроки проведения экспертиз законодательно не закреплены и регулируются подзаконными нормативными правовыми актами. Согласно п. 15 Приказа 346н начальник Бюро определяет срок производства экспертизы (в пределах срока, установленного в постановлении или определении о назначении экспертизы). Срок производства экспертизы – с момента поступления в Бюро постановления о назначении экспертизы и прилагаемых к нему объектов и материалов по день подписания экспертного заключения (п. 5 Приказа 346н). При невозможности выполнения экспертизы в установленный срок начальник Бюро за три дня до истечения срока направляет органу, назначившему экспертизу, письменное уведомление о невозможности выполнения экспертизы в установленный срок (п. 20 Приказа 346н). Кроме того, начальник Бюро может приостановить производство экспертизы, письменно проинформировав орган или лицо, назначившее экспертизу, о причинах приостановки (п. 21 Приказа 346н). Как показывает практика, вопросы по сроку каждой судебно-медицинской экспертизы решаются в индивидуальном порядке.

3. Назначение и производство экспертиз. Заключение эксперта

Одним из актуальных аспектов уголовного судопроизводства является вопрос о назначении экспертиз. Согласно ст. 21 Конституции Российской Федерации[1] никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам. В то же время ст. 20 ФЗ № 323 определяет возможность медицинского вмешательства без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

[1] Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

В соответствии со ст. 196 УПК РФ назначение и производство судебной экспертизы обязательно (принудительно), если необходимо установить:

1) причины смерти;

2) характер и степень вреда, причиненного здоровью;

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

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

5) возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

Помимо обязательных, существует ряд иных поводов к назначению судебно-медицинской экспертизы. В качестве такового может выступать любой вопрос, для решения которого необходимы специальные медицинские экспертные исследования.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц может проводиться в добровольном или принудительном порядке. Круг лиц и поводов, по которым они могут быть направлены на судебную экспертизу в принудительном порядке, определяется ст. 196 УПК РФ. В случае, если в процессуальном законодательстве Российской Федерации не содержится прямого указания на возможность принудительного направления лица на судебную экспертизу, государственное судебно-экспертное учреждение не вправе производить судебную экспертизу в отношении этого лица в принудительном порядке (ст. 28 ФЗ № 73). В соответствии с той же статьей при добровольном порядке производства экспертизы необходимо письменное согласие испытуемого либо его законного представителя.

Согласно п. 7 Постановления Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»[1] (далее – Постановление Правительства РФ № 522) медицинские документы должны быть подлинными и содержать исчерпывающие данные.

Однако в случаях, когда невозможно исследовать оригиналы медицинских документов, по письменному разрешению органа или лица, назначившего экспертизу, допускается исследование их заверенных копий (п. 67 Приказа № 346н).

[1] Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека : постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Кроме того, у следователя есть возможность приобщить к делу любые заверенные копии медицинских документов в качестве иных документов (ст. 84 УПК РФ), которые являются одним из видов доказательств (п. 6 ч. 2 ст. 74 УПК РФ).

Вопросы госпитализации подэкспертного в стационар регламентируются ст. 29, 203 УПК РФ, ст. 27–30 ФЗ № 73.

Если экспертиза не относится по показаниям к числу обязательных, необходимо письменное согласие подэкспертного на производство экспертизы в условиях стационара. Решение о помещении подозреваемого или обвиняемого, не находящегося под стражей, в медицинский стационар для производства экспертизы правомочен принять только суд.

Доставка в медицинское или иное учреждение лица, направленного на судебную экспертизу, обеспечивается органом или лицом, назначившим судебную экспертизу. В стационаре должны быть обеспечены условия для проведения соответствующих исследований и для обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводится экспертиза.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу и поместившие лицо в медицинский стационар в принудительном порядке, обязаны в течение 24 часов известить об этом кого-либо из членов его семьи, родственников или иных лиц по его указанию, а при отсутствии таковых сообщить в орган внутренних дел по месту жительства указанного лица.

Продолжительность пребывания в медицинском стационаре для производства судебной экспертизы может составлять до 30 дней. В случае необходимости по мотивированному ходатайству эксперта или комиссии экспертов этот срок может быть продлен постановлением судьи районного суда по месту нахождения указанного стационара еще на 30 дней. Ходатайство эксперта или комиссии экспертов о продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре должно быть представлено в районный суд по месту нахождения указанного стационара не позднее чем за три дня до истечения тридцатидневного срока.

Судья выносит постановление и уведомляет о нем эксперта или комиссию экспертов в течение трех дней со дня получения ходатайства. В случае отказа судьи в продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре оно должно быть выписано из него. Руководитель медицинского стационара извещает о заявленном ходатайстве и вынесенном судьей постановлении лицо, находящееся в указанном стационаре, а также орган или лицо, назначившее судебную экспертизу. В исключительных случаях в том же порядке возможно повторное продление срока пребывания лица в медицинском стационаре. При этом общий срок пребывания лица в указанном стационаре при производстве одной судебной экспертизы не может превышать 90 дней.

Нарушение сроков пребывания лица в медицинском стационаре, установленных законом, может быть обжаловано лицом, его защитником, законным представителем или иными представителями, допущенными

к участию в деле, а также руководителем медицинского стационара в порядке, предусмотренном процессуальным законодательством Российской Федерации. Нарушение сроков пребывания лица в медицинском стационаре может быть обжаловано также непосредственно в суд по месту нахождения указанного стационара.

По результатам экспертизы составляется заключение эксперта, которое рассматривается как доказательство по делу (ч. 2 ст. 74 УПК РФ). Заключение излагается письменно от имени эксперта и включает последовательное описание содержания (ход и результаты) проведенных экспертом исследований и обоснованные выводы по вопросам, которые были перед ним поставлены (ч. 1 ст. 80 УПК РФ, ст. 9 и 25 ФЗ № 73).

В соответствии со ст. 204, ч. 2 ст. 197, ст. 202 УПК РФ и ст. 25, 35 ФЗ № 73 в заключении эксперта или комиссии экспертов обязательно должны быть отражены:

– дата, время и место производства судебной экспертизы;

– основания производства судебной экспертизы;

– сведения об органе или лице, назначившем судебную экспертизу;

– сведения о государственном судебно-экспертном учреждении, об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которым поручено производство судебной экспертизы;

– сведения о предупреждении эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;

– вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов;

– объекты исследований и материалы, представленные эксперту для производства судебной экспертизы;

– сведения об участниках процесса и иных лицах, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;

– содержание и результаты исследований с указанием примененных методов;

– сведения о получении образцов для сравнительного исследования, если это является частью судебной экспертизы;

– оценка результатов исследований, выводы по поставленным вопросам и их обоснование[1].

Заключение дается экспертом (или комиссией экспертов) от своего имени на основании проведенных исследований с учетом их результатов. Заключение подписывается экспертом или комиссией экспертов. Если экспертиза проводилась в государственном судебно-экспертном учреждении, то подписи удостоверяются печатью этого учреждения (ст. 25 ФЗ № 73).

---

[1] Судебно-медицинская деятельность в уголовном судопроизводстве. Правовые, организационные и методические аспекты : монография / И. Е. Лобан, Г. И. Заславский, В. Л. Попов. СПб., 2003. С. 167.

Материалы, иллюстрирующие заключение эксперта (фотографии, схемы, графики и т. п.), прилагаются к заключению и являются его составной частью.

Документы, фиксирующие ход, условия и результаты исследований, хранятся в государственном судебно-экспертном учреждении и по требованию органа или лица, назначившего судебную экспертизу, предоставляются для приобщения к делу (ч. 3 ст. 204 УПК РФ, ст. 25 ФЗ № 73).

При оформлении заключения эксперта недопустимы любые непредусмотренные законом формы.

Если по результатам проведенных исследований мнения экспертов по поставленным вопросам совпадают, то ими составляется единое совместное заключение или сообщение о невозможности дачи заключения. В случае возникновения разногласий каждый из экспертов или эксперт, который не согласен с другими, участвовавшими в производстве комиссионной судебной экспертизы, дает отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласие.

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных знаний. В данном случае в заключении указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участвовавший в производстве комплексной судебной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность[1].

Эксперты одной специальности, входящие в состав комиссии, проводящей комплексную судебную экспертизу, и компетентные в оценке полученных результатов, могут дать общий вывод. Если основанием общего вывода являются факты, установленные одним или несколькими экспертами, это должно быть указано в заключении.

В случае возникновения разногласий между экспертами одной специальности результаты комплексной экспертизы оформляются в соответствии с ч. 2 ст. 200 УПК РФ и ч. 2 ст. 22 ФЗ № 73: каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, дает отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласие.

С целью исключения нарушения процессуальных норм постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы в государственном экспертном учреждении должно быть вынесено в адрес экспертного учреждения, а не конкретному эксперту.

В случае нарушения требований УПК РФ при производстве экспертизы заключение эксперта не имеет юридической силы, являясь недопустимым доказательством, на этапе предварительного расследования не подлежит включению в обвинительное заключение (обвинительный акт)

[1] Судебная медицина : учебное пособие / А. А. Ефимов. М., 2009. С. 41.

и не может использоваться при доказывании любых обстоятельств по делу (ст. 75, 88 УПК РФ), исключается судом как доказательство по делу, теряя юридическую силу, не может исследоваться и использоваться в ходе судебного разбирательства и не может быть положено в основу приговора или иного судебного решения (ст. 88, 235 УПК РФ).

Заключение направляется органу или лицу, назначившему экспертизу. Ознакомление с результатами экспертизы регламентировано ст. 198 и 206 УПК РФ и является прерогативой лица или органа, назначившего экспертизу.

Лекция 2. Судебно-медицинская танатология

Вопросы лекции

1. Умирание и смерть.
2. Ранние и поздние трупные изменения.
3. Судебно-медицинская классификация смерти.

1. Умирание и смерть

В судебной медицине под понятием «смерть» понимается динамический процесс различной продолжительности, проявляющийся постепенным и разновременным прекращением жизнедеятельности разных органов и тканей организма, функциональными и морфологическими его изменениями[1].

Различают медленный и быстрый типы умирания. Для сотрудников органов внутренних дел больший интерес представляет быстрый тип умирания.

Быстрый тип умирания (острая смерть) наблюдается при прекращении функций одной или нескольких жизненно важных систем организма. В быстром типе умирания различают две последовательные стадии:

1) клиническую смерть;

2) биологическую смерть.

Клиническая смерть характеризуется отсутствием сознания, дыхания, кровообращения (проверяется пульсация на сонных артериях), зрачки широкие (размером с пятирублевую монету), на свет не реагируют (при закрытии одного глаза живого человека ладонью, как правило, наблюдается синергичное расширение зрачка другого глаза (за исключением некоторых заболеваний – сифилис мозга и др.), а при отнятии ладони зрачок вновь сужается). Признаки клинической смерти относят к вероятным признакам

[1] Величко Н. Н. Основы судебной медицины и судебной психиатрии : учебник. М., 2000. С. 125.

смерти. Во избежание курьезных случаев следует проверять зрачки обоих глаз.

Клиническая смерть – это смерть на функциональном уровне, она обратима, так как клетки еще не успели погибнуть от отсутствия кислорода. При успешном проведении реанимационных мероприятий человека можно вернуть к жизни. Если этого не произошло, наступает следующая стадия – биологическая смерть, которая представляет собой необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях мозга. При этом отдельные ткани и органы человека продолжают жить в биологическом смысле, иногда весьма значительное время.

Перед тем как изложить вопросы констатации биологической смерти, необходимо рассмотреть понятие «смерть мозга». Считается, что клиническая смерть продолжается 4–7 минут – это время до момента наступления необратимых изменений в клетках коры головного мозга, которые наиболее чувствительны к кислородному голоданию. Теоретически реанимировать человека можно и позже, но человек уже не будет полноценным членом общества, и, как растение (вегетативное состояние), будет нуждаться в постоянном уходе. Несмотря на то, что человек в социальном плане необратимо потерян для общества, юридически он жив.

Согласно ст. 66 ФЗ № 323 моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека). Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений. Констатацию биологической смерти человека может осуществлять только медицинский работник.

Смерть мозга диагностируется при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких (в условиях нахождения пациента в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии). Диагноз смерти мозга ставит консилиум врачей.

Согласно ст. 68 ФЗ № 323 тело, органы и ткани трупа могут использоваться в медицинских научных и учебных целях:

– при письменном волеизъявлении;

– если тело не востребовано после смерти.

Время наступления смерти разных тканей и органов различно. После наступления биологической смерти сердце жизнеспособно до 2 часов, почки и печень – до 4 часов, мышечная ткань, кожа – до 6 часов, костная ткань – до нескольких суток.

С явлением переживаемости органов и тканей тела человека связана возможность их трансплантации после наступления биологической смерти субъекта. Трансплантация органов разрешена только после смерти мозга.

Согласно ст. 8 Закона Российской Федерации от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека о транс-

плантации»[1] (далее – Закон о трансплантации) изъятие органов не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о несогласии на изъятие.

Согласно ст. 10 Закона о трансплантации разрешение на изъятие органов у трупа производится с разрешения главного врача или судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

Теперь рассмотрим вопрос констатации биологической смерти. Как мы уже упоминали ранее, биологическая смерть является конечной необратимой стадией смерти, так как здесь наблюдается повреждение и смерть на клеточном уровне. Результаты отмирания клеток, которые составляют различные ткани организма, мы можем видеть невооруженным глазом, то есть наблюдать морфологические изменения. Эти изменения, характерные для биологической смерти, относят к достоверным признакам смерти.

В течение первого часа после биологической смерти появляются:

– помутнение роговицы (происходит вследствие отмирания эпителия роговицы);

– симптом «кошачьего глаза» (при сдавлении пальцами в боковом или вертикальном направлениях зрачок приобретает овальную форму).

В дальнейшем обнаруживаются ранние (в течение первых суток после наступления смерти) и поздние (начиная со вторых суток) трупные изменения.

При отсутствии достоверных признаков смерти необходимо вызвать скорую медицинскую помощь, а до ее приезда лично принять меры по восстановлению основных жизненных функций организма (реанимационные мероприятия). При этом в протоколе осмотра следует отметить, какие именно меры предпринимались для оживления, время их начала и окончания.

Следует помнить, что согласно п. 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека»[2] реанимационные мероприятия проводятся лицами, прошедшими обучение по проведению сердечно-легочной реанимации. А в соответствии со ст. 12 п. 1.3 Федерального закона Российской Федерации от 7 февраля

---

[1] О трансплантации органов и (или) тканей человека : закон Российской Федерации от 22 декабря 1992 г. № 4180-1. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

[2] Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека : постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

2011 г. № 3-ФЗ «О полиции»[1] (далее – ФЗ «О полиции») сотрудники полиции обязаны оказывать первую помощь лицам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также лицам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья, если специализированная помощь не может быть получена ими своевременно или отсутствует. В связи с этим они должны обладать определенными знаниями, позволяющими определить вероятные или достоверные признаки смерти, целесообразность и длительность реанимационных мероприятий.

В соответствии со ст. 66 ФЗ № 323 при вероятных признаках смерти (признаках клинической смерти) реанимационные мероприятия должны проводиться не менее 30 минут (у новорожденного – не менее 10 минут) и прекращаться при констатации смерти головного мозга либо признаках биологической смерти. Констатацию биологической смерти человека может осуществлять только медицинский работник. Реанимационные мероприятия не проводятся: при клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или признаках повреждений, несовместимых с жизнью (отрыв головы, туловища). Первая медицинская помощь не оказывается при достоверных признаках биологической смерти.

2. Ранние и поздние трупные изменения

Трупные изменения имеют важнейшее значение для раскрытия и расследования преступлений.

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

1. Охлаждение трупа. Обмен веществ в организме сопровождается теплообразованием и позволяет поддерживать постоянную температуру тела (37 °С в прямой кишке). После наступления смерти температура тела начинает постепенно снижаться вследствие теплоотдачи до температуры окружающей среды (воздуха). Скорость падения температуры тела зависит от многих факторов – возраста и массы тела трупа, причины смерти и темпа ее наступления, температуры окружающей среды, характера и состояния одежды и др. Части тела, не прикрытые одеждой, охлаждаются быстрее прикрытых. Трупы истощенных лиц и детей охлаждаются довольно быстро. Медленно охлаждаются трупы лиц, умерших от солнечного удара.

[1] О полиции : федеральный закон Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

При смерти от холеры, столбняка, сепсиса может наблюдаться кратковременное повышение температуры трупа.

Учесть влияние всех указанных факторов на скорость охлаждения трупа в каждом конкретном случае бывает трудно. Принято считать, что в среднем температура трупа понижается при комнатной температуре (16–18 °С) примерно на 1 °С в час и, следовательно, сравнивается к концу суток с температурой окружающего воздуха. Эти данные ориентировочно могут быть использованы для определения срока наступления смерти по температуре трупа.

Измерение температуры тела трупа вначале осуществляется ориентировочно на ощупь. Охлаждение быстрее возникает на открытых частях тела. Пальпаторно охлаждение лица и кистей рук ощущается через 1–2 часа после смерти. Охлаждение под одеждой начинает определяться через 4–5 часов после смерти. Более точно температуру измеряют специальным термометром в прямой кишке. Рекомендуется такие измерения проводить трижды – в начале осмотра места происшествия, а затем каждый час в течение двух часов. Степень охлаждения трупа позволяет не только высказать мнение о давности наступления смерти, но и констатировать саму смерть.

Судебно-медицинское значение охлаждения трупа: температура ниже 25 °С является достоверным признаком смерти, исследование ректальной температуры и температуры окружающей среды позволяет определить давность наступления смерти, может служить косвенным подтверждением причины смерти.

2. Трупное окоченение возникает вследствие посмертного взаимодействия мышечных белков: актина и миозина.

Наличие и выраженность трупного окоченения легко определяются приведением в пассивное движение суставов путем их сгибания и разгибания. Исследование трупного окоченения проводят при первоначальном осмотре трупа на месте происшествия, а затем – в Бюро, что позволяет более конкретно высказаться о давности смерти.

Мышцы тела расслабляются и становятся мягкими и податливыми после наступления смерти. Через 2–4 часа либо раньше появляются признаки трупного окоченения, когда все мышцы становятся плотными, твердыми, несколько сокращаются и фиксируют тело в том положении (позе), которое оно приняло после смерти. Чтобы изменить зафиксированное в стадии окоченения положение тела, необходимо приложить значительные усилия. Трупное окоченение вначале проявляется в жевательных мышцах и постепенно распространяется ниже (от мышц шеи, груди, верхних конечностей к мышцам живота и нижних конечностей). Через 12 часов окоченение охватывает весь труп, достигая своего максимума к концу первых суток. Такое состояние держится 2 дня, а затем исчезает (разрешается) в том же порядке, в котором появилось.

На скорость и степень развития трупного окоченения влияют такие факторы, как масса тела, ряд хронических заболеваний, окружающая среда (вода, воздух), причина смерти (столбняк, отравление стрихнином) и др.

При искусственном нарушении трупного окоченения оно восстанавливается в более слабой степени (если прошло менее 24 часов после смерти) либо не восстанавливается вовсе (если прошло более 24 часов после смерти).

Трупное окоченение является достоверным признаком смерти, помогает высказаться о давности наступления смерти, перемещении трупа, а иногда – косвенно подтвердить причину смерти.

3. Трупные пятна связаны с посмертным перераспределением крови в теле трупа – после остановки сердца неподвижная кровь в силу своей тяжести начинает опускаться в нижерасположенные части трупа, переполняя и расширяя имеющиеся там венозные сосуды, просвечивающие через кожу в виде пятен синюшно-багрового цвета. Такие пятна обычно появляются через 2–4 часа после наступления смерти. Трупные пятна имеют три стадии развития.

В период от 2 до 12 часов после смерти (стадия гипостаза) кровь скапливается в паралитических расширенных сосудах частей трупа. Соответственно у трупа, лежащего на спине, трупные пятна будут располагаться на задней части тела, а если труп висит (например, в петле), трупные пятна будут располагаться в нижележащих отделах тела. В стадии гипостаза трупные пятна при надавливании на них полностью исчезают и через несколько секунд после прекращения давления полностью восстанавливаются. Если в это время изменить положение трупа, то трупные пятна полностью перемещаются на нижерасположенные области тела.

Примерно с 12 до 24 часов (стадия стаза) часть крови из сосудов начинает просачиваться в подлежащие ткани. Это обуславливает то, что в этой стадии трупные пятна при надавливании пальцем полностью не исчезают, а лишь бледнеют и более медленно восстанавливают свой цвет при прекращении давления. В этой стадии при перемене положения трупа пятна полностью не перемещаются, а несколько уменьшают свою интенсивность. То есть если в данную стадию переместить труп со спины на живот пятна не только останутся на спине, но и появятся на животе.

На вторые сутки трупные пятна полностью пропитывают подлежащие ткани (стадия имбибиции) и уже не бледнеют при надавливании и не перемещаются при перемене положения тела.

Зачастую трупные пятна являются негативным отпечатком поверхности, на которой лежит труп. На их фоне могут оставаться светлые отпечатки от сдавления одеждой и различными предметами, находившимися под трупом.

Важным аспектом является определение цвета и выраженности трупных пятен. При смерти от острой кровопотери трупные пятна могут

быть едва выражены, при смерти от удушья они обычно обильные, синебагрового цвета, при отравлении окисью углерода их цвет ярко-красный, при отравлении цианидами – вишнево-шоколадный. У трупов, находившихся на холоде и в воде, цвет трупных пятен приобретает ярко-розовый цвет.

Судебно-медицинское значение трупных пятен состоит в том, что они являются достоверным признаком смерти: их исследование позволяет определить давность наступления смерти, причину смерти, признаки перемещения тела после смерти.

4. Трупное высыхание связано с потерей кожными покровами и слизистыми оболочками организма влаги после смерти. Быстрее подсыхают участки тела, не покрытые роговым слоем кожи или увлажненные при жизни. При повышенной температуре и пониженной влажности этот процесс развивается довольно быстро. При открытых глазах высыхание начинается с роговицы и белочных оболочек глаза. Примерно через 5–6 часов после смерти роговица становится мутной, а белочная оболочка подсыхает в виде серовато-желтого цвета треугольников, расположенных по обе стороны роговицы (пятна Ларше). К этому же времени подсыхают увлажненные участки кожи – слизистые оболочки и кайма губ, область мошонки и больших половых губ, а также прижизненные и посмертные ссадины. Подсохшие участки кожи и слизистых становятся плотными, красновато-бурого цвета.

Судебно-медицинское значение трупного высыхания заключается в том, что оно является достоверным признаком смерти: его исследование позволяет ориентировочно определить давность наступления смерти, воздействие травмирующих факторов, свидетельствовать о закрытии отрытых глаз после смерти.

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

К поздним трупным изменениям относится гниение, мумификация, торфяное дубление, образование жировоска. Развитие поздних трупных изменений начинается на вторые-третьи сутки после смерти. Результатом поздних трупных изменений может быть либо полное разрушение мягких тканей трупа, либо их консервация.

1. Гниение. При развитии процессов гниения под воздействием микробов наступает распад белков тела трупа. Развитию гниения способствует определенная температура окружающей среды (оптимальная – 25–30 ºС) и повышенная влажность. При температуре ниже 0 ºС и при недостатке влаги и кислорода оно прекращается. При ряде заболеваний, предшествующих смерти, гниение может развиваться более интенсивно (при септических процессах и др.). Первые признаки гниения обычно появляются при комнатной температуре на вторые сутки после смерти в виде трупной зелени в низу живота, на третьи-пятые сутки оно распространяется на кожные покровы всего трупа.

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

2. Мумификация. При нахождении трупа в сухом, хорошо проветриваемом помещении, в песчаной крупнопористой, хорошо проветриваемой почве и при некоторых других условиях труп быстро теряет воду, высыхает (мумифицируется) и в таком виде сохраняется длительное время. При мумификации труп теряет около 9/10 своего первоначального веса, кожа становится буровато-коричневого цвета, пергаментной плотности, хрупкой. Внутренние органы полностью высыхают, теряют свой внешний вид, резко уменьшаются в размерах и представляют собой сухие бесформенные образования в виде пленок. Труп может подвергаться мумификации как целиком, так и частично. Скорость развития мумификации зависит от конкретных условий нахождения трупа и массы тела. В среднем для полной мумификации трупа требуется около года. При благоприятных условиях труп взрослого может мумифицироваться за 2–3 месяца.

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

3. Жировоск. При нахождении трупа в условиях повышенной влажности и отсутствии доступа воздуха (при захоронении во влажную, глини-

стую или болотистую почву) начавшееся гниение приостанавливается и мягкие ткани трупа под влиянием происходящего химического процесса омыления жиров превращаются в однородную мазеподобную, а затем крошащуюся массу, имеющую запах прогорклого сыра, называемую жировоском. В начале образование жировоска происходит в подкожной жировой клетчатке живота. При образовании жировоска ткани приобретают беловато-серый либо беловато-желтый цвет, становятся крошащимися. Образование жировоска начинается через 2–3 месяца, для полного превращения трупа взрослого человека в жировоск требуется около года. Трупы в состоянии жировоска сохраняются длительное время, являются пригодными для опознания, на них хорошо сохраняются имевшиеся при жизни повреждения, при исследовании внутренних органов могут быть установлены болезненные изменения.

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

5. Консервация. Консервация трупа возможна и при некоторых других условиях его нахождения, препятствующих развитию процесса гниения: при нахождении трупа в воде с высокой концентрацией солей, нефти, при низкой температуре окружающей среды и др.

Возможно также повреждение трупа насекомыми и животными. Из насекомых особенно сильно разрушают труп мухи. В теплое время года в течение первых часов в окружности глаз, в отверстиях носа, во рту и в ранах мухи откладывают большое количество яиц. На вторые сутки появляются личинки червеобразной формы белого цвета, которые, выделяя ферменты, разрушающие белки, активно поедают мягкие ткани трупа. К концу второй недели личинки окукливаются. Отдельные виды мух окукливаются на трупе; личинки других видов уходят в почву, где и образуют куколку. В зависимости от температуры окружающей среды и вида особи еще через 15–30 дней из куколок выходят взрослые особи. Биологический цикл развития мух во многом зависит от температуры окружающей среды: при повышении температуры он ускоряется, при понижении – замедляется.

Цикличность развития мух и других насекомых на трупе является важным признаком, позволяющим определить давность наступления смерти, поэтому обнаруженные на трупе яйца, личинки, куколки и взрослые особи насекомых должны быть собраны и переданы следователю для назначения энтомологической экспертизы.

Известны повреждения трупов муравьями, а также жуками, клещами, тараканами.

При осмотре трупа иногда выявляются повреждения, причиненные собаками, волками, шакалами, лисами и другими животными. Образованные ими повреждения на трупе довольно типичны – они имеют неправильную форму с ровными, фестончатыми (зубчатыми) краями. В таких случаях вокруг трупа могут быть обнаружены шерсть этих животных и характерный помет.

3. Судебно-медицинская классификация смерти

В судебно-медицинской классификации различают две категории смерти: смерть ненасильственную и смерть насильственную[1].

Насильственной смертью принято называть смерть, наступающую от воздействия на человека внешних факторов. При этом для определения категории смерти главное то, что смерть наступает от внешнего воздействия, которое не связано с имеющимися у человека заболеваниями.

Ненасильственная смерть – это смерть, которая наступает при отсутствии воздействия внешних факторов. Однако ненасильственная смерть по своим внешним проявлениям (необычность обстановки или обстоятельств, внезапность и др.) может вызвать подозрение на насильственный характер смерти.

Вторым квалифицирующим признаком смерти является род. Род смерти определяется обстоятельствами, при которых наступает насильственная или ненасильственная смерть. И в той, и в другой категории принято выделять три рода смерти.

К родам ненасильственной смерти относятся физиологическая, патологическая и скоропостижная смерти. Физиологическая, или естественная, смерть наступает в результате закономерного постепенного угасания функций организма вследствие его старения. Патологическая смерть наступает в результате какого-либо заболевания, диагностированного при жизни человека. Вариантом патологической смерти является внезапная смерть, наступающая в течение 24 часов. Скоропостижная смерть наступает в течение 24 часов вследствие не диагностированного при жизни заболевания.

Насильственная смерть включает в себя убийство, самоубийство и несчастный случай. Данные роды смерти являются понятиями юридическими, и судебно-медицинский эксперт не вправе использовать их в выводах своего заключения, так как рискует выйти за пределы своей компетен-

[1] Судебная медицина: судебно-медицинская танатология : учебное пособие для вузов / В. В. Хохлов. М., 2021. С. 56.

ции, что может повлечь за собой признание результатов экспертизы недопустимым доказательством.

Установление вида смерти связано с определением группы факторов, вызвавших смерть и объединенных по своему происхождению или воздействию на организм человека. Диагностика вида смерти целиком относится к компетенции судебно-медицинского эксперта.

Виды насильственной смерти:

– от механических повреждений;
– от механической асфиксии;
– от отравлений;
– от действия крайних температур;
– от действия электричества;
– от изменения атмосферного давления;
– от действия лучистой энергии.

Виды ненасильственной смерти:

– от заболеваний сердечно-сосудистой системы;
– от заболеваний органов дыхания;
– от заболеваний центральной нервной системы;
– от заболеваний желудочно-кишечного тракта;
– от злокачественных новообразований;
– от заболеваний мочеполовой системы;
– от инфекционных заболеваний;
– при беременности и родах;
– от заболеваний других систем организма.

Заключительным этапом классификации смерти является установление причины ее наступления (кровопотеря, повреждение или сдавление жизненно важных органов, асфиксия, шок и др.).

Лекция 3. Судебно-медицинская травматология. Травмы, причиненные твердыми тупыми и острыми предметами

Вопросы лекции

1. Общие понятия о механической травме.
2. Повреждения, причиненные острыми предметами.
3. Повреждения, причиненные твердыми тупыми предметами.

1. Общие понятия о механической травме

На этой лекции мы начинаем разбор одного из наиболее обширных и сложных разделов судебной медицины: судебно-медицинской травматологии. Учение о повреждениях, которые приводят к расстройству здоровья или смерти, является одним из основных в судебной медицине.

Наиболее частым поводом для назначения судебно-медицинской экспертизы является повреждение, причиненное человеку. По сведениям Федеральной службы государственной статистики, травма среди случаев смерти составляет 35,6 %[1]. По данным А. В. Ковалева, механическая травма является ведущей причиной насильственной смерти в России[2].

Травма, или повреждение, рассматривается как нарушение анатомической целости либо функции органов и тканей организма человека в результате неблагоприятного воздействия повреждающих факторов. Повреждающим фактором принято считать любое материальное тело или материальное явление, способное причинить вред здоровью человека.

Среди повреждающих факторов выделяют следующие: физические (механические, термические, барометрические, электромагнитные, радиационные), химические, биологические и психические. В данной лекции мы будем изучать механические факторы.

Существует ряд классификаций механических факторов, оказывающих повреждающее воздействие на организм:

1. По общим свойствам и типу механизма воздействия на ткани факторы подразделяются на тупые предметы, острые предметы, огнестрельное оружие и взрывчатые вещества.

2. По последствиям воздействия травмирующего агента выделяют органические и функциональные повреждения. К органическим повреждениям относятся: ссадины, кровоподтеки и раны, переломы и вывихи, разрывы внутренних органов, размозжение тканей и отделение конечностей. К функциональным повреждениям относят: сотрясение мозга, шоки различной этиологии, вызывающие расстройство гемодинамики и дыхания, и др.

3. Процесс травмирования зависит от ряда особенностей: масса травмирующего агента, его скорость, длительность и угол соприкосновения. В связи с этим выделяют следующие процессы травмирования:

1) удар – столкновение двух и более тел, обладающих достаточными для травмирования скоростью и массой;

2) давление – взаимодействие двух и более тел с достаточными для травмирования массой и длительностью взаимодействия;

3) растяжение – взаимодействие двух и более тел, при котором векторы сил, воздействующих на них, направлены в противоположные стороны;

4) трение – скольжение травмирующего агента по поверхности тела человека под определенным углом;

---

[1] Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: https://rosstat.gov.ru (дата обращения: 09.06.2022).

[2] Ковалев А. В. Структура смертельной механической травмы в России (по материалам 2003–2017 гг.) / А. В. Ковалев, И. Ю. Макаров, О. В. Самоходская [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. 2019. Т. 62. № 2. С. 11.

5) сотрясение – непрямое воздействие, сопровождающееся закрытыми механическими повреждениями органов и тканей;

6) совмещенное воздействие – одновременное воздействие на человека двух или более вышеуказанных факторов.

Механизм травмы – последовательность развития событий от момента начала внешнего воздействия до формирования повреждений.

Основными задачами судебно-медицинской экспертизы повреждений являются:

1. Установление повреждений, их локализации, количества и вида.

2. Определение орудия причинения, особенностей повреждающего предмета, направления и силы нанесения повреждения, последовательности их нанесения.

3. Диагностика прижизненности и давности нанесения повреждений.

4. Оценка степени влияния повреждений на состояние здоровья, трудоспособности и жизни потерпевшего.

Важное значение имеет схема описания повреждений[1]:

1. Локализация (в сантиметрах указывают расстояние от повреждения до конкретных анатомических образований).

2. Ориентация (по циферблату часов указывается расположение повреждения по отношению к анатомическому образованию).

3. Вид повреждения (ссадина, кровоподтек, рана и т. д.).

4. Форма повреждения (в сравнении с геометрическими фигурами).

5. Размеры повреждений (определяют по двум взаимно перпендикулярным линиям, у звездчатых и Г-образных ран отмечают длину отдельных разрывов от центра).

6. Границы повреждения (края ровные, неровные, фестончатые и т. д., их отклонение к наружной или внутренней стороне, наличие осаднения, кровоподтеков, размозженности, отслойки и других особенностей; концы ран острые, закругленные, П-образные и т. д.). Для ссадин и кровоподтеков указывают особенности их контура.

7. Дно повреждения (отмечают цвет, рельеф, посторонние наслоения, в отношении ран нужно указать, чем рана заполнена, имеются ли какие-нибудь инородные включения).

8. Состояние тканей по периферии повреждения, наличие посторонних предметов в просвете повреждения (обращают внимание на следы и направление потеков крови, наличие других загрязнений; для огнестрельных ран важно отметить отложение следов сгорания пороха и капсульного заряда).

Подробное описание повреждения может в дальнейшем оказать помощь в решении вопросов о механизме травмы и ранящем предмете.

---

[1] Васильченко А. В. Особенности описания признаков телесных повреждений : научно-практическое пособие. Уфа, 2017. С. 21.

2. Повреждения, причиненные острыми предметами

Раны возникают вследствие повреждения всей толщи кожи или слизистой оболочки, вовлекая при этом подлежащие ткани и внутренние органы. В зависимости от механизма воздействия одним и тем же предметом возможно нанесение различных ран.

В ране выделяют края, концы, стенки и дно. При достаточно глубоких ранениях стенки между собой формируют канал. Выделяют слепые и сквозные ранения. Слепые ранения возникают, когда канал заканчивается в мягких тканях. Если раневой канал проходит сквозь тело, то ранение называется сквозным. Если раневой канал проникает в полость тела человека – проникающим.

Выделяют следующие основные формы острых предметов: режущие, колющие, колюще-режущие, рубящие и пилящие.

Характерными признаками режущих предметов являются небольшой вес и острое лезвие (бритва). Режущим действием может обладать любой предмет, имеющий острый край: от осколка стекла до листа бумаги. Условием образования резаных ран является давление на лезвие, которое протягивается по телу. Отличительными особенностями резаных ран являются: прямолинейное направление, преобладание длины над шириной и глубиной, клиновидная форма поперечного сечения раны. Для резаных ран характерна большая наружная кровопотеря.

Довольно часты случаи нанесения резаных ран собственной рукой (суидид). Для ран, причиненных собственной рукой, присущи: расположение в месте, доступном для собственной руки, отсутствие одежды на месте повреждения, характерно наличие множественных поверхностных, параллельно расположенных насечек у краев и в концах раны. Правшам присуще направление раны слева направо и сверху вниз, левшам – справа налево и сверху вниз.

Отличительными особенностями колющих предметов являются узкая удлиненная форма и острый конец (вилы, отвертки, шила). Колющие предметы обладают способностью глубокого проникновения в тело. При этом рана характеризуется большой глубиной и малой длиной и шириной. Большая наружная кровопотеря для колотых ран не характерна.

Отхождение от раны лучей свидетельствует о наличии граней на поперечном сечении колющего предмета. При этом количество лучей на ране соответствует числу граней на поперечном сечении предмета.

Удар колющим предметом большой силы может образовать отверстие в плоской кости, которое соответствует его поперечному сечению, – это зачастую позволяет установить форму предмета.

Колюще-режущие предметы имеют острый конец и лезвие (ножи и кинжалы). При ударе данным предметом происходит прокалывание кожи острым концом с последующим разрезанием тканей лезвием.

Выделяют две группы колюще-режущих предметов: с односторонней и двусторонней заточкой клинка. От вида заточки зависит форма концов раны. Наличие острых концов раны свидетельствует о двусторонней заточке клинка; если же один конец раны острый, а другой имеет закругленную форму – то клинок имел одностороннюю заточку. Края раны в обоих случаях будет ровными.

В ряде случаев при погружении предмета на всю глубину клинка на краях раны может образовываться осаднение от ограничителя клинка.

Зачастую при извлечении клинка вследствие изменения направления вектора движения может образовываться дополнительный надрез, расположенный рядом с лезвийным концом раны (при односторонней заточке клинка).

Отличительными особенностями раневого канала от колюще-режущих предметов являются гладкие и ровные стенки. При этом длина раневого канала находится в прямой зависимости от таких факторов, как сила удара, длина клинка и характер подлежащих тканей человека.

Рубящим предметам присущ значительный вес и острое лезвие (топоры, сабли, мачете). Повреждения зависят от таких факторов, как: острота предмета, вес предмета и сила удара. Повреждения, причиненные рубящими предметами, встречаются при убийстве, самоубийстве (членовредительстве), несчастном случае.

Рубленым ранам присущи прямолинейная форма, преобладание длины над шириной и глубиной, осадненность краев. При этом раны, как правило, глубокие, зияющие. Отличительной особенностью рубленых ран является повреждение костей.

Форма раны в значительной мере меняется в зависимости от механизма причинения повреждения. При глубоком погружении носка и пятки топора концы раны имеют П-образные концы, при глубоком погружении только носка или пятки один конец имеет П-образный конец, а другой – острый. При неглубоком погружении топора в перпендикулярном направлении рана имеет острые концы, а при тангециальном ударе – полулунную форму.

Пилящие орудия (пила, ножовка, циркулярная пила) и повреждения, причиненные ими, как правило, становятся предметом судебно-медицинской экспертизы в случаях расчленения трупов с целью сокрытия тела пострадавшего. Пиленым ранам присущи прямолинейность, зазубренные и осадненные края, перемычки тканей на дне, царапины и насечки на концах раны. Отличительной особенностью пиленых ран является наличие мелких частиц мягких тканей и костного вещества как в самой ране, так и в ее окружности. По особенностям раны возможно определение вида и степени развода зубьев, расстояния между ними, характера заточки, что позволяет провести идентификацию предмета, причинившего повреждения.

3. Повреждения, причиненные твердыми тупыми предметами

В зависимости от характера ударяющей поверхности различают следующие основные разновидности тупых предметов: с двухгранным или трехгранным углом; с цилиндрической, сферической, плоской ограниченной, плоской преобладающей поверхностью.

Тупые предметы причиняют повреждения, характер которых может отражать особенности ударяющей поверхности. В зависимости от механизма действия тупого предмета на тело различают ссадины, кровоподтеки, раны, переломы костей, вывихи и растяжения, разрывы органов, размятие и отделение частей тела.

Ссадина – нарушение целости поверхностного слоя кожи и слизистых оболочек. Для образования ссадины необходимо, чтобы орудие травмы было тупым и двигалось по телу либо же чтобы тело двигалось по орудию и такое движение сопровождалось трением.

В зависимости от угла контакта меняется характер повреждения. При действии предмета по касательной образование и отрыв складок эпидермиса происходит в месте первичного касания травмирующего агента. При этом в месте окончания движения предмета обнаруживаются лоскуты оторванного эпидермиса и более глубокий след, что имеет значение для определения направления движения.

При действии предмета под острым углом образования складок не происходит и лоскуты эпидермиса и более глубокий след обнаруживаются в месте первичного воздействия травмирующего агента.

При действии предмета с плоской ограниченной поверхностью под прямым углом в области границ травмирующего агента на теле человека образуются ссадины, имеющие равномерную ширину.

Влажная поверхность очень поверхностных ссадин имеет розовый окрас, поверхностных – красный, глубоких – темно-красный. Ссадины заживают под корочкой без образования рубцов.

Свежая ссадина имеет влажную западающую поверхность, которая подсыхает через 12 часов, а спустя сутки сравнивается с поверхностью кожи. На вторые сутки образуется корочка, возвышающаяся над поверхностью кожи. В периоды от 3 до 5 суток корочка начинает отслаиваться, от 7 до 10 суток – отпадать, от 10 до 15 суток на месте корочки остается розовое либо синюшное гладкое пятно.

Ссадины имеют важное судебно-медицинское значение, являясь объективным фактом травмирующего воздействия механического фактора. Также они указывают на место приложения силы (имеет значение для определения взаимного положения пострадавшего и травмирующего агента), давность, характер происшествия (полулунные ссадины на шее от ногтей при удавлении руками, на внутренней поверхности бедер при изнасиловании), направление действия травмирующего предмета. По ссадинам

можно судить о форме, конструктивных особенностях и размерах травмирующей поверхности предмета (отпечатки пряжки ремня, зубов).

Кровоподтеки представляют собой кровоизлияния в подкожной клетчатке либо в глубжележащих тканях, то есть они могут быть поверхностными либо глубокими. Со временем, в связи с взаимопревращением пигментов крови, цвет кровоподтека меняется, что позволяет ориентировочно установить его давность. Так, в первые 12 часов кровоподтек представляет собой сине-багровую припухлость, которая к концу суток приобретает сине-фиолетовый окрас. Синий цвет держится от 3 до 5 дней; признаки зеленого появляются на 3–5 день, достигая интенсивного окраса зеленой окраски на 7–10 сутки, затем переходя в желтый окрас. Желтый цвет появляется на 7–10 сутки, к 11–15 дню становится доминирующим, после чего пигментация исчезает.

Судебно-медицинское значение кровоподтеков заключается в том, что они позволяют установить факт травмы; форму, конструктивные особенности и размеры травмирующей поверхности предмета; место приложения силы; количество повреждающих воздействий; давность травмы; прижизненность травмы.

Раны от тупых предметов в зависимости от механизма причинения делят на ушибленные, рваные, ушибленно-рваные, укушенные и скальпированные. Форма подобных ран отличается полиморфизмом. Для данных ран присущи неровные осадненные края, кровоподтечность и неровность стенок. Вследствие размозженности ушибленные раны мало кровоточат, часто инфицируются.

Заживление раны заканчивается формированием рубца по ее краям. По степени заживления ран можно определить их давность. Давность повреждений также можно установить по особенностям рубцовой ткани. В срок до 4–6 недель после причинения травмы рубцовая ткань розовая, имеет мягкую консистенцию. Она становится тверже, бледнеет либо пигментируется, приобретая коричневый оттенок. Спустя год определение давности причинения травмы затруднено.

По особенностям раны возможно определение направления травмирующего предмета. В начале воздействия край более скошен, осаднен и размозжен, в конце воздействия – более подрыт и отслоен.

По особенностям ран можно судить о факте, числе и силе травмирующих воздействий, о направлении движения орудия, о положении пострадавшего, о возможности нанесения раны удара собственноручно, о давности травмы.

Переломом кости называется частичное или полное нарушение ее анатомической целости. Одной из разновидностей перелома является трещина, когда прилегающие к месту повреждения поверхности кости не могут смещаться. В настоящее время в судебно-медицинской литературе перелом определяется как разъединение кости с образованием двух поверх-

ностей излома, не существовавших ранее и допускающих их смещение относительно друг друга по двум или трем степеням свободы.

По сообщению с внешней средой переломы костей бывают открытыми, если они сопровождаются нарушением целости кожи, и закрытыми, когда ее целость в области перелома не нарушена.

По месту приложения силы переломы делятся на прямые (локальные), возникающие в месте воздействия повреждающего агента, и непрямые (конструкционные), образующиеся на некотором отдалении от него. Поэтому по прямому перелому возможно определить свойство травмирующей поверхности повреждающего агента, а по непрямому – нет.

Важное значение приобретают отличительные особенности прямых и непрямых переломов. Прямым переломам присущи выкрашивание костного вещества, крупнозазубренная ломаная линия перелома, расположенная косо по отношению к длине кости, ориентация костных отломков внутрь. Для непрямых переломов, напротив, характерны отсутствие выкрашивания костного вещества, мелкозазубренная прямая линия перелома, расположенная поперечно по отношению к длине кости, ориентация костных отломков внутрь.

По механизму деформации костной ткани выделяют следующие виды переломов: изгиб, сдвиг, кручение, сжатие.

При деформации изгиба трубчатой кости образуются характерные поперечно-оскольчатые переломы с треугольным отломком, обращенным своим основанием к месту приложения силы. Переломы от изгиба могут быть как прямыми, так и непрямыми.

Деформация сдвига образуется в результате перпендикулярного к кости (длинной трубчатой) удара (удар бампером автомобиля на большой скорости). На трубчатых костях образуется поперечный перелом, а на костных отломках видны множественные трещины, веерообразно расходящиеся со стороны, противоположной удару. На плоских костях формируются конструкционные переломы вследствие смещения отломков относительно друг друга во встречном направлении.

Сжатие трубчатой кости может осуществляться как в горизонтальном, так и вертикальном направлении на фиксированную кость. Сжатие в вертикальном направлении вызывает сплющивание, вклинение, вколачивание (компрессионные переломы тел позвонков при падении с высоты на ноги или ягодицы), в горизонтальном – приводит к деформации с образованием осколков треугольной и трапециевидной формы.

Переломы от деформации кручения чаще всего образуются на костях бедра и голени при прочно фиксированной стопе и резком повороте туловища либо при выворачивании руки за спину, когда образуется перелом плечевой кости. Линия перелома в данных случаях имеет винтообразную форму.

Отдельные механизмы переломов костей нередко сочетаются, при этом образуются сложные виды переломов как отдельных костей, так и их комплексов (черепа, грудной клетки, таза).

Важное судебно-медицинское значение имеют переломы черепа. В зависимости от силы удара, формы травмирующей поверхности предмета могут образовываться трещины, оскольчатые и вдавленные (террасовидные, дырчатые) переломы.

При ударе небольшой силы формируется линейная трещина, которая расширяется в направлении удара. При ударе средней силы формируются несколько радиально расходящихся трещин, которые, соединяясь и взаимно пересекаясь между собой, образуют оскольчатые переломы. При сильных ударах предметом с ограниченной плоской поверхностью формируются вдавленные переломы, соответствующие размерам травмирующей поверхности предмета. При ударе под острым углом костные отломки, как правило, располагаются в виде ступенек (террасовидный перелом). При ударе под прямым углом, как правило, костные отломки точно соответствуют форме и размерам ударяющей поверхности предмета (дырчатый перелом).

Важное значение имеет определение последовательности нанесения ударов. При нескольких ударах линия перелома, образованного от последующего удара, будет прерываться линиями перелома, возникшими от предыдущего удара (признак Шавиньи – Никифорова).

Переломы свидетельствуют о факте травмы, дают возможность определить место действия силы, ее направление и степень воздействия, механизм и характер травмы, а также ее давность и прижизненность.

Вывихи характеризуются полным и стойким смещением костей в суставах. Возникновение вывихов происходит путем приложения силы к дистальному концу конечности, например, при падении на локоть происходит вывих плечевого сустава, либо при действии силы на сам сустав. Вывихи чаще возникают в суставах верхних конечностей. Вывих может сопровождаться повреждением окружающих сустав тканей (разрывы связок, кровоизлияния в полость сустава, в мягкие ткани сустава и т. д.).

Судебно-медицинское значение вывихов заключается в определении характера и механизма насилия.

Разрывы внутренних органов возникают либо в результате прямого удара тела (повреждение селезенки при ударе в живот), либо при его сотрясениях (например, разрывы печени, отрывы легких при падении с высоты).

Повреждения внутренних органов позволяют определить механизм травмы, степень вреда здоровью и причинно-следственную связь со смертью. Размятие (размозжение) тканей, органов или всего тела наблюдается при сдавлении тела между двумя массивными твердыми тупыми предме-

тами (например, при автомобильных и железнодорожных травмах, обрушениях зданий, обвалах в шахтах и т. д.).

Размятие бывает закрытое (целость кожи не нарушена) и открытое (когда наряду с повреждением внутренних органов происходит размятие или разрыв кожи и подлежащих мышц).

Судебно-медицинское значение размятия заключается в том, что оно указывает на тяжесть и механизм травмы и иногда дает возможность говорить об орудии или способе, которым размятие было причинено.

Расчленения и отрывы частей тела чаще всего наблюдаются при транспортных травмах, при попадании в движущиеся машины, при взрывах, реже от действия рубящих орудий (например, топора и т. д.). Судебно-медицинское значение расчленения тела либо отрыва его частей заключается в возможности установления орудия и способа нанесения травмы, а также механизма возникновения повреждения.

Падение с высоты является особым видом тупой травмы. Для падения с высоты характерно движение тела человека навстречу неподвижному повреждающему предмету. Как правило, падения с высоты являются следствием несчастных случаев, реже – самоубийств и крайне редко – убийств.

При этом отмечается вариабельность характера и тяжести повреждений в зависимости от высоты падения и положения тела в момент соударения. Скорость и сила инерции, и, соответственно, обширность и тяжесть образующихся повреждений находятся в прямой зависимости от высоты, с которой падало тело.

Выделяют падение прямое и последовательное. Для прямого падения характерно падение тела непосредственно на какую-либо поверхность. Для последовательного падения присуще ударение тела о промежуточно расположенные предметы перед окончательным приземлением.

Также различают свободное и несвободное падение. При несвободном падении тело летит совместно с какими-либо сопутствующими предметами, при свободном падении – одиночно, без них.

Кроме того, падение может быть координированным и некоординированным. Для координированного падения характерно физиологически выгодное и ситуационно оправданное положение тела (группировка тела, напряжение определенных групп мышц). Координированное падение свидетельствует о том, что жертва была в сознании, некоординированное – об обратном.

Перед падением телу может быть придано предшествующее ускорение (активное падение). Падение без предшествующего ускорения расценивается как пассивное.

В местах соприкосновения тела с поверхностью, на которую произошло падение, имеют место повреждения, носящие незначительный ха-

рактер (ссадины, кровоподтеки, реже ушибленные раны), расположенные на одной стороне.

При несвободном падении могут быть обнаружены повреждения, полученные при прохождении предварительных препятствий (до встречи с поверхностью), что затрудняет определение механизма падения.

Для падения с высоты присуще преобладание внутренних повреждений (в результате сотрясения тела) над внешними. Имеют место разрывы и отрывы внутренних органов, множественные переломы (оскольчатые, компрессионные, вколоченные). Результатом падения с высоты является сочетанная травма (одновременное повреждение нескольких частей тела).

Лекция 4. Транспортная травма. Огнестрельная травма

Вопросы лекции

1. Транспортная травма.
2. Огнестрельные повреждения.

1. Транспортная травма

Экспертиза трупов, погибших в результате транспортной травмы, занимает одно из ведущих мест в структуре объема работы судебно-медицинских экспертов. Среди транспортной травмы 83,6 % – это травма при дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП) (78,5 % – автотравма, 4,9 % – мототравма)[1].

Изучение вопросов судебно-медицинской экспертизы пострадавших в ДТП за последнее время становится все более и более актуальным, что обусловлено развитием транспорта и связанным с этим ростом количества и удельного веса автомобильного травматизма, повышением требований к экспертным исследованиям со стороны судебно-следственных органов в плане установления механизма образования повреждений и расположения пострадавших в момент ДТП, а также повышением правовой культуры населения и обращением пострадавших в суд с исками в гражданском порядке.

Судебно-медицинская экспертиза позволяет установить механизм транспортной травмы, способствуя реконструкции картины дорожно-транспортного происшествия, часто происходящего в условиях неочевидности.

---

[1] Ковалев А. В. Специфика проведения судебно-медицинских экспертиз пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с учетом современного развития систем безопасности автомобиля // Судебно-медицинская экспертиза. 2020. № 63 (2). С. 14.

Под автомобильной травмой понимают механические телесные повреждения, причиненные наружными или внутренними частями движущегося автомобиля, а также возникающие при падении из движущегося транспортного средства.

По А. А. Матышеву[1] автомобильную травму подразделяют на следующие виды:

1) травма от столкновения движущегося автомобиля с человеком;

2) травма от переезда колесом автомобиля;

3) травма от выпадения из движущегося автомобиля;

4) травма от воздействия внутренних частей автомобиля (травма внутри автомобиля);

5) травма от сдавления тела между автомобилем и другими предметами;

6) комбинированные виды травмы;

7) прочие случаи.

Каждой фазе травмы соответствует определенный механизм образования повреждений. При автомобильной травме повреждения у пострадавшего могут возникать от удара и сотрясения тела, сдавления, растяжения и трения. Однако количество фаз, а следовательно, и степень выраженности повреждений от каждого из указанных механизмов могут варьироваться в зависимости от особенностей конкретного случая.

Повреждения, образующиеся от столкновения движущегося автомобиля с пешеходом, составляют 50 % от общего числа автомобильных травм. Эти повреждения чаще локализуются в области головы (37 %), грудной клетки (20,8 %), живота (24,3 %) и реже – в области нижних конечностей (12,2 %)[2].

В ходе столкновения с передней поверхностью автомобиля выделяют следующие фазы образования повреждений:

– удар частей движущегося автомобиля по телу;

– падение тела на автомобиль со вторичным соударением;

– отбрасывание и падение тела на грунт;

– скольжение тела по грунту.

Удар частей движущегося автомобиля осуществляется его бампером или другими выступающими частями, вызывая ссадины, кровоподтеки, переломы костей и иногда раны.

Специфичными будут повреждения, частично или полностью отображающие части или детали конкретного автомобиля (ободки фар, решетки радиатора, болты и т. п.). Уровень расположения этих повреждений бу-

---

[1] Матышев А. А. Терминология и классификация автомобильной травмы // Судебно-медицинская экспертиза. 1968. № 2. С. 10.

[2] Ковалев А. В. Указ. соч. С. 15.

дет соответствовать высоте их расположения на автомобиле или же может быть несколько ниже, так как при торможении передняя часть автомобиля опускается к земле.

Для удара бампером легкового автомобиля характерны так называемые «бампер-переломы» костей голени, а грузового – бедра и таза.

По бампер-перелому судят не только о типе автомобиля (по уровню расположения бампера), но и о направлении удара по отношению к телу человека (на стороне удара выбивается треугольный клин). По бампер-перелому возможно определение скорости автомобиля: если скорость велика – переломы будут поперечные, если умеренная – оскольчатые.

Скольжение тела по грунту ведет к образованию характерных следов скольжения в виде полосчатых ссадин, переходящих в поверхностные полосчатые раны, по которым также можно определить направление движения автомобиля.

Направление движения автомобиля можно определить по следам скольжения на подошвах обуви. Если человек в момент удара автомобилем стоял, то следы скольжения обычно хорошо отображаются на подошвах обуви обеих ног. Если человек шел или бежал, то следы скольжения отображаются на подошве обуви одной, опорной в момент соударения ноги.

Как правило, грузовой автомобиль имеет свойство бросать жертву наезда под свои колеса, а легковой автомобиль, наносящий первичный удар ниже центра тяжести пешехода, свою жертву колесами не переезжает.

Повреждения при переезде тела человека колесами автомобиля составляют 14,2 % от общего числа погибших при автомобильных происшествиях. В подавляющем большинстве случаев переезды совершаются колесами грузовых автомобилей (84 % всех переездов)[1]. Эти повреждения в большинстве случаев сочетанные, множественные, тяжелые. Их преимущественной локализацией являются грудная клетка, области живота и таза.

В целом механизм травмирования при переезде складывается из следующих фаз:

– удар колесом по телу;

– въезд колеса на тело с трением о ткани тела, их растяжением;

– перекатывание колеса через тело со сдавливанием и растяжением.

Характерным признаком переезда является отслойка кожи. Она наблюдается главным образом на участках тела с хорошо выраженной подкожной жировой клетчаткой. Наиболее достоверным признаком переезда через любую часть тела является деформация последней и наличие отпечатков рисунка протектора колеса автомобиля.

Повреждения при сдавлении тела человека между частями автомобиля и другими предметами или преградами, по нашим данным, составля-

[1] Ковалев А. В. Указ. соч. С. 16.

ет 6,2 %. У большинства погибших (86 %) имели место значительные повреждения, причем у 42 % пострадавших они располагались в одной анатомической области (чаще в области головы или грудной клетки), и у 58 % – одновременно в двух или трех областях (преимущественно в области груди и живота)[1]. Сдавление при авариях отдельных частей тела (голова, грудь, область таза) приводит к изменениям формы этих частей из-за множественных переломов костей.

При падении из движущегося автомобиля характерны повреждения, возникающие в результате удара и сотрясения тела, то есть повреждения, наблюдающиеся при падении с высоты. Повреждения при выпадении из движущегося автомобиля наблюдаются в 17 % и занимают второе место после столкновения автомобиля с пешеходом. Исследования показывают, что подавляющее большинство лиц (84 %) выпадает из кузова грузовых автомобилей, и лишь незначительное количество – из кабины легковой машины[2]. Среди повреждений этого вида автотравмы преобладают изолированные повреждения отдельных областей тела (61,43 %). Сочетанные повреждения двух, трех и более областей отмечены у 38,57 % погибших. Среди отдельных областей тела чаще других повреждается голова (у 82 % пострадавших)[3].

Повреждения у пассажиров и водителей в кабине автомобиля при различных видах автомобильных происшествий составляют 12,6 % от общего числа лиц, погибших при автомобильных происшествиях. Пассажиры переднего сиденья погибают в 7 раз чаще водителей и в 5,5 раз чаще пассажиров заднего сиденья. У большинства пострадавших в кабине отмечены сочетанные повреждения головы и грудной клетки. По нашим данным, у водителей они составляют около 7 % общего числа переломов костей при данной травме, а у пассажиров – 5,5 %. Ранения внутренних органов наблюдаются почти у каждого второго пассажира и у каждого третьего водителя; могут быть подразделены на ушибы, разрывы, размозжения и отрывы. Наиболее характерными повреждениями у водителей и пассажиров следует считать переломы костей, образующих вертлужную впадину, вывихи головки бедра, переломы надколенника[4].

Основным механизмом возникновения повреждения при травме в кабине автомобиля являются удары тела о выступающие части авто-

---

[1] Ковалев А. В. Указ. соч. С. 17.

[2] Зыков В. В. Судебно-медицинская экспертиза отдельных видов насильственной смерти: медицинские, криминалистические и уголовно-процессуальные аспекты : учебное пособие. Киров, 2018. С. 66.

[3] Ковалев А. В. Указ. соч. С. 18.

[4] Паньков И. В. Частота и характер повреждений у водителя и пассажира переднего сидения при несмертельной внутрисалонной травме в легковых автомобилях // Вестник судебной медицины. 2020. Т. 9. № 1. С. 29.

мобиля, сотрясение тела и в некоторых случаях – сдавление. Обычно повреждения локализуются преимущественно на передней поверхности тела.

Следующим по распространенности видом транспортной травмы является рельсовая травма, составляющая около 1 % насильственных смертей[1]. Данные повреждения чаще всего бывают результатом несчастного случая из-за неосторожности пострадавшего, реже встречаются случаи самоубийства. Наиболее трудны для распознавания убийства с использованием движущегося транспорта[2].

Выделяют характерные (по С. С. Мунтяну)[3] и нехарактерные повреждения. К характерным повреждениям относят:

– переезд колесами рельсового транспорта;

– удар частями рельсового транспорта;

– падение из движущегося рельсового транспорта;

– сдавление тела между частями рельсового транспорта;

– травма внутри вагонов;

– комбинированные виды железнодорожной травмы.

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

При железнодорожной травме в результате удара частями движущегося транспорта с последующим отбрасыванием удар наносится передней поверхностью локомотива, головного вагона электропоезда и реже боковой их поверхностью. В силу конструктивных особенностей железнодорожного транспорта и его размеров удар по телу причиняется на значительной площади, одновременно в нескольких местах и на разных уровнях. Это приводит к образованию множественных контактных и отдаленных повреждений. При этом возникают отрывы конечностей, следы волочения, открытые и закрытые переломы костей, различные повреждения внутренних органов, а также признаки общего сотрясения тела.

В результате действия колес железнодорожного транспорта при перекатывании их через тело происходит размозжение мягких тканей с характерным раздроблением костей и даже отделением частей тела.

---

[1] Ковалев А. В. Эпидемиологический анализ показателей насильственной смерти и случаев неустановления причины смерти по Российской Федерации (по материалам 2009–2018 гг.) // Судебно-медицинская экспертиза. 2021. № 64 (1). С. 12.

[2] Зыков В. В. Указ. соч. С. 94.

[3] Мунтян С. С. Особенности судебно-медицинского исследования трупов лиц, расчлененных колесами железнодорожного транспорта. Судебно-медицинская экспертиза. М., 1973. С. 35.

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

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

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

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

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

2. Огнестрельные повреждения

Судебно-медицинские исследования трупов лиц, погибших от огнестрельных повреждений, не превышают 1 % от проводимых экспертиз, однако являются одними из наиболее сложных и составляют значительный объем работы экспертов[1].

К огнестрельным повреждениям в широком смысле слова относят повреждения, причиненные огнестрельным оружием любого типа, снарядами или их частями (капсюлями, запалами, детонаторами), взрывчатыми веществами.

Однако практический опыт указал на существенные различия в характере повреждений, причиненных выстрелами и взрывами. Это обусловило разделение их на две группы[2]:

1. Повреждения, причиненные выстрелами из стрелкового оружия (огнестрельные повреждения).

2. Повреждения, причиненные взрывами от различных взрывчатых устройств или веществ (взрывная травма).

---

[1] Теплов К. В. Проблемы экспертной оценки огнестрельных повреждений, причиненных выстрелами из оружия специального назначения // Судебно-медицинская экспертиза. 2021. № 64 (1). С. 38.

[2] Клевно В. А., Хохлов В. В. Судебная медицина : учебник для вузов. М., 2020. С. 213.

В ходе выстрела энергия пороховых газов выбрасывает снаряд из канала ствола.

Физические и химические явления, лежащие в основе образования огнестрельного повреждения, называют повреждающими факторами выстрела. К ним относятся:

1. Огнестрельный снаряд или его части (пуля, дробь, осколки снаряда и др.).

2. Продукты сгорания пороха и капсюльного заряда (пороховые газы, копоть, порошинки и др.).

3. Оружие или его части (дульный конец оружия, осколки ствола при его разрыве).

4. Вторичные факторы (осколки преград, сквозь которые прошел огнестрельный снаряд).

Важное значение имеет определение дистанции выстрела. Следует обратить внимание на то, что понятия «расстояние выстрела» и «дистанция выстрела» различны. Расстояние выстрела – точное понятие и определяется экспериментальным путем. Дистанция выстрела – относительное понятие. Выделяют следующие дистанции выстрела: выстрел в упор (герметичный, негерметичный), выстрел с близкой и с неблизкой дистанции.

Выстрелом в упор называется выстрел из оружия, приставленного вплотную к поверхности тела или одежде. При герметическом (полном) упоре дульный срез оружия плотно приставлен к телу, при негерметическом (неполном) упоре дульный срез оружия приставлен к телу под углом.

При полном упоре предпулевой воздух и пуля пробивают ткани, после чего в отверстие проникают пороховые газы, расширяющие входное отверстие, вызывая вздутие кожи, ее крестообразные разрывы (непостоянный признак). Вздутие кожи газами, а также присасывающее действие канала ствола (после выстрела образуется вакуум) способствуют плотному прижатию кожи к дульному срезу оружия, за счет высокой температуры вызывая ожог (штанц-марку), повторяющий контуры дульного среза. При герметичном упоре продукты сгорания пороха и капсюльного заряда практически полностью оседают на стенках раневого канала, образованного выстрелом, практически не попадая на кожу.

При неполном упоре часть продуктов сгорания пороха и капсюльного заряда прорывается между дульным срезом и кожей, образуя на коже возле входной раны язычковые отложения копоти. При формировании крестообразных разрывов кожи в данном случае длина одного из лучей разрыва будет больше остальных.

Таким образом, для огнестрельного ранения в упор присущи:

– разрывы по краям входного отверстия;

– копоть по краям и чистая кожа вокруг входного отверстия;

– «штанц-марка»;

– копоть в раневом канале (постоянный признак);

– ткани в окружности раны и кровь алого цвета (образование карбоксигемоглобина).

Выстрелом с близкой дистанции называют выстрел, при котором на преграде остаются следы воздействия продуктов сгорания пороха и капсюльного заряда, к которым относятся:

1. Пороховые газы на расстоянии до 15 см от дульного среза до преграды оказывают химическое действие, оставляя вокруг огнестрельной раны циркулярный ожог по типу пергаментного пятна.

2. Пламя ствола, образованное в ходе сгорания дымного пороха при расстоянии до 20 см, вызывает опаление волос и побурение ворса ткани, а на расстоянии до 10 см может вызвать ожоги и возгорание одежды.

3. Копоть и металлы на расстоянии до 40 см оставляют на преграде следы в виде окружности правильной формы в центре черного цвета, по периферии светло-серого; если выстрел произведен под углом – копоть откладывается в виде овала.

4. Порошинки на расстоянии до 100 см оставляют след в виде пороховой импрегнации кожи. В ряде случаев порошинки единично достигают расстояния 2 метров из нарезного оружия, а из гладкоствольного – до 3 метров.

При наличии на огнестрельном оружии дульного тормоза пороховые газы и копоть распределяются на преграде в виде бабочки или буквы Т за счет их направления из канала ствола в стороны.

Выстрелом с неблизкой дистанции называют выстрел с расстояния, при котором на преграде не обнаруживаются продукты сгорания пороха и капсюльного заряда.

При определенных условиях копоть на преградах может быть обнаружена и на неблизкой дистанции (феномен Виноградова).

Феномен Виноградова проявляется при следующих условиях:

– высокая скорость пули (более 500 м/с);

– две преграды;

– расстояние от 0,5 до 5,5 см между преградами.

При этих условиях на неблизкой дистанции копоть откладывается на наружной поверхности второй преграды и внутренней поверхности первой преграды. Форма и характер отложения копоти при феномене Виноградова напоминают таковые при выстреле с близкой дистанции, но имеют меньшие размеры и интенсивность.

Механизм отложения феномена объясняется тем, что частицы копоти на пуле летят вслед за пулей в воздушном мешке. При наличии воздушной прослойки между слоями одежды летящие за пулей частицы копоти теряют скорость и оседают вокруг входного огнестрельного отверстия на первом и втором слое преграды.

Важное судебно-медицинское значение имеет раневой канал – путь, по которому пуля проникает в тело. Раневой канал отсутствует при касательном ранении. Он бывает сквозным и слепым. Сквозной раневой канал состоит из входного отверстия, раневого канала и выходного отверстия. Слепой раневой канал выходного отверстия не имеет.

Важное значение для определения места стрельбы имеет направление канала. По направлению выделяют прямой, непрямой (отклоненный) и ломаный раневой каналы. Прямолинейное направление имеет раневой канал при прохождении мягких тканей. При встрече снаряда с костью канал может стать непрямым. Опоясывающий раневой канал имеет место при небольшой кинетической энергии снаряда. При этом снаряд, пробив кожу, не может преодолеть сопротивление лежащих под ней тканей, продолжая свой путь под кожей. Ломаные раневые каналы образуются вследствие рикошета пули внутри тела при ее встрече с костью.

Раневой канал бывает непрерывным и прерывистым. Последний наблюдается, если пуля проходит через несколько частей тела, формируя единый, но прерывистый канал. Каждая пораженная часть имеет входные и выходные отверстия, которые соединены между собой каналами.

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

При сквозном огнестрельном повреждении входное и выходное отверстия имеют характерные особенности.

Признаками входного огнестрельного отверстия являются:

1. Минус-ткань – потеря части кожи обусловленная пробивным действием снаряда.

2. Отверстие только округлой (ранение под прямым углом) или овальной формы (ранение под острым углом).

3. Ровные края раны, ввернутые внутрь.

4. Поперечное сечение раны меньше поперечного сечения снаряда.

5. Ободок осаднения (циркулярная ссадина, образованная снарядом при его проникновении в кожу) в виде пояска темного красно-бурого цвета шириной 0,1–0,3 см кольцевидной или полулунной формы.

6. Ободок обтирания (загрязнения). Состоит из ружейного масла, частиц пороха, копоти, металла, ржавчины, нагара и имеет ширину 0,1–0,3 см. Возникает при обтирании пули об кожу. Благодаря анализу пояска обтирания возможно определение последовательности произведенных выстрелов.

7. Продукты сгорания пороха и капсюльного заряда (на близкой дистанции).

Для выходного огнестрельного отверстия присущи:

1. Отсутствие минус-ткани.

2. Разнообразная форма раны.

3. Поперечное сечение раны больше поперечного сечения ранящего снаряда.

4. Отсутствие ободков осаднения и обтирания.

5. Края раны неровные, вывернутые в наружную сторону.

6. Отсутствие продуктов сгорания пороха и капсюльного заряда (при достоверных данных о том, что дистанция выстрела близкая).

7. Присутствие тканей несвойственной локализации (костные отломки и пр.).

Повреждения, причиненные выстрелами из охотничьих ружей, имеют свои особенности (по А. Ф. Лисицину)[1]:

– форма и характер ран более разнообразна, чем от пуль, и зависит от дистанции выстрела (возрастает площадь поражения);

– раны, как правило, слепые;

– опаление кожи или воспламенение одежды при близкой дистанции выстрела (дымный порох).

Классификация дистанции выстрела при дробовых ранениях также отличается от классификации дистанции выстрела из нарезного оружия:

– в упор или с расстояния, близкого к упору;

– в пределах компактного действия дроби;

– в пределах относительно компактного действия дроби;

– в пределах полного рассеивания дроби.

При выстреле в упор или с расстояния, близкого к упору, форма раны зависит от локализации на теле и угла, под которым произведен выстрел. Выделяют 4 основных формы раны:

1. Рана круглой формы диаметром 1–2 см, с ровными краями, без дополнительных разрывов, с отслоеной по краям кожей (прямой выстрел в грудную клетку и живот).

2. Рана звездчатой формы с радиальными разрывами кожи (прямой выстрел в голову).

3. Овальная рана с большим дефектом ткани без разрывов кожи (выстрел под острым углом или касательно).

4. Овальная рана с большим дефектом ткани с радиальными разрывами (выстрел под острым углом или касательно).

При выстрелах в упор около края входных ран имеются желто-бурые участки осаднения кожи. Чем плотнее прижат дульный срез к телу, тем меньше копоти и порошинок в окружности раны. Также выстрел в упор отличается отпечатком второго ствола оружия и ярко-красным окрашиванием мышц, крови рядом с входной раной.

---

[1] Лисицын А. Ф. Судебно-медицинская экспертиза при повреждениях из охотничьего гладкоствольного оружия : монография. М., 1968. С. 36.

Центральная рана сохраняется при выстрелах в пределах компактного или относительно компактного действия дроби. По мере удаления дульного среза оружия размеры входного отверстия вследствие рассеивания дроби увеличиваются. Разрывы кожи от действия газов могут встречаться на расстоянии до 10 см, края ран при этом почти ровные, а на больших дистанциях приобретают зазубренный или фестончатый вид. В ряде случаев поясок осаднения может быть расположен эксцентрично, что указывает на выстрел под углом (ушибающее действие пыжа, отклонившегося в сторону от оси выстрела).

При выстрелах до 50 см вокруг входной раны имеет место пергаментация кожи за счет ушибающего действия порошинок и газов с последующим высыханием поврежденных участков.

Если расстояние выстрела превышает 50–100 см, вокруг центральной раны появляются дополнительные мелкие раны. Центральная рана при этом неправильной формы с зазубренными краями.

При выстреле в пределах полного рассеивания дроби (свыше 5 метров) центрального отверстия не наблюдается. Повреждения от отдельных дробин имеют пояски осаднения и зависят от размеров и формы дроби.

Рассмотрим особенности повреждений при взрывной травме. Взрывом называется быстрое выделение энергии, сопровождающееся расширением объема взрывчатого вещества или продуктов его превращения, вызывающее чрезмерно высокое давление, которое влечет за собой разрушение и перемещение окружающей среды.

К повреждающим факторам взрыва относят:

1. Волну детонации.
2. Ударную волну окружающей среды.
3. Осколки оболочки снаряда.
4. Вторичные снаряды (обломки преград, вставших на пути взрыва).

Дальность действия вышеуказанных факторов взрыва различна, поэтому, исходя из радиуса их поражающего действия, выделяют следующие дистанции взрыва:

– соприкосновение взрывного устройства с телом или одеждой;

– близкая (в пределах действия продуктов детонации);

– относительно близкая (в пределах действия ударной волны окружающей среды);

– неблизкая (за пределами действия ударной волны).

Для взрывной травмы присущи сочетанные повреждения нескольких частей тела.

При неблизком расстоянии на теле обнаруживаются следы повреждений от осколков оболочки взрывного устройства и от вторичных преград.

При относительно близком расстоянии на теле, помимо следов от осколков, могут быть обнаружены закрытые повреждения внутренних органов, вызванные ударной волной.

При близком расстоянии на теле дополнительно обнаруживаются следы продуктов детонации (копоти, кусочков взрывчатого вещества).

При соприкосновении взрывного устройства с телом отмечается разрушение тканей тела, соприкасавшихся с устройством, и их разбрасывание в стороны.

Судебно-медицинская экспертиза позволяет установить факты, касающиеся механизма и особенностей причинения огнестрельной и взрывной травмы, помогает реконструировать картину происшествия. Знание современных возможностей судебной медицины и правильная формулировка вопросов эксперту, грамотная интерпретация результатов судебно-медицинских исследований являются необходимыми условиями для успешного раскрытия преступлений, связанных с причинением вреда здоровью или смерти огнестрельным оружием или взрывчатыми веществами.

Лекция 5. Механическая асфиксия

Вопросы лекции

1. Общие сведения о механической асфиксии.
2. Асфиксия от сдавления.
3. Асфиксия от закрытия и асфиксия в замкнутом пространстве.

1. Общие сведения о механической асфиксии

Механическая асфиксия составляет до одной трети поводов для назначения судебно-медицинской экспертизы[1]. Для следствия и суда имеет значение определение вида механической асфиксии, механизма ее возникновения для решения вопросов о роде (убийство, самоубийство или несчастный случай), факторах, способствовавших смерти, прижизненности и давности повреждений.

Применение знаний и умений по данной теме невозможно без знания таких дисциплин, как уголовное право, уголовное процессуальное право, криминалистика.

Успешное решение вопросов, интересующих следственные органы, во многом зависит от правильной организации и полноты проведенного исследования трупа, правильности формулировки вопросов для судебно-медицинского эксперта.

---

[1] Колесников А. О., Шадымов А. Б. Механическая асфиксия у живых лиц: обстоятельства дела, процесс или результат? // Вестник судебной медицины. 2019. № 3. С. 63.

Поэтому целью нашего лекционного занятия является изучение признаков смерти при различных видах механической асфиксии, вопросов установления причин смерти, формулирования вопросов для судебно-медицинской экспертизы.

Асфиксия возникает из-за нарушения процессов газообмена в организме, вызванных прекращением или замедлением доступа кислорода и задержкой выделения углекислого газа.

Причины асфиксии:

– заболевания;

– отравления;

– механические препятствия для поступления воздуха в организм.

В данной лекции мы рассмотрим последний вид асфиксии – механическую асфиксию.

Для понимания механизма развития асфиксии необходимо разобраться в последовательности ее развития. Выделяют следующие последовательные стадии развития асфиксии:

1. Предасфиксическую – момент от прекращения поступления воздуха в организм до исчезновения кислорода в крови.

2. Асфиксическую.

Данная стадия включает:

– одышку, в которой вначале преобладает вдох (организм пытается восполнить дефицит кислорода), а затем – выдох (организм старается избавиться от избытка углекислоты). В ходе одышки происходит травматизация легких о внутреннюю поверхность грудной клетки и образование кровоизлияний (пятен Тардье) под соединительнотканной оболочкой легких (плевру);

– судороги. Отсутствие кислорода возбуждающе влияет на мозг, провоцируя генерализованные судороги и самопроизвольное извержение кала и мочи из-за паралича сфинктеров. В ходе судорог телу могут быть причинены повреждения, которые ошибочно принимаются за следы борьбы и обороны;

– временную остановку дыхания. Возникает из-за запредельного торможения дыхательного центра;

– терминальное дыхание. Дыхание восстанавливается на 1–2 минуты и затем окончательно останавливается. При истинном утоплении в ходе терминального дыхания легкие утопающего заполняются водой.

Таким образом, общая продолжительность асфиксии составляет 5–6 минут.

При смерти от механической асфиксии наблюдается совокупность характерных признаков, которые делятся на наружные и внутренние.

Наружные признаки:

1. Мелкие кровоизлияния в соединительной оболочке глаз, коже век, лица, верхней части груди.

2. Посинение (цианоз) лица (исчезает в первые часы после наступления смерти).

3. Распространенные по всему телу (разлитые) темно-фиолетовые трупные пятна (из-за жидкого состояния крови).

4. Непроизвольное мочеиспускание, выделение кала, семени.

Внутренние признаки:

1. Темная, жидкая кровь.

2. Переполнение кровью правой половины сердца.

3. Полнокровие внутренних органов.

4. Пятна Тардье.

Признаки следует оценивать в совокупности и в сочетании с частными признаками (странгуляционная борозда, инородное тело в дыхательных путях и пр.).

Что касается классификации механических асфиксий, следует сказать, что их существует довольно много. Для понимания их механизма интерес представляет следующая классификация[1]:

1. Асфиксия от сдавления:

– странгуляционная (от повешения, удавления петлей, удавления руками);

– компрессионная (от сдавления груди и (или) живота).

2. Асфиксия от закрытия:

– обтурационная (от закрытия рта и носа, закрытия дыхательных путей крупными инородными телами);

– аспирационная (от аспирации сыпучих веществ, жидкостей);

– утопление.

3. Асфиксия в ограниченном замкнутом пространстве.

2. Асфиксия от сдавления

Странгуляционная асфиксия – асфиксия от сдавления шеи, включает в себя повешение, удавление петлей, удавление руками.

Повешение может быть результатом убийства, самоубийства или несчастного случая. Возникает при сдавлении шеи петлей под воздействием тяжести всего тела или его частей.

Повешение может быть полным и неполным. При полном повешении тело висит свободно. При неполном – касается какой-либо частью тела земли (пола). Труп может быть обнаружен в положении стоя, на коленях, сидя, лежа.

По материалу изготовления петли выделяют мягкие (шарфы, простыни), полужесткие (веревки, ремни) и жесткие (проволока).

[1] Грицаенко П. П. Судебная медицина : учебник для вузов. М., 2021. С. 219.

По устройству петли могут быть скользящими и неподвижными; последние, в свою очередь, подразделяются на открытые и закрытые. Закрытые петли завязываются вблизи шеи, открытые представляют собой кольцо, в которое свободно проходит голова.

По числу оборотов вокруг шеи петли бывают одиночными, двойными, тройными или множественными.

Положение петли при повешении может быть различным. При типичном положении петли узел располагается на задней стороне шеи, при атипичном – сбоку или спереди.

Петля на шее вызывает прекращение доступа воздуха в легкие, сдавление сосудов и нервных стволов шеи. Сдавление сосудов шеи вызывает отек мозга, ведущий к сдавлению жизненно важных центров. Сдавление нервных стволов шеи может вызвать остановку сердца. Из-за быстрой потери сознания повесившийся не может самостоятельно освободиться из затянувшейся петли нервных стволов шеи.

Странгуляционная борозда – основной признак сдавления шеи при повешении, представляет собой поверхностное повреждение кожи шеи, являющееся негативным следом петли. Мягкая петля оставляет слабо выраженную бледную борозду, не отличающуюся на ощупь от окружающих тканей. Жесткие и полужесткие петли оставляют хорошо выраженную борозду серо-красного цвета, которая, высыхая, приобретает пергаментную плотность. Странгуляционная борозда при повешении расположена в верхней части шеи, имеет косовосходящее направление, незамкнута в области узла, по всей окружности выражена неравномерно.

При осмотре места происшествия описывается характер висения (свободное, несвободное), положение тела (вертикальное, горизонтальное и пр.), поза (стоит, сидит и т. д.) трупа. Обращается внимание на положение трупа применительно к окружающим предметам, расположение петли и узла на шее, особенности крепления петли к опоре.

Для исключения версии об имитации повешения производят замер расстояния:

– от подошв стоп до ближайшей поверхности (пола, почвы, стула и др.);

– от места крепления узла на шее до места крепления ее к опоре;

– от ближайшей поверхности до места крепления петли к опоре;

– от подошвенной поверхности до кончиков пальцев поднятых вверх рук трупа;

– между трупом и окружающими предметами.

Затем петля перерезается выше места расположения узла на шее и труп бережно опускается на какую-либо поверхность для продолжения осмотра.

При описании трупных явлений обращается внимание на наличие наружных асфиксических признаков. При свободном и длительном висе-

нии трупа следует обращать внимание на расположение трупных пятен в области предплечий, кистей, нижних конечностей, сохраняющихся после извлечения трупа из петли, что может указать на первоначальную позу.

При обнаружении повреждений оценивается возможность их причинения окружающими предметами в ходе судорог.

При осмотре петли на шее указывается вид петли, материал, количество имеющихся витков, расположение петли в области шеи, направление петли, место нахождение узла, дается ее характеристика, локализация и плотность прилегания. Отмечается ее соответствие странгуляционной борозде. Тщательно выявляются наложения на поверхностях петли (мыло, кровь и пр.).

Туго затянутую на шее трупа петлю не снимают и направляют вместе с трупом для исследования. Плохо фиксированные петли снимают.

У скользящей петли маркером фиксируется место расположения узла, затем он сдвигается и петля снимается через голову. Снятая петля сдвигается обратно до прежнего места узла и фиксируется нитками. Неподвижная закрытая петля разрезается со стороны, противоположной узлу, после чего концы ее сшиваются.

Непосредственное описание странгуляционной борозды начинается от самой нижней точки расположения борозды на шее, продолжается к узлу с указанием направления ветвей борозды и расстояния, на котором они проходят от неподвижных ориентиров – углов нижней челюсти, мест прикрепления ушных раковин; и оканчивается детализацией места окончания борозды. Отмечаются ширина и глубина борозды, ее рельеф, наличие промежуточных валиков, кровоизлияний в них и по краям борозды.

Естественные складки кожи могут быть ошибочно приняты за странгуляционную борозду. В отличие от борозды складки характеризуются бледностью кожи и отсутствием трупных пятен.

Для идентификации петли и подтверждения версии о самоповешении на липкую прозрачную ленту снимают наложения с рук и со всех поверхностей шеи.

При исследовании трупа, извлеченного из петли, необходимо установить прижизненность странгуляционной борозды либо ее посмертное происхождение (наложение после смерти с целью инсценировки).

Признаками прижизненности борозды являются:

1. Кровоизлияния в слои кожи в промежуточном валике. Для этого исследуют лоскуты кожи шеи с помощью стериоскопического микроскопа (проба Бокариуса).

2. Кровоизлияния в толщу кончика языка при прикусе, подкожную клетчатку, мышцы, лимфоузлы шеи.

3. Поперечно расположенные разрывы оболочек сонных артерий (симптом Амюса).

При удавлении петлей она может быть затянута собственной либо посторонней рукой, а также движущимся механизмом. Как правило, петля

завязывается узлом либо вместо узла применяется закрутка, реже это делается путем перехлестывания свободных концов петли с последующим их затягиванием. Для петли обычно используется мягкий или полужесткий материал. Смерть при удавлении петлей наступает, как правило, от остановки сердца, вызванной сдавлением нервов шеи.

Часто асфиксические признаки проявляются в виде цианоза и одутловатости лица, множественных кровоизлияний в кожу лица и слизистые оболочки глаз, переполненных шейных вен. При удавлении петлей в случае убийства повреждения мягких тканей, подъязычной кости и хрящей гортани более характерны, чем при повешении. Это вызвано тем, что сдавление шеи производится порывистыми движениями с большей силой.

Странгуляционная борозда при удавлении петлей, как правило, расположена в средней трети шеи, имеет горизонтальное направление, охватывает всю окружность шеи, то есть замкнута, равномерно выражена по всей окружности.

В случае удавления петлей с последующим подвешиванием трупа с целью имитации повешения на шее остаются две борозды. Первая имеет горизонтальное направление, вторая – косовосходящее.

Осмотр трупа на месте его обнаружения при удавлении петлей сходен с повешением. Дополнительно обращается внимание на плотность охвата шеи, расположение туров (при множественной петле) относительно друг друга, наличие закрутки и место ее фиксации.

Производят замер длины свисающих концов петли, указывая наличие на них нитей и волокон (для вынесения суждения об орудии, которое применялось для отрезания, а также о материале, из фрагмента которого была вырезана петля). При наличии закрутки она закрепляется липкой прозрачной лентой, что позволяет одновременно изъять и волокна. Наложения с кожи шеи, рук, петель также снимаются на липкую ленту.

Удавление руками – это всегда убийство. При этом шея может сдавливаться одной или двумя руками. Смерть может наступить как от асфиксии, так и от рефлекторной остановки сердца от сдавления блуждающего нерва, проходящего по обеим сторонам шеи.

От сдавления рук на шее возникают различные повреждения:

– мелкие кровоподтеки на коже от давления кончиков пальцев;

– множественные ссадины линейной и полулунной формы от действия ногтей;

– кровоизлияние в мягкие ткани шеи;

– переломы подъязычной кости и хрящей гортани.

Повреждения на коже шеи, характерные для удавления рукой, явно выступают и лучше заметны через 12 часов, когда поверхность их несколько подсохнет.

Следует помнить, что единичные ссадины на шее могут образоваться при бритье, при расстегивании ворота одежды. За кровоподтеки могут

быть приняты трупные пятна, посмертное очаговое пропитывание кожи кровью по ходу сосудов, гнилостные изменения кожи.

При удавлении руками на коже шеи могут остаться наложения от загрязнений пальцев рук и потожировых выделений с рук, волокна с одежды и перчаток нападавшего. Для поиска наложений осматривают кожу всей поверхности шеи с помощью лупы.

Для исследования подногтевого содержимого обязательно срезают выступающие части ногтевых пластинок пальцев рук трупа. Срезанные ногти с правой и левой кистей помещают в отдельные бумажные пакеты.

К асфиксии от сдавления относится компрессионная асфиксия. Данная асфиксия возникает в результате сдавления груди и (или) живота тяжелым тупым предметом.

В результате сдавления груди и живота возникает ограничение или полное прекращение дыхательных движений, нарушение кровообращения в легких и головном мозге. Характерными признаками являются экхимотическая маска (лицо одутловатое, синюшное, со множественными мелкими кровоизлияниями на коже и слизистой оболочке глаз, а также шее и груди), выпячивание глазных яблок из орбит, набухание шейных вен.

На теле выявляются участки с отпечатками рисунка тканей одежды, рисунок сдавливающих поверхностей отражается на трупных пятнах.

При внутреннем исследовании трупа легкие полнокровны и окрашены в красный цвет по сравнению с темной кровью в других местах (карминовый отек). Это вызвано тем, что воздух при сдавлении проникает только в легкие. Также могут быть выявлены повреждения внутренних органов (разрывы) и костей (переломы). При внезапном и быстром сдавлении тела воздух из легких выходит через плевру, приводя к воздушным пузырям в легких – буллезной эмфиземе.

Особенности осмотра трупа на месте происшествия: описываются области тела, находящиеся вне сдавливающего предмета, сам сдавливающий предмет (размеры, материал, из которого состоит предмет). Извлечение трупа из-под сдавливающего предмета осуществляется путем его поднятия, а не вытягивания трупа из-под предмета. После удаления сдавливающего предмета описываются положение и поза трупа.

Во время осмотра одежды описываются наложения, стойкие складки, разрывы одежды и обуви, их пропитывание различными веществами (топливо опрокинувшегося транспортного средства).

Во время осмотра тела отмечаются наружные признаки, характерные для компрессионной асфиксии, отпечатки рисунка тканей одежды, кровоизлияния от придавливания рук и молочных желез (у женщин) к туловищу.

При описании трупных пятен подчеркивают их наличие (отсутствие) в областях тела, которые подверглись сдавлению, указывая их цвет, локализацию, прерывистость (непрерывность), наличие кровоизлияний.

При оформлении постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы следует указать: где и чем был придавлен погибший, какова поза трупа, какая область тела была сдавлена.

3. Асфиксия от закрытия и асфиксия в замкнутом пространстве

Асфиксия от закрытия включает в себя аспирацию, обтурацию, закрытие отверстий рта и носа и утопление. Закрытие просвета дыхательных путей может возникнуть из-за аспирации сыпучих веществ (зерно, песок и др.). Возможна аспирация жидких сред (рвотные массы, кровь и пр.).

Смерть от закупорки (обтурации) дыхательных путей может наступить в результате застревания в них инородных предметов. У детей смерть от обтурации инородными предметами может произойти в результате несчастного случая (дети часто берут в рот различные предметы) или убийства (введение в рот ребенка каких-либо мягких предметов). Подобным образом могут быть убиты и ослабленные взрослые люди.

Причина наступления смерти при аспирации и обтурации может быть двоякой. В ряде случаев развивается типичная асфиксия с характерными асфиксическими признаками. В других случаях смерть наступает от рефлекторной остановки сердца, и признаки асфиксии не успевают развиться. На вскрытии в первом случае выявляются общеасфиксические признаки, во втором – бугристость легких и признаки быстрой смерти.

О скорости наступления смерти можно также судить по наличию или отсутствию отека тканей дыхательных путей в зоне инородного тела. При быстром наступлении смерти отек не выражен. При длительном наступлении смерти отек имеет место.

При осмотре места происшествия не следует извлекать инородные тела из отверстий рта и носа, при необходимости стоит фиксировать их клейкой лентой.

При насильственном введении инородных тел в ротовую полость могут образоваться повреждения на коже лица (ссадины, кровоподтеки). Также следует уделить внимание выявлению и описанию волокон тканей, которые могут быть обнаружены на коже лица, в отверстиях рта и носа.

Закрытие отверстий рта и носа может быть произведено с помощью каких-либо прокладок (платков, простыней), реже – ладонью. Иногда этот вид асфиксии встречается при придавливании к груди младенца засыпающей матерью во время кормления грудью (присыпание детей).

При закрытии отверстий рта и носа руками остаются следы ногтей (полулунные, реже небольшие линейные ссадины) и давления пальцев рук (кровоподтеки округлой и овальной формы размером около 0,5 см). При использовании прокладок на слизистой губ выявляются кровоподтеки, ссадины от прижатия их к зубам.

Из-за сильного прижатия предметов, состоящих из грубой материи, на лице отображается рельеф их ткани, остаются следы, которые после

подсыхания образуют пергаментные пятна. При длительном лежании лицом вниз отмечается уплощение носа, губ, бледная окраска данного участка кожи на фоне синей окраски лица.

Повреждения на коже лица описываются по отношению к носу и губам, на слизистой оболочке полости рта – к зубам и верхней челюсти. При выявлении бледных участков кожи при цианозе лица отмечается их локализация, форма, цвет и размер.

Утопление – это закрытие дыхательных отверстий рта и носа путем погружения лица в жидкую или полужидкую среду.

Выделяют утопление нескольких типов:

– аспирационный (истинный, мокрый);

– спастический (сухой);

– рефлекторный (синкопальный).

Рассмотрим общие механизмы утопления. При истинном утоплении обессиливший человек, погружаясь в воду, задерживает дыхание. Однако в фазе терминального дыхания, делая вдохи под водой, он затапливает свои легкие. Пресная вода всасывается из альвеол в кровеносное русло по разности градиента концентрации. Объем циркулирующей крови увеличивается более чем в 2 раза. Из-за принципа градиента концентрации происходит разрушение эритроцитов. Кровь приобретает лаковый вид. Затем наступает смерть от остановки сердца.

При «сухом» утоплении вода, попавшая в дыхательные пути, вызывает спазм голосовой щели; сердечная деятельность угнетается и наступает остановка сердца.

При синкопальным типе утопления смерть наступает от рефлекторной остановки сердца, связанной с попаданием тела человека в холодную воду.

Также выделяют «смерть в воде», вызванную заболеваниями (инфаркт миокарда, инсульт).

Признаки утопления:

1. Гусиная кожа. Возникает из-за сокращения мышц, поднимающих волосы, под действием холодной воды.

2. Стойкая белая мелкопузырчатая пена по типу ваты возле отверстий рта и носа и в дыхательных путях. Возникает вследствие перемешивания воздуха и воды в ходе активных дыхательных движений при утоплении.

3. Острое вздутие легких. Возникает вследствие давления воды на воздух, находящийся в альвеолах и бронхах.

4. Пятна Рассказова-Лукомского – кровоизлияния светло-красного цвета диаметром до 0,5 см под легочной плеврой. Возникают вследствие разрыва альвеол и опутывающих из капилляров.

5. Признак Морро – жидкость в брюшной и грудной полостях. Возникает вследствие пропотевания излишней жидкости из кровяного русла в полости груди и живота.

6. Жидкость в желудке. Возникает вследствие заглатывания жидкости при утоплении.

7. Планктон во внутренних органах и костях. Вместе со всосавшейся водой током крови во внутренние органы разносится и оседает в них содержащийся в водоеме планктон.

При исследовании трупа, извлеченного из воды, часто возникает вопрос о длительности пребывания его в воде. При этом необходимо учитывать температуру воды. Мацерация и гниение – основные признаки, по которым оценивается длительность пребывания в воде, – быстрее развиваются в теплой воде, нежели в холодной.

Мацерация (размягчение) формируется под действием воды. Кожа набухает, сморщивается, а затем отслаивается. Мацерация начинается с кистей и стоп, сначала проявляясь в форме побеления и мелкой складчатости кожи (слабая мацерация или «банная кожа»), затем приобретает жемчужно-белую окраску и крупную складчатость (ясно выраженная мацерация или «кожа прачки»). В последуюшем кожа отходит вместе с ногтями (резко выраженная мацерация, или «перчатка смерти»). В дальнейшем происходит распространение мацерации на все тело.

До процесса гниения отмечается розовая окраска трупных пятен (из-за разрыхления эпидермиса и последующего проникновения кислорода к трупным пятнам).

Под водой гниение трупа идет медленно, но как только труп всплывает, процесс значительно ускоряется. В зависимости от температуры воды всплытие трупа происходит на второй-третий день. Уже через несколько часов после извлечения труп приобретает грязно-зеленый цвет, начинает вздуваться (трупная эмфизема).

Признаки длительности пребывания трупа в воде:

1. Мацерация кончиков пальцев – 1–2 часа.
2. Мацерация ладони и подошв – 1 сутки.
3. Мацерация тыльной поверхности кистей и стоп – 3–4 дня.
4. Отхождение кожи («перчатки смерти») – 7–10 дней.
5. Водоросли на теле – неделя.
6. Облысение – месяц.
7. Начало образования жировоска – 3–4 месяца.
8. Переход трупа в жировоск – 1 год.

При осмотре трупа на месте обнаружения указывается температура воды и воздуха, скорость течения в водоеме, его глубина, положение трупа (лицом вверх или вниз). Труп также ориентируют к течению реки, повороту русла реки или иному неподвижному объекту. Отмечают способ извлечения трупа из воды. При нанесении трупу дополнительных повреждений (багор, кошка) они также отражаются в протоколе.

Отмечаются предметы (либо их отсутствие), удерживающие тело на поверхности воды (спасательный жилет) или способствующие погружению трупа (камень, привязанный к телу).

При осмотре одежды и обуви описываются их соответствие сезону, степень влажности, наложения на них (ил, песок), обрастание водорослями.

При осмотре трупа отмечают наличие бледности кожи или розового окраса трупных пятен, «гусиной» кожи, скоплений мелкопузырчатой пены в отверстиях носа и рта. Трупные изменения описывают особо тщательно из-за быстрого развития гниения. Также фиксируются признаки мацерации кожи, колонизации водорослей.

Перед забором пробы воды следует несколько раз ополоснуть водой из исследуемого водоема посуду объемом не менее 1 литра.

Забор воды осуществляется из поверхностного слоя на глубине 10–15 см в месте обнаружения трупа. Посуда закрывается, опечатывается с указанием даты, времени и места взятия образца.

К группе механической асфиксии относят также смерть в ограниченном объеме замкнутого пространства. Обстоятельства дела имеют решающее значение для установления данного вида асфиксии. Необходимо отличать смерть от асфиксии в замкнутом пространстве от отравлений (угарный газ, сероводород, метан, а также другие ядовитые газы) и смерти от патологии внутренних органов (инфаркт, инсульт).

Поэтому следует выявить, что пространство замкнуто и ограничено (холодильник, пластиковый пакет, надетый на голову). Важным условием является забор пробы газового состава исследуемого пространства для исключения содержания в нем ядовитых газов и подтверждения низкого содержания кислорода и высокой концентрации углекислого газа.

Выявлению подлежат: длительность пребывания потерпевшего в замкнутом пространстве, обстоятельства, при которых потерпевший в нем оказался, заболевания, которыми он страдал, наличие наружных повреждений.

В постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы важно указать: объем замкнутого пространства, в котором обнаружен потерпевший, длительность его пребывания в нем, результаты исследования проб воздуха (для осмотра целесообразно привлечение сотрудников центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора). Внутреннее исследование трупа обязательно дополняется судебно-гистологическим и судебно-химическим исследованиями.

Лекция 6. Повреждения и смерть от действия крайних температур. Электротравма. Баротравма

Вопросы лекции

1. Повреждения и смерть от действия высокой температуры.
2. Повреждения и смерть от действия низкой температуры.
3. Повреждения и смерть от действия электричества.
4. Повреждения от действий изменения внешнего давления.

1. Повреждения и смерть от действия высокой температуры

В данной лекции мы рассмотрим повреждения и смерть от действия физических факторов (температура, электричество, атмосферное давление). Действие физических факторов отличается многообразием и поэтому вызывает у органов следствия и суда различные вопросы в определении вида повреждения, его происхождения, механизма возникновения. Решается вопрос о том, к какому роду смерти относится повреждение, какие факторы способствовали смерти, рассматриваются особенности и признаки, указывающие на прижизненность и давность повреждений.

Применение знаний и умений по данной теме невозможно без знания таких дисциплин, как уголовное право, уголовное процессуальное право, криминалистика.

Успешное решение вопросов, интересующих следственные органы, во многом зависит от правильной организации и полноты проведенного исследования трупа, правильности формулировки вопросов для судебно-медицинского эксперта.

Поэтому целью нашего лекционного занятия является изучение признаков смерти при различных видах воздействия физических факторов, вопросов установления причин смерти, формулировки вопросов для судебно-медицинской экспертизы.

Организм человека способен поддерживать уровень температуры тела в пределах 36–37 °С. Ее изменение влечет за собой расстройство здоровья вплоть до смертельного исхода.

Общее действие высоких температур проявляется в виде теплового и солнечного удара. Местное – в виде ожогов.

Условиями возникновения теплового удара являются высокая температура, повышенная влажность воздуха, усиленная мышечная работа. При тепловом ударе отмечается повышение температуры тела до 44 °С.

Солнечный удар наблюдается вследствие действия прямых солнечных лучей на непокрытую голову, при нем происходит перегревание головного мозга с последующим нарушением функции терморегуляции центральной нервной системы, повышением температуры тела.

Смерть от общего перегревания организма характеризуется быстрым наступлением трупного окоченения, резким полнокровием внутренних органов, особенно легких. При внутреннем исследовании головного мозга отмечаются отек и мелкие кровоизлияния.

Местное действие высокой температуры вызывает ожоги. Ожоги могут вызываться пламенем, нагретыми металлическими предметами, горячими газами, жидкостями, паром.

Различают четыре степени ожогов:

1. Ожог 1-й степени проявляется в виде покраснения и припухлости кожи. Заживление наступает через 3–5 дней без следа (формирования руб-

ца). Ожоги 1-й степени с поражением более 2/3 поверхности тела смертельны.

2. При ожоге 2-й степени на участке ожога образуются пузыри с желтоватой жидкостью, кожа вокруг пузырей ярко-красная и припухшая. Заживление наступает через 7 дней, также без формирования рубца. Ожоги 2-й степени с поражением более 1/2 поверхности тела смертельны.

3. Ожог 3-й степени наблюдается, когда наступает тотальное поражение всех слоев кожи с повреждением росткового слоя эпителия. При влажном некрозе кожа отечна, желтоватого цвета, с пузырями, имеющими кровянистое содержимое. Для сухого омертвления характерна сухая, плотная, черного или бурого цвета кожа. После заживления таких ожогов формируется рубец. Ожоги 3-й степени с поражением 1/3 поверхности тела смертельны.

4. Ожог 4-й степени характеризуется глубоким некрозом мягких тканей, вплоть до кости.

Для определения площади ожоговой поверхности используется два основных метода. Правило «девятки» для определения площади обширных ожогов. Согласно данному методу общую площадь поверхности кожи человека делят на области, кратные 9 % от площади тела. На площадь головы и шеи выделяют 9 %, верхней конечности – 9 %, нижней конечности – 18 %, передней (задней) поверхности туловища – 18 %, промежности – 1 %. Правило «ладони» применимо к ожогам малых площадей. Согласно данному методу площади ладони пострадавшего присваивается 1 % от общей площади тела.

Согласно данным Ю. И. Пиголкина[1], смерть от ожогов составила 1,62 % от общего числа насильственных смертей.

Наиболее частыми причинами смерти при ожогах являются:

– ожоговый шок (первые часы);

– большая потеря жидкости, сгущение крови, отравление организма продуктами распада пораженных тканей (первые несколько суток);

– присоединившаяся инфекция, необратимые изменения в почках и надпочечниках (первые недели).

При обнаружении обгоревшего трупа наибольший интерес представляет прижизненность действия пламени. Она характеризуется такими признаками, как:

– морщинки кожи в углах глаз, не покрытые копотью;

– ожоги 1-й и 2-й степеней;

– копоть в мелких бронхах и легких;

– ожоги верхних дыхательных путей;

– высокое содержание карбоксигемоглобина во внутренних органах (карбоксигемоглобин в мышцах во внимание не принимается);

[1] Пиголкин Ю. И. Сравнительная эпидемиология термической травмы и гипотермии // Судебно-медицинская экспертиза. 2021. № 2. С. 4.

– копоть в пазухах лобной и основной кости;

– копоть во внутренних органах.

Как правило, на пожаре смерть происходит от отравления угарным газом, образующимся вследствие горения. Дальнейшему воздействию пламени подвергается уже труп. К посмертным признакам действия пламени относится поза «боксера». Она возникает вследствие свертывания от высокой температуры белков (актина и миозина), вызывающего сокращение мышц конечностей. Учитывая, что сгибательные мышцы у человека сильнее разгибательных, труп приобретает характерную позу (кулаки сжаты, руки приведены к груди).

Вследствие испарения жидкости ткани резко уплотняются, лопаются, как правило, в областях суставных сгибов. В результате формируются глубокие трещины, доходящие до подкожной клетчатки и порой мышц. Данные трещины имеют ровные края и острые концы, напоминая резаные раны. В результате действия пламени часто происходит отделение кистей и стоп. Суставные поверхности в местах отделения гладкие, тогда как при криминальном расчленении трупа на них остаются следы от повреждений.

Действие на тело живого человека горячих жидкостей в зависимости от продолжительности их действия и температуры вызывает ожоги 1-й и 3-й степеней. Действие кипятка вызывает образование струпа, характерного для ожогов 3-й степени.

В отличие от пламени горячие жидкости не вызывают ожогов 4-й степени. Часто ожоги имеют форму потеков, граница ожога соответствует одежде, горячие жидкости не повреждают волосы, последствие их действия не оставляет копоти.

При наружном осмотре трупа на пожарище следует обратить внимание на следующие особенности:

1. Необходимо зафиксировать, как труп расположен по отношению к окружающим его предметам; степень их повреждения огнем. При этом следует указать: расстояние до них; придавлен ли труп предметами или лежит свободно; если придавлен – то какая часть тела придавлена.

2. Следует указать позу трупа (поза «боксера»), в каком состоянии находится одежда, имеется ли специфический запах (бензина и пр.).

3. Обращается внимание на наличие пятен крови и повреждений, не связанных с действием пламени.

4. Трупные пятна описываются на неповрежденных участках тела, при этом отмечается наличие их розовато-красного окраса. На участках тела, поврежденных огнем, описываются признаки действия на тело высокой температуры (опаление волос, ожоги и их степень, площадь).

При осмотре трупа с признаками действия пара или горячих жидкостей обращается внимание на состояние одежды, отмечается наличие следов жидкостей или их примесей, указываются площадь и степень ожогов, отмечается наличие повреждений, не связанных с действием пара или горячих жидкостей.

2. Повреждения и смерть от действия низкой температуры

Согласно данным Ю. И. Пиголкина[1], низкая температура явилась причиной 7 % от общего числа насильственных смертей, выявленных в ходе экспертизы трупов.

Действие низких температур оказывает следующие виды воздействия:

– общее – переохлаждение;

– местное – обморожение.

Как и ожоги, обморожения по степени глубины поражения разделяют на четыре степени:

1. Первая степень характеризуется синеватым окрасом кожи, резкой болезненностью в месте обморожения.

2. Для второй степени присущи покраснение, припухлость, пузыри, наполненные кровянистым содержимым.

3. При третьей степени происходит омертвение отмороженной кожи и подкожной клетчатки.

4. На четвертой степени некроз распространяется до костей.

По виду травмирующего агента различают отморожения:

– от сухого мороза;

– от повышенной влажности при низких температурах выше 0 °С (траншейная стопа);

– контактное отморожение (металлические предметы, сухой лед);

– ознобления, изменения кожи, возникающие при систематическом умеренном действии холода.

Общее охлаждение тела ниже +25 °С вызывает смерть.

В дальнейшем труп охлаждается до отрицательных температур и подвергается замерзанию. Следует помнить, что замерзанию может быть подвержен труп человека, который умер по любой другой причине.

Действие низкой температуры сильнее на ветру и при высокой влажности. Хуже переносят холод истощенные и старые люди, а также дети. Действие алкоголя способствует теплоотдаче и ускоряет переохлаждение организма.

При осмотре трупа признаком смерти от переохлаждения является поза «калачиком» (при алкогольном опьянении поза отсутствует). Также отмечаются иней на ресницах, кусочки льда у внутренних углов глаз (замерзшие слезы), сосульки вокруг отверстия носа и рта. На открытых частях тела, в том числе лице, присутствуют признаки ознобления и обморожений. У мужчин имеет место поджатие яичек к паховому кольцу (признак Пупырева). При внутреннем исследовании трупа выявляются точеч-

[1] Пиголкин Ю. И. Сравнительная эпидемиология термической травмы и гипотермии // Судебно-медицинская экспертиза. 2021. № 2. С. 5.

ные кровоизлияния в слизистую оболочку желудка (пятна Вишневского), переполнение кровью сердца (централизация кровообращения), полный мочевой пузырь и снижение уровня гликогена (энергетический запас) в печени и мышцах.

При обнаружении трупа в холодное время года на открытой местности отмечается наличие позы «калачиком», указывается степень изношенности одежды, ее соответствие времени года и размеру трупа, отсутствие предметов туалета (головного убора, обуви). Осматриваются видимые участки тела, отмечается окраска трупных пятен. Вследствие растрескивания кожи трупа от действия мороза в ткани проникает кислород, придающий трупным пятнам розовый окрас. Вследствие замерзания трупа трупное окоченение не проверяется, а манипуляции с замерзшим трупом осуществляют осторожно во избежание причинения дополнительных повреждений из-за хрупкости замерзших частей тела. При осмотре обращается внимание на наличие инея у ресниц, льда у естественных отверстий, наличие или отсутствие признаков обморожения и обморожений с указанием их локализации, размеров, содержимого пузырей. Обнаруженные у трупа повреждения описываются согласно общим правилам. Следует помнить, что на местах снежинок и льдинок можно обнаружить пергаментные пятна, напоминающие по внешнему виду прижизненные ссадины. К посмертным явлениям относится также расхождение швов черепа, вызванное увеличением объема мозга, содержащего воду.

Также необходимо знать о том, что внутреннее исследование трупа производится только после оттаивания, которое осуществляется при комнатной температуре и длится не менее суток. После оттаивания трупное окоченение не сохраняется, процессы гниения происходят быстрее. Ткани приобретают темное диффузное окрашивание.

3. Повреждения и смерть от действия электричества

Электричество (атмосферное, техническое) может оказать действие при прямом контакте (молния), косвенно через предметы, проводящие ток (металлические предметы, тело другого человека, вода и пр.), на расстоянии (дуговой контакт, шаговое напряжение).

Общее действие электрического тока на организм проявляется в момент прохождения электрического тока через тело. Смерть может наступить от поражения сердечно-сосудистого и дыхательного центров или от фибрилляции желудочков сердца.

По выраженности действия выделяют три степени повреждения электричеством:

– ясное сознание при судорожном сокращении мышц;

– потеря сознания;

– остановка дыхания либо прекращение сердечной деятельности.

По времени наступления смерти выделяют следующие варианты смерти:

– мгновенная (сразу остановка дыхания либо прекращение сердечной деятельности);

– смерть быстрая (сначала потеря сознания, затем остановка дыхания либо прекращение сердечной деятельности);

– смерть замедленная (сначала ясное сознание при судорожном сокращении мышц, затем – потеря сознания, потом – остановка дыхания либо прекращение сердечной деятельности);

– смерть прерванная (сначала потеря сознания, затем – восстановление сознания, потом – вновь потеря сознания, и, наконец, – остановка дыхания либо прекращение сердечной деятельности);

– смерть поздняя (от изменений и осложнений, вызванных электрическим током, или обострением заболеваний, вызванных электротравмой).

Местные действия тока проявляются электрометками и следами металлизации.

Электрометки – повреждения (ожоги) в местах входа, по пути следования и выхода тока, повторяющие форму поперечного сечения проводника (чаще располагаются в области кистей и стоп). Как правило, имеют валикообразное возвышение по краям. Электрометки безболезненны и не имеют признаков воспаления. При высоком напряжении, когда термическое действие тока велико, электрометки похожи на термические ожоги (вплоть до обугливания).

Металлизация кожи от провода возникает, когда металлический источник тока оставляет на коже частицы металла в виде зеленоватого, буроватого (частицы меди) или коричневатого (частицы железа) налета. Наличие металла можно доказать химическим или спектральным исследованием.

Перед началом осмотра трупа необходимо принять соответствующие меры предосторожности, так как труп и окружающие его предметы могут быть под действием тока. Судебно-медицинская экспертиза проводится совместно с техническим экспертом (инженером) для решения вопроса об обстоятельствах поражения и осмотра места происшествия.

Поражение молнией всегда расценивается как несчастный случай. Поражающее действие атмосферного электричества возникает как результат влияния на человека высокой температуры и механической энергии.

При осмотре на месте происшествия обращается внимание на:

– обожженную и разорванную одежду;

– расплавленные металлические предметы в одежде и обуви;

– ожоги 1-й и 2-й степеней в виде разветвленных фигур – «фигуры молнии» темно-красного или розового цвета, исчезающие через 12–16 часов;

– обугливание мягких тканей и костей (редко);

– кровоизлияния и разрывы во внутренних органах;

– трупное окоченение и гниение (развивается быстро);

– многочисленные дополнительные механические травмы (при отбрасывании тела на несколько метров);

– следы разрушений вокруг (разбитые стекла, поломанные и обугленные предметы) как следы действия молнии;

– характерный запах серы и озона, образующийся в момент прохождения молнии в воздухе.

4. Повреждения от действий изменения внешнего давления

Отрицательное воздействие на организм может оказывать как повышенное, так и пониженное барометрическое давление.

В последние годы доминирующим по частоте повреждающего воздействия на организм человека является действие воздушной ударной волны[1]. На фоне уменьшения частоты локальных военных конфликтов с применением тяжелой артиллерии на первый план выходят последствия террористических актов. Повреждающее действие воздушной ударной волны обусловлено разницей между нормальным давлением и уровнем давления во фронте ударной волны. При этом чем выше величина перепада давления перед фронтом ударной волны и позади него, тем больше повреждающее воздействие ударной волны. Ударная волна, обусловленная взрывом, состоит из двух фаз: положительной и отрицательной. Кроме того, выделяется фаза перемещения воздушной массы. Повреждение легких при взрыве обусловливается их внезапной мощной компрессией. При этом ребра могут становиться рычагами, повреждающими поверхность легких, или выполнять роль жесткой прокладки для сдавливаемого легкого. В результате возникающие механические повреждения легкого (в виде раздавливания и разрывов паренхимы, плевры) особенно выражены по ходу ребер, а в толще паренхимы – по ходу сосудисто-бронхиального пучка. Кроме механического повреждения легких, их травма вызывает сильнейшее раздражение вегетативной нервной системы, сопровождая повреждение реакцией в виде нарушения гемодинамики, сменяющейся стазом и диапедезом форменных элементов крови в альвеолах. Наблюдаемый при травме спазм бронхиол способствует формированию очагов ателектаза и эмфиземы. В целом при травме груди неизбежно происходит два типа воздействия на легочную ткань: чисто механическое (ударное) и рефлекторное (через вегетативную

[1] Денисов А. В. Экспериментальное обоснование градации тяжести баротравмы легких воздушной взрывной волной при прогнозе длительности утраты физической активности пострадавших // Таврический медико-биологический вестник. 2019. № 2. С. 26.

нервную систему). В результате формируется многовариантная морфологическая картина травмы, сочетающая в себе кровоизлияния, ателектазы и очаги эмфиземы легких.

Влияние повышенного давления также проявляется при подводных работах на значительной глубине (при занятии подводным спортом, выполнении кесонных работ, в барокамерах и др.).

В случае резкого повышения давления (быстрое погружение) наибольшая нагрузка выпадает на полостные органы (легкие, желудочно-кишечный тракт, среднее ухо). Увеличение разницы между наружным и внутренним давлением в области полостей вызывает повреждение данных органов. Как следствие возникают кровоизлияния в ткани и разрывы легких, кишечника, барабанных перепонок, повреждения придаточных полостей с развитием носового кровотечения.

В случае резкого снижения давления (быстрое всплытие) в кровь выделяется большое количество пузырьков газа (азота, кислорода), которые перешли из растворимого состояния в газообразное (декомпрессионная, или кессонная, болезнь). Это приводит к газовой эмболии (закупорке) сосудов. Резкая декомпрессия клинически проявляется в виде потери сознания, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Вследствие газовой эмболии сосудов мозга возникают очаги некроза в веществе головного и спинного мозга.

При исследовании трупов лиц, погибших от газовой эмболии, используются методики, направленные на выявление наличия газов в сосудистом русле. При внутреннем исследовании в мелких сосудах обнаруживаются кровяные сгустки с мелкими пузырьками газов, подкожная эмфизема (газы под кожей), разрывы и кровоизлияния в полостных органах.

Повреждающее действие на организм человека в условиях пониженного давления оказывает также гипоксия (уменьшение процентного содержания кислорода во вдыхаемом воздухе), проявляющаяся в форме расстройства функций жизненно важных систем (кровообращение и дыхание, центральная нервная система) и общеасфиктических признаках (описаны в лекции 5).

При быстрой декомпрессии (при разгерметизации летательных аппаратов) вследствие отрицательного воздействия парциального давления газов возникают боли в придаточных полостях носа и среднего уха, кровоизлияния в полости, разрывы барабанных перепонок. Если разряженность воздуха возникает резко и достигает значительных величин, то тканевые жидкости организма закипают, возникает выраженная подкожная эмфизема. При исследовании трупов лиц, погибших от высотной декомпрессии, обнаруживаются признаки, аналогичные тем, которые возникают при глубинной декомпрессии.

Лекция 7. Судебно-медицинская токсикология

Вопросы лекции

1. Общие сведения о судебно-медицинской токсикологии.
2. Исследование трупов лиц, погибших от отравлений.
3. Особенности отравлений в зависимости от типа яда.

1. Общие сведения о судебно-медицинской токсикологии

В данной лекции мы рассмотрим повреждения и смерть от действия ядов. По данным В. Ю. Владимирова[1], отравления составляют 16,5 % от всех видов насильственных смертей. Действие химических факторов отличается многообразием и поэтому вызывает у органов следствия и суда различные вопросы в определении вида повреждения, его происхождения, механизма возникновения. Решается вопрос о том, к какому роду смерти относится повреждение, какие факторы способствовали смерти, рассматриваются их особенности и признаки, указывающие на прижизненность и давность повреждений.

Успешное решение вопросов, интересующих следственные органы, во многом зависит от знания признаков смерти от различных видов ядов, грамотно и полно организованного исследования трупа, правильного формулирования вопросов для судебно-медицинского эксперта.

Наука о ядах и отравлениях называется токсикологией (от греч. токсикон – яд). Судебно-медицинская токсикология, или судебная химия – раздел судебной медицины, который занимается исследованием ядов и вызываемых ими химических повреждений или отравлений.

Химические повреждение или отравление – нарушение структуры тканей (химическая травма) или функций организма (отравление), вызванное поступлением ядов. Яд – вещество, поступающее в организм извне, оказывающее на него химическое или физико-химическое воздействие и способное при определенных условиях даже в малых количествах привести к расстройству здоровья (отравлению) или к смерти[2].

Судебно-медицинская классификация включает три основных типа ядов:

– местные (едкие) яды, вызывающие поражение тканей преимущественно в области воздействия;

---

[1] Владимиров В. Ю. Смертельные отравления наркотическими средствами и психотропными веществами в России (по материалам 2003–2018 гг.) // Судебно-медицинская экспертиза. 2019. № 62 (5). С. 4.

[2] Грицаенко П. П. Судебная медицина : учебник для среднего профессионального образования. М., 2022. С. 110.

– резорбтивные яды, проявляющие токсический эффект на организм при их всасывании в кровь;

– пищевые яды (пищевые токсикоинфекции, микотоксикозы)[1].

Преимущественно местным (раздражающим, прижигающим, некротизирующим) действием на кожу и слизистые оболочки обладают едкие кислоты и щелочи в связи с их низкой способностью к резорбции.

Резорбтивные яды в зависимости от механизма действия разделяют на:

1. Деструктивные яды. К ним относятся все минеральные яды, соли тяжелых металлов, сулема, соединения мышьяка. Эти вещества вызывают изменения в клетках внутренних органов, нарушая их структуру и функцию, с развитием дистрофии.

2. Кровяные яды.

В эту группу входят:

– окись углерода (угарный газ образует с гемоглобином неактивное соединение – карбоксигемоглобин);

– бертолетова соль, нитраты, нитриты, нитробензол (образуют с гемоглобином неактивное соединение – метгемоглобин);

– яды змей (вызывают гемолиз – разрушение эритроцитов крови).

3. Функциональные яды. В отличие от деструктивных, эти яды не вызывают морфологических изменений (дистрофий) во внутренних органах, однако их действие сопровождается нарушением ферментных систем и функций клеток различных внутренних органов.

В зависимости от того, какие органы или системы поражаются этими ядами, среди них выделяют:

– сердечные (сердечные гликозиды);

– нейротропные (снотворные, наркотики, психостимуляторы, антидепрессанты);

– общефункциональные (синильная кислота и ее производные – блокируют ферменты, осуществляющие транспорт кислорода внутрь клетки, что ведет к развитию гипоксии всех клеток).

Выраженность действия ядов на организм человека зависит от следующих факторов:

1. Доза.

2. Концентрация.

3. Растворимость – способность яда всасываться и оказывать системное воздействие на организм.

4. Скорость резорбции (всасывания) и выведения (элиминации) из организма. Данные особенности яда указывают на то, какую концентрацию ядовитое вещество может создать в крови.

---

[1] Калемина В. В., Колоколов Г. Р. Основы судебной медицины и психиатрии : учебное пособие. М., 2008. С. 155.

5. Пути поступления яда в организм. Из данных путей выделяют пероральный (через рот); инъекционный, ингаляционный (дыхательный); перкутанный (через кожу).

6. Кумулятивность. Способность накапливаться в организме человека до концентрации, при которой оказывается токсическое воздействие.

7. Повторность воздействия. Ряд веществ оказывает токсическое воздействие при повторном введении (наркотики).

8. Состояние организма человека. Одно и то же вещество может оказывать различное воздействие в зависимости от возраста, массы тела (выраженности жировой клетчатки), заболеваний и пр.

9. Факторы внешней среды. Низкая температура окружающей среды замедляет всасывание токсических веществ, высокая – оказывает противоположное воздействие.

10. Синергичность (антагонизм) воздействия ядов. Наркотические вещества и алкоголь усиливают действие друг друга. Напротив, употребление этилового и метилового алкоголя вместе снижает токсическое действие метилового.

2. Исследование трупов лиц, погибших от отравлений

При осмотре места происшествия в случаях подозрения на отравление важнейшее значение приобретает своевременность и тщательность его проведения. При осмотре целесообразно по возможности установить и осмотреть место, где произошел контакт с ядом.

В помещении, подлежащем осмотру, необходимо обратить внимание на запах, ощущаемый при входе в него. Специфический запах в помещении дает основание заподозрить отравление определенным ядом, позволяет осуществлять мероприятия по его целенаправленному поиску.

Осмотр места происшествия, как правило, начинается с осмотра трупа. Описывается поза трупа и положение трупа по отношению к окружающим предметам, фиксируется расположение выделений (рвотных масс, слюны, кала и пр.), предметов, которыми и в которых мог быть введен яд по отношению к трупу и неподвижным ориентирам.

Затем осматривается одежда. При этом акцент делается на ее положении (застегнута, расстегнута), повреждениях, наложениях, пропитываниях на одежде, указывается их форма, площадь, направление потеков. При осмотре нижнего белья отмечают его пропитывание мочой, наложение каловых масс с указанием консистенции, цвета и запаха.

Осматриваются карманы на предмет наличия упаковок с различными веществами, инъекционных шприцов, игл, рецептов, записок с названиями химических веществ, этикетки и пр., которые необходимо изъять и передать следователю.

При осмотре обуви обращается внимание на наличие наложений ядовитых биологических выделений.

Переходя к осмотру трупа, отмечается наличие специфического запаха, исходящего от трупа, выраженность трупного окоченения, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, окраска трупных пятен, величина зрачков, наличие пергаментных пятен, следов инъекций на теле.

Запах от трупа определяется путем надавливания рукой на грудь и живот трупа. Специфический запах определяется при отравлении соединениями фосфора, спиртами, уксусной и карболовой кислотами, цианидами.

При отравлении соединениями фосфора и мышьяка, а также грибами кожа может приобретать желтую окраску.

Окрас трупных пятен может указывать на отравление некоторыми ядами. Серо-коричневое окрашивание наблюдается при отравлении нитритами, красный – при отравлении угарным газом, вишневый – при отравлении цианидами.

Резко выраженное трупное окоченение свидетельствует об отравлении судорожными ядами: стрихнином, цикутой, аконитом, а слабо выраженное – о воздействии гемолитического яда, цианида, наркотических веществ.

При осмотре тела по областям обращается внимание на состояние окружности носа и рта, где могут быть обнаружены остатки наложений яда, принятого перроральноо, интраназально, либо следы от химических ожогов, вызванные едкими ядами.

Едкие яды в ходе разбрызгивания при кашле, рвоте могут попасть на кожу лица, шеи, груди, оставляя химические ожоги в виде пергаментных пятен разнообразной формы и размера от светло-коричневой до темно-коричневой окраски.

При отравлении свинцом или ртутью возможно обнаружение на деснах сероватой каймы.

С целью исключения введения яда с помощью клизмы обязателен осмотр прямой кишки или влагалища (у женщин) с указанием на наличие выделений, потеков в области заднего прохода или влагалища, изменений их слизистой оболочки.

Для исключения парентерального введения яда при осмотре тела осуществляется поиск следов инъекций.

По окончании осмотра трупа приступают к поискам яда в выделениях трупа, предметах домашнего обихода. Обнаруженные выделения и объекты с веществами, похожими на яд, собираются в чистые стеклянные герметически закрытые банки, опечатываются и направляются для последующего судебно-химического исследования. Одежда и белье предварительно высушиваются.

Для производства экспертизы необходимы: карта больного (стационарная, амбулаторная) и иная медицинская документация (справки, рецепты и пр.), протокол осмотра трупа на месте обнаружения.

В материалах, представленных на экспертизу, должны быть отражены: сведения об образе жизни, хронических заболеваниях, профессии или роде занятий потерпевшего, обстоятельствах отравления и мероприятиях по оказанию помощи (первая, медицинская).

Важное значение имеет клиническая картина отравления. Допросы свидетелей целесообразно проводить с участием врача.

В ходе судебно-медицинской экспертизы при наружном исследовании морфологических изменений, характерных для определенной группы ядов, необходимо установить:

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

– вид яда (цвет трупных пятен, характер химических ожогов, размеры зрачков, цвет склер);

– темп наступления смерти (интенсивность трупных пятен, экхимотических кровоизлияний).

При внутреннем исследовании устанавливают признаки, характерные для действия отдельных ядов (цвет крови и внутренних органов, характер химических ожогов слизистых оболочек, локализация и характер воспалительных изменений желудочно-кишечного тракта, специфический запах из вскрытых полостей и от вскрытых внутренних органов).

Для выявления специфических изменений в тканях, присущих тому или иному яду, внутреннее исследование дополняется судебно-гистологическим исследованием.

С целью обнаружения яда осуществляется забор материала (соответствующих органов и тканей) для судебно-химического исследования. При подозрении на отравление изымаются желудок с содержимым, участок печени с желчным пузырем, одна почка с невскрытой капсулой, моча из мочевого пузыря, кровь из грудной полости или из синусов твердой мозговой оболочки.

Необнаружение яда при судебно-химическом исследовании не всегда исключает отравление. Это может быть обусловлено быстрым разрушением яда в организме, выведением яда из организма (естественными путями либо искусственно в ходе интенсивной терапии), введением антидота с разрушением яда при бальзамировании трупа, неправильным забором или хранением биологического материала для судебно-химической экспертизы и ошибками в методике проведения экспертизы и пр.

Выявление яда при судебно-химическом исследовании не всегда является свидетельством факта отравления. Причинами ложноположитель-

ного результата могут быть: образование яда при нарушениях обмена веществ (ацетон при диабете), длительный прием лекарственных веществ, длительный профессиональный контакт с ядом, посмертное образование яда (этиловый спирт при гниении трупа), проникновение яда в труп из почвы (хлорорганические удобрения), случайное попадание яда (санитарная обработка) и пр.

3. Особенности отравлений в зависимости от типа яда

К местным едким ядам относятся кислоты и щелочи. Местное действие концентрированных кислот состоит в том, что они свертывают белок и приводят к образованию сухого некроза. Разрушение гемоглобина обусловливает темно-коричневую или буровато-черную окраску некротизированных тканей.

При исследовании трупа находят химические ожоги кожи вокруг рта, имеющие вид вертикальных потеков, сухой некроз слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода и желудка, токсическое поражение печени и почек. При отравлениях уксусной кислотой вскрытые органы источают характерный для нее запах.

Местное действие концентрированных щелочей проявляется разжижением и расплавлением белков. Щелочи легко проникают в глубину тканей и образуют толстый слой влажного некроза. Разрушая гемоглобин, щелочи придают некрозу буроватый цвет.

При исследовании трупа находят химические ожоги кожи вокруг рта, имеющие скользкую «смыленную» поверхность буроватого цвета, влажный некроз слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода, желудка, начального отдела тонкой кишки или влагалища (при введении щелочи в его полость), токсическое поражение печени и почек. Отравление нашатырным спиртом сопровождается ощущением характерного для него запаха.

Среди деструктивных ядов чаще других являются причиной отравления сулемой и мышьяковистыми соединениями.

Отравление сулемой (дихлоридом ртути) обычно происходит при приеме внутрь. Яд хорошо и быстро всасывается через слизистые оболочки пищеварительного тракта. Механизм его токсического действия сводится к нарушению процессов внутриклеточного обмена. Местное действие сулемы выражается в раздражении слизистых оболочек и образовании поверхностного некроза. При больших дозах смерть наступает в первые часы от паралича сосудодвигательного центра головного мозга. При умеренных дозах отравление заканчивается летальным исходом в течение одной недели. В этих случаях для клинической картины характерны язвенный стоматит, дифтеритический колит и некротический нефроз (сулемовая почка), что связано с путями выделения яда: через слюнные железы, кишечник и почки. Пораженные погибают от острой почечной недостаточности.

Соединения мышьяка обладают капилляротоксическим действием, приводящим к параличу капилляров. Поражение капилляров кишечника ведет к выпотеванию большого количества жидкости в кишечник и появлению частого жидкого белого хлопьевидного стула с примесью слизи и крови. Мышьяковистый водород способен проникать в эритроциты, вызывая их разрушение. Попадающее при этом в кровь большое количество калия может привести к смерти от первичной остановки сердца. Для острых отравлений характерны желудочно-кишечная (рвота, сильные боли в животе, холероподобный понос, обезвоживание организма, смерть от острой почечной недостаточности) и нервно-паралитическая (остро развивающаяся слабость, потеря сознания, кома и смерть от первичной остановки дыхания) формы. Морфологические изменения при быстрой смерти от отравления мышьяковистым ангидридом следующие: резкое полнокровие и отек головного мозга, полнокровие других внутренних органов, множественные точечные кровоизлияния в слизистые оболочки, под внутреннюю оболочку сердца и в ткань паренхиматозных органов; серозно-некротическое воспаление слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта с мелкоочаговыми кровоизлияниями в слизистую оболочку. На начальном периоде отравления при помощи судебно-химического исследования находят мышьяк в стенках и содержимом желудка и кишечника, в крови, моче, печени, почках. При хроническом отравлении мышьяк накапливается в волосах и ногтях.

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

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

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

Свойством образовывать метгемоглобин обладают многие вещества. К ним относятся: бертолетова соль, анилин, нитробензол, нитрит натрия и др. Образование метгемоглобина ведет к нарушению переноса кислорода и кислородному голоданию тканей. Смерть наступает при явлениях угнетения функции центральной нервной системы.

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

Среди отравлений функциональными ядами отравление этиловым спиртом – наиболее частый вид смертельных отравлений. Токсическое действие направлено преимущественно на угнетение дыхательного центра и последующий паралич его деятельности. Действие этилового алкоголя на сердечную деятельность имеет существенное значение лишь у людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этих случаях смерть может наступить от первичной остановки сердца. У этилового спирта различают две фазы: фазу всасывания (резорбции) и фазу выведения (элиминации).

Фаза всасывания длится примерно 1–3 часа и заканчивается тем, что концентрация алкоголя в желудке выравнивается с концентрацией алкоголя в крови (на 1 литр) и, соответственно, по показателям содержания алкоголя в крови можно судить о степени воздействия алкоголя на человека (степень опьянения).

Если концентрация этилового спирта в крови (в промилле) менее 0,3, это свидетельствует об отсутствии влияния алкоголя. Наличие концентрации от 0,3 до 0,5, свидетельствует о незначительном влиянии алкоголя на организм. Концентрация этилового спирта от 0,5 до 1,5 указывает на легкую степень опьянения. При концентрации этилового спирта от 1,5 до 2,5 можно говорить об опьянении средней степени. Концентрация от 2,5 до 3,0 позволяет судить о сильном опьянении, от 3,0 до 5,0 – тяжелом отравлении алкоголем, свыше 5,0 возможно наступление смерти от алкоголя.

При отравлении этиловым спиртом в ходе внутреннего исследования трупа специфических изменений не обнаруживается. Имеются признаки, присущие для смерти от поражения центра кровообращения и центра дыхания (выявляются при гистологическом исследовании). Также отмечается наличие запаха алкоголя от органов и полостей трупа, особенно от мозга и содержимого желудка. Для выявления алкоголя производится забор проб крови и мочи.

Важное значение для правоохранительной деятельности имеет определение времени, прошедшего с момента употребления алкоголя. Для решения этого вопроса используется простая формула расчета: $T=(См–Ск)/b$, где: T – давность приема, См – концентрация в моче, Ск – концентрация алкоголя в крови, b – фактор Видмарка (скорость вывода алкоголя/час; у лиц, не злоупотребляющих спиртным, составляет 0,15–0,17).

Также важно определение количества алкоголя, употребленного исследуемым лицом. В этом случае используется формула: A=P(C+bt), где:

A – количество чистого алкоголя (в граммах) в принятых напитках;

C – установленная концентрация алкоголя в крови (в промилле);

P – масса тела (в килограммах);

b – фактор Видмарка;

t – время, прошедшее с момента приема алкоголя (в часах).

Для расчета количества выпитой водки проводим расчет, учитывая, что, согласно ГОСТу, при изготовлении 40° водки используется 36 частей спирта и 64 части воды.

Отравление метиловым спиртом, как правило, происходит при приеме внутрь. Легко всасываясь в кровь, яд вначале оказывает слабое наркотическое действие, действуя сначала целой молекулой, а затем высокотоксичными продуктами окисления – формальдегидом и муравьиной кислотой. Специфической особенностью являются поражения зрительного нерва, сетчатки и дыхательного центра. Смертельная доза составляет 30–100 мл. В клинической картине отравления различают три стадии, которые развиваются после скрытого периода: наркотическую стадию, выраженную в признаках опьянения; стадию токсического поражения почек и сердца; стадию поражения центральной нервной системы, проявляющуюся потерей зрения. Встречаются генерализированные формы: после короткого скрытого периода – резкое возбуждение и двигательное беспокойство, постепенный переход в кому и гибель от паралича дыхания.

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

Для синильной кислоты присущ характерный запах горького миндаля. Соли этой кислоты (цианиды) блокируют клеточное дыхание: клетки тканей не могут потребить кислород, принесенный кровью.

Большие дозы цианидов вызывают быструю смерть от блокады центров дыхания и кровообращения. Клинически это проявляется потерей сознания, одышкой, судорогами и последующей смертью после приема яда.

При внутреннем исследовании трупов имеют место общеасфиксические признаки быстрого наступления смерти. Кровь в трупе вишнево-алая, венозная и артериальная кровь одинакового цвета, так как не используется кислород, доставленный к тканям. Трупные пятна имеют вишневый цвет. Органы и полости трупа издают запах миндаля. При судебно-химических исследованиях в крови и во внутренних органах обнаруживаются цианиды.

По назначению выделяют следующие группы ядохимикатов – ядовитых веществ, применяемых в сельском хозяйстве для уничтожения вредителей:

– гербициды – против вредных растений;

– инсектициды – против вредных насекомых;

– фунгициды – против грибков.

По химическому составу различают такие ядохимикаты, как:

– хлорорганические (содержат атомы хлора). Оказывают токсическое действие на клетки практически всех внутренних органов;

– фосфорорганические (содержат атомы фосфора). Блокируют процесс передачи нервных импульсов в нервных волокнах. Блокада иннервации вызывает нарушение функции внутренних органов.

Пищевые отравления вызываются недоброкачественными продуктами питания. При этом порча продуктов происходит вследствие естественных процессов. Не следует путать пищевые отравления с отравлениями ядами, которые возникают при подмешивании ядов к продуктам питания.

Отравления данного типа подразделяют на:

1. Отравления природно ядовитыми продуктами (ядовитые грибы).

2. Пищевые токсикоинфекции и бактериальные интоксикации (отравление пищей, содержащей болезнетворные микроорганизмы либо вырабатываемые ими токсины).

3. Пищевые микотоксикозы (отравление пищей, пораженной грибковой инфекцией).

При внутреннем исследовании трупов во внутренних органах специфических изменений не обнаруживается. Важное диагностическое значение приобретают судебно-химическое и микробиологическое исследования содержимого желудка и кишечника.

Лекция 8. Судебно-медицинская экспертиза причиненного вреда здоровью и по иным поводам в отношении потерпевших, подозреваемых и других лиц

Вопросы лекции

1. Общие положения о судебно-медицинской экспертизе живых лиц.
2. Установление тяжести вреда здоровью.
3. Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях.
4. Судебно-медицинская экспертиза ненадлежащего выполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

1. Общие положения о судебно-медицинской экспертизе живых лиц

Разработка и внедрение в практику судебно-медицинской экспертизы новых методов исследований способствуют повышению качества и сокращению сроков экспертных исследований живых лиц.

Однако как показывает практика, работники правоохранительных органов не всегда знакомы с современными экспертными возможностями, что не позволяет правильно сформулировать вопросы, которые надо ставить на разрешение экспертизы, и оценить значение выводов эксперта[1].

В данной лекции мы рассмотрим задачи судебно-медицинской экспертизы живых лиц, основания для ее назначения, примерный перечень вопросов, выносимых на разрешение экспертизы.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц является одним из видов судебно-медицинской экспертизы и включает в себя данные о поводах, методах обследования живых лиц и принципах оценки полученных результатов исследований. Данный вид экспертизы является исследованием, проводимым на научной основе врачом-специалистом в рамках действующего законодательства.

Экспертиза может быть проведена либо врачом – судебно-медицинским экспертом государственного медицинского учреждения, либо индивидуальным предпринимателем, имеющим лицензию на осуществление данного рода медицинской деятельности.

Выделяют четыре группы поводов к проведению судебно-медицинской экспертизы живых лиц:

1. Повреждения и болезни:

1) определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью;

2) подозрение на аггравацию (преувеличение жалоб на действительно существующее заболевание) и симуляцию (ложное изображение несуществующей болезни), дезаггравацию (уменьшение жалоб на действительно существующее заболевание) и диссимуляцию (сокрытие действительно существующей болезни);

3) подозрение на членовредительство (у военнослужащих) или умышленное причинение вреда своему здоровью (у осужденных)[2];

4) экспертиза рубцов;

5) подтверждение заражения венерической болезнью;

6) экспертиза общего состояния здоровья (отказ от явки на судебное заседание либо от исправительно-трудовых работ по состоянию здоровья).

2. Половые состояния:

1) гермафродитизм (истинный и ложный);

2) девственность;

3) способность у мужчин (женщин) к совокуплению и оплодотворению (зачатию);

---

[1] Дмитриева О. А. Особенности судебно-медицинского обследования детей при подозрении на насильственные действия сексуального характера // Вестник судебной медицины. 2020. Т. 9. № 1. С. 42.

[2] Васильченко А. В., Гареев А. М. Вопросы судебно-медицинской диагностики умышленного причинения вреда своему здоровью в местах лишения свободы // Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. Уфа, 2016. № 19-4. С. 79.

4) беременность;

5) бывшие аборт и роды (ранние, поздние).

3. Половые преступления:

1) изнасилование;

2) развратные действия;

3) половое сношение совершеннолетнего с лицом, не достигшим 16 лет;

4) насильственные действия сексуального характера.

4. Иные поводы:

1) определение возраста;

2) установление тождества личности.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц может проводиться как в рамках возбужденного уголовного дела, так и на этапе доследственной проверки.

Данный вид экспертизы может проводиться в государственных судебно-экспертных учреждениях (амбулатория Бюро), стационарных отделениях больниц, в кабинете следователя, в судебном заседании, в исправительных учреждениях.

Документы, представляемые на судебно-медицинскую экспертизу:

– постановление о назначении экспертизы;

– оригиналы медицинских документов.

Необходимо помнить о том, что испытуемый перед экспертизой должен иметь при себе удостоверение личности.

Не следует также забывать о сроках возникновения и исчезновения следов телесных повреждений на теле человека при определении сроков назначения экспертизы.

Также заслуживает внимания тот факт, что в Бюро не предусмотрено оказание медицинской помощи (перевязки). Поэтому при наличии повязки на ране бинты экспертом не снимаются, а только констатируется факт их наличия на теле.

Заключение состоит их трех частей: вводной части, исследовательской части и выводов.

Во введении указываются: учреждение и его адрес, время проведения экспертизы, на основании чего и кем (ФИО, образование, специальность, стаж работы экспертом) она проведена, а также ФИО, возраст, профессия, место жительства испытуемого, данные из документа, удостоверяющего личность. В этой же части заключения указываются лица, присутствовавшие при проведении экспертизы, и вопросы, поставленные на ее разрешение, а также данные об обстоятельстве дела, полученные от следствия, и сведения об обстоятельствах получения травмы со слов испытуемого.

В исследовательской части отражаются данные объективного исследования (что увидел сам эксперт). Выявленные повреждения описывают и фотографируют.

В выводах эксперт, основываясь на проведенных им исследованиях, отвечает на вопросы вводной части.

2. Установление тяжести вреда здоровью

Вред здоровью – это нарушение анатомической целости и (или) физиологической функции органов или тканей вследствие воздействия повреждающего фактора (факторов) внешней среды, которое может проявиться в виде повреждения, заболевания либо болезненного состояния.

Повреждающим фактором является любое материальное тело или материальное явление, имеющее способность к причинению вреда здоровью человека. Повреждающие факторы могут быть физическими (механическими, термическими, барометрическими, электромагнитными, радиационными), химическими, биологическими и психическими.

Согласно Уголовному кодексу Российской Федерации[1] (далее – УК РФ) предусмотрена ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК РФ), средней тяжести вреда здоровью (ст. 112 УК РФ) и легкого вреда здоровью (ст. 115 УК РФ).

Вред здоровью человека определяется в соответствии с квалифицирующими признаками, утвержденными Постановлением Правительства РФ № 522, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»[2] (далее – Приказ № 194н).

Согласно п. 5 Постановления Правительства РФ № 522 для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда.

Квалифицирующими признаками тяжкого вреда здоровью человека являются:

– вред, опасный для жизни человека;

– вред, не опасный для жизни человека, но отнесенный к тяжкому по исходу и последствиям.

Вредом здоровью, опасным для жизни человека, считается вред, который либо по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, либо вызывает развитие угрожающего жизни состояния (расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью).

---

[1] Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

[2] Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Повреждениями, опасными для жизни по характеру, считаются:

– все проникающие ранения, в том числе без повреждения внутренних органов;

– закрытые повреждения внутренних органов;

– размозжения мозгового вещества, ушибы головного мозга средней и тяжелой степеней;

– переломы-вывихи и переломы 1-го и 2-го шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;

– переломы-вывихи и переломы любого отдела позвоночника с нарушением функции спинного мозга;

– переломы свода и основания черепа;

– переломы хрящей гортани;

– двусторонние переломы переднего тазового полукольца с нарушением непрерывности;

– множественные двусторонние переломы ребер с нарушением анатомической целости каркаса грудной клетки или множественные односторонние переломы ребер по двум и более анатомическим линиям;

– повреждение крупных кровеносных сосудов;

– ожоги и отморожения 3-й и 4-й степеней, превышающие 10 % поверхности тела, либо ожоги 3-й степени, превышающие 15 % поверхности тела, либо ожоги 2-й степени, превышающие 20 % поверхности тела, либо ожоги дыхательных путей с явлениями отека и сужением голосовой щели.

Расстройством жизненно важных функций организма человека принято считать:

– шок тяжелой (3-й или 4-й) степени;

– кому 2-й или 3-й степени;

– острую, обильную или массивную кровопотерю (50 % объема циркулирующей крови);

– острую, дыхательную, почечную, надпочечниковую, печеночную, сердечную, сосудистую недостаточность тяжелой степени или тяжелую степень нарушения мозгового кровообращения и острый панкреонекроз;

– гнойно-септические состояния;

– инфаркт внутреннего органа или гангрену конечности.

К неопасным для жизни, но относящимся к тяжким по исходу и последствиям повреждениям относят:

1) потерю зрения (на оба глаза при остроте зрения, равной 0,04 и ниже);

2) потерю речи (необратимая потеря способности выражать мысли членораздельными звуками, понятными для окружающих);

3) потерю слуха (на оба уха – человек не слышит разговорную речь на расстоянии 3–5 см от ушной раковины);

4) потерю какого-либо органа или утрату органом его функций:

– утрата либо паралич или иное нарушение функции ноги, руки (равно как и кисти либо стопы);

– утрата производительной способности у мужчин к совокуплению или оплодотворению, у женщин – способности к совокуплению или зачатию, или вынашиванию, или деторождению;

– утрата одного яичка;

5) прерывание беременности на любом сроке;

6) психическое расстройство, возникшее вследствие травмы;

7) заболевание наркоманией либо токсикоманией;

8) неизгладимое обезображивание лица. Вопрос об обезображивании лица (эстетическое понятие) определяется судом. Вопрос о неизгладимости данного повреждения решается судебно-медицинским экспертом. Неизгладимое повреждение лица с течением времени не исчезает самостоятельно (без хирургического вмешательства);

9) значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (35 % и более). Стойкой считается утрата общей трудоспособности продолжительностью более 120 дней. Общей трудоспособностью считается способность человека к самообслуживанию либо к неквалифицированному труду;

10) полная утрата профессиональной трудоспособности. Профессиональная трудоспособность – способность выполнять определенный объем и качество работы по конкретной специальности, являющейся основной в трудовой деятельности.

К повреждениям средней тяжести вреда здоровью относят:

1) временные нарушения функций органов и систем (временную нетрудоспособность) продолжительностью более 21 дня;

2) стойкую утрату общей трудоспособности от 10 до 30 % включительно.

К повреждениям легкого вреда здоровью относят:

1) временные нарушения функций органов и систем (временную нетрудоспособность) продолжительностью 21 день и меньше;

2) стойкую утрату общей трудоспособности от 5 %.

Следует особо подчеркнуть, что поверхностные повреждения (ссадины, кровоподтеки, раны и др.), не влекущие за собой временной нетрудоспособности либо стойкой утраты общей трудоспособности, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека (п. 9 Приказа № 194н).

Согласно п. 27 Приказа № 194н вред здоровью не определяется, если:

– сущность вреда здоровью по представленным документам и в процессе обследования живого лица определить не представляется возможным;

– не ясен исход вреда здоровью на момент обследования живого лица;

– живое лицо не явилось, отказывается или не может быть доставлено на судебно-медицинскую экспертизу;

– медицинские документы отсутствуют либо в них не содержится достаточных сведений.

Побои, мучения, истязания являются юридическими понятиями. Их установление относится к компетенции следственных органов либо суда. В пределах компетенции судебно-медицинского эксперта – определение наличия повреждений и предположение о способах их нанесения, а также степени тяжести вреда здоровью.

3. Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях

Судебно-медицинская экспертиза зачастую приобретает главенствующее значение в сборе доказательной базы при расследовании половых преступлений. К сожалению, в отношении судебно-медицинских экспертиз по данному виду преступлений допускается наибольшее количество ошибок как при формулировании вопросов эксперту, так и при сборе и направлении объектов, подлежащих экспертизе[1].

Судебно-медицинская экспертиза может быть назначена при расследовании таких преступлений, как изнасилование (ст. 131 УК РФ), насильственные действия сексуального характера (ст. 132 УК РФ), понуждение к действиям сексуального характера (ст. 133 УК РФ), половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста (ст. 134 УК РФ), развратные действия (ст. 135 УК РФ).

С помощью судебно-медицинской экспертизы возможно установление:

– факта полового сношения естественным путем, ректально, орально;

– физических знаков развратных действий (механических повреждений, воспалительных изменений);

– физических знаков насилия;

– факта беременности (у женщин);

– факта заражения венерической болезнью.

Факт полового сношения является основным вопросом, интересующим следствие. Для установления факта полового сношения необходимо выявление признаков, свидетельствующих о нахождении полового члена подозреваемого во влагалище жертвы (физиологический путь), либо, в зависимости от материалов дела, в ее рту и прямой кишке.

Достоверными признаками полового сношения являются обнаружение сперматозоидов во влагалищной слизи женщины, вагинальных клеток потерпевшей на половом члене подозреваемого и развивающаяся беременность. По письменному отношению следственных органов в любом лечебно-профилактическом учреждении, имеющем в штате врача-специалиста акушера-гинеколога, может быть осуществлен забор влагалищной слизи на марлевый тампон, который следователь соответствующим образом вы-

[1] Витер В. И., Поздеев А. Р., Вавилов А. Ю. Судебная медицина : учебник и практикум для вузов. М., 2021. С. 192.

сушивает, упаковывает и направляет на экспертизу. Положительным результатом считается обнаружение хотя бы одного целого сперматозоида.

Вагинальные клетки, попавшие при половом сношении под крайнюю плоть полового члена, изымаются путем смывов с полового члена влажным марлевым тампоном. Процедура также проводится соответствующим специалистом по письменному отношению с соблюдением правил упаковки вещественных доказательств биологического происхождения.

Забор влагалищной слизи и смывы с полового члена целесообразно проводить в течение трех суток после сношения.

Факт беременности устанавливается судебно-медицинской экспертизой с привлечением врача акушера-гинеколога.

Косвенными признаком бывшего полового сношения являются:

– обнаружение текстильных волокон из материалов нательного белья подозреваемого и волос с его лобка во влагалищной слизи потерпевшей;

– выявление вагинальных клеток в подногтевом содержимом, на одежде подозреваемого и спермы на одежде жертвы;

– обнаружение лобковых волос жертвы на лобке, одежде подозреваемого, лобковых волос подозреваемого на лобке и одежде потерпевшей;

– заражение венерическим заболеванием (требуется исключить вероятность внеполового заражения). Вопрос о заражении венерической болезнью разрешается при участии врача-венеролога.

Свежий разрыв девственной плевы и механические повреждения в области половых органов жертвы являются лишь ориентировочными признаками. Свежий разрыв покрыт фибринозными наложениями, кровоточит. Классическим расположением разрыва при дефлорации в ходе полового сношения является локализация на 5–7 часов по циферблату часов. Формирование рубца свидетельствует о давности разрыва более трех недель.

При изнасиловании беременной женщины возможно проведение исследования по выявлению специфического гормона беременности – хорионического гонадотропина на половом члене и одежде подозреваемого.

При подозрении на извращенные формы полового сношения на половых органах, лобке подозреваемого ищут элементы кала, клетки слизистой прямой кишки, кишечную флору (сношение через прямую кишку) или элементы слюны, микрофлору ротовой полости (сношение через рот). У жертвы осуществляется поиск следов спермы во рту или прямой кишке. Обращается внимание на наличие свежих повреждений в области прямой кишки, ротовой полости, признаки изменений прямой кишки, присущих систематическим анальным половым контактам.

При физическом насилии на теле жертвы остаются характерные механические повреждения, имеющие специфическую локализацию. Знаки физического насилия в основном проявляются в виде ссадин, кровоподтеков, изредка в форме поверхностных ран. Характерны кровоподтеки от пальцев рук округлой или овальной формы размером около 0,5–1 см;

ссадины от ногтей, имеющие полулунную форму либо линейный характер (царапины).

Преимущественной локализацией вышеуказанных повреждений являются внутренняя поверхность бедер и голеней, область наружных половых органов, вокруг рта, а также шея и молочные железы.

Физические знаки развратных действий располагаются в области половых органов и могут проявляться в виде отечности, гиперемии, ссадин, свежих разрывов девственной плевы.

4. Судебно-медицинская экспертиза ненадлежащего выполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей

В последние годы отмечается неуклонный рост уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим выполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей[1].

Расследование случаев неблагоприятных исходов заболеваний и травм пациентов имеет свои методические особенности. Они обусловлены как требованиями действующих уголовно-процессуальных норм, так и свойствами самого объекта экспертизы. Особенность оказания медицинской помощи имеет специфику реализации в условиях так называемого обоснованного риска, когда для успешной диагностики или лечения необходимо выполнить действия, связанные с риском для жизни и здоровья пациента. В связи с этим профессиональная деятельность медицинских работников неизбежно связана с осложнениями, влекущими за собой причинение вреда здоровью или смерти пациента.

Для оценки правильности и обоснованности подобных действий необходимы специальные знания в определенных областях медицины. Основной формой применения данных специальных знаний является комиссионная судебно-медицинская экспертиза. Результаты экспертизы качества оказания медицинской помощи целесообразно использовать только как основание для возбуждения уголовного дела на стадии доследственной проверки.

Назначению судебно-медицинской экспертизы предшествует решение вопроса, связанного с выбором экспертного учреждения и подбором экспертов. Подбор специалистов в состав комиссии судебно-медицинской экспертизы должен выполняться в соответствии требованиями ст. 61, 69, 70 УПК РФ (незаинтересованность, независимость эксперта). Помимо уровня квалификации привлекаемого специалиста обращается внимание на отсутствие деловых и личных отношений с медицинскими работниками учреждения здравоохранения, в котором был допущен дефект оказания

[1] Васильченко А. В. Особенности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 2 . С. 86.

медицинской помощи. Экспертиза носит комиссионный характер, помимо экспертов Бюро в состав комиссии привлекаются врачи, имеющие большой опыт работы по специальностям, в области которых реализовывалось проведение лечебно-диагностических мероприятий потерпевшему. С целью преодоления корпоративных интересов в медицинской среде и исключения возможного конфликта интересов при производстве экспертного исследования существует практика привлечения в качестве специалистов судебно-медицинских экспертов и врачей других специальностей из иных субъектов Российской Федерации или экспертов иных ведомств (Министерство обороны Российской Федерации).

При назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы для исследования необходимо представить: заверенные копии материалов доследственной проверки и уголовного дела, заключения экспертов (специалистов) по всем проведенным экспертизам (исследованиям), оригиналы медицинской документации (амбулаторная карта или карта больного, проходившего лечение в стационаре, результаты обследования больного (анализы крови, мочи, рентгеновские снимки, результаты ультразвукового исследования, электрокардиографии и пр., консультации специалистов), результаты ведомственной проверки, больничной конференции по рассмотрению данного случая), живое лицо (труп), иные материалы (ампулы, облатки с таблетками от лекарственных средств, оставшихся после лечения, пакеты-контейнеры из-под трансфузии пациенту крови и ее компонентов).

При производстве экспертизы по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи эксперты должны дать ответы на следующие вопросы:

1. Адекватность оказания медицинской помощи в расследуемом случае (своевременность помощи, соответствие действий медицинских работников должностным инструкциям, использование имеющейся аппаратуры и всех имеющихся лекарственных средств).

2. Соответствие оказанной помощи требованиям, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (стандарты, клинические протоколы).

3. Наличие в действиях медицинских работников нарушений требований должностных обязанностей, стандартов (клинических протоколов).

4. Имеется ли прямая причинно-следственная связь между неблагоприятным исходом заболевания (травмой) и недостатками в оказании медицинской помощи.

С учетом изложенного следователям важно учитывать специфику расследования случаев неблагоприятных исходов заболеваний и травм при оказании медицинской помощи, знать особенности: сбора необходимых для производства экспертизы материалов, подбора экспертов, формулировки вопросов экспертам, содержания методики экспертного исследования и оценки его результатов.

Лекция 9. Осмотр трупа на месте его обнаружения. Судебно-медицинская экспертиза трупа. Вещественные доказательства биологического происхождения, подлежащие судебно-медицинскому исследованию

Вопросы лекции

1. Осмотр трупа на месте его обнаружения.
2. Судебно-медицинское исследование трупа в Бюро судебно-медицинской экспертизы.
3. Порядок обнаружения, изъятия и направления на судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств биологического происхождения.
4. Идентификация неопознанных трупов.

1. Осмотр трупа на месте его обнаружения

Место происшествия – это участок местности или помещение, где произошло криминально значимое событие, подлежащее следственному осмотру. Осмотр места происшествия является неотложным следственным действием, направленным на изучение обстановки происшествия, обнаружение, фиксацию и изъятие различных следов и других вещественных доказательств в целях выяснения характера происшедшего события, личности преступника, мотивов совершенного преступления, а также иных обстоятельств, имеющих значение для дела[1].

Осмотр трупа на месте его обнаружения играет важную роль в раскрытии преступления, позволяя установить личность потерпевшего, получить информацию о давности наступления смерти, причине смерти и способе ее причинения, осуществить сбор доказательств по данному делу.

Осмотр трупа регламентирован ст. 176 УПК РФ и проводится следователем, который может привлечь для участия в осмотре судебно-медицинского эксперта (в качестве специалиста) или (при невозможности участия эксперта) врача любой специальности.

Прибытие эксперта (врача) на место осмотра, обеспечение условий для его работы, доставка трупа и вещественных доказательств биологического происхождения в Бюро обеспечиваются следователем.

Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения организует и проводит следователь. Следователь возглавляет следственно-оперативную группу, определяет ее состав, приглашая необходимых для расследования конкретного случая специалистов, координируя действия всех участников осмотра. Участники осмотра действуют по указанию и с разрешения следователя.

---

[1] Николаев П. М. Судебная медицина. Осмотр трупа на месте происшествия : учебное пособие для вузов. М., 2022. С. 7.

Осмотр места происшествия включает в себя следующие этапы[1]:

– подготовительный;

– рабочий (стадия общего и стадия детального осмотра);

– заключительный.

В рамках рассматриваемого вопроса наибольший интерес для нас представляет стадия детального (узлового) осмотра. Она включает в себя статическую и динамическую стадии. При статическом осмотре изучение ведется визуально, объекты не перемещаются, положение их не меняется, осуществляется узловая фотосъемка, путем замеров проводится фиксация положения каждого объекта по отношению к другим объектам и неподвижным ориентирам, составляются схемы. В ходе динамического осмотра допускается перемещение объектов, изменение их положения.

При этом проводят детальную фотосъемку, схематично зарисовывают поверхности обнаруженных объектов и иных особенностей. Осмотр узла (трупа) завершается изъятием и упаковкой объектов, имеющих отношение к делу.

Осмотр предпочтительно начинать от трупа, как правило, являющегося центром исследуемого узла (эксцентично). Это необходимо для скорейшей фиксации признаков, указывающих на давность наступления смерти, что способствует более точному ее определению.

Персональным и неотложным действием при осмотре трупа является определение у него признаков биологической смерти. При их отсутствии следует вызвать скорую медицинскую помощь и в соответствии со ст. 12 п. 1.3 ФЗ «О полиции» принять меры по проведению реанимационных мероприятий.

При достоверных признаках смерти осмотр трупа проводится в следующей последовательности:

– местоположение и поза трупа;

– предметы на трупе и расположенные поблизости с ним;

– одежда и обувь трупа;

– состояние кистей рук трупа;

– общие сведения о трупе;

– наличие и выраженность трупных изменений, признаков переживания тканей;

– особенности частей тела трупа и повреждения на них;

– ложе трупа.

1. Сначала фиксируются место нахождения трупа, его положение по отношению к окружающей обстановке и отдельным объектам (предпо-

[1] Хохлов В. В., Андрейкин А. Б. Судебная медицина : учебник и практикум для вузов. М., 2021. С. 332.

лагаемым орудиям преступлении и пр.). Описывается поза трупа и положение частей его относительно друг друга.

2. Далее осматривается одежда и обувь трупа, фиксируется их первоначальное положение и состояние. Отмечается соответствие одежды времени года и обстановке, наличие повреждений, загрязнений, следов крови на одежде, смещение одежды со своих обычных мест, застегнута ли она, проверяется содержимое карманов. Осмотр одежды осуществляют послойно, от верхнего слоя к нижележащему.

3. При оценке состояния кистей рук трупа обращается внимание на наличие возможных наложений на них микрочастиц. Объекты с кистей трупа изымают на липкую ленту или дактилоскопическую пленку. Ногти на кистях трупа остригаются и упаковываются в бумажные пакетики, по отдельности с каждой руки.

4. При описании общих сведений о трупе в протокол заносятся данные о его поле, возрасте, длине тела, телосложении и пр. Вопрос о целесообразности подробного описания внешности трупа и его особых примет решается следователем при обнаружении трупа неизвестного. В данных случаях описание сопровождается опознавательным фотографированием и дактилоскопированием.

5. Ранние и поздние трупные изменения выявляют и описывают от головы к ногам. Выраженность мышечного окоченения определяется в жевательных мышцах, мышцах шеи, верхних и нижних конечностях путем ощупывания мышц и попытки произвести движение в суставах. Признаки трупного высыхания изучают при осмотре глаз, переходной каймы губ, наружных половых органов. При оценке трупных пятен оценивается их окрас, интенсивность, распространенность, локализация и время восстановления после надавливания. При оценке охлаждения тактильно оценивают поверхности кожи, покрытые и непокрытые одеждой, осуществляют ректальную термометрию. При оценке поздних трупных изменений указывают степень их выраженности и распространенность. Признаки переживаемости тканей изучаются путем механического раздражения двуглавой мышцы плеча ударом тупой металлической линейки.

6. Поиск повреждений осуществляется последовательно сверху вниз с изучением всех частей тела трупа. При описании повреждений запрещается изменять их первоначальный вид. Отдельное внимание обращается на источники открытых кровотечений, подробно описываются следы крови, их расположение, направление потеков крови. Орудия и другие предметы, обнаруженные в ранах, подробно описываются и фотографируются. Находящиеся в ранах предметы не извлекают, по возможности фиксируют. Запрещается проводить зондирование ран. При описании следует указать на приблизительность размеров (во избежание расхождений с заключением эксперта).

7. Ложем трупа называется контур поверхности, на которой лежал обнаруженный труп. Ложе осматривается и описывается после перемещения трупа в сторону. В ложе трупа возможно обнаружение биологических выделений насекомых, разрушающих труп, а также их личинок и куколок и иных предметов, имеющих значение для дела.

В заключительной стадии следователь оформляет протокол осмотра места происшествия в соответствии с требованиями ст. 166, 167 и 180 УПК РФ. Врач-специалист по поручению следователя может осуществлять запись данных, относящихся к описанию трупа, вещественных доказательств биологического происхождения.

В протоколе должны быть отражены признаки, позволяющие ответить на вопросы о:

– констатации биологической смерти;

– соответствии места обнаружения трупа месту смерти, посмертном перемещении трупа;

– давности наступления смерти;

– наличии и характере телесных повреждений, их количестве, локализации и прижизненности;

– возможном предмете, причинившем повреждение, механизме и причине смерти.

В дальнейшем следователь организует отправку трупа в Бюро. Вместе с трупом в морг направляются постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы с изложением обстоятельств смерти, по возможности – документ, удостоверяющий личность трупа, при необходимости – подлинники медицинских документов (стационарная и амбулаторная карты больного и пр.); копия осмотра места происшествия. Следует помнить о недопустимости изменения вещественных доказательств, и, учитывая, что труп по своей сути является доказательством, стараться избегать причинения дополнительных повреждений при транспортировке.

2. Судебно-медицинское исследование трупа в Бюро судебно-медицинской экспертизы

Судебно-медицинское исследование трупов осуществляется в Бюро судебно-медицинской экспертизы (Бюро). С процессуальной точки зрения выделяют исследование трупа, осуществляемое на основании письменного отношения органов дознания, и экспертизу трупа, проводимую по постановлению следователя или определению суда.

Согласно ст. 196 УПК РФ назначение и производство экспертизы обязательно, если необходимо установление причины смерти.

Исследование трупа включает в себя наружное и внутреннее исследования.

Трупы и вещественные доказательства, доставленные в Бюро, принимаются круглосуточно. Сотрудники регистратуры в специальном журнале фиксируют данные о трупе, он получает регистрационный номер. В журнале указывается: какие вещи находились при трупе, кто осуществил прием и передачу трупа.

До проведения исследования трупы и вещественные доказательства, доставленные в Бюро, хранятся в холодильных камерах при температуре около +4 °С. Данные условия не исключают возможности подсыхания трупа, не останавливая полностью, а лишь замедляя процесс.

Исследование трупа проводится в отделе экспертизы трупа в будничные дни с утра до обеда. Обычно на утреннем оперативном совещании руководителем отдела экспертизы трупов осуществляется распределение трупов, подлежащих исследованию экспертами. Исследование трупов проводится при естественном дневном свете для обеспечения нормального восприятия цветовой гаммы объектов.

Судебно-медицинское исследование трупа состоит из наружнего и внутреннего исследования.

Порядок наружного исследования и описания трупа в морге аналогичен порядку его описания на месте происшествия. При этом отдельное внимание уделяется трупным явлениям, которые сравниваются с трупными явлениями, описанными в Протоколе осмотра трупа на месте происшествия.

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

В ходе исследования экспертом осуществляется забор трупного материала для дополнительных лабораторных исследований.

Для гистологического исследования от трупа берутся кусочки органов и тканей из тех участков, в которых подозревается наличие патологии. Гистологическое исследование кусочков органов и тканей осуществляется для изучения микрокартины строения тканей. Сочетание наличия изменений на макро- и микроуровнях делает выводы более обоснованными.

Для судебно-химических исследований берут кровь, мочу, содержимое желудка и кишечника, целую почку с капсулой, участок печени с желчным пузырем. При необходимости перечень органов и тканей, из которых производится забор, может быть расширен. Данное исследование проводится для определения яда и его концентрации в жидкостях, органах и тканях тела человека.

Для определения биологических характеристик крови производится ее забор для биологического исследования.

Для медико-криминалистического исследования забираются кожные лоскуты с повреждениями, часть внутреннего органа с раневым каналом и пр. Данное исследование применяется для получения информации о точной характеристике повреждения и орудии, которым повреждение было причинено.

По итогам исследований составляется акт судебно-медицинского исследования трупа (в случае судебно-медицинского исследования трупа) или заключение эксперта (в случае судебно-медицинской экспертизы трупа). После разрешения следователя труп вместе со справкой врача о причине смерти передается родственникам для захоронения. После захоронения родственниками в ЗАГСе осуществляется замена справки на свидетельство о смерти. Согласно ст. 12 Федерального закона Российской Федерации от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле»[1] при отсутствии родственников либо законного представителя умершего или при невозможности осуществить ими погребение, а также при отсутствии иных лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение, погребение умершего на дому, на улице или в ином месте после установления органами внутренних дел его личности осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела в течение трех суток с момента установления причины смерти. Погребение умерших, личность которых не установлена органами внутренних дел в определенные законодательством Российской Федерации сроки, осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела с согласия указанных органов путем предания земле на определенных для таких случаев участках общественных кладбищ.

3. Порядок обнаружения, изъятия и направления на судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств биологического происхождения

В процессуальном значении согласно ст. 81 УПК РФ вещественными доказательствами признаются любые предметы:

1) которые служили орудиями преступления или сохранили на себе следы преступления;

2) на которые были направлены преступные действия;

3) иные предметы и документы, которые могут служить средствами для обнаружения преступления и установления обстоятельств уголовного дела.

[1] О погребении и похоронном деле : федеральный закон Российской Федерации от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

В судебно-медицинском, непроцессуальном понимании вещественными доказательствами являются объекты биологического происхождения (различные органы, ткани и выделения человека). Объекты биологического происхождения могут выступать в качестве самостоятельных объектов (кровь на полу), либо в качестве наложений на предмете-носителе (кровь на ноже).

На месте происшествия могут быть хорошо видимые, слабовидимые и невидимые следы биологического происхождения.

В качестве хорошо видимых следов выступают следы крови, особенно в случаях, когда на трупе имеются множественные повреждения или повреждения в области крупных кровеносных сосудов. При грубом массированном механическом воздействии на тело человека (размятии, отрывах частей тела), хорошо выраженные следы биологического происхождения (содержимое кишечника, жировая клетчатка).

Многие из веществ биологического происхождения образуют слабовидимые следы (слюна, волосы, сперма). Для облегчения поиска следов крови рекомендованы предварительные пробы с перекисью водорода, гемофаном и др.

К невидимым следам биологического происхождения относятся объекты, невидимые невооруженным глазом. Это могут быть клетки полости рта на окурках, влагалищные клетки на половом члене, следы слюны на бумаге. Если следы не дают специфического свечения в ультрафиолете (клетки), то нельзя их выявить и с помощью спецтехники. Поэтому в случае обнаружения предметов, на которых предположительно могут быть невидимые следы, их необходимо изымать целиком (окурки) либо делать с них смывы (половой член).

При упаковке вещественных доказательств со следами биологического происхождения следует соблюдать следующие правила[1]:

– одежду и иные малогабаритные вещественные доказательства изымать целиком и упаковывать таким образом, чтобы исключить изменение или утрату следа;

– при больших размерах предметов-носителей их части со следами, а также с участками, свободными от этих следов, изымать (вырезать, выпиливать);

---

[1] Сидоров В. Л. Сравнительная характеристика методов исследования вещественных доказательств, применяемых для установления наличия крови и выделений в Российской Федерации и в зарубежных странах // Вестник судебной медицины. 2020. № 1. С. 10; Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

– с ценных и громоздких предметов делать соскобы или смывы тампоном (аналогичные соскобы и смывы делают и с незапятнанной поверхности предмета);

– пятна, находящиеся на грунте, изымать вместе с грунтом, желательно на всю глубину пропитывания (изъятый грунт рассыпают тонким слоем, просушивают и упаковывают в бумажные пакеты, которые направляют на исследование, контрольные пакеты подготавливают аналогично);

– пятна крови на снегу, равно как и жидкую кровь, сперму, мочу собирать на чистую марлю (бинт), сложенную в несколько слоев (марлевый тампон кладут на дно какого-либо сосуда, высушивают, упаковывают и передают на исследование, обязательно прикладывая контрольный образец марлевого тампона; если пятно бралось со снегом, то контрольный образец марлевого тампона должен быть пропитан незапятнанным снегом и высушен);

– волосы (или объекты, их напоминающие) собирать пинцетом с резиновыми наконечниками в отдельные пакетики из бумаги, упаковывая по отдельности. Образцы волос с головы потерпевшего и подозреваемого берутся в виде пучка по 15–20 волос из 5 областей головы: лобной, теменной, затылочной, правой и левой височных. Волосы отрезаются ножницами у основания, каждая группа волос упаковывается отдельно.

Предметы, на которых предполагается наличие следов биологического происхождения, помещают по отдельности в бумажные конверты (свертки) или коробки. Упаковка объектов биологического происхождения в полиэтиленовые мешки недопустима.

В зависимости от характера подлежащих разрешению вопросов биологические материалы направляются в определенное отделение судебно-медицинской лаборатории Бюро. Деятельность этих отделений регламентирована Приказом № 346н.

В судебно-химическом отделении в основном исследуются внутренние органы, жидкости организма (кровь, моча и др.) и ткани трупов на наличие в организме ядовитых веществ.

В судебно-биологическом отделении проводится определение видовой и групповой принадлежности объектов биологического происхождения (кровь, сперма, волосы, слюна, моча, пот). При исследовании данных объектов (кроме крови) необходимо предоставление образцов крови и слюны. Результаты биологической экспертизы носят ориентирующий характер и используются только в качестве оправдательного доказательства. Для подтверждения обвинения применяется молекулярно-генетическая идентификация.

Медицинская молекулярно-генетическая экспертиза производится в биологическом отделении Бюро (спорное отцовство) и экспертно-криминалистическом центре (по уголовным делам).

На экспертизу спорного отцовства предоставляется кровь отца, матери и ребенка в жидком (опечатанном пенициллиновом флаконе) либо сухом (на марле) виде. Каждый образец крови опечатывается отдельно и заверяется судом. Судом должны быть также заверены протоколы забора крови и документ, удостоверяющий личность.

На экспертизу по уголовным делам предоставляются любые биологические материалы (кровь, сперма, волосы, губчатое вещество костей, пульпа зубов, буккальный эпителий и пр.), содержащие ДНК, только в высушенном виде. С целью экономии средств молекулярно-генетическая экспертиза производится только после проведения биологической экспертизы.

На цитологическое исследование направляются материалы с целью обнаружения различных типов клеток смыва с органов (половые преступления), орудий преступления (ножи и пр.), экстракты из органов (почки, легкие, кости) для обнаружения планктона при утоплении.

В гистологическое отделение направляются ткани с целью обнаружения в них патологических изменений. Ткани у трупа изымаются судебно-медицинским экспертом.

В медико-криминалистическом отделении может проводиться исследование предполагаемого орудия преступления, скелетированного трупа с целью идентификации личности умершего человека. Кроме самого трупа или его останков на экспертизу должны быть представлены сравнительные материалы о предполагаемом человеке (медицинские документы, фотоснимки, зубные протезы).

4. Идентификация неопознанных трупов

Сложность ситуации с идентификацией трупов обусловлена ежегодным обнаружением на территории России десятков тысяч неопознанных граждан[1]. Несмотря на снижение количества дел, связанных с установлением личности неопознанных трупов, эффективность мероприятий по идентификации тел погибших оставляет желать лучшего. Так, согласно статистическим данным МВД России за период с 2018 по 2021 годы доля дел, прекращенных в связи с отождествлением личности трупа, не превышает 20 %[2]. В целом удельный вес установленных лиц мал по отношению к тем, чью личность еще не удалось установить. Кроме того, проблема отождествления неопознанных трупов обусловлена вопросами, связанными с применяемыми методами идентификации, а также вопросами право-

[1] Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. URL: http://www.fedstat.ru (дата обращения: 11.01.2022).

[2] Министерство внутренних дел Российской Федерации : официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: https://мвд.рф (дата обращения: 11.01.2022).

вого характера. Это обуславливает необходимость совершенствования существующей системы методов отождествления личности неопознанных трупов[1].

Рутинным методом идентификации является опознание. Однако это достаточно субъективный метод, который часто влечет за собой ошибки, поэтому следует проявлять определенную степень критичности к его результатам.

Основное место в идентификации неопознанных трупов занимают специализированные учеты, объеденные в научно разработанную систему уголовной регистрации (автоматизированные информационно-поисковые системы «АБД-Центр», «Опознание», «Розыскник»). Однако практика показывает, что материалы, представленные в бюллетенях оперативно-разыскной работы, недостаточно информативны. Кроме того, нередки случаи осуществления поздней фотофиксации неопознанного лица – после проведения судебно-медицинской экспертизы трупа либо после появления признаков поздних трупных изменений, вследствие чего могут измениться внешние признаки лица, подлежащего опознанию. Вышесказанное свидетельствует о том, что действующая система регистрации требует пересмотра и расширения функциональных возможностей.

Самым распространенным и эффективным методом идентификации неопознанных трупов, при условии наличия отпечатков в базе данных, остается дактилоскопия, основанная на индивидуальности папиллярных узоров человека.

Однако вследствие поздних трупных изменений и повреждающего воздействия факторов внешней среды папиллярные узоры могут быть повреждены до такой стадии, что их невозможно предоставить на идентификацию. Среди недостатков следует отметить невозможность применения данного метода в случае выраженных гнилостных изменений или повреждения пальцевых узоров различными физическими и химическими факторами.

Судебно-биологический (серологический) метод основан на верификации группы крови (резус-фактор, система АВ0, гаптоглобин) и определении половой принадлежности неопознанного лица. Выводы данной экспертизы носят вероятностный характер. Кроме того, при выраженных гнилостных изменениях трупа данный метод неприменим.

В основе молекулярно-генетического метода лежит генетическая индивидуальность каждого человека. В качестве сравнительного материала,

[1] Сальманов А. А., Васильченко А. В. Вопросы судебно-медицинской идентификации личности и определения возраста человека // Деятельность органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите в современных условиях: вопросы теории и практики. Уфа, 2015. № 2. С. 147.

как правило, берут биологические материалы предполагаемых родственников без вести пропавшего лица.

Несмотря на высокую точность методики данный вид исследования имеет ряд существенных недостатков, которые обусловлены: неэффективностью при работе с образцами гемолизированной крови, невозможностью использования при воздействии на трупы высоких температур, вероятностью контаминации образца чужеродной ДНК при неправильно осуществленном заборе материала.

Следует отметить, что идентификация личности с помощью молекулярно-генетического исследования невозможна без сравнительного материала. Рутинным способом получения информации для исследования являются: получение образцов биологических материалов от предполагаемых родственников погибшего, а также сведения из Федеральной базы геномной регистрации. Низкая эффективность идентификационных исследований неопознанных трупов свидетельствует о необходимости расширения базы, содержащей сведения о геномном материале.

Краниометрический, рентгенологический, судебно-стоматологический методы идентификации (по костям и зубам) используются при невозможности применения традиционных методов. К преимуществам данных методов относят сохранность идентификационных признаков, не смотря на неблагоприятное воздействие внешней среды (гниение, крайние температуры и пр.), что обуславливает их выбор при невозможности производства молекулярно-генетических исследований. К недостаткам следует отнести длительность производства идентификационных исследований, что делает неприемлемым их применение при необходимости отождествления личности в кратчайшие сроки, а также в случае массовой гибели людей.

Краниометрический метод при помощи компьютерной технологии обнаруживает сличительные черты при жизни и после смерти. Описываемый метод эффективен, так как благодаря технологиям можно восстановить предположительную внешность по черепу, получить информацию о возрасте, поле, расе, отличительных признаках черт лица.

При рентгенологическом методе производятся рентгенограммы отделов костей скелета. Данный метод актуален и при обнаружении тела на поздней трупной стадии при наличии информации рентгеновских данных живого человека, так как без сличения он не информативен.

Остеометрический метод основан на медико-криминалистическом изучении костных останков. Также можно узнать возраст, рост и пол трупа по костям. Данная методика трудоемка, однако актуальна и информативна при выраженных трупных изменениях либо повреждении трупа факторами внешней среды или попытке искусственного уничтожения трупа.

Судебно-стоматологический метод. Зубы являются одним из самых точных и сохраняющихся показателей, которые не изменяются после

смерти ни на каком этапе. Метод идентификации по стоматологическим признакам действенен при наличии сведений о зубном ряде из медицинской карты лица, пропавшего без вести.

Таким образом, в криминалистике для отождествления личности неопознанного трупа используется широкий перечень методов, среди которых выделяют визуальное и опосредованное опознание, комплексную идентификацию по криминалистическим и оперативным учетам и идентификационные экспертизы. Данные методы имеют высокую эффективность при расследовании преступлений и в тоже время не лишены недостатков.

Отождествление личности невозможно без сравнительного материала, недостаток которого снижает эффективность мероприятий по идентификации трупа. Для ее повышения мы полагаем необходимым создание единой идентификационной базы, включающей в себя данные как федеральных баз дактилоскопической и геномной регистрации, автоматических информационных поисковых систем, так и региональной информационно-аналитической медицинской системы «ПроМед» (информация о стоматологическом статусе, перенесенных операциях и травмах), внесение в федеральную базу геномной регистрации сведений о родственниках без вести пропавших лиц.

РАЗДЕЛ 2. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Лекция 10. Общие положения и содержание предмета «Судебная психиатрия»

Вопросы лекции

1. Предмет, задачи, структура и методы судебной психиатрии.
2. Вменяемость, невменяемость, дееспособность и недееспособность в судебной психиатрии.
3. Неотложная психиатрическая помощь.

1. Предмет, задачи, структура и методы судебной психиатрии

Прежде чем перейти к рассмотрению вопросов лекции, следует подчеркнуть, что судебная психиатрия решает проблемы на основании законов Российской Федерации, требований УК РФ и Гражданского кодекса Российской Федерации[1] (далее – ГК РФ), а также УПК РФ и служит целям отечественного правосудия и здравоохранения.

Общественно опасные деяния, совершенные лицами, признанными невменяемыми, составляют менее 1 % всех совершенных преступлений каждый год[2]. Однако число лиц, которым требуется помощь психиатра, резко возрастает с учащением социальных катаклизмов и усилением политизации общества, что является индикатором социального неблагополучия. В учреждениях уголовно-исполнительной системы содержатся до 60 % осужденных, имеющих психические расстройства. По экспертным оценкам, в настоящее время в местах лишения свободы в психолого-психиатрической помощи нуждается каждый третий осужденный. При целенаправленном обследовании диагностированы те или иные психические нарушения у 72 % убийц, из них более половины (51 %) нуждается в психокоррекционных мероприятиях[3].

При совершении общественно опасного деяния психически больным подлежит доказыванию наличие у данного лица психических расстройств в прошлом, степень и характер психического заболевания в момент совершения деяния, запрещенного уголовным законом, или во время производ-

---

[1] Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

[2] Лекомцев В. Т. Судебная психиатрия : учебное пособие для вузов. М., 2021. С. 26.

[3] Васильченко А. В., Лонщакова А. Р. Возможности использования результатов специальных психофизиологических исследований и судебно-медицинской экспертизы лиц, обнаруживающих признаки симуляции, аггравации соматических заболеваний // Пробелы в российском законодательстве. 2014. № 5. С. 230.

ства по уголовному делу; связано ли психическое расстройство лица с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда (ст. 434 УПК РФ).

В этой связи главенствующее значение приобретает знание будущими сотрудниками основ судебной психиатрии, умение применять специальные знания в данной области для раскрытия и расследования преступлений.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы устанавливается вменяемость в уголовном процессе или дееспособность в гражданском процессе в отношении совершения конкретного деяния, в определенный промежуток времени, возможно, совпавший с обострением психического заболевания.

Кроме того, знание основ судебной психиатрии, умение взаимодействовать со специалистами способствуют профилактике совершения общественно опасных деяний лицами, имеющими психические расстройства. Имеющиеся данные о психиатрической патологии в судебной психиатрии позволяют прогнозировать совершение общественно опасных деяний отдельными лицами с определенным набором болезненных психических проявлений (первичная профилактика) и их повторение (вторичная профилактика).

Судебная психиатрия является самостоятельным разделом психиатрии – науки о психических заболеваниях. Судебная психиатрия – прикладная отрасль медицинской науки психиатрии (общей психиатрии). Если общая психиатрия занимается изучением причин возникновения, закономерностей развития и исхода различных психических расстройств с целью оказания психически больным лечебно-реабилитационной помощи, то судебная психиатрия изучает психические расстройства в целях оказания содействия правосудию. В научно-теоретическом отношении судебная психиатрия тесно связана со многими юридическими дисциплинами – уголовным и уголовно-процессуальным правом, гражданским и гражданско-процессуальным правом.

Целью изучения дисциплины «Судебная психиатрия» является подготовка юриста, способного эффективно использовать возможности судебно-психиатрической экспертизы при раскрытии и расследовании преступлений, разрешении гражданских дел[1].

Для достижения стоящей перед судебной психиатрией цели необходимо содружество как с юридическими науками (криминалистикой, криминологией, теорией оперативно-разыскной деятельности, уголовным, гражданским и уголовно-исполнительным правом и др.), так и общественными науками (философией, социологией, психологией, педагогикой, ло-

[1] Судебная психиатрия : учебное пособие для вузов. М., 2021. С. 7.

гикой, этикой), но главным образом – с медицинскими науками (клинической психиатрией, судебной медициной и биологией, медицинской психологией, неврологией, терапией и многими другими).

В каждом субъекте Российской Федерации существуют амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии (АСПЭК). Однако специальные отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, часть из которых предназначена для лиц, содержащихся под стражей, а также отделения, в которых проходит принудительное лечение лиц, признанных невменяемыми, имеются не во всех субъектах Российской Федерации, что обуславливает определенные сложности в работе правоохранительных органов.

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

В соответствии со ст. 196 УПК РФ к обязательным поводам для назначения судебно-психиатрической экспертизы относятся:

− психическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве, в том числе его нуждаемость в лечении в стационарных условиях;

− психическое состояние подозреваемого, обвиняемого в возрасте старше восемнадцати лет в совершении преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего возраста четырнадцати лет, для решения вопроса о наличии или об отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения (педофилии);

− психическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда имеются основания полагать, что он является больным наркоманией;

− психическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания.

К основаниям повода для назначения судебно-психиатрической экспертизы относят:

− обращение за психиатрической помощью (амбулаторной, стационарной);

− прохождение психиатрической экспертизы;

− перенесенное воспаление головного мозга (энфефалит) и (или) его оболочек (менингит), а также тяжелые черепно-мозговые травмы (ушиб мозга;

− отставание в психическом развитии;

− ходатайство родственников или самого обвиняемого;

− подозрение на наличие психического расстройства у обвиняемого, возникшее у сотрудников правоохранительных органов в ходе проведения

следственных действий (неадекватное поведение), изучении материалов дела (жестокость или нелепость противоправного деяния).

В соответствии с п. 5 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 января 2017 г. № 3н «Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы»[1] (далее − Приказ № 3н) производство судебно-психиатрической экспертизы осуществляется в виде:

а) однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы;

б) комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы (живых лиц и заочной, в том числе посмертной, по медицинским документам и иным материалам), включая психолого-психиатрическую и сексолого-психиатрическую;

в) однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизы;

г) комплексной стационарной судебно-психиатрической экспертизы, в том числе психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической.

К редко назначаемым формам экспертиз относится экспертиза в кабинете следователя, которая носит характер консультации о вменяемости (процессуальной дееспособности) подэкспертного лица и необходимости назначения судебно-психиатрической экспертизы в амбулаторной или стационарной формах.

Экспертиза в судебном заседании назначается в случае обнаружения оснований или поводов для назначения судебно-психиатрической экспертизы, не выявленных в ходе предварительного следствия.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза назначается после смерти подэкспертного лица.

Заочная судебно-психиатрическая экспертиза проводится без присутствия подэкспертного. Причиной назначения подобной экспертизы может явиться состояние здоровья лица, подлежащего экспертизе. Данный вид экспертизы возможен только в рамках рассмотрения гражданских дел.

В составе комиссии экспертов, которой поручено производство судебно-психиатрической экспертизы, каждый эксперт независимо и самостоятельно проводит исследования, оценивает результаты, полученные им лично и другими экспертами, и формулирует выводы по поставленным вопросам в пределах своих специальных знаний. Один из экспертов указанной комиссии может выполнять роль эксперта-организатора (п. 4 Приказа № 3н).

Согласно п. 8 Приказа № 3н производство судебно-психиатрической экспертизы включает три этапа:

1) установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности;

---

[1] Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 января 2017 г. № 3н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

2) судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов;

3) подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом, судьей, лицом, производящим дознание, следователем.

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза состоит в однократном, реже повторном, освидетельствовании лица комиссией психиатров. Основное преимущество амбулаторной экспертизы – ее краткосрочность и оперативность, а недостаток – ограниченные возможности обследования и наблюдения. Первый и второй этапы включают обследование лица и изучение сопроводительной документации и составляют в совокупности 20 дней (п. 13 Приказа № 3н). На третий этап (оформление заключения) отводится до 10 дней (п. 16 Приказа № 3н).

Амбулаторная экспертиза проводится, как правило, при известном психическом расстройстве, когда подэкспертный ранее наблюдался у психиатра.

Основанием для назначения стационарной экспертизы служат данные анамнеза и статуса, которые позволяют предположить начальные этапы или стертые формы процессуальных заболеваний, динамику психопатических, невротических состояний к моменту преступления или проведения экспертизы. Стационарная экспертиза необходима при трудностях диагностики снижения интеллекта, для уточнения характера и частоты пароксизмальных состояний. Необходимость длительного клинического наблюдения и лабораторных исследований также является основанием для назначения стационарной экспертизы.

На первый и второй этапы стационарной экспертизы выделяется до 30 дней (п. 14 Приказа № 3н). В случае необходимости по мотивированному ходатайству эксперта или комиссии экспертов срок пребывания лица, в отношении которого производится стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, может быть продлен судом по месту нахождения указанной медицинской организации еще на 30 дней. В исключительных случаях в том же порядке возможно повторное продление срока пребывания лица, в отношении которого производится стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях. При этом общий срок пребывания лица в указанной медицинской организации при производстве одной судебно-психиатрической экспертизы не может превышать 90 дней Срок оформления заключения при стационарной экспертизе также составляет 10 дней.

Важное значение имеет знание сотрудниками методов исследования, применяемых в психиатрии. В соответствии с п. 10 Приказа № 3н психиатрическое исследование включает:

а) сбор объективного анамнеза, в том числе данные о наследственной отягощенности психическими расстройствами, об особенностях психиче-

ского развития, о семейном и социальном статусе, об особенностях реагирования на различные жизненные ситуации, о психических травмах, об особенностях психического состояния и поведения во время производства судебно-психиатрической экспертизы и в период действий, по поводу которых ведется производство по данному делу;

б) сбор субъективного анамнеза, включая опрос с целью выявления клинических фактов, определяющих психическое состояние лица, в отношении которого производится судебно-психиатрическая экспертиза. Во время сбора субъективного анамнеза оцениваются особенности внешнего вида, мимики, движения и речи лица, в отношении которого производится судебно-психиатрическая экспертиза, а также его манера держаться во время обследования. При выявлении кратковременных отключений сознания описывается их длительность, внешние проявления (побледнение кожных покровов, наличие дополнительных движений) для уточнения характера патологического состояния;

в) клиническое (психопатологическое) исследование, включая анализ письменной продукции, различных видов художественной и творческой деятельности лица, в отношении которого производится судебно-психиатрическая экспертиза, а также сведений, полученных из дневниковых записей наблюдения за ним медицинских работников (при производстве стационарной судебно-психиатрической экспертизы);

г) физикальное исследование, включающее соматическое и неврологическое обследование лица, в отношении которого производится судебно-психиатрическая экспертиза.

2. Вменяемость, невменяемость, дееспособность и недееспособность в судебной психиатрии

Для обоснования невменяемости имеет значение понимание болезненных расстройств психики. При психическом заболевании болезненное, измененное отражение объективно существующей реальности лишает человека способности правильно понимать и оценивать совершаемые поступки, регулировать свое поведение. Клинические данные свидетельствуют о том, что нарушение отражения реального мира при различных психических болезнях различно. Так, в одних случаях нарушается прежде всего высшая форма отражения – мышление, в других – чувственное познание, и т. д.

Болезненные расстройства психики могут приводить к общественно опасным действиям, за которыми не последует юридической ответственности.

В соответствии с законом условия невменяемости определяются формулой невменяемости (ст. 21 УК РФ):

1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невме-

няемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) 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 УК РФ.

В структуре формулы невменяемости выделяют два критерия: медицинский и юридический. Медицинский (психиатрический) критерий невменяемости представляет собой обобщающий перечень психических болезненных расстройств, которые подразделяются на четыре группы:

1) хроническое психическое расстройство;

2) временное психическое расстройство;

3) слабоумие;

4) иное болезненное состояние психики.

Юридический критерий невменяемости сформулирован в УК РФ как «невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». Юридический (психологический) критерий включает два признака: интеллектуальный (невозможность осознавать фактический характер своих действий (бездействия)) и волевой (невозможность руководить своими действиями), которые дают более полную, всестороннюю характеристику психических расстройств, выявленных у подэкспертного.

Возможно наличие медицинского критерия невменяемости при отсутствии обоих признаков юридического (например, при эпилепсии с редкими судорожными припадками и незначительными изменениями личности), что свидетельствует о вменяемости. Отсутствие одного из признаков юридического критерия (достаточная сохранность интеллектуально-мнестических функций) при изменении способности руководить своими действиями делает экспертное заключение особенно сложным. Например, при негрубых аномалиях психики отсутствует медицинский критерий невменяемости и, несмотря на наличие юридического критерия, выносится заключение о вменяемости.

Решение экспертных вопросов в случае возникновения психического заболевания после совершения преступления предусмотрено ч. 1 ст. 81 УК РФ, согласно которой освобождается от наказания лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

Вопросам ограниченной вменяемости посвящена ст. 22 УК РФ. В ней говорится: «Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осозна-

вать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности». Однако такое психическое расстройство учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для применения наряду с наказанием принудительной меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ч. 2 ст. 99 УК РФ).

Вопрос освобождения от уголовной ответственности несовершеннолетнего, достигшего определенного возраста, когда он подлежит ей по определенным статьям ч. 3 ст. 20 УК РФ, решается следующим образом: «Если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности». Принудительные меры медицинского характера (не путать с психокоррекционными и воспитательными мероприятиями) в отношении данного лица также не применяются.

Основания принудительных мер медицинского характера регламентированы ст. 99 УК РФ:

1. Признание невменяемым после общественно опасного деяния.

2. Признание ограниченно вменяемым после совершения преступления.

3. Развитие психического расстройства, делающее невозможным отбытие наказания после совершения преступления.

4. Половое преступление против несовершеннолетних при педофилии.

Виды принудительных мер медицинского характера (ст. 99 УК РФ):

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Вопрос изменения или прекращения принудительных мер медицинского характера решается судом на основании ходатайства учреждения, реализующего данные меры, при изменении психического состояния лица в худшую или лучшую сторону (ст. 102 УК РФ).

Согласно ст. 103 УК РФ осуществляется зачет времени применения принудительных мер медицинского характера к сроку наказания в соотношении день за день. Рассмотрим пример: обвиняемый в момент совершения преступления был вменяем, однако после заключения его под стражу у него возникло временное психическое расстройство (реактивный

психоз), не позволяющее проводить с ним следственные действия. После назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы в соответствии с ч. 1 ст. 81 УК РФ данное лицо было признано невменяемым и было госпитализировано по решению суда для принудительного лечения в психиатрический стационар общего типа. Через 3 месяца временное психическое расстройство данного гражданина завершилось выздоровлением. Комиссией врачей психиатров он был признан вменяемым, и по решению суда принудительные меры медицинского характера в отношении него были прекращены. С обвиняемым были возобновлены следственные действия, в суде доказали его вину и ему было назначено наказание. Однако 3 месяца принудительных мер медицинского характера зачлись в срок отбывания наказания.

Гражданская дееспособность предусматривает наличие у гражданина такого психического состояния, которое позволяет ему понимать значение своих действий и руководить ими, или, как принято считать, быть в здравом уме и твердой памяти.

Согласно ст. 29 ГК РФ совершеннолетний гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным). Над лицом, признанным недееспособным, устанавливается опека. Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав на обладание имуществом, его наследование по завещанию и т. п., но дарить, продавать, совершать другие сделки от имени недееспособного должен его опекун.

Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения. В заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у гражданина психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значение своих действий или руководить ими. Судья при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу. При явном уклонении гражданина, в отношении которого возбуждено дело, от прохождения экспертизы суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу.

Эксперты должны решать вопрос о наличии психического расстройства и о его влиянии на степень подэкспертного понимать значение своих действий и руководить ими. При этом эксперты не вправе делать вывод о недееспособности; этот вопрос решается лишь судом. Экспертное заключение, как и все другие доказательства – объяснения заявителя, заинтере-

сованного лица, его представителя и третьих лиц, показания свидетелей, консультации и пояснения специалистов, письменные и вещественные доказательства, аудиозаписи и видеозаписи, – не имеет для суда заранее установленной силы: доказательства оцениваются лишь в их совокупности. Суд вправе как принять экспертное заключение в качестве обоснования выводов суда, так и отвергнуть его.

Статья 29 ГК РФ содержит медицинский и юридический критерии признания гражданина недееспособным. Для признания лица недееспособным необходимо совпадение медицинского критерия с юридическим. Определяющее значение в этих случаях принадлежит юридическому критерию, характеризующему степень и глубину выявленного психического расстройства, лишающего (не лишающего) подэкспертного способности понимать значение своих действий и руководить ими.

Правовая оценка действий психически больного в гражданском законодательстве при заключении сделок зависит от тяжести его психического состояния. Психически больной человек может совершать сделку в том случае, если эксперт подтверждает, что больной понимает смысл контракта. Завещатель аналогично должен находиться в ясном уме и твердой памяти, но не обязательно быть полностью психически здоровым.

При развитии способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц суд признает такого гражданина ограниченно дееспособным, а при восстановлении способности – дееспособным.

Вопросы ограниченной дееспособности регламентируются ст. 30 ГК РФ, согласно которой гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности. Если психическое состояние гражданина, который вследствие психического расстройства был ограничен в дееспособности, изменилось, суд признает его недееспособным или отменяет ограничение его дееспособности.

Затронем тему соотношения понятий недееспособности и невменяемости. Понятие невменяемости относится к сфере уголовного законодательства, а понятие недееспособности – к сфере гражданского. В реальной жизни одно и то же лицо может быть признано судом невменяемым в отношении совершенного им общественно опасного деяния (в уголовном процессе) и оставаться дееспособным, если не было ходатайстве о производстве судебно-психиатрической экспертизы для признания его недееспособным. Дееспособность сохраняет за гражданином реализовать свои гражданские права в период реализации в отношении него принудительных мер медицинского характера. Решение вопросов о вменяемости – дееспособности отнесено законом к компетенции суда, но основу для такого решения составляет заключение экспертизы.

Фактическим основанием постановки вопросов о невменяемости и недееспособности является наличие обоснованных предположений о существовании у лица психических расстройств, лишающих его возможности осознавать свои действия либо руководить ими. Как следует из сопоставления текста ч. 1 ст. 21 УК РФ и ч. 1 ст. 29 ГК РФ, формула невменяемости весьма схожа с формулой недееспособности.

Юридический критерий при невменяемости и недееспособности – полный, то есть у подэкспертного лица имеются психические нарушения, лишающие его возможности осознавать свои действия (интеллектуальный компонент) или руководить ими (волевой компонент) без каких-либо оговорок. О неполном юридическом критерии следует говорить, когда лицо не могло осознавать характер своих действий и руководить ими не в полной мере (ст. 22 УК РФ и ст. 30 ГК РФ).

Однако медицинский критерий невменяемости – четкий (подробно определены четыре группы психических расстройств: хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие либо иное болезненное состояние психики), а медицинский критерий недееспособности – нечеткий: указано наличие психического расстройства без конкретизации.

Вопрос о невменяемости лица возникает только в случае совершения им уголовно наказуемого деяния. Юридическим основанием для производства судебно-психиатрической экспертизы является постановление следователя или определение суда. Вопрос о недееспособности лица решается в гражданском процессе. Юридическим основанием для производства судебно-психиатрической экспертизы определение суда по ходатайству одной из сторон процесса.

Заключение судебного эксперта врача-психиатра имеет ретроспективный характер. Он оценивает состояние вменяемости подэкспертного лица в момент совершения деликта либо дееспособности в момент заключения сделки.

Решение суда о недееспособности подэкспертного и назначении ему на этом основании опекуна имеет перспективный характер: лицо признается недееспособным на будущее. Оно может быть признано дееспособным лишь судом и только в случае, если отпали основания считать его недееспособным (после производства другой судебно-психиатрической экспертизы). Решение суда о невменяемости подэкспертного перспективного характера не несет. Например, после прекращения судом принудительных мер медицинского характера больной совершил повторный деликт, аналогичный по содержанию предыдущему. В данном случае на основании постановления следствия или суда для оценки вменяемости необходимо назначение судебно-психиатрической экспертизы.

Последствия признания лица невменяемым и недееспособным различны. Лицо, признанное невменяемым, не подлежит уголовной ответ-

ственности за деяние, совершенное в состоянии невменяемости. Ему в соответствии с ч. 2 ст. 21 УК РФ могут быть назначены принудительные меры медицинского характера. Лицо, признанное судом недееспособным, лишается права совершать гражданско-правовые сделки. Над ним устанавливается опека. Именно опекун совершает от имени и в интересах недееспособного все необходимые сделки.

Лицо, признанное судом недееспособным, может быть помещено в психиатрический стационар, если эксперт-психиатр в своем заключении констатирует у него наличие острого психического заболевания и укажет на необходимость его госпитализации и стационарного лечения. Осуществляет госпитализацию психиатр психоневрологического диспансера по месту жительства больного. Необходимо подчеркнуть, что в этих случаях госпитализация психически больного в стационар не является следствием решения о его недееспособности.

Психическое расстройство с определившимся неблагоприятным прогнозом дает основание предполагать в будущем недееспособность психически больного и его невменяемость. Чаще всего эти две характеристики сочетаются при непрерывно прогредиентном и злокачественном течении психических заболеваний со стойкими и выраженными болезненными изменениями психики (например, при шизофрении, прогрессивном параличе, старческих психозах и некоторых других состояниях).

В то же время лицо, совершившее общественно опасное деяние в период обострения (приступа) хронического психического заболевания признается невменяемым, недееспособным, а сделка считается недействительной. Однако у такого лица способность осуществлять свои гражданские права и нести гражданские обязанности в будущем в состоянии ремиссии сохраняется. В последнем случае дается судебно-психиатрическая оценка психически больного в период стойкой ремиссии.

Временные психические расстройства (например, исключительные состояния, интоксикационные, реактивные и другие психозы) не исключают дееспособности в будущем. Сделка или другой гражданский акт, совершенные в период данного психического нарушения, являются недействительными, а такое лицо в момент уголовного деяния признается невменяемым.

При слабоумии, когда решается вопрос о невменяемости и недееспособности лица, всегда исходят из основного психиатрического диагноза, который указывает врожденную его форму или приобретенную. Именно клинический диагноз, степень компенсации патологического процесса и прогноз психиатров в отношении заболевания у субъекта судебно-психиатрической экспертизы позволяют высказать мнение об уголовной или гражданской ответственности психически больного человека, страдающего слабоумием.

Итак, рассуждения показывают необходимость обязательной постановки клинического диагноза в случае невменяемости и недееспособности и правовой оценки деяний, совершенных лицом в разные периоды времени, и принятия к таким психически больным различных мер медицинского воздействия.

3. Неотложная психиатрическая помощь

Общественно опасное действие – действие или бездействие, нарушившее общественные отношения, предусмотренные Особенной частью УК РФ, совершенное вследствие обусловленного психическим расстройством отсутствия у больного способности к адекватному восприятию окружающей действительности и своих действий, а также к руководству ими. Под опасностью психически больного понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления предопределяют неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному.

Факт наличия психической патологии не является фатальной причиной общественной опасности. Суть проблемы состоит в специфике генеза, а также в характере опасного поведения, что проявляется в существенном преобладании у невменяемых агрессивных действий[1].

Одной из основных форм профилактики общественно опасных деяний лицами, имеющими психические расстройства является оказание неотложной психиатрической помощи. Основные положения оказания неотложной психиатрической помощи регламентируются законом Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»[2] (далее – Закон № 3185-1).

Согласно ст. 16 Закона № 3185-1, «под неотложной психиатрической помощью понимают комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным, находящимся либо в состоянии острого психоза, нередко сопровождающегося помрачением сознания, возбуждением, выраженными эмоциональными расстройствами, растерянностью, образным бредом, обманами восприятия (галлюцинациями), либо обнаруживающим хотя и хроническое, но тяжелое психическое расстройство, которое обусловливает в данное время их опасность для себя или для окружающих».

---

[1] Руководство по судебной психиатрии в 2 т. Т. 2 : практическое пособие / под ред. А. А. Ткаченко. М., 2021. С. 202.

[2] О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании : закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

В соответствии с ч. 3 ст. 30 Закона № 3185-1 сотрудники полиции принимают меры для предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц. Сотрудники полиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. При необходимости госпитализации психически больных, не имеющих родственников либо проживающих отдельно, сотрудниками полиции принимаются меры по обеспечению сохранности их имущества.

Согласно ч. 2 ст. 30 Закона № 3185-1 меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации применяются, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации. Применение психотропных средств для уменьшения аффективной напряженности, охваченности психопатологическими переживаниями, смягчения тревоги и страха способствует большей безопасности при транспортировке пациента и приводит к уменьшению использования мер удерживания, фиксации, иммобилизации возбужденного больного.

Установление диагноза психического заболевания является компетенцией врача-психиатра. В сельских районах и небольших населенных пунктах, где нет врачей-психиатров, в экстренных случаях вопрос о направлении больного в психиатрический стационар целесообразно решать врачам других специальностей. При поступлении в психиатрический стационар такое лицо будет обязательно осмотрено врачом-психиатром в приемном отделении (ст. 20 Закона № 3185-1).

Психиатрическое освидетельствование и госпитализация могут быть добровольными, когда больной сам обращается или не возражает против осмотра психиатром и госпитализации, либо недобровольными, когда пациент освидетельствуется и госпитализируется вопреки его желанию.

Недобровольное освидетельствование (ст. 23 Закона № 3185-1) осуществляется в случаях, если психическое расстройство обусловливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

2) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи;

4) нахождение лица на диспансерном учете.

Решение о недобровольном освидетельствовании (ст. 24 Закона № 3185-1) врач-психиатр принимает только в случаях соответствия состояния первому и четвертому критериям.

Если же речь идет о втором и третьем критериях, для недобровольного освидетельствования необходимо решение суда. В данных случаях врач-психиатр направляет в суд по месту жительства гражданина административное исковое заявление о необходимости его освидетельствования в недобровольном порядке. К административному исковому заявлению о психиатрическом освидетельствовании гражданина в недобровольном порядке прилагаются мотивированное заключение врача-психиатра о необходимости такого освидетельствования и другие материалы, на основании которых врачом-психиатром составлено заключение (письменное отношение, подготовленное сотрудниками правоохранительных органов, заявления от соседей, родственников и пр.) и другие имеющиеся материалы (ст. 280 Федерального закона Российской Федерации от 8 марта 2015 г. № 21-ФЗ «Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации»[1] (далее – КАС РФ)). Административное дело по административному исковому заявлению о психиатрическом освидетельствовании гражданина в недобровольном порядке рассматривается судом в течение трех дней со дня принятия административного искового заявления.

При рассмотрении административного дела о психиатрическом освидетельствовании гражданина в недобровольном порядке суду необходимо выяснить:

1) имеются ли сведения о совершении гражданином действий, которые дают основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства;

2) влечет ли тяжелое психическое расстройство последствия в виде беспомощности гражданина и (или) возможности причинения существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если гражданин будет оставлен без психиатрической помощи;

3) наличие факта отказа или уклонения гражданина от психиатрического освидетельствования в добровольном порядке.

Суд принимает решение об удовлетворении административного иска о психиатрическом освидетельствовании гражданина в недобровольном порядке, если признает его обоснованным.

Диспетчер (дежурный врач) скорой психиатрической помощи, принимая вызов, может быть введен в заблуждение тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только, что оно не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном

[1] Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 8 марта 2015 г. № 21-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

порядке (врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данное лицо психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи оно нуждается). Именно об этом он делает запись в медицинской документации, обосновывая ее полученными на месте данными. В этих случаях недобровольное освидетельствование считается не проведенным, а врач не нарушает ст. 23 Закона № 3185-1. Пациенту, заявителю, сделавшему вызов психиатра, и иным лицам следует объяснить, что уточненные в беседе обстоятельства необходимы для принятия решения о необходимости освидетельствования.

Диспетчер (дежурный врач), получив сведения о больном, совершившем опасные поступки, или высказывающем угрозы, приняв вызов, обязан поставить в известность врача бригады, сообщив ему все ставшие известными подробности поведения больного. Получив вызов к социально опасному больному (агрессивному, вооруженному, владеющему приемами рукопашного боя и т. п.), врачу бригады скорой психиатрической медицинской помощи необходимо обратиться за содействием в органы внутренних дел, на территории обслуживания которого находится психически больной. Медицинские работники имеют право не входить без сотрудников полиции в помещение, где находится социально опасный (агрессивный, вооруженный и т. д.) больной.

Недобровольная госпитализация осуществляется в соответствии со ст. 29 Закона № 3185-1, если по результатам недобровольного освидетельствования состояние больного соответствует первому, второму и третьему критериям. Заявление представителя психиатрического стационара о принудительной госпитализации гражданина подается в течение 48 часов с момента помещения гражданина в психиатрический стационар в суд по месту нахождения психиатрического стационара, в который помещен гражданин. К заявлению, в котором должны быть указаны основания для принудительной госпитализации гражданина, в психиатрический стационар прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости пребывания гражданина в психиатрическом стационаре. Данное заявление судья рассматривает в течение 5 дней.

Больной, который подлежит госпитализации в недобровольном порядке, обязан быть освидетельствован в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров, выносящей вердикт об обоснованности госпитализации. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд (ст. 32 Закона № 3185-1), но не позднее 48 часов с момента принудительной госпитализации (ст. 276 КАС РФ), а если необоснованной госпитализированный подлежит немедленной выписке (ст. 32 Закона № 3185-1). Заявление о госпитализации гражданина судья рассматривает в течение 5 дней со дня возбуждения дела (ст. 277 КАС РФ). Следует помнить, что гражданин имеет право лично участвовать в судебном заседании, если его психическое со-

стояние позволяет ему адекватно воспринимать происходящее и его присутствие в суде не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих. Если психическое состояние гражданина позволяет ему лично участвовать в судебном заседании, но его присутствие в помещении суда является невозможным, судебное заседание проводится в больнице.

Согласно ст. 275 КАС РФ административное исковое заявление о госпитализации гражданина в недобровольном порядке или о продлении срока госпитализации гражданина в недобровольном порядке подается в суд по месту нахождения медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в которую помещен гражданин. К административному исковому заявлению о госпитализации гражданина в недобровольном порядке или о продлении срока госпитализации гражданина в недобровольном порядке должны прилагаться:

1) мотивированное и надлежащим образом оформленное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости пребывания гражданина в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, с указанием диагноза, тяжести психического расстройства и критериев его определения, описанием общего состояния гражданина и его поведения и иные материалы, с учетом которых принято решение о помещении гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке;

2) документы, на основании которых составлено заключение комиссии врачей-психиатров о помещении гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, а также документы, свидетельствующие об отказе гражданина от госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в добровольном порядке;

3) мотивированное и надлежащим образом оформленное заключение комиссии врачей-психиатров о том, позволяет ли гражданину его психическое состояние лично участвовать в судебном заседании, в том числе в помещении суда.

В соответствии со ст. 278 КАС РФ при рассмотрении административного дела о госпитализации в недобровольном порядке или о продлении срока госпитализации в недобровольном порядке суду необходимо выяснить:

1) имеется ли у гражданина тяжелое психическое расстройство;

2) влечет ли тяжелое психическое расстройство последствия в виде непосредственной опасности для гражданина или для окружающих, беспомощности гражданина и (или) возможности причинения существенного

вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если гражданин будет оставлен без психиатрической помощи;

3) являются ли обследование и лечение гражданина возможными лишь в условиях медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях;

4) наличие факта отказа или уклонения гражданина от госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в добровольном порядке либо от продления такой госпитализации.

В случае возможности для гражданина участвовать в судебном заседании в помещении суда на медицинскую организацию, которой подано административное исковое заявление, возлагается обязанность обеспечить участие этого гражданина в судебном заседании (ст. 276 КАС РФ).

Согласно ст. 278 КАС РФ обязанность доказывания обстоятельств по административному делу о госпитализации гражданина в недобровольном порядке или о продлении срока госпитализации гражданина в недобровольном порядке лежит на лице, обратившемся в суд с таким заявлением (врач-психиатр).

Согласно ст. 36 Закона № 3185-1 и ст. 102 УК РФ принудительное нахождение больного в стационаре осуществляется только в течение времени, пока есть основания для его пребывания. В период пребывания обязательно освидетельствование комиссией врачей для решения вопроса о прекращении или продлении срока недобровольной госпитализации (не реже 1 раза в месяц в течение полугода, в дальнейшем не реже 1 раза в 6 месяцев). По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно (на практике данный срок составляет 6 месяцев).

При этом заявление о продлении срока госпитализации подается в суд не позднее чем через 48 часов после наступления обстоятельств, свидетельствующих о необходимости продления срока (ст. 276 КАС РФ).

Лекция 11. Общие понятия и причины психических расстройств. Отдельные симптомы расстройств психической деятельности

Вопросы лекции

1. Современные представления о сути психических болезней.
2. Расстройства восприятия. Расстройства сознания.
3. Расстройства мышления. Расстройства эмоций. Расстройства воли.

1. Современные представления о сути психических болезней

Широкое представительство среди правонарушителей лиц с психическими аномалиями ставит перед судебной психиатрией проблему научно обоснованного вычленения наиболее существенных признаков, отличающих норму от психической патологии. Из направленных на судебно-психиатрическую экспертизу в Российской Федерации в 2017 году подэкспертных у 71,2 % были выявлены психические расстройства; 9,3 % были признаны невменяемыми, 3,4 % – ограниченно вменяемыми. В Российской Федерации значительная часть больных (не только с легкими психическими расстройствами) избегают лечения у психиатра и остаются вне поля зрения психиатрической службы. Только 10,6–18,6 % из всех выявленных при сплошном обследовании психически больных состоят на учете в психоневрологических диспансерах. Из общего числа больных с психическими расстройствами около 60 % находятся в трудоспособном возрасте, каждый третий из них работает, каждый четвертый психически больной является инвалидом по психическому заболеванию. В структуре психических расстройств преобладают непсихотические психические расстройства (51,3 %), значительно меньше психозов (26,1 %) и деменций с умственной отсталостью (22,6 %). Среди психозов чуть больше половины приходится на больных шизофренией, включая шизотипические расстройства, шизоаффективные и аффективные психозы (51,9 %), и чуть меньше половины – на органические психозы и (или) слабоумие (40,2 %). Среди непсихотических психических расстройств преобладают органические непсихотические расстройства (43,7 %), невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства (24,3 %) и непсихотические расстройства детского и подросткового возраста (18,2 %). Среди больных с умственной отсталостью преобладает дебильность (72,4 %), другие формы олигофрений наблюдаются реже (27,6 %)[1].

Лица с психическими расстройствами, исключающими вменяемость, ежегодно совершают в нашей стране порядка 1 % от числа преступлений, повлекших возбуждение уголовного дела[2].

Высокая степень распространенности психической патологии в Российской Федерации, нередко носящей общественно опасный характер, обуславливает важность знания признаков психического расстройства будущими сотрудниками органов внутренних дел.

Подобно другим медицинским дисциплинам психиатрия разделяется на две большие части – общую и специальную. Общая психиатрия имеет своей задачей разностороннее изучение отдельных признаков – симптомов

---

[1] Клименко Т. В. Судебная психиатрия : учебник для вузов. М., 2021. С. 22.

[2] Руководство по судебной психиатрии в 2 т. Т. 2 : практическое пособие / под ред. А. А. Ткаченко. М., 2021. С. 202.

и определенных их сочетаний, имеющих закономерные внутренние связи, – синдромов.

Проблема разграничения понятий здоровье – болезнь, норма – патология, судя по истории вопроса, относится к вечным проблемам медицины в целом и судебной психиатрии в частности. Однако единого критерия разграничения нормы и патологии нет и поныне. Состояние психики здорового индивида характеризуется гармоничностью и цельностью всех психических функций, чувством субъективного психического комфорта, способностью к осознанной целенаправленной деятельности адекватным формам поведения. Иными словами, психические функции человека должны реализовываться в полном объеме без отклонений. Кроме того, функции психики должны реализовываться гармонично, одна функция не должна доминировать над другими, подавлять их. При этом состояние здоровья – это не только отсутствие болезней, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. Кроме того, большое значение придается социальной адаптации индивида. Деятельность человека, адаптированного к социальным нормам, должна носить осознанный характер, быть направлена на достижение определенных целей и не выходить за общепринятые в конкретном обществе нормы.

При этом также следует помнить о принципе «презумпции психической нормальности». Суть его заключается в том, что никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания, или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Исходя из вышеизложенного, нас интересуют критерии психических заболеваний. С точки зрения судебной психиатрии психическая болезнь характеризуется измененным состоянием сознания, которое полностью или частично исключает возможность осознавать себя, окружающий мир, свои действия и осознанно регулировать свое поведение. Данное определение близко к юридическому критерию невменяемости, изложенному в ст. 21 УК РФ, определяющим ее как неспособность человека осознавать фактический характер общественно опасных действий либо руководить ими.

Для определения психической патологии применяют различные методы исследования психических функций. Основными являются клинико-психопатологический метод, включающий анамнез, катамнез, наблюдение, беседу (клиническое интервью), а также параклинические методы:

– экспериментально-психологическое исследование, которое проводится с помощью специальных тестов и методик;

– инструментальное (электроэнцефалография, компьютерная томография);

– лабораторные исследования.

Деятельность психики человека зависит от множества факторов, оказывающих на нее как позитивное, так и негативное влияние.

В этой связи большое значение имеет изучение факторов возникновения психических заболеваний. Среди них выделяют следующие:

1. К эндогенным факторам относят внутренние причины развития заболевания (наследственная отягощенность, генетические аномалии). Заболевания, которые возникают вследствие эндогенных факторов, относят к врожденным заболеваниям.

2. К экзогенным факторам относят внешнее воздействие на человека, вызывающее органическое изменение в тканях мозга (интоксикации, инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, нарушения мозгового кровообращения вследствие возрастных изменений) и психогенные факторы, не вызывающие грубых отклонений в тканях мозга, но оказывающие отрицательное влияние на психику.

Любые виды черепно-мозговых травм, ушибы, ранения, контузии, а также нарушения кровообращения и склероз сосудов головного мозга могут являться причиной формирования психических отклонений.

Негативную роль для психического здоровья человека могут сыграть частые психологические переживания, стрессы, социальные потрясения, бессонница и др. Данные виды психозов носят ярко выраженный реактивный характер.

В отдельную группу выделены состояния, обусловленные:

– патологией развития психики (олигофрения);

– патологией развития характера (расстройства личности (психопатии).

Что касается классификации психических расстройств – их также существует довольно много. Среди психиатров широко используется МКБ-10, в которую включены как соматические, так и психические расстройства.

Для нас же наибольший интерес представляет классификация психических заболеваний в свете ст. 21 УК РФ. В данной классификации за основу взяты психические расстройства, составляющие медицинский критерий невменяемости – психические нарушения, при которых индивид может быть признан невменяемым.

В данной классификации психические заболевания разделены на следующие группы:

– хронические психические расстройства: эндогенные (шизофрения, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)) и экзогенные (последствия черепно-мозговых травм, последствия заболеваний головного мозга, интоксикационные нарушения, психозы различного происхождения);

– временные психические расстройства, которые включают в себя исключительные состояния (патологическое опьянение, просоночное состояние и патологический аффект) и реактивные состояния (психозы);

– слабоумие: врожденное (олигофрения) и приобретенное (деменция) (последствия черепно-мозговых травм, последствия заболеваний го-

ловного мозга, инволюционные нарушения (возрастные), алкоголизм, наркомания и токсикомания);

– иные болезненные состояния, которые включают в себя психопатии, инфантилизм, дисгормональную энцефалопатию.

Определенный интерес для нас представляет течение психических заболеваний, общая последовательность которых, как правило, одинакова. Она состоит из начального этапа возникновения болезни, дебютной стадии формирования, периода клинической развернутой картины и исходной части. Начальный этап характеризуется быстрой утомляемостью, повышенной тревожностью, раздражительностью, снижением работоспособности, бессонницей, головными болями и др. Дебютная стадия формирования болезни характеризуется кратковременными, маловыраженными психопатологическими симптомами. Период клинической развернутой картины сопровождается характерными для данного вида заболевания клиническими проявлениями.

По типу течения психических заболеваний различают следующие:

– процессуальный тип (прогредиентное развитие симптомов психического заболевания);

– циркулярный тип (чередующиеся фазы обострения и ремиссии («светлых промежутков»)).

Рассмотрев последовательность и типы течения психических заболеваний, перейдем к изучению их структуры.

Структурной единицей заболевания является симптом. Симптом психического заболевания – единичный признак нарушения одной из психических функций личности. Под синдромом подразумевается сочетание взаимосвязанных симптомов, соответствующих заболеванию.

Психопатологические симптомы подразделяют на позитивные и негативные.

Позитивные симптомы – это признаки патологических результатов деятельности психики. К примеру, галлюцинации, страх, мания, бред и т. д. К ним причисляют те психопатологические проявления, которые являются болезненной «надстройкой» над здоровыми психологическими свойствами. Патологические симптомы и синдромы как бы «плюсуются», прибавляются к тому, что у человека уже существует.

Негативные симптомы соответствуют выпадению тех или иных психических процессов. В данном случае к здоровым проявлениям психической деятельности не добавляется ничего нового, а лишь устраняется, «удаляется» то, что было человеку присуще до болезни. По-другому эти симптомы называют симптомами «обкрадывания» – болезнь крадет нормальные функции. К примеру, апатия, абулия и т. п.

Для одних заболеваний характерны сочетание и преобладание одних синдромов, для других – иных.

2. Расстройства восприятия. Расстройства сознания

Рассмотрим расстройства чувственного познания. Исследование чувственного познания имеет существенное значение при анализе психического состояния. Чувственное познание традиционно называется сферой восприятия, имеет ступени (этапы) – ощущение, восприятие, представление.

Ощущение – процесс отражения в сознании отдельных свойств предмета или явления (например, запах, цвет, тяжесть или вкус яблока).

Восприятие – целостное отражение предмета или явления (например, яблока как целостного объекта).

Представление – следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании непроизвольно или произвольно при отсутствии самого объекта (например, яблока нет, но мы можем его представить).

В группу расстройств восприятия входят симптомы, характеризующие различные нарушения чувственного познания:

1) расстройства ощущения (изменение порога чувствительности, сенестопатии);

2) расстройства восприятия (психосенсорные расстройства, иллюзии);

3) расстройства представлений (истинные и ложные галлюцинации).

Рассмотрим подробнее каждое из них:

1. Расстройства ощущения (расстройства чувствительности).

Гиперестезия – повышение восприимчивости к естественным внешним раздражителям, нейтральным при нормальном состоянии. Пациенты в таких случаях плотно занавешивают днем окна в квартире, избегают громкой музыки, могут попросить говорить тише, хотя их собеседник говорит негромко, и т. д.

Гипоестезия выражается в понижении восприимчивости к внешним раздражителям. Встречается при оглушенности, депрессивных состояниях, алкогольном опьянении. При этом пациенты отмечают, что все окружающее стало «серым», поблекли все краски, окружающее пространство словно в «дымке».

Сенестопатии – это разнообразные неприятные, тягостные ощущения, возникающие в различных частях тела, часто мигрирующие, диффузные, которые, в отличие от галлюцинаций, лишены предметности. Пациенты обозначают их как «стягивание», «жжение», «разливание», «щекотание» и т. п. Встречаются при депрессиях, а также при невротических, аффективно-бредовых, психоорганических синдромах. В таких случаях пациенты говорят, что у них «под кожей что-то ползает», внутри что-то «щекочет» или «жжет».

2. Расстройства восприятия.

Психосенсорные нарушения связаны с искаженным восприятием формы, размеров, цвета окружающих предметов или самого себя.

Деперсонализация – нарушение восприятия себя. Характеризуется расстройством самосознания с чувством отчуждения некоторых или всех психических процессов. При этом пациент говорит, что он не такой, как раньше, что он видит себя как бы «со стороны», у него нет прежнего чувства единства внутри себя.

Расстройство самосознания может не ограничиваться только сферой психического, оно может распространяться и на физическую (телесную) область. К данным проявлениям относят расстройство схемы тела – искаженное ощущение формы, величины веса своего тела. Например, пациент говорит: «Я вешу несколько тонн, у меня огромная голова, мои внутренности перетекли в ноги» и т. д. Пациент может полагать, что его нос стал очень большим и все окружающие это замечают, в связи с чем он много часов проводит у зеркала, или что руки у него стали непропорционально длинными и т. д.

Дереализация – расстройство восприятия окружающего с чувством призрачности окружающего мира. Внешний мир воспринимается отдаленным, неотчетливым, застывшим, бесцветным, силуэтным. Дереализация характеризуется сознанием ее болезненного характера. Пациенты отмечают, что окружающее их пространство изменилось, «все кажется нереальным, ненастоящим».

Метаморфопсии – искаженное восприятие величины или формы воспринимаемых предметов и пространства. Окружающие предметы кажутся неестественно уменьшенными (микропсия) или увеличенными (макропсия), с измененной формой (дисмегалопсия). Искажение воспринимаемых предметов обычно сопровождается изменением восприятия пространства, оно кажется укороченным, все предметы – приближенными или отдаленными, улица воспринимается бесконечно длинной, здания – особенно высокими. Так, пациенту может казаться, что изменилась комната, стала длиннее или короче или что окружающие предметы словно вытянуты в длину или в ширину и т. п.

Расстройство схемы тела – искажение формы и величины своего тела. Пациент ощущает увеличение или уменьшение своего тела, его тяжести. Так, пациент может говорить, что его тело не умещается в постели, занимает всю комнату. Такое представление об изменении размеров своего тела обычно исчезает при контроле зрением.

К психосенсорным расстройствам также относят состояния – «déjà vu», «уже виденного (слышанного)» и «jamais vu», «никогда не виденного (слышанного)», которые, в общем, близки к переживанию «уже прочувствованного и испытанного». При симптоме «уже виденного (слышанного)» пациент говорит о новом месте, как знакомом ему, и, соответственно, о новой услышанной информации, как знакомой. Он интерпретирует это иногда увиденным во сне, как будто сон являлся пророческим. При симп-

томе «никогда не виденного (слышанного)», пациент уверяет, что прежде знакомое место или информация ему совершенно неизвестны и чужды.

Иллюзии – ошибочное, искаженное восприятие реально существующего объекта органами чувств (например, при неясном освещении висящее пальто может казаться фигурой человека, при аффекте страха перчатки в руках – оружием и пр.). Иллюзии подразделяются по органам чувств: слуховые, зрительные, вкусовые, обонятельные и осязательные (тактильные). Эпизодически могут встречаться у здоровых людей, отражая степень усталости, психоэмоционального напряжения, при снижении остроты зрения, недостаточной освещенности.

3. Расстройства представлений.

Галлюцинации – восприятие, возникающее без реального объекта. Галлюцинации делятся по различным видам анализаторов, в которых они возникают: зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, галлюцинации общего чувства. Содержание галлюцинаций может быть пугающим, вызывать ужас или, наоборот, любопытство, восхищение.

Зрительные галлюцинации бывают:

– бесформенными (пламя, туман, дым, фотопсии) и предметными;

– натуральной, уменьшенной (микроптической) и увеличенной, гигантской (макроптической) величины;

– черно-белыми, одноцветными, цветными, бесцветными, прозрачными;

– подвижными или неподвижными;

– стабильными (неменяющимися по содержанию) и постоянно меняющимися в виде разнообразных событий, разыгрывающихся, как на сцене или как на киноэкране (сценоподобные).

Слуховые галлюцинации разделяют на акоазмы (слышание отдельных звуков, гудков, шумов, выстрелов) и фонемы, или вербальные галлюцинации (слышание слов, разговоров). У пациентов акоазмы чаще проявляются в виде окликов, когда пациенту кажется, что его окликнули.

По содержанию выделяют:

– комментирующие галлюцинации, когда голос или голоса высказывают мнение о каждом действии больного, например, пациент может слышать: «Вот сейчас дверь открывает… а сейчас закрывает… кому-то звонит…»;

– императивные – голос или голоса приказывают совершить то или иное действие, например, голоса приказывают пациенту: «Не ешь, тебе нельзя…»; также голоса могут запрещать пациенту рассказывать о них, угрожая в противном случае уничтожить его, так что пациент, особенно при дебюте заболевания, может быть полностью подчинен им и подтвердить наличие «голосов» лишь кивком головы;

– угрожающие – пациент слышит, что голоса угрожают убить его или его близких: «Все, тебе конец… мы тебя уничтожим…»;

– повествовательные – в таких случаях пациенты сообщают, что они слышат голоса «как радио», что они ему постоянно о чем-то говорят, но безотносительно к нему самому;

– контрастные – при этом пациент слышит о себе как положительные, хвалебные слова, так и негативные; в таких случаях пациенты говорят, что «голоса то хвалят, то ругают»;

– стереотипные – в таких случаях содержание «голосов» однообразно, повторяется по многу раз.

Иногда слышится один голос (моновокальные галлюцинации), два голоса (диалог), много голосов (поливокальные галлюцинации). Голоса могут переговариваться друг с другом и обращаться непосредственно к больному. В таких случаях у пациента складывается впечатление, что «голосов» несколько, что «это группа», он может называть их по именам; при этом пациент может слышать и мужской, и женский голос.

По принадлежности слуховые галлюцинации бывают знакомые, незнакомые, мужские, женские, детские.

Обонятельные галлюцинации – появление разнообразных мнимых запахов различной интенсивности – от слегка ощутимых до удушающих. Например, пациент может сообщить, что ощущает неприятный запах газа в квартире, после чего у него появляются мысли о том, что ему «соседи пускают в квартиру газ, хотят отравить».

Вкусовые галлюцинации – ощущение вкуса, не присущего принимаемой пище, чаще неприятного и отвратительного. При этом у пациента могут сформироваться бредовые идеи о том, что его хотят отравить.

Тактильные галлюцинации – ощущение ползания по телу насекомых, червей, ощущение на поверхности тела или под кожей посторонних предметов. При этом пациент их стряхивает с себя, указывает на них окружающим, пытается их раздавить и т. д.

Висцеральные галлюцинации – ощущение явного наличия в полости тела, обычно животе, инородных предметов, живых существ, неподвижных, шевелящихся, передвигающихся (например, лягушек).

Висцеральные и тактильные галлюцинации нередко трудно отличимы от сенестопатий. Различие заключается в том, что сенестопатии являются беспредметными, тягостными ощущениями, а галлюцинации всегда предметны и возникают в том или ином пространстве.

Сложные галлюцинации – одновременное сосуществование разных видов галлюцинаций (зрительных, слуховых и т. д.).

Кроме этого, все галлюцинации подразделяют на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации носят все признаки реального объекта.

Псевдогаллюцинации – нарушения восприятия в любом анализаторе чувств (зрительные, слуховые и т. д.); возникают, как и истинные галлюцинации, без наличия реального объекта. В отличие от истинных галлюцинаций, псевдогаллюцинаторные образы не отождествляются с реальными предметами и явлениями, то есть лишены характера объективной реальности. Больные говорят об особых, отличных от реальных голосах, зрительных образах. Эти галлюцинации не проецируются наружу, а находятся внутри головы или тела – интрапроекция (голоса слышат «внутри головы», видят «внутренним оком»). Больные утверждают, что их голоса и видения являются результатом какого-либо внешнего воздействия. Здесь всегда присутствует компонент насильственности, «сделанности» (голоса передаются, а зрительные образы показываются или передаются при помощи техники). Пациент говорит: «Мне показывают…» или «Мне вкладывают эти мысли…», или, наоборот, у пациента создается ощущение, что его мысли «вынимают из головы», после чего ему кажется, что его мысли доступны окружающим.

4. К иным галлюцинациям относят:

– гипнагогические галлюцинации – видения, непроизвольно возникающие перед засыпанием при закрытых глазах на темном поле зрения;

– гипнапомпические галлюцинации – видения, которые возникают при закрытых глазах при пробуждении.

По механизму возникновения выделяют функциональные галлюцинации и рефлекторные.

Функциональные галлюцинации 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. Например, больной реально слышит стук колес поезда и при этом одновременно возникают слова «свинья, свинья, свинья»; при остановке поезда эти слова исчезают.

Пусковым моментом возникновения рефлекторных галлюцинаций является реальный внешний агент, от которого они затем существуют независимо. Допустим, человек увидел, как выносят помои, а затем последовали слуховые галлюцинации обвиняющего характера. В данном случае анализаторы задействованы разные – зрительный образ и слуховые галлюцинации.

Рассмотрим расстройства сознания, которые делятся на количественные и качественные.

Количественные расстройства сознания:

1. Оглушение – помрачение сознания с обеднением психической деятельности.

2. Обнубиляция (облачность) – легкое оглушение, при котором 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.

3. Сомноленция – более выраженное оглушение, при котором пациенты с трудом понимают даже простейшие вопросы; ответы неточны, односложны или совсем отсутствуют. Больные находятся в дремотном (сомнолентном) состоянии. Окружающие люди не привлекают их внимания.

4. Сопор – глубокий, патологический сон, при котором реакция на внешние раздражители присутствует (больной открывает глаза, но визуальный контакт и речь отсутствуют).

5. Кома – угнетение сознания. При поверхностной коме больной реагирует на раздражители, но глаза не открывает. При глубокой коме реакция на внешние раздражители отсутствует.

Для качественных расстройств сознания 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:

1. Делирий – галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, двигательного возбуждения на фоне страха. Бредовые идеи отражают содержание зрительных галлюцинаций. Больной ведет себя соответственно характеру галлюцинаций. Иногда у них возникает резкое двигательное возбуждение в виде защиты или бегства. Высказывания отрывочны, непоследовательны, иногда состоят лишь из отдельных слов или выкриков. Сознание своего «я» сохранено, но в обстановке больные ориентированы ложно (пребывая в больнице, считают, что находятся на работе среди своих сослуживцев и т. д.). Обычно делирий развивается вечером. При этом пациент испытывает зрительные галлюцинации в виде микрозоопсий – «видит» мелких жучков, тараканов, пауков, реже змей, которых он может стряхивать с себя, показывать на них окружающим и т. д.

2. Онейроид – сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания. Происходит наплыв непроизвольно возникающих в сознании ярких и фантастических представлений и галлюцинаций. Все развивается как в сновидениях с фантастическими событиями. При этом больной неподвижен, он лишь созерцает, в то время как при делирии он участвует в событиях. 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). При онейроде пациент часами может сидеть неподвижно и созерцать «картины» как по телевизору.

3. Аменция – помрачение сознания с преобладанием бессвязного речедвигательного возбуждения на фоне растерянности, злобы и страха с последующей полной амнезией. Речь состоит из отдельных, не связанных по смыслу слов. Их произносят тихо, громко, выкрикивая, 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.

4. Сумеречное помрачение сознания – развивается и прекращается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда дни), сменяется чаще всего глубоким сном. Характеризуется грубой дезориентировкой в месте и времени с сохранностью привычных автоматизированных движений, не кажущихся со стороны странными (простая форма сумеречного помрачения сознания), либо с речедвигательным возбуждением, страхом и злобой, устрашающими зрительными галлюцинациями и бредовыми высказываниями (галлюцинаторная форма).

3. Расстройства мышления. Расстройства эмоций. Расстройства воли

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

1. Ускорение мышления – легкость появления и увеличение количества ассоциаций, возникающих безостановочно, сочетается с поверхностными умозаключениями, основанными на случайных связях. Больной быстро переходит от одной мысли к другой, не успевая высказать одно суждение, перескакивает ко второму, затем к третьему и т. д. 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.

2. 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».

3. Обстоятельность 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. Например, пациент говорит: «Меня беспокоят головные боли. Знаете, вот в этом месте виска слегка давит, особенно когда встаешь или сразу после того, как ложишься, иногда после еды. Такое легкое давление в этом месте бывает; когда много читаешь – тогда слегка пульсирует и что-то бьется... Потом поташнивает, это бывает в любое время года, но особенно часто осенью, когда ешь много фруктов, правда, и весной на дождь то же самое бывает. Такая странная тошнота снизу вверх – и сглатываешь... Хотя не всегда; иногда она бывает, будто в одном месте стоит комок, который не проглотишь».

4. 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.

5. 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. На вопрос «Как вы себя чувствуете?» пациент отвечает: «Смотря что вы понимаете под словом „чувства“». Если вы понимаете под ними ваше ощущение от моих чувств, то ваше самоощущение не будет соответствовать моим мыслям о ваших чувствах».

6. Паралогичное мышление – попытка больным сопоставлять несовместимые образы, идеи, события и обстоятельства. Например, пациент говорит: «Я сегодня обедать не буду, так как обед желтого цвета. Это цвет измены, поэтому его есть нельзя».

7. Витиеватость – пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, цитат, излишних для доказательства высказываемой мысли и затрудняющих ее понимание.

8. Соскальзывание – объективно немотивированные неожиданные эпизодические переходы логически и грамматически правильно построенной мысли одного содержания к другой, от одного представления к другому вне естественных логических связей.

9. Разорванность (характерна для шизофрении) – отсутствие связи между отдельными умозаключениями, суждениями и понятиями, проявляется в неправильном, необычном парадоксальном сочетании представлений, утрате способности к образованию ассоциаций, отражению действительности в ее связях и отношениях. Это потеря способности к самым элементарным обобщениям, осуществлению анализа и синтеза. Разорванная речь, хоть и лишена содержания, может казаться внешне упорядоченной за счет сохранения грамматических связей между отдельными элементами

фраз. Крайняя степень разорванности (шизофазия) обычно определяется как «словесная окрошка», так как речь состоит из совершенно бессмысленного набора ничем не связанных слов и стереотипий.

10. Ментизм (характерен для шизофрении) – наплыв мыслей, который нередко носит насильственный характер. Обычно такие мысли разноплановые и не могут быть высказаны. Пациенты говорят, что не успевают за потоком мыслей, что «мысли текут слишком быстро», поэтому затрудняются сообщить об их содержании.

11. Шперрунг (характерен для шизофрении) – «закупорка» мыслей, воспринимается пациентом как обрыв мыслей, внезапная пустота в голове. Пациент внезапно замолкает. После он может пояснить, что мыслей в голове совсем не было, внезапно появилась «пустота в голове».

Расстройство мышления может также выражаться в образовании патологических идей: бредовых, навязчивых и сверхценных.

Сверхценные идеи – суждения, возникающие благодаря реальным обстоятельствам. В дальнейшем занимают доминирующее положение в сознании человека с развитием чрезмерного эмоционального напряжения. Сверхценные идеи – это глубокое убеждение, которое человек ценит и которым дорожит. В отличие от бредовых идей, сверхценные идеи при помощи веских логических доводов поддаются разубеждению.

Бред (бредовые идеи) – сложное суждение (умозаключение), возникающее без соответствующих поводов; оно не поддается разубеждению, несмотря на то, что противоречит действительности и всему предшествующему опыту.

При первичном бреде нем страдает в первую очередь логическое познание, в то время как чувственное (образное) поражается незначительно. Ложные суждения, подкрепленные доказательствами, разработаны в деталях. Первичный бред стоек и имеет склонность к прогрессирующему развитию.

Стадии формирования бреда:

1) бредовое предчувствие, тревога, обнаружение источника формирования новой логической цепи;

2) образование бредовой идеи, ее кристаллизация, иногда внезапное озарение;

3) распад бредовой системы вследствие терапии или аффективного истощения.

В судебно-психиатрической практике наибольшее значение имеют бредовые состояния со следующим содержанием бредовых идей: преследование, величие, ревность, ипохондрия, воздействие, отравление, ущерб, изобретательство, бредовые идеи эротического и сутяжного характера.

Бред преследования – непоколебимое убеждение больного в том, что ему хотят нанести физический или моральный вред или просто добиться

его гибели. При этом пациент находит множество подтверждений «слежки». Случайные ситуации кажутся подстроенными. Он «замечает» подозрительные машины «с определенными номерами», на которых за ним следят, людей, которые «не случайно» попадаются ему на улице, «находит» у себя в квартире или на работе «подслушивающую аппаратуру» в виде пятен на стенах и т. д. Постепенно круг преследователей расширяется, он начинает подозревать в сговоре с преследователями окружающих, особенно после того, как они начинают разубеждать его в его подозрениях.

Аффективный бред своим содержанием отражает господствующий аффект и в большей степени приближается к образному бреду, 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.

Бред величия – неправдоподобно-грандиозное преувеличение больными своих духовных и физических сил, здоровья, социального положения и связанных с ними возможностей. Например, пациент утверждает, что является агентом ФБР, при этом владеет несколькими языками, напрямую общается с президентом США, имеет связи в криминальном мире и владеет бизнесом по поставке цветного металла за границу и дома у него «несколько сотен миллионов долларов», что у него было «520 любовниц» и т. п.

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.

При этом доводы пациентов нелепы. Пациент «находит» на постели «вмятину», на ковре – «пятнышки, похожие на сперму» и т. п.

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 отношения – непоколебимое убеждение в том, что окружающие люди по-особому к нему относятся. Пациент замечает, что окружающие как-то по-особенному на него смотрят, случайные явления истолковывает как «намеки». Например, пациент может утверждать, что случайно задевший его за плечо прохожий на самом деле подал ему определенный «знак», выкопанная рядом с его домом траншея – это «намек», что пора «срочно продавать квартиру в этом доме и уезжать», и т. п.

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. Например, пациент утверждает, что агенты спецслужб «воздействуют» на него ультразвуком, чтобы «завербовать» его.

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. При этом пациент утверждает, что изменился вкус пищи или что окружающие предметы в его отсутствие обрабатывают ядом. Опасаясь отравления, пациент может отказываться от еды, либо начинает питаться отдельно; может пытаться обменять квартиру по бредовым мотивам либо «установить защитные экраны» и т. п.

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». Пациент может утверждать, что у него из холодильника пропадают продукты, из шкафа воруют одежду, при этом он обвиняет в краже родственников или соседей.

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. Пациент стремится поделиться своим «открытием» и направляет письма в соответствующие организации с подробным описанием своего изобретения. Когда получает отрицательный ответ, пишет жалобы в вышестоящие инстанции и т. д.

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. При этом пациент утверждает, что этот человек «делает ему определенные сигналы», по-особому на него смотрит и т. п. Так, пациент требовал медсестру выйти за него замуж, утверждая, что он «давно понял, что эта женщина его любит», преследовал ее, заявлял, что она должна развестись с мужем и т. п. Другая пациентка устраивала скандалы жене своего «возлюбленного», утверждая, что она его «ненастоящая жена» и на самом деле это она является его женой и родила от него ребенка, хотя этого на самом деле не было. Она приходила к ним домой, завернувшись в простыню, и сообщала о якобы имевших место интимных подробностях, происходивших между ними; требовала от мужчины «признаться в любви к ней», настаивая на том, чтобы он развелся со своей женой и переехал к ней, и т. п.

Бред сутяжный – непоколебимая идея борьбы за восстановление попранной справедливости, в частности защиты нарушенных прав больного.

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. У пациента возникает ощущение, что «идет какая-то игра», все вокруг ненастоящее, «все подстроено», что окружающие, в том числе сотрудники полиции, «переодетые», либо он может «узнать» в ком-либо из них своего знакомого.

При бреде значения (символический бред) 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.). Так, пациент может сообщать, что «шла межпланетная война», «боролись добро и зло», «планета могла погибнуть» и что теперь от него зависит судьба все цивилизации и т. п.

От бредовых идей нужно отличать бредоподобные фантазии и навязчивые идеи.

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.

Помимо навязчивых идей навязчивые состояния могут приобретать формы, перечисленные ниже.

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.

Навязчивые сомнения – непроизвольно возникающая мучительная неуверенность в правильности и завершенности совершаемых действий, которая сопровождается их многократной проверкой и повторением. Например, больной десятки раз возвращается, чтобы проверить, хорошо ли заперта входная дверь. Многократная проверка не успокаивает, постоянно возникающие сомнения в правильности выполненного заставляют непрерывно себя проверять.

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, вытягивание шеи, прищелкивание губами, тряска ногой. К навязчивым действиям также относятся и употребление засоряющих речь слов, убирание со стола всех посторонних предметов или симметричное размещение предметов, особое расположение пищи на тарелке.

Навязчивые страхи (фобии) – наиболее распространенная форма аффективных навязчивых состояний. Содержание фобий крайне разнообразно: страх перехода улиц и площадей (агорафобия), страх оставаться одному в закрытом помещении (клаустрофобия), страх острых предметов, высоты (гипсофобия), покраснения (эрейтофобия) и т. д. Возникновение аффективно окрашенных навязчивостей всегда влечет за собой появление вегетативных симптомов – тахикардии, потливости, побледнения, головокружения, одышки. Фобиями страдали и известные люди. Писатель Николай Гоголь и отец американской нации Джордж Вашингтон боялись быть погребенными заживо (тафефобия). Гений триллера Альфред Хичкок был подвержен овофобии – боязни предметов овальной формы, поэтому куриное яйцо мог есть только приготовленное в омлете. Не менее странной фобией обладал Зигмунд Фрейд – отец психоанализа боялся папортников (птеридофобия). Французского постимпрессиониста Поля Сезанна всю жизнь преследовала боязнь прикосновений – гаптофобия, которая возникла после того как художника ударил мальчик, катившийся по перилам лестницы, по которой спускался Сезанн. Гаптофобия принесла ему немало казусных моментов, так как окружающие не знали об этой особенности и принимали раздражение и гнев художника за дурной нрав.

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. Например, при чтении книги пациент пропускает 9-ю и 32-ю страницы, ибо цифры соответствуют возрасту его дочери и жены и пропуск указанных страниц «предохраняет» их от смерти. Выполнение ритуала облегчает состояние, невыполнение дается исключительными усилиями.

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 пациентов 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 и проявляются в формах аффективной лабильности и ригидности:

– эмоциональная (аффективная) лабильность характеризуется быстрой и частой беспричинной сменой аффективных реакций противоположных полюсов (угрюмо-злобного состояния на радостное);

– при эмоциональной ригидности эмоциональные реакции застревают надолго без достаточной причины, становятся малоподвижными.

Рассмотрим 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 и контролируется на каждом из этапов.

Рассмотрим варианты изменения интенсивности волевых побуждений:

– гипербулия – состояния с усилением инстинктивных проявлений, при которых отмечается значительное увеличение количества побуждений

со стремлением к жажде деятельности. Примером гипербулии является булемия – усиление пищевого инстинкта с патологическим обжорством;

– гипобулия – состояния с угнетением инстинктивных проявлений. Примером гипобулии является анорексия – снижение пищевого инстинкта вплоть до полного отказа от еды.

К извращениям влечений и побуждений относятся:

– навязчивые влечения – состояния, 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 – влечения, при которых побуждение к действию наступает внезапно, без борьбы мотивов, и 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 в первую очередь относятся 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 человек обнажает собственные половые органы перед незнакомым лицом противоположного пола.

Кроме того, существуют и другие формы нарушения полового влечения: скотоложство (половые контакты с животными); педофилия (половое влечение к детям); геронтофилия (половое влечение к лицам пожилого возраста); вуайеризм (навязчивое состояние, которое характеризуется тем, что половое возбуждение и удовлетворение у лица возникает при подглядывании за совершением полового акта другими).

Лекция 12. Расстройства памяти, интеллекта. Временные психические расстройства

Вопросы лекции

1. Расстройства памяти и интеллекта.
2. Временные психические расстройства
3. Органические психические расстройства.

1. Расстройства памяти и интеллекта

В данной лекции мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся формы временных психических расстройств, а также расстройства памяти и интеллекта и органические психические расстройства.

Временные психические расстройства объединяют группу не только таких нарушений психики, которые протекают кратковременно, в течение нескольких минут, часов (например, патологический аффект, патологическое опьянение, некоторые сумеречные состояния сознания), но и таких, которые имеют значительную протяженность во времени – до нескольких дней, недель и даже месяцев (например, некоторые реактивные состояния). Несмотря на широту диапазона продолжительности таких расстройств, определяющим фактором этого признака медицинского критерия невменяемости являются не только и даже не столько временные показатели, сколько их обратимость, проявляющаяся в полном выздоровлении. Распространенность временных психических расстройств составляет около 2–3 % от общего числа лиц, признанных невменяемыми. К временным психическим расстройствам относят так называемые исключительные и реактивные состояния.

Широкое представительство среди правонарушителей лиц с расстройством памяти и интеллекта, а также органическими психическими расстройствами обуславливает необходимость оценки влияния данных форм патологии на формирование общественно опасного поведения и на способность осознавать характер своих действий и руководить ими.

Лица с органическими психическими расстройствами являются наиболее значимой нозологической формой в практике применения ст. 22

УК РФ – до 65 % от общего числа случаев, при которых выносится заключение об «ограниченной вменяемости».

Деменция (приобретенное слабоумие) – необратимое тяжелое оскудение всей психической деятельности (интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуально-личностных проявлений). У больных с деменцией отмечаются нарушения памяти на прошлые и текущие события, резко снижены способности к обучению и уровень суждений, имеется оскудение речи, нарушается ориентировка в окружающей действительности и собственной личности[1].

Память – психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни.

Гипермнезия – усиление памяти, обусловленное дезорганизацией психики (сохраняется память на ненужные несущественные детали при интоксикациях, гипоманиях).

Гипомнезия характеризуется снижением памяти; амнезия характеризуется отсутствием памяти для определенного отрезка времени.

Существует несколько классификаций. По отношению к периоду времени:

Амнезия – отсутствие памяти (беспамятство), относящееся к определенным периодам времени.

1. Ретроградная амнезия – выпадение из памяти впечатлений, предшествовавших острому периоду болезни.

2. Антероградная амнезия – утрата воспоминаний о текущих событиях, переживаниях, фактах, происходящих на период, следующий за острым этапом болезни, нередко на фоне остающихся с острого этапа нарушений сознания. Кратковременная память обычно сохранна.

3. Антероретроградная амнезия – выпадение из памяти событий, происходивших до, во время и после острого этапа болезни.

По преимущественно нарушенной функции памяти:

1. Фиксационная амнезия – резкое ослабление или отсутствие способности запоминать текущие события. Больной не запоминает персонал, больных, даты, неспособен ориентироваться в месте и времени – амнестическая дезориентировка. Память на прошлые события и профессиональные навыки сохранены.

2. Прогрессирующая амнезия – постепенно нарастающее опустошение запасов памяти – от запамятования событий последнего времени к запамятованию событий прошлого.

3. Амнезия ретардированная (отставленная, запаздывающая) – запамятование происходит не сразу после окончания болезненного состояния, а спустя некоторое время. Поэтому больной сначала может многое рассказать, а позже уже не в состоянии этого сделать.

[1] Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия : учебник для вузов. М., 2021. С. 349.

Парамнезии – обманы памяти. Наиболее важными являются псевдореминесценции и конфабуляции:

1. Псевдореминесценции – бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени.

2. Конфабуляции (ложные воспоминания) – сообщения о событиях, которых на самом деле не было. Содержанием конфабуляций могут быть возможные или действительно имевшие место события, которые в виде образных воспоминаний переносятся в более близкое время или вплетаются в настоящее, как бы восполняя пробел в памяти больных. Больной домысливает, придумывает события. Как правило, в конфабуляциях представлены обыденные, чаще всего связанные с профессией больного события. Иногда в конфабуляциях может проявиться продукция патологического воображения (фантастические конфабуляции).

3. Криптомнезия (искажения памяти) – невозможность определить, действительно ли событие имело место или нет. Исчезают различия между происходившим в действительности и событиями, о которых больной услышал, прочитал или которые увидел во сне. В одних случаях все это вспоминается как происходившее в действительности с самим больным (ассоциированные воспоминания); в других – действительно происходившие события вспоминаются в качестве услышанного, прочитанного или увиденного во сне (отчужденные воспоминания).

Расстройство интеллекта наблюдается при психических расстройствах, сопровождающихся слабоумием. Слабоумие бывает врожденным (умственная отсталость – олигофрения), либо приобретенным (деменция).

В основе приобретенного слабоумия лежит разрушение нормально развитого мозга, в основе врожденного – недоразвитие головного мозга.

Олигофрении (греч. – малоумие) – это группа болезненных состояний психики, характеризующихся врожденным или рано (до 3 лет) приобретенным общим психическим недоразвитием с выраженным недостатком интеллекта. Характерной особенностью олигофрении является изначальное недоразвитие интеллекта и иных функций психики, которое часто сочетается с физическим, неврологическим, эндокринологическими расстройствами.

Лица, страдающие умственной отсталостью, составляют 22–29 % от числа прошедших судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам; в том числе из лиц, признанных невменяемыми, – 29 %; из лиц, подпадающих по действие ст. 22 УК РФ, – 41 %; из лиц, признанных вменяемыми, – 23,7 %. По гражданским делам лица с умственной отсталостью, преимущественно умеренно выраженной и тяжелой форм составляют около 40 % случаев[1].

[1] Руководство по судебной психиатрии : в 2 т. Т. 1 : практическое пособие / под ред. А. А. Ткаченко. М., 2020. С. 172.

Отличительной особенностью олигофрении является наличие тотального психического недоразвития. Память недостаточная, страдает логическое и опосредованное запоминание, в то время как механическая память может быть сохранена. Речь формируется с запозданием, часто фонетически искажена, нарушен ее грамматический строй, фразы бедны, односложны. Волевая сфера характеризуется слабостью побуждений, отсутствием или недостаточной самостоятельностью. Поступки отличаются импульсивностью, необдуманностью, нецеленаправленностью. Эмоциональная сфера – низкая дифференцированность эмоций: нет оттенков переживаний, эмоции не устойчивы, переживания поверхностны.

Классификация умственной отсталости по степени дефекта:

1) легкая умственная отсталость;

2) умеренная умственная отсталость;

3) тяжелая умственная отсталость;

4) глубокая умственная отсталость.

Дети с легкой умственной отсталостью речевые навыки приобретают с задержкой, но большинство из них могут поддерживать беседу. Они способны к обучению во вспомогательной школе, по специальным программам, могут овладевать трудовыми навыками. Их поведение может быть адекватным и самостоятельным. Отмечается слабость волевой регуляции, импульсивность поведения, повышенная внушаемость. Преобладают конкретные ассоциации и шаблонные способы решения задач. Механическая память развита. Речь, как правило, носит подражательный характер; они способны передавать содержание лишь ярких эпизодов, а не смысла. Такие дети повышенно внушаемы, склонны к подражанию и пуэрильности, что в отдельных случаях может использоваться другими лицами в целях совершения преступления. В молодом и зрелом возрасте ими приобретаются простые социальные и профессиональные навыки. Легкая умственная отсталость наиболее часто встречается в судебно-психиатрическая практике. Например, пациент обвиняемый в краже группой лиц по предварительному сговору, согласился вместе с другом пойти в магазин и по требованию друга ждал его у входа. Денег у пациента не было. Когда друг вышел и сказал пациенту, что он может зайти в магазин и «взять себе все, что хочет», поскольку он якобы договорился с продавцом, что та «отпустит» им товар «в долг», пациент зашел в магазин, набрал товар, забрал пакет и вышел, после чего был пойман на улице охранником магазина.

У детей с умеренной умственной отсталостью медленно развиваются понимание и использование речи. Они могут усваивать простые навыки только при постоянной поддержке и руководстве со стороны окружающих. Способны к установлению контактов, общению с другими людьми. Могут выполнять неквалифицированную работу при контроле со стороны; полностью независимое проживание достигается редко.

В большинстве случаев тяжелая умственная отсталость проявляется с периода раннего детства до 3 лет. Наблюдается общее недоразвитие речи. Больные могут произносить короткие фразы, понимают несложную речь. Словарный запас очень ограничен. Способны ориентироваться в знакомой обстановке, но не воспринимают ее изменений. Узнают своих близких, но теряются в новой ситуации. Можно обучить уходу за собой, выполнению простых действий. Большинству таких пациентов требуется специальная помощь на протяжении всей жизни.

Большинство больных с глубокой умственной отсталостью ограничены в способности к пониманию или выполнению требований или инструкций. Не способны к обучению, самообслуживанию. Нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Затронем тему судебно-психиатрической оценки олигофрений. Подэкспертные с легкой умственной отсталостью способны сознательно регулировать свое поведение в юридически значимых ситуациях, могут предвидеть последствия своих поступков. Это основной аргумент в пользу признания таких лиц вменяемыми. В некоторых случаях, при правонарушениях, требующих разного объема осмысления их противоправного характера, возможно заключение о вменяемости в отношении одного общественно опасного деяния и невменяемости в отношении другого.

Лица с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью крайне редко направляются на судебно-психиатрическую экспертизу на предмет решения вопроса об их вменяемости, так как безынициативны, не способны к самостоятельной организации своего поведения, находятся под постоянным надзором и не совершают общественно опасных деяний. Чаще всего они в силу их пассивной подчиняемости и внушаемости являются объектами сексуальных посягательств и поэтому направляются на судебно-психиатрическую экспертизу на предмет определения их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Эти лица не способны понимать противоправность и наказуемость тех или иных деяний, давать оценку юридически значимым ситуациям. Они не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания.

Деменция (приобретенное слабоумие) – глубокое, малообратимое обеднение всей психической деятельности, в первую очередь интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуальных личностных особенностей.

Деменции чаще возникают вследствие:

1) поражения сосудов головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь);

2) первичных дегенеративных (атрофических) процессов головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика).

Деменции могут развиваться и остро, например после инсульта, тяжелой черепно-мозговой травмы.

При судебно-психиатрической оценке решающим является установление факта: способен или не способен субъект при имеющейся у него структуре недостаточности интеллекта и эмоционально-волевых нарушений социально приемлемо организовывать и осознавать свое поведение, включая поведение в юридически значимой ситуации. Если подэкспертный на это не способен, лицо может быть признано невменяемым или недееспособным.

2. Временные психические расстройства

Данную группу расстройств составляют исключительные и реактивные состояния.

Реактивные состояния – временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакция в ответ на воздействие психической травмы. Реактивные состояния делятся на две большие подгруппы: неврозы и реактивные психозы. Возникновение неврозов связано, как правило, с воздействием длительно существующих конфликтов, а реактивных психозов – с острыми психогенными воздействиями.

К невротическим расстройствам относятся: диссоциативные (конверсионные) расстройства и обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний). Все виды невротических расстройств имеют общие характерные признаки. В их развитии большую роль играют личностные особенности больного, которые отражают слабость их высшей нервной деятельности, низкий предел психологической выносливости в отношении различных психогенных воздействий.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства – расстройства, которые выражаются в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями с одной стороны, и над контролированием движений тела – с другой. Старое название – конверсионная истерия.

К ним относятся:

– диссоциативная амнезия – потеря памяти (частичная) на недавние важные события травматического характера, сопровождающаяся растерянностью;

– диссоциативный ступор – снижение или отсутствие произвольных движений и реакций на внешние стимулы (свет, шум, прикосновение). Больной находится в состоянии ни сна, ни бодрствования;

– диссоциативные расстройства моторики – полный или частичный паралич конечности (моно-, теми- и парапарезы и плегии), атаксия, астазия-абазия, апраксия, акинезия, афония, дизартрия, блефароспазм. Данная группа расстройств часто встречается в судебно-психиатрической практике.

Например, у пациента на фоне стрессовой ситуации может наблюдаться астазия, когда он не может стоять, и абазия, когда не может идти. При этом каких-либо неврологических нарушений у него нет. Также может наблюдаться афония – отсутствие голоса, когда пациент не может говорить, изъясняется только жестами или письменно, при этом каких-либо неврологических нарушений или поражения голосовых связок у него нет;

– истерические диссоциативные расстройства встречаются у женщин в несколько раз чаще, чем у мужчин. Возникают они как в молодом, так и в пожилом возрасте.

При обсессивно-компульсивном расстройстве клиническая картина складывается из навязчивых мыслей и (или) действий, среди которых выделяют следующие:

1) отвлеченные навязчивости – навязчивый счет, вспоминание забытых имен, терминов, навязчивое мудрствование; например, человек, совершая то или иное действие, не требующее счета, постоянно пересчитывает предметы – идя по улице, складывает в уме номера проезжающих мимо машин, при этом человек понимает чуждость и абсурдность этого действия, пытается бороться с ним, но никак не может от этого отделаться;

2) чувственно-образные навязчивости:

– навязчивые сомнения; человек постоянно сомневается – выключен ли газ, заперта ли дверь, несколько раз перепроверяет сам себя;

– постоянная неуверенность в правильности своих действий;

– навязчивые представления;

– неправдоподобные, абсурдные представления, от которых больной не может отвлечься;

– навязчивые воспоминания;

– назойливые воспоминания о неприятном событии прошлого;

– навязчивые страхи (фобии) – страх высоты, закрытого пространства, болезни и т. д.; несмотря на их бессмысленность, больные не могут с ними справиться. Например, мизофобия – страх загрязнения, при котором пациенты часто и подолгу моют руки, вплоть до образования трещинок на коже, стараются не касаться руками дверных ручек, держат руки на весу перед собой. У жителей мегаполисов отмечался страх поездки на экскалаторе; при агарофобии – страхе открытых пространств – пациента охватывает паника, когда он оказывается на площади; при аэрофобии – страхе полетов на самолете – пациент старается избегать полетов; при клаустрофобии – страхе замкнутого пространства – люди избегают поездки в лифте, и т. п.

– навязчивые действия – движения, совершаемые против желания больного несмотря на все его усилия сдержаться; могут носить характер защитных ритуалов. Например, у человека, который нечаянно ударился головой о козырек киоска, появилось навязчивое представление о том, что ему таким образом могло отрубить голову. С тех пор он стал подходить

к киоску, только надев специальную шапочку, при этом понимая всю абсурдность своего страха, но не в силах с ним справиться.

В судебно-психиатрической практике неврозы встречаются относительно редко. В случае их возникновения эти больные обычно признаются вменяемыми, поскольку неврозы никогда не сопровождаются психотической симптоматикой и нарушением критических способностей.

Реактивный психоз – это психическая реакция на сверхсильное субъективно значимое для личности переживание с отрицательной эмоциональной окраской, то есть реакция на психическую травму. Реактивный психоз диагностируется при наличии триады Ясперса:

1) психические расстройства возникают после психической травмы, то есть имеется временна́я связь между этими событиями;

2) течение психических расстройств имеет регредиентный характер – происходит их ослабление по мере удаления по времени от психической травмы;

3) существует психологически понятная связь между содержанием психотравмирующих переживаний и фабулой болезненных расстройств.

Острые реакции на стресс (острые шоковые реактивные психозы) возникают под влиянием внезапной очень сильной психогенной травмы, представляющей угрозу существованию, чаще всего при массовых катастрофах (землетрясение, авария, наводнение и др.), при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным, непрогнозировавшимся известием, арестом и т. п. Длятся от нескольких минут до нескольких суток.

Острые реакции на стресс проявляются в двух формах:

– гипокинетической: проявляется внезапно наступающим состоянием оцепенения, полной обездвиженностью, нарушением восприятия внешних раздражителей и отсутствием речи. Состояние сопровождается вегетативными нарушениями и глубоким помрачением сознания по типу сноподобной оглушенности с последующей амнезией;

– гиперкинетической: характеризуется внезапно наступающим хаотическим беспорядочным метанием, бессмысленным бегством, нередко в направлении опасности. Больные куда-то стремятся, их движения бесцельны, недифференцированы и нецелесообразны. Мимика отражает устрашающие переживания, высказывания бессвязны, отрывочны. Иногда при этом преобладает острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока.

Реактивная депрессия – в клинической картине ведущим является депрессивный синдром, проявляющийся в тоске и общей психомоторной заторможенности. При этом отмечается снижение аппетита, потеря в весе, нарушение сна, отмечается плаксивость, могут появиться мысли о самоубийстве. В судебно-следственной ситуации такие пациенты становятся безучастны к происходящему, пассивно участвуют в процессе, могут не читая подписывать бумаги, утверждая, что «теперь все равно», будущее

представляется им в мрачных красках, в случаях нетяжелых правонарушений говорят о большом сроке наказания, бессмысленности жизни.

Психогенный параноид – на первый план выступает бред отношения, особого значения и преследования, который развивается остро после психической травмы. В случаях судебно-следственных ситуаций пациенты могут говорить, что в камере вместе с ним сидят не арестованные, а «переодетые сотрудники полиции», которых «следователь специально подослал», и они передают следователю каждое его слово; затем начинают «замечать», как сокамерники переглядываются между собой, считая, что они сговариваются против него; опасаясь каких-либо действий со стороны сокамерников, боятся заснуть, предполагая, что они могут что-либо сделать в отношении него ночью. В последующем «догадывается», что «попал в разработку» и «спецслужбы» таким образом решили его «завербовать», и т. п.

Псевдодеменция (мнимое слабоумие) – состояние, имитирующее глубокое слабоумие; проявляется в миморечи (ответы «мимо» на простые вопросы), мимодействии (не может выполнить простые действия), которое в дальнейшем бесследно исчезает. При этом пациенты не могут ответить даже на простые вопросы о том, сколько им лет, по какому адресу они живут, какая у них специальность, состоят ли в браке, сколько у них детей и какого возраста. Мимодействия проявляются в том, что они не могут выполнить простых действий, например, застегнуть пуговицы, зашнуровать ботинки, за столом могут смотреть, как другие держат ложку, и потом пытаются повторять за другими, и т. д. При этом может сложиться ложное впечатление, что человек специально так ведет себя, намеренно разыгрывая непонимание и растерянность.

У лиц, перенесших затяжное реактивное состояние, при возобновлении психотравмирующей ситуации возможны рецидивы, клиническая картина которых воспроизводит симптоматику первоначального реактивного состояния.

При установлении реактивных состояний в момент совершения общественно опасного деяния лицо признается невменяемым.

К исключительным состояниям относятся:

– патологическое опьянение;

– патологический аффект;

– патологическое просоночное состояние.

Исключительные состояния рассматриваются как группа острых расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но сходных по клиническим признакам, возникающих у лиц, не страдающих психическим заболеванием, и, как правило, представляющих единственный эпизод в жизни субъекта. Обозначение этих состояний как исключительных подчеркивает, что они являются экстраординарными по отношению к обычному психическому состоянию. Общим для всех них является сумеречное помрачение сознания, провоцируемое рядом внешних факторов, специфических для каждого кратковременного расстройства, а также соче-

тание постоянной и временной патологической почвы при обязательном участии дополнительных внешних факторов.

Постоянная патологическая почва характеризуется наличием нерезко выраженной резидуальной церебрастенической патологии, которая создает ту или иную степень психической неустойчивости. Временная патология формируется за счет временно действующих вредностей (физическое и психическое переутомление, дефицит сна, длительное эмоциональное напряжение).

Общие признаки исключительных состояний:

– начинаются и заканчиваются внезапно;

– длятся непродолжительное время (минуты);

– протекают на фоне сумеречного сознания;

– сопровождаются двигательным возбуждением и агрессией;

– заканчиваются сном;

– сопровождаются амнезией.

Патологическое опьянение – острый кратковременный психотический эпизод, возникающий на фоне простого алкогольного опьянения.

Базовый фактор – остаточные явления органического поражения центральной нервной системы, в том числе перенесенных черепно-мозговых травм. В трезвом состоянии отклонения практически отсутствуют.

Дополнительный фактор – усталость, утомляемость, недосыпание, переутомление, психическое и физическое истощение, волнение, страхи, тревога. В таком состоянии принятый алкоголь, независимо от его дозы, в некоторых случаях вызывает патологическое опьянение. Сочетание указанных факторов наблюдается чрезвычайно редко и потому повторение патологического опьянения у одного и того же лица маловероятно.

На фоне обычной картины алкогольного опьянения остро появляется сумеречное изменение сознания, в результате чего нарушаются и искажаются процессы восприятия, наступает отрыв от реальной действительности. Появляется безотчетный страх, тревога. Внезапно меняется и внешний вид такого человека: выражение лица отражает растерянность, тревогу, страх, ужас. Вместе с тем сохраняется способность к довольно сложным целенаправленным действиям: возможность пользоваться различными предметами, оружием, совершать агрессивные действия. Такое лицо дезориентировано в обстановке, не способно к адекватному речевому контакту с окружающими, всегда действует в одиночку. Речь отрывочная, в основном отражает болезненную симптоматику. Поведение также свидетельствует о болезненном восприятии окружающего – человек прячется, кого-то преследует, защищается от мнимых врагов.

Различают две формы патологического опьянения: эпилептиформный и параноидный варианты:

1. При эпилептиформном варианте отмечается молчаливая мрачная сосредоточенность, действия и поступки носят автоматизированный ха-

рактер, выявляется резкое возбуждение, агрессия, ярость без мотива и конкретной цели.

2. При параноидном варианте выявляются бредовые переживания устрашающего характера, отрывочные галлюцинации, стереотипные, импульсивные движения, страх.

Заканчивается патологическое опьянение так же внезапно, как и начинается, чаще всего терминальным сном. Характерно полное отсутствие сокрытия следов преступления, неоказание сопротивления при задержании, пассивное подчинение окружающим. Совершенное деяние после восстановления сознания воспринимается с удивлением, как чуждое. Патологическое опьянение сопровождается последующим запамятованием происшедшего. Изредка в памяти остаются фрагменты психопатологических переживаний. Поэтому особое диагностическое значение при проведении судебно-психиатрической экспертизы имеют первые показания, полученные в периоды, близкие к происшедшему, когда воспоминания могут носить более полный характер. Патологическое опьянение не является тяжелой формой простого алкогольного опьянения, это качественно иное состояние психики – тяжелое психическое расстройство, спровоцированное алкоголем.

Патологический аффект – это острая реакция в ответ на психотравмирующее воздействие, которая на высоте развития сопровождается нарушением сознания по типу аффективного сумеречного состояния. Болезненные нарушения сознания сопровождаются дезориентировкой в окружающем, искаженным восприятием в виде расстройства схемы тела, гиперакузией или гипоакузией, дереализацией, деперсонализацией, агрессивными действиями в виде двигательных автоматизмов с последующим психофизическим истощением и (или) терминальным сном.

Патологический аффект имеет три фазы:

1) подготовительная фаза – нарастание аффективного напряжения; возникает при сильных переживаниях, имеющих острый или накапливающийся характер; как правило, эту фазу подэкспертные хорошо помнят и говорят, что потом как будто все куда-то отодвинулось, изменилось, звуки стали тише или громче;

2) фаза «взрыва» – появляется кратковременное психотическое состояние;

3) заключительная фаза – психофизическое истощение и (или) сон; человек успокаивается, засыпает; в дальнейшем проявляется частичная или полная амнезия.

Просоночное состояние – это сверхострое психотическое состояние, возникающее при спонтанном или насильственном пробуждении от глубокого сна, основным проявлением которого является нарушение сознания.

Патологические просоночные состояния, как правило, развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно пробуждением, со-

провождающимся медленным восстановлением ориентировки в окружающем. Возникновение просоночного состояния может провоцироваться алкоголем.

Просоночное состояние перед пробуждением характеризуется яркими сновидениями, которые носят устрашающий характер. Объектом агрессивного поведения обычно становятся лица, находящиеся вблизи, и искаженное восприятие их является как бы продолжением сновидения. В период просоночного состояния сознание помрачено, полностью отсутствует контакт с окружающими, последовательность и целенаправленность действий определяется содержанием сновидений. После правонарушения или продолжается сон, или наступает пробуждение с последующей адекватной реакцией растерянности и удивления по поводу происшедшего. Однако возможны фрагментарные воспоминания, касающиеся в основном содержания сновидений.

В своем рассказе «Спать хочется» А. П. Чехов описал девочку-няньку, которая вынуждена просыпаться по ночам из-за плачущего ребенка, в результате чего она во сне душит ребенка и снова засыпает. Об этом случае А. П. Чехову рассказал известный отечественный психиатр С. С. Корсаков.

Как уже отмечалось, после пробуждения не обязательно следует фаза сна, ее может и не быть.

При судебно-психиатрической оценке клиническую картину исключительных состояний обычно приходится восстанавливать ретроспективно на основании свидетельских показаний, содержащихся в материалах уголовного дела. Именно выявленные следователем при проведении следственных действий объективные данные (показания свидетелей о поведении испытуемого, его высказываниях, особенностях мимики, моторики, контакта с окружающими и т. д., первый допрос испытуемого, его отношение к инкриминируемому ему деянию) оказываются единственной фактурой для формулирования врачом, судебно-психиатрическим экспертом своих диагностических выводов. Это тем более важно, что после выхода из психотического состояния больные, как правило, амнезируют не только совершенные ими противоправные действия, но и свои психопатологические переживания периода расстроенного сознания. При констатации исключительного состояния в период совершения правонарушения эти лица признаются невменяемыми.

3. Органические психические расстройства

В судебной психиатрии органические психические расстройства встречаются наиболее часто. Это обусловлено как высокой распространенностью данной патологии среди населения, так и особенностями поведения (противоправным) данной категории лиц.

Под органическими психическими расстройствами подразумевается совокупность нервно-психических расстройств, объединяемых следующими условиями:

1. Факт перенесенной экзогенной органической вредности.

2. Выявление патоморфологического субстата (образования) в центральной нервной системе.

3. Наличие характерных психопатологических расстройств.

При этом каждый из вышеуказанных признаков имеет различную степень выраженности.

В судебно-психиатрической практике наиболее частой причиной органических психических расстройств являются: черепно-мозговые травмы – 84,2 %, острые и хронические интоксикации – 50 %, последствия патологии раннего периода развития (патология беременности, первых лет жизни) – 34,4 %, сосудистые заболевания – 17,7 %, инфекционное поражение головного мозга – 9,2 %. При этом более чем в 50 % имеют место органические психические расстройства, возникающие под влиянием сочетания нескольких факторов[1].

Для органических психических расстройств ведущим является психоорганический синдром – состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, интеллекта разной степени выраженности, ослаблением понимания на фоне эмоциональной неустойчивости и астенических нарушений. Сопровождается:

– раздражительностью, эмоциональной лабильностью, слабодушием, эксплозивностью, брюзгливостью, ворчливостью;

– нарушением внимания (истощаемость, отвлекаемость, затруднения переключения);

– дисмнезиями (фиксационная, антероградная, ретроградная);

– нарушением подвижности мышления от детализации до вязкости;

– волевыми расстройствами (ослабление инициативы, сужение круга интересов, стереотипизация деятельности, инактивность).

Выделяют четыре варианта психоорганического синдрома (излагаются по нарастанию степени выраженности дефекта психических функций):

1. Астенический – характеризуется раздражительностью; пациенты не переносят шум, яркий свет, отмечается повышенная утомляемость, неустойчивость настроения.

2. Эксплозивный – проявляется сочетанием аффективной возбудимости, раздражительности, вспыльчивости, агрессивности с нерезко выраженными нарушениями памяти. Также характерна утрата самоконтроля, повышение влечений.

---

[1] Руководство по судебной психиатрии : в 2 т. Т. 1 : практическое пособие / под ред. А. А. Ткаченко. М., 2020. С. 260.

3. Эйфорический – отмечается при повышенном настроении с оттенком эйфории и благодушии, снижении критики. Могут наблюдаться взрывы гневливости с агрессивностью, сменяющиеся беспомощностью, слезливостью, недержанием аффекта.

4. Апатический – проявляется резким снижением круга интересов, безразличием к окружающему, значительными нарушениями памяти[1].

Существуют следующие варианты динамики органических психических расстройств:

1) благоприятная;

2) стационарная;

3) неблагоприятная.

При благоприятной динамике с течением времени отмечается исчезновение психических расстройств. При стационарной динамике психическое состояние не меняется. При отрицательной динамике отмечается утяжеление психического состояния с углублением имевшихся ранее психических расстройств, например, таких, как психопатоподобные, а также присоединение новых болезненных переживаний, например, бредовых идей.

Органическое расстройство личности и поведения среди всех психических расстройств органической природы встречается в судебно-психиатрической практике наиболее часто. Характеризуется нарушением контроля за своими эмоциями и побуждениями, неустойчивостью эмоций, поверхностное веселье может сменяться раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии, сниженной способностью справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху.

Легкое когнитивное расстройство характеризуется снижением продуктивности психической деятельности, трудностями в обучении и сосредоточении внимания, обстоятельностью, повышенной детализацией мышления, незначительным снижение памяти на текущие события. При переутомлении нарастают забывчивость и плохая сообразительность.

Органическое эмоционально-лабильное расстройство проявляется постоянной эмоциональной несдержанностью, повышенной утомляемостью, повышенной раздражительностью, быстро наступающим бессилием (раздражительной слабостью). Отмечаются также гиперестезия (повышенная чувствительность к громким звукам, яркому свету). В ответ даже на относительно нейтральные средовые воздействия у этих лиц возникает подавленное настроение, неуверенность в собственных силах, убежденность в своей интеллектуальной несостоятельности. Такие пациенты склонны избегать стрессов, перенапряжения.

[1] Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия : учебник для вузов. М., 2021. С. 347.

При судебно-психиатрической оценке в большинстве случаев лица с органическим расстройством личности, легким когнитивным расстройством, органическим эмоционально-лабильным расстройством признаются вменяемыми. При органическом расстройстве личности в зависимости от степени выраженности изменений психики, особенностей течения заболевания может выноситься решение о невменяемости таких лиц либо об их ограниченной вменяемости.

Лекция 13. Шизофрения, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)

Вопросы лекции

1. Шизофрения.
2. Эпилепсия.
3. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз).

1. Шизофрения

Психические болезни представляют собой форму патологии, в основном проявляющуюся нарушением отражения человеком окружающего и своего собственного внутреннего мира, в результате чего страдает его адаптация к социальной среде и часто формируется общественно опасное поведение. Общественное мнение традиционно склонно относить к психическим болезням психозы, при которых у больного возникают качественно новые свойства психики, отличающие его от психически здорового человека. В представлении широкого круга людей держится образ «сумасшедшего» – неизлечимо больного человека, высказывающего нелепые идеи и совершающего бессмысленные, опасные для окружающих поступки. Однако психические заболевания во многих случаях ограничиваются немногочисленными или даже единичными приступами с благоприятным исходом, который может быть приравнен к выздоровлению. Даже если болезнь становится хронической, она не всегда завершается тяжелым исходом; часто наступает послабление болезни – ремиссия, при которой больной способен в той или иной степени адаптироваться к условиям социальной среды, и сохраняющиеся психические расстройства полностью не лишают его жизненной перспективы.

В данной лекции мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся формы хронических психических расстройств, таких как шизофрения, биполярное аффективное расстройство и эпилепсия.

Шизофрения является распространенным заболеванием в судебной психиатрии, при котором совершаются противоправные действия.

В судебно-психиатрической практике около 50 % подэкспертных, признанных невменяемыми, составляют больные шизофренией, что определяет особое значение данного заболевания для судебной психиатрии. Среди лиц, признанных невменяемыми в Российской Федерации, больные шизофренией составляли 42,3 %. Популяционные исследования показали, что распространенность шизофрении в разных странах примерно одинакова и составляет около 1 %[1].

Шизофренический процесс чаще всего начинается в возрасте от 15 до 25 лет.

Наиболее ярким проявлением болезни является шизофренический психоз. В структуре психоза доминируют бред (преследования, воздействия, фантастического содержания), часто с феноменами открытости (больные чувствуют, что ими извне управляют посторонние силы – вкладывают им мысли, чувства, либо отнимают их собственные; управляют их телом, поступками неким таинственным образом – космическими лучами, специальными приборами, телепатически); истинные слуховые галлюцинации (у больного не возникает сомнения, что он слышит реальные голоса извне, которые обсуждают его, комментируют его действия, смеются над ним и т. д.) и слуховые псевдогаллюцинации (они имеют элемент ирреальности и «сделанности» – исходят из субъективного пространства, например, из собственного тела больного; искусственные – больные говорят о них «в пассивном залоге»: не «я слышу голоса», а «мне передают, транслируют в мозг голоса»); аффективные расстройства (как правило, депрессия, сопровождающаяся идеями самообвинения, тоской, чувством ненужности, беспомощности, мыслями о самоубийстве).

В клинике шизофрении выделяют негативные и позитивные симптомы. Позитивные симптомы (бред, галлюцинации и пр.) поддаются коррекции. Негативные симптомы необратимы (шизофренический дефект) и проявляются в:

– расстройствах эмоций (эмоциональная тупость);

– расстройствах воли (абулия);

– расстройствах мышления.

Особенности письма больных шизофренией заключаются в том, что психические дефекты обнаруживаются в атактических проявлениях письма, вычурности букв, расположении строк, своеобразии орфографии, примесях непонятных значков и фигур, неожиданных включениях прописных букв в середину слова, излишне расставленных знаках препинания, пропусках букв и слогов, их сдваивании и т. д.

Наиболее частые синдромы при шизофрении:

1) галлюцинаторно-параноидный;
2) кататонический.

[1] Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия: учебник для вузов. М., 2021. С. 435.

К галлюцинаторно-параноидным синдромам относятся:

1. Паронойяльный синдром – определяется систематизированным интерпретативным бредом различного содержания. При изложении бреда типична обстоятельность, связанная с обилием доказательств.

2. Параноидный синдром – сочетание бредовых идей преследования (отравления, ущерба, нанесения физического вреда) с вербальными галлюцинациями, проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо. В одних случаях преобладает бред, в других – сенсорные расстройства (галлюцинации и т. д.). Как правило, этот синдром развивается вслед за паранойяльным. К имеющимся бредовым идеям присоединяются галлюцинаторные переживания. Например, сначала у пациента возникает настороженность, подозрительность, а в последующем – убежденность, что за ним следят (паранойяльная стадия). В последующем это «подтверждается» ощущением, что ему «вкладывают мысли» или «вынимают мысли» его «преследователи», тем самым управляя им (параноидная стадия).

Ярким проявлением параноидного синдрома при шизофрении является синдром Кандинского-Клерамбо (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:

а) ассоциативный автоматизм – из всех автоматизмов обычно развивается 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. Пациент при этом говорит, что ему «вкладывают» мысли, что они чужды ему, или что мысли текут слишком быстро и он не успевает за потоком мыслей, либо утверждает, что его мысли известны окружающим, поскольку у него возникает чувство «звучания мыслей», либо сообщает, что в голове пусто, нет мыслей. Поэтому при беседе пациент может не сразу ответить на заданный вопрос или на большинство вопросов говорит: «Не знаю»;

б) сенестопатический автоматизм – разнообразные по характеру (нередко в форме боли) и локализации ощущения с характером «сделанности». При этом пациент так и говорит: «Мне делают…»;

в) двигательный (кинестетический) автоматизм – совершение вопреки желанию различных движений и поступков (в том числе движений языка, а в ряде случаев высказываний вслух), ощущаемых как насильственные. В таких случаях пациент говорит о насильственном чувстве «сделанности», что его руки или ноги не принадлежат ему, что его руками это делали, что его языком говорили, хотя на самом деле он не желал этого.

Ощущение больными принудительного характера собственной психической деятельности при синдроме Кандинского-Клерамбо объясняется ими как воздействие извне (гипноз, электричество, особые лучи и т. д.), способствуя формированию патологической идеи – бреда воздействия.

3. Парафренный синдром – развивается по мере прогрессирования шизофрении, формирования выраженного дефекта мышления, вследствие чего бредовые идеи теряют свою «стройность», становятся непоследовательными и нелепыми. Отмечается сочетание фантастических по содержанию бредовых идей, психических автоматизмов, галлюцинаций и нередко конфабуляций. В ряде случаев происходит изменение своего «я», всегда сопровождаемое бредом величия. Например, больной считает себя известным государственным деятелем, способным преобразовать мир, основать новые государства, религии, культуры, думает, что его преследуют воздействием из межпланетного пространства и т. п. Например, пациент может называть себя «мессией», считая, что способен изменить весь мир и от его действий зависит судьба планеты и т. п.

По типу течения шизофрении выделяют:

– непрерывную;

– приступообразную;

– периодическую (рекуррентную).

Непрерывная шизофрения характеризуется непрерывным хроническим течением, при котором возможны обострения и послабления болезненного процесса, спонтанная или медикаментозная стабилизация его, однако ремиссии для этой формы заболевания нехарактерны.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения преставляет собой сочетание непрерывного течения заболевания и периодически развивающихся на этом фоне острых психотических состояний – «шубов» (от нем. shub – сдвиг). Приступы включают в себя аффективные, галлюцинаторные, бредовые, кататонические расстройства в различных комбинациях. При этом после перенесенного приступа отмечается неизгладимый след, сдвиг личности (дефект).

Периодическая (рекуррентная) шизофрения характеризуется возникновением острых, относительно кратковременных психотических приступов и состояниями ремиссии (отсутствие болезненных проявлений) достаточного высокого качества. Во время приступа выражены как аффективные, так и шизофренические симптомы. У одних больных приступы возникают достаточно часто: 1 раз в год или 1 раз в 2–3 года, у других в течение всей жизни может быть 2–3 приступа.

Выделяют следующие типы шизофрении:

1) параноидная шизофрения;

2) гебефренная шизофрения;

3) кататоническая шизофрения;

4) простая шизофрения.

В развитии параноидной шизофрении отмечается три четких этапа: 1) этап бреда, не сопровождающийся галлюцинациями и явлениями психического автоматизма – паранойяльный синдром; 2) этап параноидного бреда – синдром Кандинского-Клерамбо; 3) этап фантастического бреда – парафренный синдром. Заболевание начинается исподволь и проявляется навязчивостями, психопатоподобными расстройствами, дереализацией, деперсонализацией. Длительность этого периода – от 2–3 до 15 лет.

Манифестация заболевания характеризуется формированием стойкого паранойяльного бреда отношения, преследования, отравления, изобретательства, реформаторства. Больные в свои переживания могут вовлекать не только отдельных лиц, но и государственные учреждения, правоохранительные органы, чем могут объясняться их многочисленные жалобы в различные инстанции. На втором этапе заболевания на фоне тревоги, выраженного страха у больных появляются слуховые галлюцинации, явления психического автоматизма, «голоса» приобретают характер «сделанных», начинают «звучать в голове». Помимо слуховых псевдогаллюцинаций могут возникать и другие виды автоматизма. Больные испытывают ощущение, будто с помощью специального прибора кто-то управляет их мыслями, движениями (синдром Кандинского-Клерамбо). Следующим этапом является парафренный. Больные начинают говорить о своих необычных способностях, о том, что они читают мысли окружающих, сами воздействуют на их мысли. Затем возникают идеи величия: больные говорят, что могут повелевать другими людьми, судьбами вселенной, считают себя мессиями, личностями, наделенными необыкновенными способностями. Примером наиболее часто встречающейся параноидной формы шизофрении может являться случай, когда у пациента, отслужившего в армии и устроившегося на работу охранником, изменилось состояние: он стал испытывать тревогу, страх, у него появилось убеждение, что за ним следят; стал «замечать», что люди стали к нему плохо относиться, подозрительно смотреть, коситься на него; стал слышать «голос» комментирующего характера, «испытывать воздействие» через радио, телевизор; появилось ощущение «открытости» мыслей; стал говорить, что по телевизору «специально для него» передают определенные сообщения. Он был арестован за попытку распространения марихуаны; в последующем заявлял, что является агентом «спецслужб», которые установили в его голове «чип», с помощью которого управляют его мыслями и поступками, говорил, что слышит их «голоса» – «мужской и женский», которые говорят «кончись,

все равно тебе хана…»; считал, что другие арестованные что-то замышляют против него, поскольку как-то подозрительно на него смотрят, «шушукаются» между собой; говорил, что сотрудник конвоя является переодетым сотрудником «спецслужб», которого на самом деле прислали следить за ним; был равнодушен к своей судьбе и совершенному правонарушению.

Гебефренная шизофрения встречается чаше всего в юношеском возрасте (15–25 лет). У больных наблюдается прогрессирующее падение продуктивности: хорошо учившиеся в школе подростки начинают испытывать трудности в восприятии новой информации. Характерно появление особых интересов к тем областям, с которыми подросток не был ранее знаком: философия, религия (проблемы мироздания, смысл жизни). Это явление получило название «философской» или «метафизической интоксикации». Постепенно нарастают изменения в эмоциональной сфере. У больных исчезает чувство привязанности к близким, они теряют знакомых, друзей, становятся равнодушными, по отношению к родным проявляют раздражительность, грубость, порой агрессию. Больные перестают следить за своим внешним видом, выглядят неопрятными, неряшливыми, нарастает бездеятельность, в течение всего дня лежат в постели или бесцельно ходят по квартире. В последующем на фоне изменений личности появляются аффективные, галлюцинаторные, бредовые и кататонические расстройства. Противоправные действия совершаются больными на различных этапах заболевания. Они могут быть обусловлены свойственной им импульсивностью либо совершаться под влиянием бреда, галлюцинаций, а также по негативно-личностным механизмам.

Для простого типа шизофрении свойствен рост основных негативных признаков психического заболевания. Галлюцинаций и бредовых идей при такой форме заболевания, как правило, нет либо они слабо выражены. Такая форма болезни характерна для лиц молодого возраста. Развитие болезни носит медленный характер. Заболевание протекает в непрерывной форме с постоянным усилением клинических симптомов.

Кататонический тип шизофрении проявляется в нарушениях двигательных функций организма. В настоящее время встречается редко. Характерна стереотипная речь, то есть многократные повторы одних и тех же фраз. В момент сильного речевого возбуждения больные часто выкрикивают разные фразы, слова и предложения без их видимой взаимосвязи. Часто заболевшие копируют движения и речь присутствующих. Возбуждение порой меняется на двигательную неактивность. Уровень заторможенности двигательных функций у всех больных отличается друг от друга. Некоторым свойственна замедленность движений, другим – ограничение их количества, в крайних случаях – полное отсутствие движений, что является следствием наступившего кататонического ступора. Человек в таком состоянии может принимать любые положения. Изменить позу таких боль-

ных либо не удается вовсе, либо, напротив, больные беспрепятственно дают возможность манипулировать своим телом. На вопросы такие больные, как правило, не отвечают, проявляя симптом мутизма. Довольно частый симптом кататонической шизофрении – парадоксальный негативизм. Он часто служит причиной, по которой больные отказываются принимать пищу.

Безусловно, в практике почти не встречаются больные, у которых имелись бы все перечисленные симптомы заболевания. В клинической картине одновременно могут присутствовать лишь некоторые из них.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих шизофренией: больные признаются вменяемыми, если правонарушение совершено в период стойкой ремиссии и при этом нет отчетливых изменений личности. В иных случаях они признаются невменяемыми.

При развитии шизофрении уже после совершения правонарушения больные освобождаются от отбывания наказания (ч. 1 ст. 81 УК РФ, ст. 362 УПК РФ), хотя в отношении инкриминируемых им деяний они признаются вменяемыми. Таким больным суд может назначить принудительные меры медицинского характера в психиатрическом стационаре.

2. Эпилепсия

Эпилепсия – это хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся непровоцируемыми приступами нарушений двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных и психических функций, возникающими вследствие чрезмерных нейронных разрядов. Эта группа распространенных заболеваний затрагивает функции центральной нервной системы, имеет хроническое течение и высокий уровень инвалидизации. В большинстве развитых стран ежегодно регистрируется 50–70 случаев заболеваемости эпилепсией на 100 тыс. населения. Численный показатель распространенности эпилепсии составляет 5–10 случаев болезни на 1000 населения[1].

Клиника эпилептической болезни очень разнообразна, ее проявления можно разделить на четыре группы состояний:

1) кратковременные судорожные и бессудорожные приступы;

2) сумеречные расстройства сознания;

3) психозы;

4) изменения личности и слабоумие.

Главным симптомом эпилепсии выступает судорожный приступ с потерей сознания, что и определяет ее название (от греч. эпилепсио – быть внезапно охваченным). Приступы эпилепсии протекают с глубокой потерей сознания, тонико-клоническими судорогами.

[1] Руководство по судебной психиатрии в 2 т. Т. 1 : практическое пособие / под ред. А. А. Ткаченко. М., 2020. С. 233.

Наряду с большими приступами, существуют и другие формы проявления эпилепсии, в том числе:

– малые приступы, которые наблюдаются у 15–20 % больных эпилепсией вместо больших приступов. Они происходят в течение нескольких секунд;

– нарколептический припадок – внезапное развитие сонливости, сменяющейся сном. Припадок возникает в любых условиях – при ходьбе, в транспорте, во время выполнения работы;

– каталексический припадок – внезапное расслабление мышц под влиянием неожиданных раздражителей (громкий звук, испуг и т. д.). Припадок может сопровождаться падением, сознание при этом может сохраняться.

Дисфории – эпилептические расстройства настроения. Чаще всего наблюдается тоска, тревога, беспричинный страх, злобность, подозрительность, готовность к разрушительным действиям, направленным против окружающих. Нередко больные жалуются на непреодолимое желание совершить убийство или покончить с собой.

Сумеречное расстройство сознания («сумерки») – сужение психического поля зрения, избирательное восприятие окружающего при сохранении привычных автоматизированных действий. Возникает внезапно, часто на непродолжительное время (минуты, часы, очень редко держится более суток). Выделяют следующие разновидности «сумерек»:

1. Психотическая (классическая) форма «сумерек» сопровождается нарушением ориентировки в окружающем и собственной личности, галлюцинациями, бредом и измененным аффектом. Галлюцинации, как правило, устрашающего характера. Аффективные расстройства интенсивны (страх, злоба, ярость). Преобладают бредовые идеи преследования. Слова и действия отражают суть патологических переживаний. Словесный контакт затруднен, но возможен. Характерно двигательное возбуждение с агрессивными действиями. После выхода обычно наблюдается полная амнезия.

2. Амбулаторный автоматизм: внешне поведение больного выглядит целенаправленным и упорядоченным, и окружающие могут ничего не заметить. Поведение и поступки больного носят автоматизированный характер и сосредоточены на определенном круге явлений.

3. Сомнамбулизм (снохождение, лунатизм) чаще всего бывает у детей и подростков и рассматривается как эквивалент припадка.

Эпилептические психозы могут быть острыми и затяжными, протекают без помрачения сознания. Наибольшее значение в судебной психиатрии имеют бредовые формы.

При эпилепсии постепенно нарастают изменения личности больных. У больных снижается память, мышление становится тугоподвижным, вязким, крайне обстоятельным. Речь замедленная, отличается излишней детализацией.

Такие лица отличаются чрезвычайной педантичностью, стремлением к строжайшему исполнению всех правил и законов, причем они настойчиво требуют этого же и от окружающих. Отличительной особенностью больных является склонность к кумулированию аффекта с последующим «взрывом». Больные крайне злопамятны, мстительны, могут жестоко отомстить спустя много лет по самым нелепым поводам. Так, больной эпилепсией совершил правонарушение в связи с тем, что за несколько месяцев до случившегося они с потерпевшим пообещали друг другу «больше не материться». Проснувшись утром, он услышал, как потерпевший ругается матом, после чего сразу кинул в его сторону нож. На следствии свой поступок объяснял так: «Мы же поклялись не материться, а он клятву нарушил».

Злопамятность, взрывчатость, жестокость сочетаются со льстивостью и угодливостью, употреблением уменьшительно-ласкательных слов в речи.

Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии отличается особой сложностью. Трудность заключается в необходимости ретроспективного воспроизведения клинического состояния больного в момент совершения преступления. В состояниях сумерек, психозов, судорожных и бессудорожных приступов, дисфории больные признаются невменяемыми. Если преступление совершено в межприступном периоде, то вменяемость устанавливается в зависимости от глубины имеющихся изменений личности.

3. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)

Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз, циркулярный психоз, циклофрения, циклотимия) проявляется периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Длительность фаз различна и составляет от нескольких недель до нескольких лет, средняя составляет 3–6 месяцев. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии).

Причина этого заболевания остается до сих пор невыясненной, однако в 80 % случаев выявляется наследственная отягощенность данными, а также другими психическими заболеваниями[1].

Выделяют следующие ведущие синдромы:

1) маниакальный;
2) депрессивный.

[1] Тювина Н. А. Биполярное аффективное расстройство: гендерные особенности течения и терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2019. № 12. С. 162.

Маниакальная фаза проявляется тремя основными клиническими признаками: 1) повышенным, радостным настроением; 2) ускорением интеллектуальных процессов; 3) речевым и двигательным возбуждением. Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы. Главная особенность заболевания – прямая зависимость начала очередной фазы заболевания от времени года. Как правило, фазы психозов начинаются в межсезонный период, иногда весной, но чаще осенью.

Маниакальное возбуждение отличается ярко выраженным повышенным настроением, возникающим без видимой причины. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается подолгу на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Пациенты не считаются с настроением окружающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми; повышенное настроение и снижение критики сопровождаются переоценкой собственной личности. Идеи величия обычно сводятся к напоминающим хвастовство несистематизированным и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своем таланте, остроумии, внешней привлекательности, большой физической силе и т. д.

В таком состоянии больные нередко дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают хищения, растраты для удовлетворения возникающих многочисленных желаний. Маниакальное состояние сопровождается также расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное).

Примером, совершения правонарушения в состоянии мании, является случай самоуправства, когда пациент на своем рабочем месте стал давать указания, минуя руководство предприятия, самовольно распоряжаясь имуществом и утверждая, что у него «есть на это все права». В течение нескольких дней он был в веселом настроении, смеялся, шутил, отпускал циничные шутки в адрес женщин. Проходя мимо уборщицы, он мог схватить швабру и начать мыть «вместе с ней» полы. Кроме того, пел песни, отказывался от обеда, хвастался, что спит всего 2–3 часа, может работать «хоть до утра» без перерыва и т. п.

Депрессивная (меланхолическая) фаза как бы противоположна маниакальной фазе. По клиническим проявлениям она характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью. Тоска может стать безысходной, сопровождаться субъективными ощущениями безразличия к здоровью и судьбе своих близких, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии.

Для депрессивной фазы характерны бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, греховности, содержание которых может определяться

сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством, которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения: больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя. Отмечаются также замедленное течение мысли, представлений, трудности в оценке и понимании событий и явлений. Депрессивные явления сочетаются с соматовегетативными нарушениями, запорами, сухостью слизистых, расстройством аппетита и т. д.

Особой формой является ажитированная депрессия, при которой тоскливое настроение сочетается с тревогой (аффект ожидания беды), речевым и двигательным возбуждением.

В межприступном периоде («светлом промежутке») психическое здоровье больных практически восстанавливается, и они не обнаруживают болезненной симптоматики. Такие периоды принято называть интермиссиями.

Судебно-психиатрическая оценка: в случае наличия у больного в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, обострения заболевания с развитием психотического приступа (как депрессивного, так и маниакального) больные признаются невменяемыми. Лица, совершившие правонарушения в «светлом промежутке» (состоянии интермиссии), признаются вменяемыми.

Лекция 14. Расстройства личности (психопатии). Расстройства влечений.

Вопросы лекции

1. Расстройства личности (психопатии).
2. Расстройства влечений.

1. Расстройства личности (психопатии)

В данной лекции мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся формы расстройств личности и влечений.

Широкое представительство среди правонарушителей лиц с расстройством личности и влечений обуславливает необходимость оценки влияния данной патологии на формирование общественно опасного поведения и на способность осознавать характер своих действий и руководить ими, поэтому целью данной лекции является раскрыть понятие о расстройствах личности, дать представление об основных формах психопатии, их динамики.

Под расстройствами личности (психопатиями) понимают стойкую непрогредиентную врожденную или приобретенную патологию характера при общей сохранности интеллекта, которая проявляется главным образом в поведении и приводит к нарушению межличностных отношений и социальной дезадаптации. В настоящее время термин «психопатия» в классификациях не используется, а применяется термин «расстройство личности». Психопатиями (расстройствами личности) страдают 5–15 % взрослого населения. Как правило, психопатические личности не осознают своего дефекта и не обращаются к врачу. Тем не менее, у них нарушена социальная адаптация, повышен риск наркомании и правонарушений. Стойкость изменений личности при психопатиях, неприятие помощи, характерное для многих психопатических личностей, – все это делает психопатии одной из самых трудных медицинских и социальных проблем[1].

Расстройства личности могут быть наследственно обусловленными или вырабатывающимися вследствие продолжительного, особо неблагоприятного влияния среды, как правило, в детстве.

Диагноз психопатии устанавливают на основании трех основных признаков:

1. Тотальность патологических черт характера, которые проявляются всегда и везде, в любых условиях, и при стрессах, и при их отсутствии.

2. Стабильность патологических черт характера – они впервые проявляются в детском или подростковом возрасте, реже у взрослых, и затем сохраняются на протяжении всей жизни человека.

3. Нарушение адаптации (приспособления) именно вследствие патологических черт характера, а не из-за неблагоприятного внешнего воздействия.

Расстройства личности, в отличие от психозов, не относятся к прогрессирующим заболеваниям. Личность же в зависимости от внешних условий и воздействия других факторов может быть адаптированной (компенсированной) или дезадаптированной (декомпенсированной).

Наиболее признанные клинической практикой варианты расстройств личности следующие:

1) параноидное расстройство личности;
2) шизоидное расстройство личности;
3) диссоциальное расстройство личности;
4) эмоционально-неустойчивое расстройство личности;
5) истерическое расстройство личности;
6) ананкастное расстройство личности;
7) тревожное расстройство личности.

Параноидное расстройство личности характеризуют:

– чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;

[1] Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия : учебник для вузов. М., 2021. С. 432.

– тенденция постоянно быть недовольным кем-то, то есть отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока;

– подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных;

– воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;

– возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или полового партнера;

– тенденция к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;

– охваченность несуществующими «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.

Основной чертой параноических психопатов является склонность к образованию сверхценных идей, оказывающих влияние на их поведение. Лица с параноидным расстройством личности часто пишут жалобы в различные инстанции по незначительным поводам. Например, пациент устроил скандал, а затем подал исковое заявление в суд на соседа с требованием возмещения морального ущерба за то, что сосед, по его мнению, поставил машину в неположенном месте. После того, как судом в удовлетворении иска было отказано, он пришел к выводу, что «судья был подкуплен», и написал жалобу в прокуратуру. После отрицательного ответа из прокуратуры стал писать жалобы в вышестоящие инстанции о том, что «прокурор у нас оборотень», требуя «разобраться» и т. д.

Для шизоидного расстройства личности характерны следующие особенности:

– эмоциональная холодность;

– мало что или вообще ничего не доставляет удовольствие;

– неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;

– слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;

– предпочтение уединенной деятельности;

– заметная нечуткость к социальным нормам и условиям;

– отсутствие близких друзей, а также нежелание иметь друзей.

Лица со сложившимся шизоидным расстройством личности необщительны, погружены в себя, сдержанны. Замкнутость и скрытность обусловлены отсутствием внутренней потребности в общении. Они холодны в общении с близкими, угловаты и чопорны в поведении. Они плохо понимают шутки других; если шутят сами, то неуклюже. Для них характерна чудаковатость. Вместе с тем они часто оказываются интеллектуально одаренными личностями, склонными к нестандартным умозаключениям. При этом они часто оказываются неприспособленными к быту.

Для эмоционально-неустойчивого расстройства личности характерны:

– тенденция действовать импульсивно, без учета последствий;

– неустойчивость настроения;

– минимальная способность планировать;

– вспышки гнева, которые часто приводят к насилию;

– отсутствие самоконтроля.

Как правило, аффективные реакции у таких пациентов не соответствуют поводу и силе раздражителя, и после они сожалеют о случившемся, но затем при соответствующих обстоятельствах вновь становятся гневливыми и раздражительными. У них наблюдаются колебания настроения полярного типа, которые возникают спонтанно или по незначительному поводу. На высоте аффекта они либо становятся агрессивными, либо наносят себе самоповреждения, чаще это неглубокие порезы на локтевых сгибах, груди, животе. Так, например, после незначительного оскорбления человек сразу схватил нож и нанес удары ножом обидчику, в последующем заявляя, что тот «сам виноват», «довел», признавая при этом, что его легко вывести из себя.

При диссоциальном расстройстве личности отмечается грубое несоответствие между поведением и существующими социальными нормами. Для данного расстройства характерны:

– бессердечное равнодушие к чувствам других;

– грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;

– неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;

– крайне низкий порог к стрессам, а также низкий порог разряда агрессии;

– неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;

– выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Для таких пациентов характерно направленное только на ближайшие цели понимание жизни, нелюбовь к труду, упрямство, страсть к удовольствиям, раннее пробуждение полового влечения, стремление без колебаний и, ни с чем не считаясь, удовлетворять свои прихоти и желания. Они склонны к жестокости и агрессии. Также им свойственна склонность к обману и азартным играм.

Так, например, подэкспертный, 35 лет, по собственному утверждению, «никогда не работал и работать не собирается», предпочитает праздный образ жизни. С подросткового возраста стал употреблять наркотические вещества, в 17 лет был судим за распространение наркотиков. После

освобождения нигде не работал, затем был осужден за кражу, через несколько месяцев – за грабеж. После освобождения возобновил употребление наркотических веществ, был привлечен к уголовной ответственности за хранение и распространение наркотических веществ. По его собственным словам, наркотическое вещество ему «подкинули», а при прежних судимостях он также «был невиновен», «просто так получалось».

Истерическое расстройство личности характеризуют:

– самодраматизация, театральность, преувеличенное выражение эмоций;

– внушаемость, легкое влияние окружающих или обстоятельств;

– поверхностность и лабильность эмоциональности;

– постоянно стремление к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой пациент находится в центре внимания;

– неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;

– чрезмерная озабоченность физической привлекательностью.

Основная особенность этих личностей заключается в стремлении привлекать к себе внимание окружающих. Пациенты с этим расстройством личности все время «на сцене». Даже в повседневной жизни, рассказывая о каких-либо обыденных событиях, они прибегают к утрированной жестикуляции, напыщенной речи. Они легко меняют свои убеждения под влиянием ситуации. Для них характерна повышенная внушаемость и самовнушаемость. Среди истерических личностей часто выделяют так называемых «псевдологов». Эти люди живут как будто в двух мирах – реальном и воображаемом. Они играют сами с собой, их ложь чаще всего оказывается бескорыстной, однако иногда они «заигрываются», выдавая себя за начальников, известных людей или их родственников, и нарушают закон. Нередко ими совершаются мошеннические действия. Например, молодой парень, окончивший колледж, всем представлялся коммерческим директором крупной банковской сети, утверждая, что является руководителем нового направления в области кредитования и оказывает услуги по гарантированному получению кредита в банке. Деньги за свои услуги брал по предоплате, заключая фиктивный договор. При этом всегда стремился произвести впечатление на клиентов; на полученные от первых клиентов деньги нанял машину с водителем, арендовал офис, всегда хорошо одевался.

Ананкастное расстройство личности характеризуют:

– чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;

– озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;

– перфекционизм (стремление к совершенству), препятствующий завершению задач;

– чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;

– повышенная педантичность и приверженность социальным условностям;

– ригидность и упрямство;

– необоснованные настойчивые требования того, чтобы все делали в точности, как и он сам, или неблагоразумное нежелание позволять выполнять что-либо другим людям.

Тревожное расстройство личности характеризуют:

– постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия;

– представления о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;

– повышенная озабоченность критикой в свой адрес или непринятием в социальных ситуациях;

– нежелание вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;

– ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;

– уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

Судебно-экспертная оценка расстройств личности: большинство лиц с расстройством личности признаются вменяемыми. В исключительных случаях экспертное решение может быть принято в пользу ограниченной вменяемости или невменяемости.

2. Расстройства влечений

Расстройства влечений – это категория нарушений поведения, которая характеризуется повторяющимися побуждениями, без ясной рациональной мотивации, которые противоречат интересам самого пациента и не могут быть контролируемы им. Основным признаком их является нарушение волевых функций, что нередко приводит к противоправным действиям. Лица с расстройствами влечений составляют основную массу серийных сексуальных убийц.

Серийные убийства, совершенные на сексуальной почве, относятся к категории наиболее сложных уголовных дел, отличаются особенностями, обуславливающими специфику при раскрытии и расследовании преступлений. Кроме того, проблемы раскрытия и расследования преступлений подобного рода остаются актуальными ввиду их высокой степени социальной опасности и общественного «резонанса». Несмотря на распространенность публикаций об использовании специальных знаний в области

психологии, психиатрии и сексологии в раскрытии и расследовании многоэпизодных сексуальных убийств, утверждения об их практической эффективности и ценности не доказаны и носят декларативный характер. Также имеют место вопросы, связанные с использованием результатов исследований специалистов в данных областях.

В связи с необходимостью формирования следственных версий по определению направления поиска серийного убийцы и сужения круга лиц, подозреваемых в совершении преступлений органы следствия обращаются за помощью к специалистам с целью профилинга – составления психологического портрета преступника. Большинство авторов указывает на целесообразность профилинга при подобных преступлениях, отмечает высокую степень совпадения характеристик «мысленной модели» преступника, представленной в психологическом портрете, с реальными личностными характеристиками серийного сексуального убийцы. Отечественными и зарубежными исследователями изучены мотивы совершения убийств на сексуальной почве, представлены характерологические особенности, на основании которых предложен ряд различных классификаций преступников, отличающихся многообразием, отсутствием единого подхода и прогнозом повышения эффективности раскрытия и расследования подобных преступлений. Вместе с тем зачастую составленные психологические портреты фактически не имели ценности для поимки убийц[1].

Серийные убийства, совершаемые на сексуальной почве, отличаются особой жестокостью, что обуславливает возникновение вопроса о вменяемости лица, совершившего подобное деяние, и необходимость использования специальных знаний в области психиатрии, психологии и сексологии. Для решения вопроса о вменяемости серийных сексуальных убийц наиболее эффективным будет назначение стационарной комплексной судебной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы, так как данное исследование позволяет организовать подробное изучение подэкспертного с коллегиальным участием нескольких экспертов, обладающих требуемыми профессиональными компетенциями. Назначение и производство данного вида экспертиз, а также использование заключений эксперта в процессе доказывания является наиболее эффективной формой применения специальных знаний, оптимизирущей процесс доказывания в уголовном судопроизводстве.

Основной целью назначения комплексной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы является необходимость одновременного решения вопросов о вменяемости, сексуальных отклонениях,

[1] Васильченко А. В. К вопросу об использовании специальных знаний при расследовании серийных сексуальных убийств // Криминалистика: актуальные вопросы теории и практики : сборник материалов Международной научно-практической конференции. Ростов н/Д, 2020. С. 59.

психологических особенностях поведения подэкспертного до, во время и после совершения деликта. Каждый из привлекаемых к экспертизе специалистов решает поставленные задачи в рамках собственной компетенции. Психиатр диагностирует психическое расстройство и его отношение к медицинскому критерию невменяемости, соотносит данное расстройство с юридическим критерием невменяемости, квалифицирует состояние подэкспертого на момент исследования и во время совершения деликта, определяет необходимость принудительных мер медицинского характера. В задачи сексолога входит определение и квалификация у подэкспертного аномалий в психосексуальной сфере и ее влияние на его поведение в момент деликта. Психолог осуществляет диагностику индивидуально-психологических особенностей подэкспертного, их влияние на психосексуальное поведение, половое самосознание, установки и отношения, связанные с половым влечением.

Ошибки при раскрытии и расследовании серийных сексуальных преступлений (привлечение специалистов, назначение судебных экспертиз), низкая степень комплексного использования специальных знаний в области психологии, психиатрии и сексологии указывают на необходимость повышения уровня профессиональной компетентности сотрудников следствия в части, касающейся знаний о расстройствах влечений, умений привлекать специалистов к раскрытию и расследованию подобного рода преступлений.

К наиболее распространенным нарушениям влечений относят: патологическую склонность к азартным играм (игроманию, гемблинг), патологическую склонность к бродяжничеству (дромоманию), патологические поджоги (пироманию), патологическое воровство (клептоманию), склонность к выдергиванию собственных волос (трихотилломанию), склонность к вымыслам, обману (мифоманию), а также расстройства сексуальных предпочтений.

Игромания проявляется в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что является ведущим в жизни лица, ведет к снижению социальных и профессиональных навыков, утрате материальных и семейных ценностей. Вне игровой деятельности такие лица испытывают постоянное внутреннее напряжение, тревожно спят, раздражительны, конфликтны. От обычных игроков их отличает охваченность игрой, нарушения социальных форм поведения, равнодушие к своему обнищанию и благополучию семьи.

Пиромания (патологические поджоги) характеризуется стремлением совершать поджоги и любоваться огнем. Пироманические акты возникают периодически на высоте ажитированного состояния, единственным мотивом является любование огнем или разрядка своего внутреннего напряженного состояния. При этом поджигаются случайные объекты, с возник-

шего пожара такие лица не уходят. Их часто видят окружающие зачарованно стоящими у огня. Вид огня и действия людей при тушении пожара вызывает разрядку аффективного напряжения, которое в дальнейшем повторяется и влечет за собой стремление к новым поджогам.

При клептомании (патологическом воровстве), так же, как и при других видах расстройств влечений, неодолимое желание совершить кражу возникает периодически. Ему предшествует чувство внутреннего напряжения, неудовлетворенности, тревоги. Кража совершается всегда в одиночку, не связана с материальной необходимостью. После кражи отсутствуют признаки сокрытия следов преступления, наступает разрядка эмоционального напряжения.

К расстройствам влечения относится дромомания, когда у больных периодически появляется склонность к бродяжничеству. Без видимой причины они покидают свое место жительства и бесцельно переезжают из одного города в другой, где бродят по улицам, попрошайничают. По мере того, как настроение нормализуется, они возвращаются домой.

Трихотилломания – навязчивое действие, выражающееся в выдергивании волос на голове или других частях тела.

Мифомания – болезненная склонность искажать действительность, лгать, рассказывать выдуманные истории.

В судебной практике наиболее часто встречаемыми расстройствами сексуального предпочтения (парафилиями) являются:

1. Фетишизм – использование в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения неодушевленного предмета. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу, например, предметы одежды или обуви.

2. Садомазохизм – предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установление зависимости. Если индивидуум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции (является реципиентом) – это мазохизм; если же он предпочитает быть ее источником – садизм. Отмечено, что часто человек получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности.

3. Трансвестизм – стремление к переодеванию в одежду противоположного пола. Переодевание нередко сочетается с разглядыванием себя в зеркале, сопровождается половым возбуждением.

4. Эксгибиционизм – периодическая или постоянная склонность к неожиданной демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Как правило, хотя и не всегда, во время демонстрации возникает половое возбуждение, часто сопровождающееся мастурбацией.

5. Вуайеризм – периодическая или постоянная наклонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или «интимными делами», например, раздеванием. Отмечается, что это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы, без желания обнаружить собственное присутствие и вступить в связь с лицом, за которым ведется наблюдение.

6. Педофилия – постоянное или преобладающее сексуальное предпочтение детей, как правило, препубертатного или раннего пубертатного возраста. Может существовать предпочтение определенного пола (девочки или мальчики), а могут быть привлекательны одновременно дети обоего пола. Вместе с тем социально осуждаемые контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста, особенно однополыми, не обязательно являются проявлением педофилии. Примером может служить мужчина, который в 4-летнем возрасте был изнасилован 17-летним парнем. В школе он занимался в танцевальном кружке, где девочек воспринимал лишь как партнерш по танцу, дружил с ними, но влечения к ним не было. Обнаружив у себя влечение к мальчикам, он старался избавиться от этого, познакомился с девушкой, но вскоре понял, что может с ней только дружить, при попытке интимных отношений с ней влечения и возбуждения не возникло. В дальнейшем знакомился с девушками, некоторое время встречался, но интимных отношений с ними также не было. Имел эпизодические интимные отношения с 12–13-летними мальчиками, которые, по его словам, сами соглашались на то, чтобы он взял их половой член в рот за деньги. Вскоре познакомился и стал жить в гражданском браке с женщиной намного старше него, у которой были сын и дочь от первого брака. Интимных отношений с женой не было. Много времени проводил с мальчиком, водил его в кино, на прогулки, часто фотографировал его и снимал на видеокамеру. Мать мальчика, заметив такое внимание к ее сыну, сначала способствовала их общению, но затем, случайно обнаружив в компьютере у гражданского мужа фотографии, где он сфотографирован с другими мальчиками, а также заметив, что дома ее сожитель стремится незаметно погладить мальчика, как будто случайно садится с ним рядом и т. д., забрав детей, разошлась с ним.

Согласно п. 3.1 ст. 196 УПК РФ оценка психического состояния совершеннолетнего лица, обвиняемого в преступлении против половой неприкосновенности несовершеннолетнего (до 14 лет), является обязательным поводом для назначение судебной экспертизы.

В случае подтверждения педофилии назначаются принудительные меры медицинского характера (п. Д ст. 97 УК РФ) в виде наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (ч. 2 ст. 99 УК РФ), реализуемые в местах лишения свободы, а также по месту жительства (после отбытия наказания). Не позднее 6 месяцев до истечения срока наказания

по ходатайству администрации учреждения исполнения наказания данное лицо должно быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу. Экспертиза назначается судом для решения вопроса о необходимости применения принудительного лечения лица после отбытия им наказания (ч. 2.1 ст. 102 УК РФ).

Лекция 15. Алкоголизация и преступность. Наркомании и токсикомании

Вопросы лекции

1. Алкогольное опьянение. Алкоголизм.
2. Алкогольные психозы.
3. Наркомании и токсикомании.

1. Алкогольное опьянение. Алкоголизм

На сегодняшний день имеет место высокий уровень алкоголизации населения Российской Федерации, неуклонный рост потребителей наркотических и психоактивных веществ, а также заболеваемости алкоголизмом, наркоманиями и токикоманиями. При этом доля лиц, совершивших противоправные действия в состоянии алкогольного опьянения, колеблется от 22 до 34 % среди общего числа лиц, подвергающихся судебно-психиатрическому освидетельствованию[1]. По данным МВД России за последние 10 лет[2], 40–55 % преступлений совершаются в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения; систематическое употребление алкоголя, наркотиков и психоактивных веществ вызывают изменения личности, толкают данную категорию лиц на совершение противоправных действий. В этой связи актуальной является судебно-психиатрическая оценка вышеописанных явлений для определения вменяемости при совершении деликта, дееспособности при совершении сделок.

В процессе алкогольного опьянения у больного меняется поведение, которое зависит от индивидуальных особенностей личности, его характера, уровня воспитания и привычек. Основной признак воздействия алкогольного вещества на функции психики – постепенное изменение настроения, которое возникает уже на первой стадии. В начале опьянения настроение больного обычно улучшается, часто с оттенками эйфории, человек

[1] Руководство по судебной психиатрии в 2 т. Т. 1 : практическое пособие / под ред. А. А. Ткаченко. М., 2020. С. 256.

[2] Ежемесячный сборник о состоянии преступности в России (2010–2020 гг.) // Информационно-аналитический портал правовой статистики Генеральной прокуратуры Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: http://crimestat.ru/analytics (дата обращения: 03.06.2022).

беспричинно весел. Однако настроение в таком состоянии нестабильно. Очень часто радостно-умиленное состояние быстро сменяется озлобленно-враждебным. Происходит увеличение сексуальных инстинктов. Алкоголь оказывает негативное влияние на интеллектуальную функцию человека, снижается скорость восприятия окружающей реальности, ухудшается логичность мыслительных процессов, концентрация внимания и функция памяти.

Синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм) формируется при длительном и систематическом злоупотреблении алкогольными напитками и имеет три стадии.

Алкоголизм характеризуется развитием психической и физической зависимости, абстинентного синдрома, психической, физической и социальной деградацией личности. Алкоголизм имеет свои доклинические проявления – бытовое пьянство. Бытовое пьянство – привычное злоупотребление алкоголем. При бытовом пьянстве нет клинически выраженных нарушений. Алкоголизм отличается четко очерченными признаками. В отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое требует лечения.

Первая стадия алкоголизма (начальная, неврастеническая) определяется наличием синдромов измененной реактивности и психической зависимости.

Синдром измененной реактивности включает в себя:

– повышение толерантности (привыкания) к этанолу. Для достижения эйфории требуется прием большего количества спиртного и (или) переход на употребление более крепких напитков;

– исчезновение защитного рвотного рефлекса и неприятных ощущений при приеме алкоголя;

– снижение и утрату количественного контроля. После приема небольших (начальных) доз возникает стремление достигнуть состояния выраженного опьянения. Например, после окончания праздника человек дополнительно выпивает по пути домой;

– измененные формы опьянения. Вместо прежних положительных эмоций, эйфории возникает специфическое возбуждение с проявлениями обидчивости, агрессивности, демонстративности в поведении и т. п.;

– выпадение из памяти отдельных фрагментов событий в период опьянения.

Синдром психической зависимости включает:

– навязчивые мысли об алкоголе. Влечение к его приему выражается в возникающих, подчас неожиданно и спонтанно, желании выпить, приятных воспоминаниях о предыдущих пьянках. Характерна «борьба мотивов» – относительная способность противостоять болезненному влечению;

– эйфорию перед употреблением алкоголя и дисфорию (раздражительность, напряженность) при его невозможности или отмене;

– изменение способа алкоголизации и ослабление (утрата) ситуационного контроля. Больной активно создает ситуации, связанные с приемом алкоголя, и участвует в организации выпивки, ее обсуждении и устранении возможных препятствий («Не вижу повода, чтобы не выпить»), провоцирует окружающих («Раз не пьешь, значит, не уважаешь, предаешь») и т. п. Кроме того, начинает игнорироваться социальный контекст ситуации (алкоголизация на рабочем месте, во время официальных мероприятий).

Внешние проявления патологического влечения к алкоголю:

– торопливость с очередным тостом, «опережение круга»;

– употребление спиртного «до дна»;

– неразборчивость к сорту спиртного.

Последствия алкогольного эксцесса ограничиваются повышенной утомляемостью, неустойчивостью настроения с раздражительностью, подавленностью, ухудшением внимания, умеренно выраженными нарушениями сна и вегетативными отклонениями (сердцебиение, потливость, головные боли). Проходят обычно самостоятельно, в течение 1–3 суток.

Вторая стадия алкоголизма (средняя, наркоманическая) характеризуется появлением выраженной физической зависимости и дальнейшим развитием проявлений психической зависимости и измененной реактивности.

Синдром измененной реактивности характеризуется тем, что:

– толерантность достигает наивысших для данного больного значений (так называемое плато толерантности) – возможно употребление разовых и суточных доз, в несколько раз превышающих исходные;

– полностью утрачивается количественный контроль;

– эйфория во время опьянения часто отсутствует или быстро проходит;

– преобладает состояние возбуждения с частыми и беспричинными сменами настроения (раздражительность, агрессивность, обидчивость и т. п.);

– присуща бессвязность мышления, грубые переоценка или недооценка своих возможностей, сопровождающиеся самовосхвалением или самобичеванием и т. п.;

– возможно отсутствие памяти на весь период опьянения.

Синдром психической зависимости включает в себя следующие признаки:

– влечение к выпивке приобретает компульсивный (непреодолимый) характер, сравнимый с такими физиологическими потребностями, как голод и жажда;

– происходит выраженное снижение ситуационного контроля, приводящее к социальным проблемам и на работе, и в личной жизни.

Синдром физической зависимости характеризуется тем, что:

– этанол окончательно «встраивается» в обменные процессы, и его присутствие становится обязательным для относительно нормального функционирования организма;

– больной уже не может обойтись без некоторой (индивидуальной) дозы алкоголя, которая необходима ему для достижения физического благополучия;

– пьянство приобретает систематический характер с формированием псевдозапоев.

Запой – длительное, в течение нескольких дней (и даже недель), злоупотребление алкоголем с развитием опьянения различной степени выраженности. Делится на псевдозапои и истинные запои.

Псевдозапои – запои, периодичность которых связана не с биологическими, а с чисто внешними ситуационными причинами. Такие запои могут начинаться в конце недели, при получении зарплаты, после ухода в отпуск, по случаю семейных торжеств или каких-либо неприятностей. Внешние причины – административное наказание, семейный конфликт – обуславливают их прекращение. Псевдозапои не имеют периодичности.

На этой стадии алкоголизма нередко возникают острые алкогольные психозы.

В первое время запои возникают на фоне таких внешних факторов, как получение зарплаты, праздники, выходные. Их завершение также связано с внешними причинами – отсутствием спиртного (нет денег на его приобретение), семейными конфликтами, необходимостью выхода на работу. Опохмеление происходит с учетом обстоятельств, например, вечером после работы. В дальнейшем запои возникают уже по внутренним механизмам, с полным игнорированием социальных факторов, например, с утра.

В случае отказа от спиртного (вынужденного или вследствие истощения) возникает состояние абстиненции (иначе – похмелье). По мере развития второй стадии абстиненция становится все более выраженной. Если на первых порах больной может самостоятельно «перетерпеть», то в дальнейшем он нуждается в оказании медицинской помощи.

Абстиненция – выраженное ухудшение самочувствия, возникновение физических и психических расстройств при прекращении употребления алкоголя. Развивается в течение нескольких часов после последнего приема.

На этой стадии уже возникают соматические осложнения, которые носят в основном функциональный (обратимый) характер.

Основные изменения личности больного на второй стадии алкоголизма:

– эмоциональная неустойчивость (раздражительность, обидчивость, конфликтность);

– умеренные ухудшения памяти, внимания, когнитивных способностей;

– огрубление личности с сужением сферы интересов, утратой интереса к новому; появление или усиление лживости и самооправдания; значительное снижение критики по отношению к злоупотреблению алкоголем при сохранности общей критики; алкоголизация становится основным ценностным ориентиром.

Указанные особенности не достигают степени деградации личности и, как правило, обратимы при прекращении алкоголизации и лечении. Характерно появление внутрисемейных конфликтов и негативных социальных последствий. Часто происходит потеря семьи (развод) и работы, снижение социального статуса.

Третья стадия алкоголизма (финальная, энцефалопатическая, дословно – «мозгонарушенная») характеризуется утяжелением всех проявлений болезни и алкогольной деградацией личности, является последствием необратимых изменений в организме. На этой стадии влечение к приему алкоголя неодолимо и требует его немедленного приема. Полностью утрачены количественный и ситуационный контроль. Эффект приема уже не эйфоризирующий (первая стадия) и не стимулирующий (вторая стадия), а тонизирующий, то есть обеспечивающий более-менее удовлетворительное существование. Прием любой дозы приводит к необходимости дальнейшего употребления вне зависимости от ситуации. Алкоголь – единственная ценность, для его приобретения больной влезает в долги, продает вещи, ворует. Происходит снижение толерантности (переносимости) к алкоголю. Разовые дозы уменьшаются, хотя суточная доза может оставаться высокой. В дальнейшем и разовая, и суточная доза снижаются.

Характерны истинные запои, когда больные употребляют спиртное по нескольку дней. При этом по мере продолжительности запоя толерантность больных к алкоголю прогрессивно снижается. Если дозы достигают 1 л водки в первые дни запоя, то в конце запоя они снижаются до 100–150 мл в день. Такой запой вследствие физической непереносимости алкоголя заканчивается из-за рвоты или возникающих коллаптоидных состояний. Истинные запои характеризуются цикличностью. Светлые промежутки между запоями, когда больной не употребляет алкоголь, колеблются от нескольких дней до нескольких недель.

Во время опьянения больные раздражительны, злобны, агрессивны или безразличны и апатичны. Засыпание требует дополнительного приема алкоголя. Характерны тотальные алкогольные амнезии, грубые нарушения памяти и мышления.

Абстинентный синдром проявляется в развернутой форме. При полной отмене алкоголя абстинентный синдром протекает очень тяжело, сопровождается страхом, бессонницей, отдельными иллюзорными или галлюцинаторными расстройствами, идеями отношения, виновности, преследования. Происходит значительное углубление психических нарушений:

интеллектуальная беспомощность, элементы дезориентировки во времени и месте, возможны эпилептические припадки. Длится более 5 дней.

Психозы носят затяжной характер различной длительности (недели, месяцы).

Соматические последствия на третьей стадии алкоголизма малообратимы и проявляются в форме органического поражения практически всех органов.

Изменения личности характеризуются как алкогольная деградация. Больные теряют морально-этические нормы поведения, отмечается преобладание и неконтролируемость низменных влечений; больные опускаются, не следят за своей внешностью, ходят грязными, небрежно одетыми. Поведение полностью определяется стремлением к алкоголизации. Часты смертельные исходы как закономерный итог развития заболевания, так и в результате несчастных случаев и криминальных разборок.

Судебно-психиатрическая оценка: лица, страдающие алкоголизмом, как правило, признаются вменяемыми.

2. Алкогольные психозы

Алкогольные психозы – психозы, возникновение и развитие которых связаны с алкоголизмом, а клиническая картина выражается в экзогенном типе реакций, с грубыми нарушениями отражения действительности и психоорганическими расстройствами. Алкогольный психоз развивается не в связи с непосредственным действием алкоголя, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена.

Судебно-психиатрическое значение имеют следующие виды:

– алкогольный делирий (острая форма);

– алкогольный галлюциноз (острая и затяжная формы);

– алкогольный параноид (острая и затяжная формы);

– алкогольные энцефалопатии – Корсаковский психоз и алкогольный псевдопаралич (затяжная форма).

Алкогольный делирий («белая горячка») – галлюцинаторное помрачение сознания. Для этой формы психоза характерны:

– преобладание истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий;

– резко выраженное двигательное возбуждение в сочетании с напряженным аффектом страха и образным бредом;

– выраженное расстройство предметной ориентировки при сохранности личностной.

Для делирия характерно наличие стадийности в процессе развития:

1. Стадия предвестников (начальная стадия). Характерны явления общей гиперестезии, наплывы ярких воспоминаний. Сон беспокойный, с яркими сновидениями тревожного, устрашающего характера.

2. Гипнагогическая стадия. При закрытых глазах и в темное время суток гипнагогические галлюцинации и зрительные иллюзии.

3. Стадия галлюцинаций. Характерно появление ярких истинных преимущественно зрительных галлюцинаций, которые могут сопровождаться слуховыми и тактильными галлюцинациями. Поведение больного диктуется содержанием галлюцинаторных переживаний. Мимика выражает аффективные переживания. Появляется образный, чувственный бред. Проявление психопатологической симптоматики днем несколько ослабевает, отмечаются люцидные окна – короткие периоды ясного сознания. К вечеру психопатологическая симптоматика усиливается.

В практике судебной психиатрии часты случаи, когда делирий возникает непосредственно после ареста по уголовному делу в изоляторе временного содержания на фоне синдрома отмены алкоголя.

Алкогольный галлюциноз протекает на фоне ясного сознания и сохранной ориентировки. При этом отмечается явное преобладание слуховых галлюцинаций. Слуховые галлюцинации преимущественно воспринимаются в форме голосов – мужских, женских, детских. Чаще всего, не обращаясь непосредственно к больному, они ведут между собой разговор о нем, ругая его, оскорбляя и угрожая самыми тяжелыми расправами и карами. Часто угрозы направлены в адрес не самого больного, а его семьи, родных. Галлюцинаторные переживания при алкогольном галлюцинозе способствуют формированию идей преследования, переходящих в прямые бредовые переживания.

Алкогольный параноид – это остро или хронически протекающий психоз с систематизированным бредом, в клинической картине которого выступают идеи преследования, ревности, отравления и т. д.

Алкогольный бред преследования возникает преимущественно в период похмелья, в ряде случаев в запое. Обычно развивается внезапно. Больными сразу же овладевает убеждение в том, что они станут жертвой немедленного физического уничтожения. Наряду с бредом всегда существуют резкий страх и тревога. Поступки характеризуются импульсивностью, больные спасаются бегством или сами внезапно нападают.

Алкогольный бред ревности – хроническая форма алкогольного бредового психоза. Сначала идеи супружеской неверности возникают эпизодически, в состоянии опьянения или в похмелье. При дальнейшем прогрессировании расстройств возникает убежденность в неверности жены уже вне зависимости от реальных поводов, то есть появляется бред, который сопровождается поведением, направленным на доказательство измены, ее разоблачение. В других случаях клиническая картина усложняется присоединением бредовых идей материального ущерба (жена тратит семейные деньги на сожителя, совершенно забросила хозяйство). Возможно присоединение идей отравления.

Корсаковский психоз (болезнь Корсакова) – заболевание, которое возникает у лиц, длительно злоупотребляющих крепкими спиртными напитками, особенно суррогатами. Корсаковский психоз развивается преимущественно на конечной стадии алкоголизма. В картине психических нарушений на первый план выступают характерные расстройства памяти (фиксационная амнезия). Пробелы памяти восполняются псевдореминисценциями и конфабуляциями.

Алкогольный псевдопаралич развивается у лиц, длительно злоупотребляющих алкогольными суррогатами. В психической сфере на первый план выступают явления интеллектуальной деградации. Больной не критичен к себе. Фон настроения преобладает благодушный, эйфоричный. Память значительно снижается, иногда могут иметь место конфабуляции. Наряду с этим может наблюдаться бредовая настроенность и даже бредовые идеи ревности, величия, отношения и пр. Однако бредовые идеи не носят стойкого характера. В некоторых случаях полное отсутствие критики, идеи величия, неврологические нарушения напоминают клиническую картину прогрессивного паралича (сифилис мозга).

Судебно-психиатрическая оценка: лица совершившие противоправные деяния в состоянии алкогольных психозов, как правило, признаются невменяемыми.

3. Наркомании и токсикомании

Употребление психоактивных веществ становится одной из глобальных проблем Российской Федерации. Доля лиц, страдающих наркотической и токсикоманической зависимостью, совершивших противоправные действия, неуклонно растет[1]. Это обуславливает необходимость изучить клинические проявления наркомании и токсикомании, их влияние на способность человека к объективному отражению действительности, принятию осознанных решений, целенаправленному поведению.

Под психоактивным понимается любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение и восприятие окружающего, поведение, либо давать другие, желательные с точки зрения потребителя психофизические эффекты, а при систематическом приеме вызывать психическую и физическую зависимость. Среди психоактивных веществ выделяют наркотики и токсические средства.

Наркотик – вещество, в установленном законом порядке признанное наркотическим и включенное в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской

[1] Руководство по судебной психиатрии в 2 т. Т. 1 : практическое пособие / под ред. А. А. Ткаченко. М., 2020. С. 280.

Федерации, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»[1] (далее – Перечень).

Если вещество в этот список не внесено, то оно называется токсическим.

Токсические психоактивные вещества обладают теми же свойствами, что и наркотик, но в официальный список они не включены (например, некоторые транквилизаторы или используемые в виде ингаляций бензин, ацетон).

Наркомания – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества, включенного в Перечень.

Согласно Федеральному закону Российской Федерации от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»[2] (далее – ФЗ № 3) больной наркоманией – лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования поставлен диагноз «наркомания».

Токсикомания – заболевание, обусловленное зависимостью от психоактивного вещества, не включенного в Перечень.

Наиболее распространенные психоактивные вещества:

1. Алкоголь.
2. Табак.
3. Опиоиды.
4. Стимуляторы, включая кофеин.
5. Кокаин.
6. Каннабиоиды (производные конопли).
7. Галлюциногены.
8. Седативные или снотворные средства.
9. Летучие растворители.

Основные формы мотивации употребления психоактивных веществ:

1. Атарактическая – использование психоактивных веществ для устранения эмоционального дискомфорта (сниженного настроения).

2. Гедонистическая – использование психоактивных веществ с эйфоризирующей целью (получение наслаждения).

3. Активационная – использование психоактивных веществ с активизирующей целью (выведение из состояния апатии безразличия).

---

[1] Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации : постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

[2] О наркотических средствах и психотропных веществах : федеральный закон Российской Федерации от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

4. Субмиссивная – использование психоактивных веществ из-за нежелания оказаться вне коллектива (за компанию).

5. Псевдомировоззренческая – использование психоактивных веществ вследствие мировоззренческих культуральных установок, эстетических пристрастий.

Диагностические критерии синдрома зависимости заключаются в том, что он может быть установлен при наличии трех из следующих признаков:

а) сильное желание употребить психоактивные вещества;

б) сниженная способность контролировать прием вещества;

в) возникновение синдрома абстиненции при прекращении употребления вещества;

г) стремление увеличивать дозу вещества с повышением толерантности;

д) отказ от прежних интересов в пользу употребления психоактивных веществ;

е) продолжение употребления вопреки вызываемым им вредным последствиям.

При злоупотреблении наркотическими веществами при наркоманиях могут развиться следующие психотические состояния:

– состояние психомоторной заторможенности – ступора. При этом заторможенность податлива, застывшую позу легко изменить;

– состояние галлюцинаторного ступора (или галлюцинаторной спутанности), которое проявляется наплывом галлюцинаторных образов (например, реакция ужаса на нейтральный вопрос, заданный ровным тоном);

– острый галлюциноз;

– острый делирий;

– бредовые переживания (при каннабиоидной, амфетаминовой наркоманиях). Часто это бредовые идеи преследования, с чувством тревоги, страха, вплоть до панических реакций бегства.

Судебно-психиатрическая оценка: лица с синдромом зависимости от психоактивных веществ признаются вменяемыми.

Согласно ч. 1 ст. 30 ГК РФ гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности. Над ним устанавливается попечительство. Он вправе совершать мелкие бытовые сделки, однако заключать другие сделки, а также получать заработок, пенсию и иные доходы и распоряжаться ими он может лишь с согласия попечителя. Как правило, по данной категории дел судебно-психиатрическая экспертиза не проводится, поскольку речь идет не о синдроме зависимости, а о факте злоупотребления наркотическими веществами, оценка которого не требует специальных знаний в области психиатрии. В случае, если основания, в силу которых

гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности.

Что касается оценки сделкоспособности лиц с синдромом зависимости от психоактивных веществ, в отношении лиц с третьей стадией синдрома зависимости преимущественно выносится экспертное решение об их неспособности при заключении сделки понимать значение своих действий и руководить ими.

Согласно п. 3.2 ст. 196 УПК РФ психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда имеются основания полагать, что он является больным наркоманией, является обязательным поводом для назначения судебной экспертизы.

К вопросам, разрешаемым судом при постановлении приговора, относится: нуждается ли подсудимый в прохождении лечения от наркомании и медицинской и (или) социальной реабилитации (п. 7.2 ст. 299 УПК РФ).

Согласно п. 1.4 ст. 398 УПК РФ и п. 1 ст. 82.1 УК РФ осужденному к лишению свободы, признанному больным наркоманией, совершившему впервые преступление, предусмотренное ч. 1 ст. 228, ч. 1 ст. 231 и 233 УК РФ, и изъявившему желание добровольно пройти курс лечения от наркомании, а также медицинскую реабилитацию, социальную реабилитацию, суд может отсрочить отбывание наказания в виде лишения свободы до окончания лечения и медицинской реабилитации, социальной реабилитации, но не более чем на 5 лет.

После прохождения курса лечения от наркомании, медицинской реабилитации, социальной реабилитации и при наличии объективно подтвержденной ремиссии, длительность которой после окончания лечения, медицинской реабилитации, социальной реабилитации составляет не менее 2 лет, суд освобождает осужденного, признанного больным наркоманией, от отбывания наказания или оставшейся части наказания (п. 3 ст. 82.1 УК РФ).

При назначении лицу, признанному больным наркоманией, основного наказания, не связанного с лишением свободы, суд может возложить на осужденного обязанность пройти лечение от наркомании и медицинскую и (или) социальную реабилитацию (ст. 72.1 УК РФ и п. 3 ст. 54 ФЗ № 3), а также возложить «исполнение обязанности пройти курс лечения от алкоголизма» (ч. 5 ст. 73 УК РФ).

Согласно ч. 2.1 ст. 4.1 Кодексу Российской Федерации об административных правонарушениях[1] (далее – КоАП РФ) на больного наркоманией или на лицо, потребляющее наркотические средства или психотропные

[1] Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

вещества без назначения врача, «при назначении административного наказания за совершение административных правонарушений в области законодательства о наркотических средствах суд может возложить обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача».

При этом в примечании к ст. 6.9 КоАП РФ отмечено, что от административной ответственности освобождаются лица, совершившие правонарушения, предусмотренные ст. 6.9 и ч. 3 ст. 20.20 КоАП РФ, если они добровольно обратились в медицинскую организацию для лечения в связи с потреблением наркотических средств и психоактивных веществ.

Таким образом, мероприятия, предусмотренные уголовным, гражданским и административным законодательством, направленные на лечение и медико-социальную реабилитацию в отношении лиц, страдающих наркоманиями, более обширны, нежели в отношении лиц, страдающих алкоголизмом (токсикоманией). Учитывая высокую степень алкоголизации общества, значительный процент правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, напрашивается вывод о необходимости совершенствования законодательных норм, направленных на профилактику преступности, связанную со злоупотреблением алкоголем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В разработанном курсе лекций представлена информация по основным разделам судебной медицины и судебной психиатрии, изложены сведения об объектах, представляемых на судебно-медицинское исследование, и вопросах, решаемых данным видом экспертизы. Проведенный анализ современных исследований, опубликованных в научных изданиях, позволил внести коррективы в описание особенностей основных вопросов судебной медицины и судебной психиатрии, встречающихся в практике правоохранительной деятельности, раскрыть их в данном курсе лекций. Содержание курса лекций позволяет обучающемуся получить достаточное представление об особенностях судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы и ее видах. Судебно-медицинские и судебно-психиатрические экспертизы являются одним из наиболее сложных видов судебных экспертиз, которые отличаются многообразием и служат доказательством по уголовным и гражданским делам. Современные реалии борьбы с преступностью требуют совершенствования и улучшения экспертизы по многим направлениям, в том числе и методического обеспечения. В этих условиях представляется важным научить обучающихся правильному применению данных экспертиз, грамотному представлению объектов для судебно-медицинской экспертизы, правильной формулировке вопросов судебно-медицинскому эксперту.

В представленном курсе лекции имеется два раздела, соответствующих названию дисциплины. В разделе 1 «Судебная медицина» представлены 9 лекций. Их номера и названия следующие: «Лекция 1. Введение в курс судебной медицины. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы»; «Лекция 2. Судебно-медицинская танатология»; «Лекция 3. Судебно-медицинская травматология. Травмы, причиненные твердыми тупыми и острыми предметами»; «Лекция 4. Транспортная травма. Огнестрельная травма»; «Лекция 5. Механическая асфиксия»; «Лекция 6. Повреждения и смерть от действия крайних температур. Электротравма. Баротравма»; «Лекция 7. Судебно-медицинская токсикология»; «Лекция 8. Судебно-медицинская экспертиза причиненного вреда здоровью и по иным поводам в отношении потерпевших, подозреваемых и других лиц»; «Лекция 9. Осмотр трупа на месте его обнаружения. Судебно-медицинская экспертиза трупа. Вещественные доказательства биологического происхождения, подлежащие судебно-медицинскому исследованию».

В разделе 2 «Судебная психиатрия» представлены 6 лекций, которые продолжают предшествующую нумерацию: «Лекция 10. Общие положения и содержание предмета «Судебная психиатрия»»; «Лекция 11. Общие понятия и причины психических расстройств. Отдельные симптомы расстройств психической деятельности»; «Лекция 12. Расстройства памяти,

интеллекта. Временные психические расстройства»; «Лекция 13. Шизофрения. Эпилепсия. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)»; «Лекция 14. Расстройства личности (психопатии). Расстройства влечений»; «Лекция 15. Алкоголизация и преступность. Наркомании и токсикомании».

Содержащийся материал соответствует сложившимся в науке современным представлениям по вопросам судебной медицины и судебной психиатрии, а также относительно особенностей назначения и проведения судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз. Сведения, изложенные в работе, помогут обучающимся образовательных организаций МВД России сориентироваться в правильном трактовании и применении знаний по судебной медицине при раскрытии и расследовании преступлений, подборе материалов, необходимых для производства судебно-медицинской экспертизы, в грамотной и последовательной формулировке вопросов судебно-медицинскому эксперту, а также избежать ошибок при назначении судебно-медицинских экспертиз в своей дальнейшей профессиональной деятельности.

В курсе лекций достаточно четко описаны основные формы психических расстройств, их проявления, что поможет сотруднику полиции в общении с гражданами выявлять имеющиеся у них признаки психических расстройств.

Использование данного курса лекций обучающимися образовательных организаций МВД России поможет будущим сотрудникам полиции заложить основу для формирования требуемых компетенций в части применения знаний и умений в области судебной медицины и судебной психиатрии, а также назначения судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз при раскрытии и расследовании преступлений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

I. Нормативные правовые акты и иные официальные документы

1. **Российская Федерация. Законы.** Конституция Российской Федерации : текст с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 1 июля 2020 г. : [принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

2. **Российская Федерация. Законы.** Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) : текст с изменениями и дополнениями на 25 февраля 2022 г. : [принят Государственной Думой 21 октября 1994 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

3. **Российская Федерация. Законы.** Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях : текст с изменениями и дополнениями на 11 июня 2022 г. : [принят Государственной Думой 20 декабря 2001 г. : одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 11.06.2022). – Текст : электронный.

4. **Российская Федерация. Законы.** Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации : текст с изменениями и дополнениями на 25 марта 2022 г. : [принят Государственной Думой 22 ноября 2001 г. : одобрен Советом Федерации 5 декабря 2001 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Законы.** Уголовный кодекс Российской Федерации : текст с изменениями и дополнениями на 25 марта 2022 г. : [принят Государственной Думой 24 мая 1996 г. : одобрен Советом Федерации 5 июня 1996 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

6. **Российская Федерация. Законы.** О погребении и похоронном деле : Федеральный закон № 8-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 1 января 2022 г. : [принят Государственной Думой 8 декабря 1995 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

7. **Российская Федерация. Законы.** О наркотических средствах и психотропных веществах : Федеральный закон № 3-ФЗ : текст

с изменениями и дополнениями на 8 декабря 2020 г. : [принят Государственной Думой 10 декабря 1997 г. : одобрен Советом Федерации 24 декабря 1997 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

8. **Российская Федерация. Законы.** О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации : Федеральный закон № 73-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 1 июля 2021 г. : [принят Государственной Думой 5 апреля 2001 г. : одобрен Советом Федерации 16 мая 2001 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

9. **Российская Федерация. Законы.** О полиции : Федеральный закон № 3-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 21 декабря 2021 г. : [принят Государственной Думой 28 января 2011 г. : одобрен Советом Федерации 2 февраля 2011 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

10. **Российская Федерация. Законы.** Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон № 323-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 26 марта 2022 г. : [принят Государственной Думой 1 ноября 2011 г. : одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

11. **Российская Федерация. Законы.** Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации : Федеральный закон № 21-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 10 января 2022 г. : [принят Государственной Думой 20 февраля 2015 г. : одобрен Советом Федерации 25 февраля 2015 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

12. **Российская Федерация. Законы.** О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании : Закон Российской Федерации № 3185-1 : текст с изменениями и дополнениями на 30 декабря 2021 г. : [принят 2 июля 1992 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

13. **Российская Федерация. Законы.** О трансплантации органов и (или) тканей человека : Закон Российской Федерации № 4180-1 : текст с изменениями и дополнениями на 8 декабря 2020 г. : [принят 22 декабря 1992 г.] // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» :

[сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

14. Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации : Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681 : текст с изменениями и дополнениями на 24 января 2022 г. // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

15. Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека : Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 : текст с изменениями и дополнениями на 17 ноября 2011 г. // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

16. Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека : Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

17. Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н : текст с изменениями и дополнениями на 18 января 2012 г. // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

18. Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 января 2017 г. № 3н // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

19. Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н // Справочная правовая система «КонсультантПлюс» : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 09.06.2022). – Текст : электронный.

II. Учебная, научная литература и иные материалы

1. **Березанцев, А. Ю.** Судебная психиатрия + доп. материал в ЭБС : учебник для бакалавриата и специалитета / А. Ю. Березанцев. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2020. – 539 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-06583-1. – Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/468432 (дата обращения: 09.06.2022).

2. **Васильченко, А. В.** Особенности описания признаков телесных повреждений : научно-практическое пособие / А. В. Васильченко; Уфимский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации. – Уфа : Уфимский ЮИ МВД России, 2017. – 35 с. – Текст : электронный // Уфимский ЮИ МВД России : [сайт]. – URL: http:// www/ufali.mvd.ru/Электронная библиотека/47-2.pdf (дата обращения: 09.06.2022).

3. **Величко, Н. Н.** Основы судебной медицины и судебной психиатрии : учебник / Н. Н. Величко. – Москва : ЦИиНМОКП МВД России, 2000. – 325 с. – Текст : непосредственный.

4. **Витер, В. И.** Судебная медицина : учебник и практикум для вузов / В. И. Витер, А. Р. Поздеев, А. Ю. Вавилов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2021. – 315 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-11122-4. – Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/474796 (дата обращения: 09.06.2022).

5. **Грицаенко, П. П.** Судебная медицина : учебник для вузов / П. П. Грицаенко. – Москва : Юрайт, 2021. – 299 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-14642-4. – Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/478104 (дата обращения: 09.06.2022).

6. **Зыков, В. В.** Судебно-медицинская экспертиза отдельных видов насильственной смерти: медицинские, криминалистические и уголовно-процессуальные аспекты : учебное пособие / В. В. Зыков, Р. В. Зайцев, В. Е. Круковский. – Киров : Вятский государственный университет, 2018. – 296 с. – Текст : непосредственный.

7. **Калемина, В. В.** Основы судебной медицины и психиатрии : учебное пособие / В. В. Калемина, Г. Р. Колоколов. – Москва : Дашков и Ко, 2008. – 355 с. – Текст : непосредственный.

8. **Клевно, В. А.** Судебная медицина : учебник для вузов / В. А. Клевно, В. В. Хохлов. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2020. – 413 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-05195-7. – Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https:// urait.ru/bcode/468759 (дата обращения: 09.06.2022).

9. **Клименко, Т. В.** Судебная психиатрия : учебник для вузов / Т. В. Клименко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2021. – 365 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-04797-4. – Текст :

электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/468632 (дата обращения: 09.06.2022).

10. **Лисицын, А. Ф.** Судебно-медицинская экспертиза при повреждениях из охотничьего гладкоствольного оружия : монография / А. Ф. Лисицын. – Москва : Медицина, 1968. – 236 с. – Текст : непосредственный.

11. **Максимова, В. П.** Использование результатов судебных экспертиз и исследований в целях преодоления противодействия расследованию преступлений : специальность 12.00.12 «Криминалистика; судебно-экспертная деятельность; оперативно-разыскная деятельность» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук / Максимова Валентина Петровна; Академия управления МВД России. – Москва, 2019. – 27 с. : ил. – Библиогр.: с. 26–27. – Место защиты : Академия управления МВД России. – Текст : непосредственный.

12. Руководство по судебной психиатрии : в 2 томах. Том 1 : практическое пособие / А. А. Ткаченко [и др.] ; под ред. А. А. Ткаченко. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2020. – 449 с. – (Профессиональная практика). – ISBN 978-5-534-02305-3. – Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/452120 (дата обращения: 09.06.2022).

13. **Самищенко, С. С.** Судебная медицина : учебник для вузов / С. С. Самищенко. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2021. – 471 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-9916-7690-8. – Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/468400 (дата обращения: 09.06.2022).

14. Судебная медицина: судебно-медицинская танатология : учебное пособие для вузов / В. В. Хохлов. – Москва : Юрайт, 2021. – 217 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-09732-0. – Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/474057/p.5 (дата обращения: 09.06.2022).

15. Судебная медицина : учебное пособие / А. А. Ефимов [и др.]. – Москва : Вузовский учебник, 2009. – 241 с. – ISBN 978-5-9558-0099-8. – Текст : непосредственный.

16. Судебно-медицинская деятельность в уголовном судопроизводстве: правовые, организационные и методические аспекты : монография / И. Е. Лобан, Г. И. Заславский, В. Л. Попов. – Санкт-Петербург : Юридический центр «Пресс», 2003. – 467 с. – Текст : непосредственный.

17. Судебная психиатрия : учебное пособие для вузов / В. Т. Лекомцев, А. Р. Поздеев, Ю. В. Ковалев, И. А. Уваров. – Москва : Юрайт, 2021. – 309 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-13870-2. –

Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/467109 (дата обращения: 09.06.2022).

18. **Хохлов, В. В.** Судебная медицина : учебник и практикум для вузов / В. В. Хохлов, А. Б. Андрейкин. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва : Юрайт, 2021. – 462 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-06261-8. – Текст : электронный // ЭБС «Юрайт» : [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/474052 (дата обращения: 09.06.2022).

III. Периодические издания

1. **Васильченко, А. В.** К вопросу об использовании специальных знаний при расследовании серийных сексуальных убийств / А. В. Васильченко // Криминалистика: актуальные вопросы теории и практики : сборник материалов Международной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 19 июня 2020 г. – Ростов-на-Дону : Ростовский юридический институт МВД России, 2020. – С. 59–62.

2. **Васильченко, А. В.** Особенности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений / А. В. Васильченко – Текст : непосредственный // Вестник Уфимского юридического института МВД России. – 2019. – № 2 (84). – С. 86–90. – ISSN 1729-9187.

3. **Васильченко, А. В.** Вопросы судебно-медицинской диагностики умышленного причинения вреда своему здоровью в местах лишения свободы / А. В. Васильченко, А. М. Гареев // Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина : сборник материалов Международной научно-практической конференции. – Уфа : Уфимский юридический институт МВД России, 2016. – № 19-4. – С. 79–82.

4. **Владимиров, В. Ю.** Смертельные отравления наркотическими средствами и психотропными веществами в России (по материалам 2003–2018 гг.) / В. Ю. Владимиров, А. В. Ковалев, П. В. Минаева [и др.]. – Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. – 2019. – № 62 (5). – С. 4–8. – ISSN 0039-4521.

5. **Денисов, А. В.** Экспериментальное обоснование градации тяжести баротравмы легких воздушной взрывной волной при прогнозе длительности утраты физической активности пострадавших / А. В. Денисов, К. Н. Мовчан, Е. В. Зиновьев [и др.]. – Текст : непосредственный // Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 22. – № 2. – С. 26–31. – ISSN 2070-8092.

6. **Дмитриева, О. А.** Особенности судебно-медицинского обследования детей при подозрении на насильственные действия сексуального характера / О. А. Дмитриева, А. В. Голубева, И. Б. Баканович

[и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник судебной медицины. – 2020. – Т. 9. – № 1. – С. 42–46. – ISSN 2227-2003.

7. **Ермакова, Ю. В.** Организационно-правовые основы судебной экспертизы / Ю. В. Ермакова, И. В. Буромский, Е. С. Сидоренко. – Текст : непосредственный // Вестник судебной медицины. – 2021. – Т. 10. – № 1. – С. 4–9. – ISSN 2227-2003.

8. **Ковалев, А. В.** Эпидемиологический анализ показателей насильственной смерти и случаев неустановления причины смерти по Российской Федерации (по материалам 2009–2018 гг.) / А. В. Ковалев, Г. В. Золотенкова, А. Н. Герасимов [и др.]. – Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 64 (1). – С. 12–17. – ISSN 0039-4521.

9. **Ковалев, А. В.** Структура смертельной механической травмы в России (по материалам 2003–2017 гг.) / А. В. Ковалев, И. Ю. Макаров, О. В. Самоходская [и др.]. – Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. – 2019. – Т. 62. – № 2. – С. 11–14. – ISSN 0039-4521.

10. **Ковалев, А. В.** Специфика проведения судебно-медицинских экспертиз пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с учетом современного развития систем безопасности автомобиля / А. В. Ковалев, Д. В. Момот, О. В. Самоходская [и др.]. – Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. – 2020. – № 63 (2). – С. 14–18. – ISSN 0039-4521.

11. **Колесников, А. О.** Механическая асфиксия у живых лиц: обстоятельства дела, процесс или результат? / А. О. Колесников, А. Б. Шадымов. – Текст : непосредственный // Вестник судебной медицины. – 2019. – Т. 8. – № 3. – С. 63–66. – ISSN 2227-2003.

12. **Матышев, А. А.** Терминология и классификация автомобильной травмы / А. А. Матышев, А. А. Солохин, С. И. Христофоров [и др.]. – Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. – 1968. – № 2. – С. 10–13.

13. **Паньков, И. В.** Частота и характер повреждений у водителя и пассажира переднего сидения при несмертельной внутрисалонной травме в легковых автомобилях / И. В. Паньков, Б. А. Саркисян. – Текст : непосредственный // Вестник судебной медицины. – 2020. – Т. 9. – № 1. – С. 29–33. – ISSN 2227-2003.

14. **Пиголкин, Ю. И.** Сравнительная эпидемиология термической травмы и гипотермии / Ю. И. Пиголкин, В. И. Солодовников, М. А. Кислов [и др.]. – Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – №. 64 (2). – С. 4–9.

15. **Сальманов, А. А.** Вопросы судебно-медицинской идентификации личности и определения возраста человека / А. А. Сальманов, А. В. Васильченко. – Текст : непосредственный //

Деятельность органов внутренних дел по обеспечению безопасности лиц, подлежащих государственной защите в современных условиях: вопросы теории и практики : сборник материалов Международной научно-практической конференции. – Уфа : Уфимский юридический институт МВД России, 2015. – № 2. – С. 147–152.

16. **Сидоров, В. Л.** Сравнительная характеристика методов исследования вещественных доказательств, применяемых для установления наличия крови и выделений в Российской Федерации и в зарубежных странах / В. Л. Сидоров, И. Е. Лобан, А. А. Гусаров [и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник судебной медицины. – 2020. – Т. 9. – № 1. – С. 10–16. – ISSN 2227-2003.

17. **Теплов, К. В.** Проблемы экспертной оценки огнестрельных повреждений, причиненных выстрелами из оружия специального назначения / К. В. Теплов, Н. В. Кононов, И. А. Толмачев [и др.]. – Текст : непосредственный // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – № 64 (1). – С. 38–43. – ISSN 0039-4521.

18. **Тювина, Н. А.** Биполярное аффективное расстройство: гендерные особенности течения и терапии / Н. А. Тювина, А. Е. Столярова, В. Н. Смирнова. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 12. – С. 162–169. – ISSN 1997-7298.

IV. Электронные ресурсы

1. Ежемесячный сборник о состоянии преступности в России (2010–2020 гг.) // Информационно-аналитический портал правовой статистики Генеральной прокуратуры Российской Федерации : [сайт]. – 2021. – URL: http://crimestat.ru/analytics (дата обращения: 03.06.2022). – Текст : электронный.

2. Федеральная служба государственной статистики : [сайт]. – URL: https://rosstat.gov.ru (дата обращения: 03.06.2022). – Текст : электронный.

3. Единая межведомственная информационно-статистическая система : [сайт]. – URL: http://www.fedstat.ru (дата обращения: 11.01.2022). – Текст : электронный.

4. Министерство внутренних дел Российской Федерации : официальный сайт. – URL: https://мвд.рф (дата обращения: 11.01.2022). – Текст : электронный.

Учебное издание

Васильченко Андрей Владимирович
(кандидат медицинских наук, доцент)
Исхаков Эдуард Робертович
(доктор медицинских наук, профессор)
Афзалетдинова Динара Хасановна
(кандидат медицинских наук, б/з)

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Курс лекций

Редактор Е. А. Карамзина

Подписано в печать 23.09.2022	Выход в свет 30.09.2022
Гарнитура Times	Формат 60x84 1/16
Уч.-изд. л. 11,8	Усл. печ. л. 12
Тираж 150 экз.	Заказ № 61

Редакционно-издательский отдел
Уфимского юридического института МВД России
450103, г. Уфа, ул. Муксинова, 2

Отпечатано в группе оперативной и полиграфической печати
Уфимского юридического института МВД России
450103, г. Уфа, ул. Муксинова, 2