

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

*А.В. Датий*

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА  
И ПСИХИАТРИЯ

У Ч Е Б Н И К



СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И ПСИХИАТРИЯ

21

**А.В. ДАТИЙ**

# **СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И ПСИХИАТРИЯ**

**УЧЕБНИК**

*Допущено  
Министерством образования  
и науки Российской Федерации  
в качестве учебника для студентов  
высших учебных заведений,  
обучающихся по специальности «Юриспруденция»  
и направлению «Юриспруденция»*

Москва  
РИОР  
2011

**УДК** (340.6+ 343) 075.8

**ББК** 58:56.14я73

**Д** 12

**Рецензенты:**

д-р мед. наук, проф., засл. врач Российской Федерации, главный научный сотрудник НИИ УИС Минюста России Б.И. Жолус;  
д-р юрид. наук, зав. кафедрой правовых основ и экономики здравоохранения Российского нового университета С.Г. Стенко;  
канд. пед. наук, зам. начальника колледжа милиции № 2 ГУВД г. Москвы Д.А. Еремин;  
кафедра уголовно-правовых дисциплин Московского гуманитарно-экономического института;  
кафедра уголовно-правовых дисциплин Института финансов, экономики и права офицеров запаса.

**Датий А.В.**

**Д** 12 Судебная медицина и психиатрия: Учебник. — М.: РИОР, 2011. — 310 с. — (Высшее образование).

ISBN 978-5-369-00140-0

В учебнике отражены последние достижения судебной медицины и психиатрии. Освещены правовые, процессуальные и организационные основы деятельности судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертных служб. Показаны особенности судебно-медицинской экспертизы живых лиц, трупов, вещественных доказательств биологического происхождения, материалов уголовных и гражданских дел, судебно-психиатрической экспертизы подозреваемых, обвиняемых, потерпевших и свидетелей, порядок осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, общая и частная психопатология.

Учебник рассчитан на студентов, аспирантов и преподавателей юридических вузов, сотрудников правоохранительных органов.

**ББК** 58:56.14я73

ISBN 978-5-369-00140-0

О. А. В. Датий, 2007, 2009

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение

## ЧАСТЬ 1. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

### Раздел 1

#### **ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ. ПРАВОВЫЕ, ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

8

- Глава 1. Предмет, методы и содержание судебной медицины.....8  
Глава 2. Правовые и процессуальные основы деятельности  
судебно-медицинской службы в Российской Федерации.....10  
Глава 3. Организация судебно-медицинской службы  
в Российской Федерации.....25

### Раздел 2

#### **ОСНОВЫ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА**.....38

- Глава 4. Основные понятия.....38  
Глава 5. Кости и их соединения.....40  
Глава 6. Мышечная система.....46  
Глава 7. Система органов дыхания.....48  
Глава 8. Кровь. Сердечно-сосудистая система.....55  
Глава 9. Система органов пищеварения.....62  
Глава 10. Мочеполовая система.....68  
Глава 11. Нервная система.....73  
Глава 12. Органы чувств и железы внутренней секреции.....76  
Глава 13. Кожа.....80

### Раздел 3

#### **РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ**.....82

- Глава 14. Общие положения.....82  
Глава 15. Повреждения тупыми предметами.....89  
Глава 16. Повреждения транспортными средствами.....92  
Глава 17. Повреждения от острых орудий.....101  
Глава 18. Огнестрельные повреждения.....106

### Раздел 4

#### **РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ОСТРОГО КИСЛОРОДНОГО ГОЛОДАНИЯ**.....113

- Глава 19. Кислородное голодание.....113  
Глава 20. Механическая асфиксия.....115

3

<b>Раздел 5</b>	
<b>РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ</b>	
<b>ОТ ДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ</b> .....	128
Глава 21. Общие условия действия ядов .....	128
Глава 22. Частная токсикология .....	131
<b>Раздел 6</b>	
<b>РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ</b>	
<b>ОТ ДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ</b> .....	135
Глава 23. Действие крайних температур .....	135
Глава 24. Действие электричества, лучистой энергии и атмосферного давления .....	138
<b>Раздел 7</b>	
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЖИВЫХ ЛИЦ</b> .....	143
Глава 25. Судебно-медицинская экспертиза степени тяжести причинения вреда здоровью .....	143
Глава 26. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц по другим поводам .....	149
<b>Раздел 8</b>	
<b>ОСМОТР И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПОВ</b> .....	154
Глава 27. Смерть и трупные изменения .....	154
Глава 28. Осмотр трупа на месте обнаружения .....	162
Глава 29. Судебно-медицинская экспертиза трупа .....	172
<b>Раздел 9</b>	
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВЕЩЕСТВЕННЫХ</b>	
<b>ДОКАЗАТЕЛЬСТВ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ</b> .....	180
Глава 30. Вещественные доказательства биологического происхождения .....	180
Глава 31. Судебно-медицинская экспертиза крови .....	182
Глава 32. Судебно-медицинская экспертиза других органов и тканей .....	186
Глава 33. Медико-криминалистические экспертные исследования .....	195
<b>Раздел 10</b>	
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА</b>	
<b>ПО МАТЕРИАЛАМ УГОЛОВНЫХ И ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ</b> .....	200
Глава 34. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела .....	200
Глава 35. Судебно-медицинская экспертиза по делам о нарушении профессиональных обязанностей медицинскими работниками .....	201

## **ЧАСТЬ 2. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

### **Раздел 11**

#### **ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ. ПРАВОВЫЕ, ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....205**

Глава 36. Предмет, методы и содержание судебной психиатрии.....	205
Глава 37. Судебно-психиатрическая экспертиза.....	210
Глава 38. Вменяемость-невменяемость.....	234
Глава 39. Дееспособность-недееспособность.....	240
Глава 40. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным.....	244
Глава 41. Предупреждение общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.....	251

### **Раздел 12**

#### **ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ.....246**

Глава 42. Общие понятия о психических заболеваниях.....	246
Глава 43. Симптомы и синдромы психических заболеваний.....	252

### **Раздел 13**

#### **ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЕЕ ОСНОВНЫХ ФОРМ.....269**

Глава 44. Шизофрения.....	269
Глава 45. Эпилепсия.....	272
Глава 46. Маниакально-депрессивный психоз.....	276
Глава 47. Травматические поражения головного мозга.....	278
Глава 48. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.....	280
Глава 49. Сосудистые заболевания головного мозга.....	282
Глава 50. Психозы позднего возраста.....	284
Глава 51. Алкоголизм, наркомания и токсикомания.....	287
Глава 52. Олигофрения.....	294
Глава 53. Психопатии.....	298
Глава 54. Реактивные состояния.....	302
Глава 55. Исключительные состояния.....	305

Заключение.....	309
-----------------	-----

*Моим родителям Датий Людмиле Васильевне и  
Датию Василию Павловичу посвящаю с теплой  
душевной благодарностью мой скромный труд.*

*Доктор медицинских наук А. В. Датий*

*Москва, март 2005 г.*

## **ВВЕДЕНИЕ**

Судебная медицина и психиатрия изучает и разрабатывает различные проблемы медицины, биологии и естествознания, применительно к требованиям юридической и медицинской науки и практики. Это самостоятельная отрасль медицины, разрешающая определенный круг вопросов, которые возникают при проведении дознания, следствия и судебного разбирательства.

Федеральным законом от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» установлено функционирование в системе здравоохранения страны государственных учреждений судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы. Это положение закреплено Федеральным законом от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», где в ст. 1 отмечается, что «государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется в процессе судопроизводства государственными судебно-экспертными учреждениями и государственными судебными экспертами».

В учебнике большое внимание уделено определению встречающихся в судебно-медицинской и судебно-психиатрической практике понятий, которые используются юристами при назначении и оценке результатов экспертиз.

До настоящего времени в учебниках по судебной медицине и психиатрии для юристов уделялось очень мало внимания систематизации предмета, более того, практически не было дифференциации учебников для подготовки юристов и врачей.

В учебнике рассматриваются следующие разделы:

1. Предмет судебной медицины. Правовые, процессуальные и организационные основы деятельности судебно-медицинской службы в Российской Федерации.

2. Основы анатомии и физиологии человека.
3. Расстройства здоровья и смерть от действия механических факторов.
4. Расстройства здоровья и смерть от действия острого кислородного голодания.
5. Расстройства здоровья и смерть от действия химических факторов.
6. Расстройства здоровья и смерть от действия физических факторов.
7. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.
8. Осмотр и судебно-медицинская экспертиза трупов.
9. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения.
10. Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел.
11. Предмет судебной психиатрии. Правовые, процессуальные и организационные основы деятельности судебно-психиатрической службы в Российской Федерации.
12. Основы общей психопатологии.
13. Частная психопатология и судебно-психиатрическая оценка ее основных форм.

В представленном учебнике для юристов нами впервые введен раздел «Основы анатомии и физиологии человека». Изучение этого раздела поможет читателю лучше понять механизм образования и течения различных повреждений и причины расстройства здоровья и смерти человека от воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.

Учебник «Судебная медицина и психиатрия» написан в соответствии с типовой учебной программой для студентов, обучающихся по специальности 021100 «Юриспруденция».

Материал учебника изложен в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (1994), Уголовным кодексом Российской Федерации (1996), Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (2001), Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации (2001), Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях (2001) и Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации (2002).

Автор с благодарностью и признательностью примет все предложения и замечания читателей.



# **ЧАСТЬ 1 СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА**

## **РАЗДЕЛ 1 ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ. ПРАВОВЫЕ, ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

### **Глава 1. ПРЕДМЕТ, МЕТОДЫ И СОДЕРЖАНИЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Судебная медицина** — это медицинская наука, изучающая и разрешающая вопросы медицины, биологии и естествознания, возникающие в судебной и следственной практике.

По мере своего развития судебная медицина формировалась как самостоятельная наука со строго очерченным кругом вопросов, отражавшим потребности судебной и следственной практики. Развитие науки вообще и медицинской науки в частности, продолжающаяся дифференциация и расширение медицинских дисциплин привели, с одной стороны, к ограничению круга вопросов, включаемых в судебную медицину, а с другой — к расширению ее разделов. В судебной медицине зародились отдельные отрасли медицины, которые затем выделились в самостоятельные дисциплины, — судебная психиатрия, судебная токсикология, судебная химия и ряд других наук.

Поясним это положение следующими примерами. Учение о повреждениях является самым большим разделом судебной медицины. Судебно-медицинские эксперты разрабатывают его в направлении потребностей судебной и следственной практики. В последние годы значительное развитие получила такая отрасль хирургии, как травматология. Она изучает, в частности, и механизмы возникновения повреждений, которые необходимо устанавливать при судебно-медицинской экспертизе повреждений. При этом возможности травматологии значительно шире возможностей су-

дебной медицины. Однако судебно-медицинская травматология ограничивается только определенным кругом вопросов.

Расширение разделов судебной медицины происходит также благодаря разработке методов молекулярно-генетической экспертизы. Предметом судебно-медицинского молекулярно-генетического исследования являются следы и иные объекты биологического происхождения от живых лиц и трупов, а также материалы уголовных и гражданских дел, при исследовании которых требуются специальные познания в области судебной медицины, молекулярной биологии и генетики. За счет таких разработок этот раздел судебной медицины продолжает пополняться новыми данными.

В то же время естественно, что судебная медицина как специальная наука не может охватить все отрасли медицины и судебно-медицинский эксперт не может быть экспертом во всех вопросах, относящихся к другим медицинским специальностям. Основываясь на достижениях других отраслей медицины, он использует их данные и методы исследования для разработки и освоения своих профессиональных проблем и задач.

Так, методы исследования, применяемые в клинике глазных болезней, используются при производстве судебно-медицинских экспертиз не только для выявления потери зрения, но и при симуляции и самоповреждениях. Однако специальные вопросы клиники глазных болезней и других медицинских наук могут разрешаться в судебной и следственной практике только специалистами именно в этих областях знаний.

Например, причинную связь между травмой глаза и развившимся понижением остроты зрения может установить специалист-окулист, а не судебно-медицинский эксперт. Эксперт должен использовать заключение окулиста для определения степени тяжести причинения вреда здоровью.

Развитие судебной медицины обусловлено также и влиянием юридических наук. Так, только в последние годы в нашей стране были приняты ряд законов, перечисленных во введении. Их использование требует практического применения медицинских познаний в судебной и следственной практике, что и составляет предмет судебно-медицинской экспертизы, являющейся основной составной частью судебной медицины. Содержание предмета судебной медицины определяется практикой судебно-медицинской экспертизы, которая заключается в исследовании объектов судебно-медицинской экспертизы. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются: **живые лица, трупы, вещественные доказательства биологического происхождения, материалы уголовных и гражданских дел.**

Учение великого российского физиолога профессора И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, единстве процессов возбуждения и торможения открыло перед судебно-медицинскими экспертами методологически правильный путь к пониманию и разработке проблем судебной медицины: процессов воспаления, асфиксии и гипоксии, развития ранних и поздних трупных явлений, действия физических факторов внешней среды и ряд других.

В судебной медицине широко используются **общие методы исследования**, применяемые и в других отраслях медицины. Так, при экспертизе живых лиц широко используется опрос, осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования, применяемые в различных клинических специальностях.

Кроме того, в судебной медицине разрабатываются **специальные методы исследования**. Так, например, разработаны методы определения видового, группового, полового и регионального происхождения крови, метод осмотра предметов в ультрафиолетовых лучах для обнаружения следов спермы, микроскопическое исследование различных морфологических признаков волос, цитологические исследования изолированных клеток, частиц органов и тканей и многие другие методы.

## **Глава 2. ПРАВОВЫЕ И ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Судебно-медицинская экспертиза в Российской Федерации осуществляется на основе и с соблюдением действующего уголовного, гражданского, административного, уголовно-процессуального и гражданского процессуального законодательства, а также приказов и инструкций, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Врач может быть привлечен к освидетельствованию и к экспертизе. Эти действия различаются между собой.

*Освидетельствование.* Статья 179 УПК РФ предусматривает освидетельствование, которое является процессуальным действием, представляющим собой вид судебно-следственного осмотра. Следователю предоставлено право произвести освидетельствование подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, а также свидетеля с его согласия, за исключением случаев, когда освидетельствование необходимо для оценки достоверности его показаний. Освидетельствование производится самим следователем по различным поводам, например для установления на теле человека особых примет

(татуировок определенного содержания, рубцов, родимых пятен), следов преступления, телесных повреждений, выявления состояния опьянения или иных свойств и признаков, имеющих значение для уголовного дела, если для этого не требуется производство судебно-медицинской экспертизы. Освидетельствование производится в присутствии понятых, а в некоторых случаях с участием врача. Если освидетельствование сопровождается обнажением свидетельствуемого лица, то следователь и понятые должны быть того же пола.

*Экспертиза.* Доказательствами по уголовному делу являются любые сведения, на основе которых суд, прокурор, следователь, дознаватель в порядке, определенном УПК РФ, устанавливает наличие или отсутствие обстоятельств, подлежащих доказыванию при производстве по уголовному делу, а также иных обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела. В качестве доказательств допускаются: показания подозреваемого, обвиняемого; показания потерпевшего, свидетеля; заключение и показания эксперта; заключение и показания специалиста (введен ФЗ от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ); вещественные доказательства; протоколы следственных и судебных действий; иные документы (ст. 74 УПК РФ).

Экспертиза назначается в тех случаях, когда при дознании, предварительном следствии и при судебном разбирательстве необходимы специальные знания в науке, технике, искусстве или ремесле. Экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений или иными специалистами. В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения (ст. 195 УПК РФ).

Применение медицинских знаний для решения вопросов, возникающих в практической деятельности органов дознания, следствия, прокуратуры и суда, называют судебно-медицинской экспертизой.

Судебно-медицинская экспертиза производится обычно врачами экспертами бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава России. На должность врача — судебно-медицинского эксперта назначают лицо, окончившее лечебный, педиатрический или медико-профилактический факультет высшего медицинского учебного заведения (медицинский факультет университета). Должность врача — судебно-медицинского эксперта в судебно-химическом отделении замещают лицом, имеющим высшее фармацевтическое или химическое образование. Должность врача — судебно-медицинского эксперта судебно-биологического отделения замещают лицом, имеющим высшее медицинское или биологическое образование. Должность врача — судебно-медицинского

эксперта спектральной лаборатории замешают лицом, имеющим высшее физическое, физико-химическое, химическое или медицинское образование.

Назначение на должность и освобождение от занимаемой должности судебно-медицинского эксперта производит начальник бюро судебно-медицинской экспертизы. Судебно-медицинский эксперт подчинен заведующему отделом (отделением, лабораторией) и проводит работу под его руководством. Судебно-медицинский эксперт в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, нормативными актами, инструкциями, правилами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также указаниями начальника бюро судебно-медицинской экспертизы, его заместителей и заведующих отделами (отделениями, лабораториями).

Судебно-медицинский эксперт обязан: производить порученные ему судебно-медицинские экспертизы (исследования, обследования) и другие виды экспертной работы на современном уровне и в надлежащие сроки; овладевать рекомендованными новыми методами исследования и применять их на практике; своевременно доводить до сведения соответствующих следственных и судебных органов данные, выявленные при производстве экспертизы и не отраженные в деле, а также в порядке личной инициативы обращать внимание лиц, назначивших экспертизу, на обстоятельства и факты, имеющие значение для расследования и судебного разбирательства; извещать заведующих отделами (отделением, лабораторией) или начальника бюро судебно-медицинской экспертизы о всех выявленных недостатках диагностики и лечебной помощи; систематически работать над повышением своего теоретического уровня и профессиональной квалификации как самостоятельно, так и путем активного участия (доклады, сообщения, выступления в прениях и др.) в судебно-медицинских совещаниях, конференциях, заседаниях общества судебных медиков и врачей других специальностей, а также в иных мероприятиях; проводить работу по повышению квалификации среднего и младшего медицинского персонала, требуя от него точного и своевременного выполнения своих обязанностей, соблюдения служебной (профессиональной) тайны, аккуратного обращения с аппаратурой, инструментарием, лабораторной посудой, бельем и другим имуществом; своевременно составлять планы работы и отчеты; проводить анализ качественных показателей своей работы; соблюдать надлежащий санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим, а также правила техники безопасности и внутреннего трудового распорядка, требуя этого также от среднего и млад-

шею медицинского персонала; организовывать и лично участвовать в судебно-медицинских клиничко-анатомических конференциях (относится к судебно-медицинским экспертам городских, межрайонных и районных отделений судебно-медицинской экспертизы) по выявленным при производстве судебно-медицинских экспертиз недостаткам оказания медицинской помощи; принимать участие в подготовке начинающих судебно-медицинских экспертов на базе бюро судебно-медицинской экспертизы; оказывать консультативную помощь работникам правоохранительных органов; передавать заведующему отделением (отделом, лабораторией) при уходе в отпуск или отъезде в длительную командировку все числящиеся за ним документы, в том числе и по неоконченным экспертизам, исследованиям, освидетельствованиям, а также объекты, подлежащие исследованию.

Судебно-медицинский эксперт имеет право: ставить перед заведующим отделением (отделом, лабораторией), начальником бюро судебно-медицинской экспертизы вопрос о поощрении подчиненных ему лиц среднего и младшего медицинского персонала, а также о наложении на них взысканий; проходить специализацию и периодическое повышение квалификации.

Судебно-медицинский эксперт несет ответственность за: квалифицированное и своевременное выполнение судебно-медицинских экспертиз (исследований, обследований) и других видов экспертной работы в соответствии с современными достижениями медицинской науки и техники; качественное и своевременное составление, а также ведение судебно-медицинской документации; сохранность вещественных доказательств и иных материалов, поступивших к нему для экспертизы или исследования; своевременное направление в органы, назначившие экспертизу, заключений экспертов, а также возвращение по принадлежности медицинской документации, других материалов и вещественных доказательств, подлежащих возврату; немедленное извещение начальника бюро судебно-медицинской экспертизы (в его отсутствие — заместителя начальника по экспертной работе или заведующего отделом) и в установленном порядке соответствующих органов управления здравоохранением и санитарно-эпидемиологического надзора о выявленных им в процессе работы случаях острозаразных заболеваний и принятых мерах; своевременную информацию заведующего отделением (отделом, лабораторией) или начальника бюро судебно-медицинской экспертизы либо его заместителя по экспертной работе о чрезвычайных происшествиях, грубых нарушениях правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструк-

ций и трудовой дисциплины подчиненным ему средним и младшим медицинским персоналом и принятых мерах.

Действующее законодательство предусматривает также и то, что экспертом может быть назначен любой врач, обладающий необходимыми познаниями для проведения судебно-медицинской экспертизы.

*Порядок назначения экспертизы.* Если возникает необходимость в проведении экспертизы, следователь выносит постановление, в котором указываются: основания для назначения судебной экспертизы; фамилия, имя и отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена судебная экспертиза; вопросы, поставленные перед экспертом; материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. До назначения эксперта следователь выясняет данные о его специальности и компетентности (ст. 195 УПК РФ).

Большую роль при назначении экспертизы играет правильная формулировка вопросов, которые следователь ставит на разрешение экспертов. Их характер зависит от объекта экспертизы и специфических особенностей, подлежащих выяснению при различных обстоятельствах дела. Если при формулировке вопросов у следователя возникают затруднения, то ему целесообразно предварительно проконсультироваться со специалистом в области судебной медицины или даже с тем судебно-медицинским экспертом, которому предполагается поручить производство экспертизы.

В соответствии со ст. 198 УПК РФ при назначении и производстве судебной экспертизы потерпевший, подозреваемый, обвиняемый, его защитник вправе: знакомиться с постановлением о назначении судебной экспертизы; заявлять отвод эксперту или ходатайствовать о производстве судебной экспертизы в другом экспертном учреждении; ходатайствовать о привлечении в качестве экспертов указанных ими лиц либо о производстве судебной экспертизы в конкретном экспертном учреждении; ходатайствовать о внесении в постановление о назначении судебной экспертизы дополнительных вопросов эксперту; присутствовать с разрешения следователя при производстве судебной экспертизы, давать объяснения эксперту; знакомиться с заключением эксперта или сообщением о невозможности дать заключение, а также с протоколом допроса эксперта.

*Обязательное производство экспертизы.* По ст. 196 УПК РФ назначение и производство судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить:

- 1) причины смерти;
- 2) характер и степень вреда, причиненного здоровью;

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

4) психическое или 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.

*Обязанности и права эксперта.* Врач, назначенный экспертом, обязан явиться по вызову лица, проводящего дознание, следователя, прокурора и суда, и дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам (ст. 57 УПК РФ).

Эксперт вправе: знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы; ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов; участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы; давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не упомянутым в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования; приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права; отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения.

Эксперт не вправе: без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы; самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования; проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств; давать заведомо ложное заключение; разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 УПК РФ.



Эксперт может получать материалы только от следователя, который должен сообщить обвиняемому, какие материалы он предоставляет эксперту для производства экспертизы, и узнать у обвиняемого, нет ли у него каких-либо дополнительных материалов для предоставления их эксперту. Обвиняемый имеет право возбудить ходатайство об истребовании дополнительных материалов, необходимых для представления экспертизе. Эксперт может предварительно просмотреть со следователем материалы, необходимые для экспертизы, и установить, достаточны ли они для дачи заключения.

Если поставленный эксперту вопрос выходит за пределы его специальных знаний или представленные ему материалы недостаточны для заключения, он в письменной форме («Актом о невозможности дать заключение») сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение. Орган, назначивший экспертизу, рассматривает заявление эксперта о недостаточности материалов и при действительной необходимости истребует эти материалы-документы, например: историю болезни, заключение специалиста; вещественные доказательства (кровь для определения группы); протоколы допросов свидетелей, обвиняемого или потерпевшего и т.д.

Эксперт может и не отвечать на поставленные ему вопросы, если они не относятся к его специальности, его специальным знаниям или если представляемые материалы недостаточны. Так, судебно-медицинский эксперт не может давать заключение о правильности или неправильности проведения хирургической операции, так как это относится к компетенции хирурга, или судить о психическом состоянии, вменяемости. В таком случае эксперт должен объяснить, почему невозможно ответить на поставленные вопросы.

При производстве судебной экспертизы в экспертном учреждении (бюро судебно-медицинской экспертизы) следователь направляет руководителю соответствующего экспертного учреждения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, необходимые для ее производства.

Руководитель экспертного учреждения после получения постановления поручает производство судебной экспертизы конкретному эксперту или нескольким экспертам из числа работников данного учреждения и уведомляет об этом следователя. При этом руководитель экспертного учреждения, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения, разъясняет эксперту его права и ответственность, предусмотренные ст. 57 УПК РФ. Руководитель экспертного учреждения вправе

возвратить без исполнения постановление о назначении судебной экспертизы и материалы, представленные для ее производства, если в данном учреждении нет эксперта конкретной специальности либо специальных условий для проведения исследований, указав мотивы, по которым производится возврат (ст. 199 УПК РФ).

*Производство экспертизы вне экспертного учреждения.* При проведении экспертизы вне экспертного учреждения следователь выносит постановление о назначении экспертизы, вызывает к себе лицо, которому поручается экспертиза, удостоверяется в его личности, специальности и компетентности, устанавливает отношение эксперта к обвиняемому, подозреваемому, потерпевшему и проверяет, нет ли оснований к отводу эксперта (ст. 199 УПК РФ).

Следователь вручает эксперту постановление о назначении экспертизы, разъясняет ему права и обязанности, предусмотренные ст. 57 УПК РФ, и предупреждает об ответственности за дачу заведомо ложного заключения и за разглашение данных предварительного расследования. Обо всем этом следователь делает отметку в постановлении о назначении экспертизы, которая удостоверяется подписью эксперта.

*Допрос эксперта.* Следователь вправе по собственной инициативе либо по ходатайству подозреваемого, обвиняемого, его защитника допросить эксперта для разъяснения данного им заключения. Допрос эксперта до представления им заключения не допускается (ст. 205 УПК РФ). Эксперт не может быть допрошен по поводу сведений, ставших ему известными в связи с производством судебной экспертизы, если они не относятся к предмету данной судебной экспертизы.

Протокол допроса эксперта составляется в соответствии со ст. 166 и 167 УПК РФ.

*Отвод эксперта.* В соответствии со ст. 70 УПК РФ эксперту может быть заявлен отвод. Решение об отводе эксперта в ходе досудебного производства по уголовному делу принимает дознаватель, следователь или прокурор, а также суд в случаях, предусмотренных ст. 165 УПК РФ. В ходе судебного производства указанное решение принимает суд, рассматривающий данное уголовное дело, или судья, председательствующий в суде с участием присяжных заседателей.

Эксперт не может принимать участие в производстве по уголовному делу, если он:

- 1) является потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком или свидетелем по данному уголовному делу;
- 2) участвовал в качестве присяжного заседателя, эксперта, специалиста, переводчика, понятого, секретаря судебного заседания,

защитника, законного представителя подозреваемого, обвиняемого, представителя потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика, а судья также — в качестве дознавателя, следователя, прокурора в производстве по данному уголовному делу;

3) является близким родственником или родственником любого из участников производства по данному уголовному делу;

4) лично, прямо или косвенно, заинтересован в исходе данного уголовного дела;

5) если он находился или находится в служебной или иной зависимости от сторон или их представителей;

6) если обнаружится его некомпетентность.

Предыдущее его участие в производстве по уголовному делу в качестве эксперта или специалиста не является основанием для отвода.

*Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта.* При экспертизе живых лиц судебно-медицинскому эксперту задают самые разнообразные вопросы. На одни вопросы эксперт может, должен и обязан отвечать — это вопросы, относящиеся к специальности эксперта. Другие вопросы, не относящиеся к его специальности, эксперт обязан отклонить, отказаться от ответа на них. Эти право и обязанность эксперта предусмотрены ст. 57 УПК РФ. Эксперт должен строго придерживаться пределов своих специальных знаний. Прежде всего он не должен в своих заключениях касаться вопросов умысла, неосторожности, противоправности, квалификации действия. Так, судебно-медицинский эксперт не может в своем заключении указывать, что имело место изнасилование, членовредительство и др. Эти понятия юридические и решаются следователем, судом.

Эксперт обязан установить, если ему это позволяют медицинские данные, происхождение повреждений, были ли они причинены посторонней или собственной рукой, механизм возникновения повреждений, давность их и другие особенности. Эксперт может сопоставлять объективные данные, обнаруженные им при исследовании, с объяснениями подэкспертного лица и отвечать на вопрос, соответствуют ли объективные данные объяснениям подэкспертного.

Процессуальный закон дает право следователю проверить компетенцию эксперта и сформулировать вопросы, подлежащие разрешению экспертизой. О повседневных взаимоотношениях эксперта со следователем и прокурором в процессе проведения экспертизы в законе ничего не говорится. Эти взаимоотношения регулируются не процессуальными, а моральными, этическими нормами. Решающим фактором в этих взаимоотношениях явля-

ется стремление к установлению истины по делу. Закон устанавливает определенные сроки расследования, в то время как сроки проведения экспертизы законом не предусмотрены. Вот почему следователь нередко просит эксперта закончить экспертизу к определенному сроку. Естественно, что эксперт должен рассматривать подобную просьбу следователя как необходимость, вытекающую из существа дела, и приложить максимум усилий для ее выполнения.

В процессе судебного заседания роль и задачи каждого участника процесса, в том числе и эксперта, определены УПК РФ, предоставляющим право судьям по своему внутреннему убеждению оценивать все имеющиеся доказательства, иногда не соглашаясь с выводами экспертизы. В этом случае суд должен мотивировать причины своего несогласия.

*Экспертиза в судебном заседании.* Судебно-медицинская экспертиза проводится как на предварительном следствии, так и в судебном заседании.

Председательствующий разъясняет эксперту его права и ответственность, предусмотренные ст. 57 УПК РФ, о чем эксперт дает подписку, которая приобщается к протоколу судебного заседания (ст. 269 УПК РФ).

По ходатайству сторон или по собственной инициативе суд вправе вызвать для допроса эксперта, давшего заключение в ходе предварительного расследования, для разъяснения или дополнения данного им заключения. После оглашения заключения эксперта ему могут быть заданы вопросы сторонами. При этом первой вопросы задает сторона, по инициативе которой была назначена экспертиза. При необходимости суд вправе предоставить эксперту время, необходимое для подготовки ответов на вопросы суда и сторон (ст. 282 УПК РФ).

Эксперт в судебном заседании, как правило, не проводит новой экспертизы, а повторяет то, что он проделал на предварительном следствии. Заключение, данное экспертами, после его устного изложения должно быть предоставлено экспертами в письменном виде и приобщено к делу.

В соответствии со ст. 283 УПК РФ по ходатайству сторон или по собственной инициативе суд может назначить судебную экспертизу. В этом случае председательствующий предлагает сторонам представить в письменном виде вопросы эксперту. Поставленные вопросы должны быть оглашены, и по ним заслушаны мнения участников судебного разбирательства. Рассмотрев указанные вопросы, суд своим определением или постановлением отклоняет те из них, которые не относятся к уголовному делу или ком-

петенции эксперта, формулирует новые вопросы. Судебная экспертиза производится в порядке, установленном гл. 27 УПК РФ. Суд по ходатайству сторон либо по собственной инициативе назначает повторную либо дополнительную судебную экспертизу при наличии противоречий между заключениями экспертов, которые невозможно преодолеть в судебном разбирательстве путем допроса экспертов.

*Заключение эксперта.* Судебно-медицинский эксперт дает заключение от своего имени на основании произведенных исследований в соответствии с его специальными знаниями и несет за данное им заключение личную ответственность.

Заключение эксперта — представленное в письменном виде содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим производство по уголовному делу, или сторонами (ст. 80 УПК РФ).

При назначении для экспертизы нескольких экспертов они до дачи заключения совещаются между собой. Если эксперты одной специальности придут к общему заключению, то оно подписывается всеми экспертами. В случае разногласия между экспертами каждый эксперт дает свое заключение отдельно. Так как эксперт несет личную ответственность за заключение, то никто не может потребовать от него, чтобы он дал иное заключение или изменил ранее данное им. Он сам отвечает за свое заключение.

Документ экспертизы, содержащий заключение эксперта и фигурирующий в деле, является источником доказательства. Поэтому эксперт должен внимательно относиться к его составлению. Он должен быть исчерпывающе полным по содержанию и безупречным по правовым нормам. К заключению эксперта прилагаются результаты дополнительных исследований, схемы, рисунки, фотографии, дополняющие и разъясняющие описание исследования.

В соответствии со ст. 204 УПК РФ в «Заключении эксперта» указываются: дата, время и место производства судебной экспертизы; основания производства судебной экспертизы; должностное лицо, назначившее судебную экспертизу; сведения об экспертном учреждении, а также фамилия, имя и отчество эксперта, его образование, специальность, стаж работы, ученая степень и (или) ученое звание, занимаемая должность; сведения о предупреждении эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения; вопросы, поставленные перед экспертом; объекты исследований и материалы, представленные для производства судебной экспертизы; данные о лицах, присутствовавших при производстве судебной экспертизы; содержание и результаты исследований с указанием примененных методик; выводы по поставленным перед эк-

спертом вопросам и их обоснование. Если при производстве судебной экспертизы эксперт установит обстоятельства, которые имеют значение для уголовного дела, но по поводу которых ему не были поставлены вопросы, то он вправе указать на них в своем заключении. Материалы, иллюстрирующие заключение эксперта (фотографии, схемы, графики и т.п.), прилагаются к заключению и являются его составной частью. Заключение дается в письменном виде и подписывается врачом-экспертом. Заключение эксперта передается органу, назначившему экспертизу, не позднее трех дней после производства экспертизы. Второй экземпляр заключения эксперта остается в бюро судебно-медицинской экспертизы, проводившей данное исследование.

Любые доказательства, в том числе и заключение эксперта, не имеют заранее установленной силы и должны оцениваться судом, прокурором, следователем и лицом, производящим дознание, по их внутреннему убеждению. При оценке заключения судебно-медицинской экспертизы целесообразно использовать следующие приемы исследования.

*Ознакомление с формой экспертного документа.* В первую очередь следует обратить внимание на формальные атрибуты документа: использование специального бланка, соблюдение установленной структуры документа; наименование, наличие порядкового номера, соответствующего штампа и печати экспертного учреждения, подписи эксперта; грамматически правильно или ошибочно, аккуратно или неряшливо исполнен документ. Уже такое предварительное ознакомление с документом может дать определенное представление об эксперте, его отношении к делу, стиле работы учреждения, которое он представляет.

*Выяснение полноты и правильности составления (заполнения) вводной части.* Правильно и полно составленная вводная часть содержит информацию: о времени и месте проведения экспертизы, условиях, в каких она осуществлялась; о документе, на основании которого проведена; об объекте (объектах) исследования; о предварительных сведениях, известных к моменту начала экспертизы. Качество оформления вводной части также характеризует эксперта, его дисциплинированность и аккуратность, отношение к выполнению закона и инструкций.

*Выяснение данных о личности эксперта (экспертов).* Вводная часть документа судебно-медицинской экспертизы содержит прямую информацию о личности и квалификации эксперта. Из нее можно узнать фамилию, имя и отчество эксперта, занимаемую должность (состоит ли в штате судебно-медицинского учреждения или привлечен в качестве врача-эксперта для разового про-

ведения экспертизы), стаж экспертной работы, квалификационную категорию, наличие ученой степени и ученого звания.

*Выяснение правомочности экспертизы с точки зрения состава экспертов.* Необходимо иметь в виду, что в учреждениях судебно-медицинской экспертизы существует определенная специализация экспертов. Экспертизы трупов или живых людей осуществляют судебно-медицинские эксперты так называемого общего профиля. В отдельных случаях такие экспертизы могут проводить и врачи-эксперты, не состоящие в штате судебно-медицинских учреждений. Лабораторные исследования вещественных доказательств, требующие специальной подготовки, вправе проводить только штатные судебно-медицинские эксперты судебно-медицинских лабораторий.

Некоторые виды судебно-медицинских экспертиз должны проводиться только комиссиями экспертов. Существуют определенные требования к составу экспертных комиссий при экспертизах лечебной деятельности, трудоспособности, половых состояний и половых преступлений, заражений венерической болезнью и ВИЧ-инфекцией. При несоблюдении указанных требований экспертиза должна быть признана неправомочной, выводы ее — не заслуживающими доверия.

*Изучение исследовательской части документа судебно-медицинской экспертизы.* В исследовательской части приводится изложение процесса экспертного исследования: описание объекта экспертизы, применяемые методики и полученные результаты. Изложение должно носить описательный характер и быть объективным. Изучение исследовательской части может оказаться продуктивным лишь при условии, что следователь и суд обладают некоторым запасом знаний о свойствах исследуемых объектов, видах механических повреждений, возможных осложнениях и исходах травмы, основных судебно-медицинских признаках, их значении и др. Эти знания будущий юрист приобретает в курсе судебной медицины.

Анализ исследовательской части может дать определенное представление об объеме проведенного исследования, состоянии объекта экспертизы, его существенных особенностях, полноте отражения обнаруженных изменений.

При выявлении в исследовательской части каких-либо дефектов (неполноты исследования, непонятности изложения и т.д.) целесообразно допросить эксперта по поводу обнаруженных недостатков и убедиться, насколько качественно, полно и квалифицированно проведено исследование. В случае сомнений в правильности и полноценности составления документа судебно-медицинской экспертизы можно проконсультироваться у руководителей

бюро судебно-медицинской экспертизы. Если будет выявлена некомпетентность эксперта или недобросовестное отношение его к делу, возникают основания для назначения повторной судебно-медицинской экспертизы.

*Изучение выводов судебно-медицинской экспертизы.* Разного рода недостатки, вскрытые при анализе вводной и исследовательской частей экспертного документа, далеко не всегда влекут за собой неверные экспертные выводы. Здесь нет прямой зависимости. Но недостатки в изложении выводов всегда оказываются очень серьезными и могут нанести ущерб правосудию. В силу особой важности этого этапа анализа экспертного заключения рассмотрим его более подробно. Официальные требования к выводам следующие. Выводы в заключении эксперта и заключение в акте судебно-медицинской экспертизы являются научно обоснованным мнением эксперта, сформулированным на основании объективных данных экспертизы, экспертного анализа обстоятельств дела и данных медицинской науки. Указанные объективные данные должны вытекать из вводной и исследовательской частей протокола. Выводы (заключение) оформляются в соответствии с поставленными на разрешение экспертизы вопросами. Они должны также содержать экспертную оценку объективных данных, выявленных в процессе экспертизы, которые, по мнению эксперта, имеют значение для дела. Их следует излагать ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть обосновано фактическими данными.

*Виды судебно-медицинской экспертизы.* Судебно-медицинская экспертиза может быть первичной (ст. 195 УПК РФ), дополнительной и повторной (ст. 207 УПК РФ). Она может производиться единолично судебно-медицинским экспертом, экспертом с участием консультанта-специалиста и комиссией экспертов (так называемая комиссионная экспертиза). Различают следующие виды судебно-медицинской экспертизы: первичная, дополнительная, повторная, комиссионная и комплексная.

*Первичной экспертизой* называется первое исследование объекта. Согласно ст. 195 УПК РФ она назначается в тех случаях, когда необходимы специальные знания для производства судебной экспертизы и дачи заключения. Она может производиться с исследованием самого лица или по документам, материалам дела. Первичная экспертиза в большинстве своем бывает и окончательной.

*Дополнительная экспертиза* может быть назначена в случае недостаточной ясности или полноты заключения эксперта, а также при возникновении новых вопросов в отношении ранее исследо-



ведения экспертизы), стаж экспертной работы, квалификационную категорию, наличие ученой степени и ученого звания.

*Выяснение правомочности экспертизы с точки зрения состава экспертов.* Необходимо иметь в виду, что в учреждениях судебно-медицинской экспертизы существует определенная специализация экспертов. Экспертизы трупов или живых людей осуществляют судебно-медицинские эксперты так называемого общего профиля. В отдельных случаях такие экспертизы могут проводить и врачи-эксперты, не состоящие в штате судебно-медицинских учреждений. Лабораторные исследования вещественных доказательств, требующие специальной подготовки, вправе проводить только штатные судебно-медицинские эксперты судебно-медицинских лабораторий.

Некоторые виды судебно-медицинских экспертиз должны проводиться только комиссиями экспертов. Существуют определенные требования к составу экспертных комиссий при экспертизах лечебной деятельности, трудоспособности, половых состояний и половых преступлений, заражений венерической болезнью и ВИЧ-инфекцией. При несоблюдении указанных требований экспертиза должна быть признана неправомочной, выводы ее — не заслуживающими доверия.

*Изучение исследовательской части документа судебно-медицинской экспертизы.* В исследовательской части приводится изложение процесса экспертного исследования: описание объекта экспертизы, применяемые методики и полученные результаты. Изложение должно носить описательный характер и быть объективным. Изучение исследовательской части может оказаться продуктивным лишь при условии, что следователь и суд обладают некоторым запасом знаний о свойствах исследуемых объектов, видах механических повреждений, возможных осложнениях и исходах травмы, основных судебно-медицинских признаках, их значении и др. Эти знания будущий юрист приобретает в курсе судебной медицины.

Анализ исследовательской части может дать определенное представление об объеме проведенного исследования, состоянии объекта экспертизы, его существенных особенностях, полноте отражения обнаруженных изменений.

При выявлении в исследовательской части каких-либо дефектов (неполноты исследования, непонятности изложения и т.д.) целесообразно допросить эксперта по поводу обнаруженных недостатков и убедиться, насколько качественно, полно и квалифицированно проведено исследование. В случае сомнений в правильности и полноценности составления документа судебно-медицинской экспертизы можно проконсультироваться у руководителей

бюро судебно-медицинской экспертизы. Если будет выявлена некомпетентность эксперта или недобросовестное отношение его к делу, возникают основания для назначения повторной судебно-медицинской экспертизы.

*Изучение выводов судебно-медицинской экспертизы.* Разного рода недостатки, вскрытые при анализе вводной и исследовательской частей экспертного документа, далеко не всегда влекут за собой неверные экспертные выводы. Здесь нет прямой зависимости. Но недостатки в изложении выводов всегда оказываются очень серьезными и могут нанести ущерб правосудию. В силу особой важности этого этапа анализа экспертного заключения рассмотрим его более подробно. Официальные требования к выводам следующие. Выводы в заключении эксперта и заключение в акте судебно-медицинской экспертизы являются научно обоснованным мнением эксперта, сформулированным на основании объективных данных экспертизы, экспертного анализа обстоятельств дела и данных медицинской науки. Указанные объективные данные должны вытекать из вводной и исследовательской частей протокола. Выводы (заключение) оформляются в соответствии с поставленными на разрешение экспертизы вопросами. Они должны также содержать экспертную оценку объективных данных, выявленных в процессе экспертизы, которые, по мнению эксперта, имеют значение для дела. Их следует излагать ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть обосновано фактическими данными.

*Виды судебно-медицинской экспертизы.* Судебно-медицинская экспертиза может быть первичной (ст. 195 УПК РФ), дополнительной и повторной (ст. 207 УПК РФ). Она может производиться единолично судебно-медицинским экспертом, экспертом с участием консультанта-специалиста и комиссией экспертов (так называемая комиссионная экспертиза). Различают следующие виды судебно-медицинской экспертизы: первичная, дополнительная, повторная, комиссионная и комплексная.

*Первичной экспертизой* называется первое исследование объекта. Согласно ст. 195 УПК РФ она назначается в тех случаях, когда необходимы специальные знания для производства судебной экспертизы и дачи заключения. Она может производиться с исследованием самого лица или по документам, материалам дела. Первичная экспертиза в большинстве своем бывает и окончательной.

*Дополнительная экспертиза* может быть назначена в случае недостаточной ясности или полноты заключения эксперта, а также при возникновении новых вопросов в отношении ранее исследо-

ванных обстоятельств уголовного дела (ст. 207 УПК РФ). Она может быть поручена тому же или другому эксперту и представлять собой последовательное, этапное исследование с окончательным заключением после одного или нескольких повторных исследований объекта экспертизы. Например, эксперт осматривает потерпевшего с только что полученными повреждениями, описывает их, отмечает в заключении давность повреждения, характер орудия, которым нанесено повреждение, и указывает на необходимость дополнительного исследования после окончания лечения, ознакомления с материалами дела или получения дополнительных данных с последующим исследованием. Дополнительное исследование при получении достаточных данных дает основание для окончательного заключения эксперта.

*Повторная экспертиза* назначается в случаях возникновения сомнений в обоснованности заключения эксперта или наличия противоречий в выводах эксперта или экспертов, по тем же вопросам может быть назначена повторная экспертиза, производство которой поручается другому эксперту (ст. 207 УПК РФ). Повторная экспертиза производится после проведенной первичной экспертизы; проводится она обычно, но не всегда, комиссией экспертов. Данная экспертиза может производиться и единолично экспертом с участием консультантов-специалистов, и комиссией экспертов.

*Комиссионная экспертиза* производится не менее чем двумя экспертами одной специальности. Комиссионный характер экспертизы определяется следователем либо руководителем экспертного учреждения, которому поручено производство судебной экспертизы (ст. 200 УПК РФ). Если по результатам проведенных исследований мнения экспертов по поставленным вопросам совпадают, то ими составляется единое заключение. В случае возникновения разногласий каждый из экспертов, участвовавших в производстве судебной экспертизы, дает отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласие.

Судебно-медицинские экспертизы по определению степени утраты общей и профессиональной трудоспособности, по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные нарушения, по материалам уголовных и гражданских дел должны производиться обязательно комиссиями экспертов с участием соответствующих специалистов.

*Комплексная экспертиза* — судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей (например, судебно-медицинский эксперт, судебный химик, эксперт автомо-

бильной техники и др.). Проведение комплексных экспертиз стало возможным в связи с расширением возможностей научно-технических исследований. В этом случае применяются медицинские, криминалистические, химические, физические, технические и другие методы исследования.

В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной судебной экспертизы, 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 (ст. 201 УПК РФ).

Комплексные медико-криминалистические экспертизы проводят при идентификации орудий и механизмов травмы, установления транспортного средства и решения вопроса, кто находился за рулем при транспортной травме, и в некоторых других случаях. Главным условием проведения такой экспертизы является структурное единство объекта — носителя свойств, используемых лицами, являющимися специалистами в судебной медицине и криминалистике. В зависимости от целей комплексные медико-криминалистические экспертизы могут быть разделены на идентификационные и диагностические.

### **Глава 3. ОРГАНИЗАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

В соответствии с Федеральным законом 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» в нашей стране функционируют государственные учреждения судебной экспертизы. Эти учреждения независимы от органов следствия, прокуратуры и суда, что обеспечивает широкие процессуальные гарантии обвиняемым. Потребность в судебно-медицинской экспертизе при расследовании преступлений и в судебном разбирательстве возникает особенно часто при рассмотрении дел по поводу преступлений против жизни и здоровья (гл. 16 УК РФ), преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности (гл. 18 УК РФ). Постоянная заинтересованность органов дознания, следствия, прокуратуры и суда в производстве судебно-медицинской экспертизы привела к необходимости организации в нашей стране учреждений, которые бы специально занимались только судебно-медицинской экспертизой.

Эти специальные учреждения находятся в системе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Они называются **бюро судебно-медицинской экспертизы**. В субъектах Российской Федерации судебно-медицинскими учреждениями являются республиканские, краевые, областные, в городах Москве и Санкт-Петербурге городские бюро судебно-медицинской экспертизы, которые находятся в ведении соответствующих министерств, управлений, департаментов, комитетов и отделов здравоохранения.

Функции бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации выполняет Российский центр судебно-медицинской экспертизы, состоящий из двух структурных подразделений: Бюро судебно-медицинской экспертизы (123242, г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 3/2) и Научно-исследовательского института судебной медицины (113035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 1/2).

Этот центр является государственным федеральным учреждением здравоохранения, находится в ведении Минздравсоцразвития России и в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, нормативными актами, инструкциями и приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Высшим должностным лицом Российского центра судебно-медицинской экспертизы является его директор, назначаемый и освобождаемый от занимаемой должности Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в настоящее время — д-р мед. наук, проф. Ю.И. Пиголкин.

Директор центра в качестве руководителя головного экспертно-научного учреждения обеспечивает организационное и методическое руководство судебно-медицинской службой органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Основной задачей директора центра является определение стратегии развития судебно-медицинской службы и тактических решений по ее реализации. Для решения поставленной задачи директор центра **обязан:** владеть информацией о состоянии судебно-медицинской службы на основе статистических данных, информации местных органов здравоохранения и начальников бюро судебно-медицинской экспертизы, результатов проверок службы, устных и письменных обращений граждан и т.д.; разрабатывать и вносить предложения по совершенствованию структуры судебно-медицинской службы как в целом, так и по субъектам Российской Феде-

рации; принимать участие в подготовке решений коллегий, приказов, инструктивных и методических писем, предложений в Правительство Российской Федерации и другие инстанции по развитию и совершенствованию судебно-медицинской службы, а также в подготовке и проведении съездов, научно-практических конференций, семинаров, симпозиумов; совершенствовать организационные формы деятельности судебно-медицинских учреждений путем разработки, изучения и распространения передовых форм организации судебно-медицинской службы, новых технологий и методов диагностики; разрабатывать предложения по формам и направлениям пред- и последипломной подготовки врачей и средних медицинских работников по судебной медицине и пограничным специальностям; определять потребность и, при необходимости, принимать участие в распределении медицинской техники, лабораторного оборудования и изделий медицинского назначения отечественного и зарубежного производства; принимать участие в экспертной оценке предложений по производству медицинской техники, изделий медицинского назначения и пр., поступающих от промышленных предприятий, ассоциаций, совместных предприятий, кооперативов и т.п., в определении объема заказов и закупки медицинской техники, в том числе за рубежом; участвовать в разработке положения и программы по аттестации врачей и среднего медицинского персонала, положения и условий лицензирования медицинской деятельности; участвовать в формировании программ научных исследований, направленных на развитие судебно-медицинской экспертизы, определять заказную тематику научных исследований по судебной медицине и пограничным специальностям и формы внедрения конечных результатов.

Директор центра **имеет право:** давать рекомендации руководителям местных органов управления здравоохранением по развитию и совершенствованию судебно-медицинской службы в субъектах Российской Федерации; согласовывать с руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации назначение и освобождение от занимаемой должности начальников бюро судебно-медицинской экспертизы; издавать в установленном порядке различные информационно-методические материалы; истребовать любую судебно-медицинскую документацию, различные материалы, препараты из территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы; запрашивать из лечебно-профилактических учреждений медицинскую документацию, необходимую для рассмотрения жалоб и заявлений граждан; выполнять в пределах своей компетенции служебные задания министра здра-

воохранения и социального развития Российской Федерации и его заместителя; определять по согласованию с руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации бюро судебно-медицинской экспертизы как базовые, несущие функции межрегиональных учреждений.

На Российский центр судебно-медицинской экспертизы возлагаются следующие виды деятельности: разработка проектов правил и инструкций по судебно-медицинской экспертизе в соответствии с действующим в Российской Федерации законодательством и демографическими особенностями; издание этих материалов после согласования с высшими органами прокуратуры, внутренних дел, суда Российской Федерации; организация и проведение плановых проверок деятельности бюро судебно-медицинской экспертизы с выездом на территории с оценкой состояния судебно-медицинской службы в регионе и путей ее дальнейшего развития с последующим контролем по их реализации; обеспечение систематического контроля за правильностью проведения судебно-медицинских экспертиз в территориальных бюро путем проверок экспертных заключений и актов исследований (обследований), а также экспертиз, проведенных по материалам уголовных и гражданских дел; организация и выполнение особо сложных судебно-медицинских экспертиз и исследований в структурных подразделениях Российского центра судебно-медицинской экспертизы или по договоренности в другом территориальном бюро; внедрение в экспертную практику новых технологий, средств вычислительной техники, разрабатываемых программ по отдельным видам судебно-медицинских экспертиз; организация судебно-медицинского обеспечения при ликвидации последствий стихийных бедствий, технологических катастроф и других экстремальных ситуаций; координация и контроль деятельности методических советов территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы; осуществление контроля за качеством проведения судебно-медицинских клинко-анатомических и поликлинико-анатомических конференций в бюро судебно-медицинской экспертизы субъектов Российской Федерации; повышение квалификации судебно-медицинских кадров и обучение судебно-медицинских экспертов и судебных химиков новым методам исследования; участие в аттестации судебно-медицинских кадров; организация систематической подготовки последипломного обучения врачей судебно-медицинских экспертов Российской Федерации на соответствующих кафедрах факультетов усовершенствования врачей — медицинских высших учебных заведений, академий медицинского последипломного образования; проведение стажировки на базе Российского центра судеб-

но-медицинской экспертизы по актуальным вопросам судебно-медицинской экспертизы; организация тематических семинаров-совещаний с привлечением сотрудников кафедр и других подразделений медицинских высших учебных заведений, а также институтов различного профиля с целью совершенствования качества судебно-медицинской экспертизы; участие в сертификации судебно-медицинских кадров; организация, планирование и координация научных исследований в области судебной медицины и судебной химии, в том числе на межведомственной основе; научно-методическая консультативная помощь научным и практическим экспертным учреждениям и правоохранительным органам Российской Федерации; взаимодействие с учреждениями здравоохранения и другими ведомствами в подготовке и проведении мероприятий, направленных на улучшение судебно-медицинского обслуживания населения, а также на повышение качества профилактической и лечебно-диагностической работы учреждений здравоохранения; осуществление международных связей и обмена опытом работы, проведение совместных исследований по судебной медицине и судебной химии с зарубежными учеными и научными учреждениями; проведение повторных судебно-медицинских и комплексных экспертиз, производство которых поручено Российскому центру судебно-медицинской экспертизы, по материалам уголовных и гражданских дел и по делам о привлечении медицинских работников за профессиональные правонарушения, по которым ранее уже были проведены экспертизы в бюро судебно-медицинской экспертизы в субъектах Российской Федерации; производство в исключительных случаях в установленном порядке первичных судебно-медицинских экспертиз живых лиц, трупов и вещественных доказательств по предложениям органов дознания, следователя, прокурора и суда, а также, по мере необходимости, участие судебно-медицинских экспертов Российского центра судебно-медицинской экспертизы в качестве специалистов в области судебной медицины в следственных действиях; рецензирование диссертационных работ, представленных на соискание ученой степени, а также материалов по аттестации и награждению начальников территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы и их заместителей, заведующих структурными подразделениями с направлением отзыва в соответствующее учреждение по принадлежности; рецензирование по поручению Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, других министерств и ведомств проектов различных законов, нормативных актов и других материалов, в которых содержатся данные, имеющие непосредственное отношение к деятельности судебно-



медицинской службы России; срочное извещение руководства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации о выявленных случаях острозаразных, в том числе особо опасных, заболеваний в соответствии со специальными указаниями и приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также о случаях массовой гибели людей в результате различных происшествий, об организации мероприятий по оказанию судебно-медицинской помощи в зоне происшествия; содействие в работе Всероссийского общества судебных медиков по разработке научных направлений в области судебной медицины и внедрению их в практику судебно-медицинских учреждений; другие виды деятельности, не запрещенные действующим законодательством Российской Федерации.

Кроме Российского центра судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации функционирует 86 территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы, в структуре которых 190 городских и 964 районных и межрайонных отделения судебно-медицинской экспертизы.

Бюро судебно-медицинской экспертизы являются учреждениями здравоохранения. Их основная деятельность направлена на обеспечение потребностей правоохранительных органов в производстве судебно-медицинских экспертиз, а также на участие в деятельности органов здравоохранения в улучшении качества лечебной помощи населению и проведении профилактических мероприятий. Задачами бюро судебно-медицинской экспертизы являются: производство судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов в целях установления или исключения признаков насильственной смерти, определения ее причин; характера, механизма и сроков образования телесных повреждений; установления давности наступления смерти, а также разрешения других вопросов, поставленных органом дознания, следователем, прокурором, судом; производство судебно-медицинских экспертиз и судебно-медицинских обследований потерпевших, обвиняемых и других лиц для определения характера и тяжести вреда здоровью, механизма и давности образования телесных повреждений, половых преступлений и для разрешения других вопросов, поставленных органом дознания, следователем, прокурором, судом; производство судебно-медицинских экспертиз вещественных доказательств путем применения различных лабораторных методов исследования объектов; производство судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел; участие судебно-медицинских экспертов в качестве специалистов в области судебной медицины в первоначальных и других следственных действиях

(осмотре трупов на месте происшествия, эксгумациях, освидетельствованиях, изъятии образцов для сравнительного исследования и др.); своевременное внедрение в судебно-медицинскую практику новых методов исследования в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации; постоянное совершенствование работы с целью повышения качества проводимых экспертиз и сокращения сроков их исполнения; своевременная информация органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации о всех случаях выявления грубых дефектов диагностики и лечения; проведение судебно-медицинских конференций по таким случаям; анализ и регулярное обобщение судебно-медицинских материалов о скоропостижной смерти, промышленном, уличном и бытовом травматизме, отравлениях и других видах смерти с целью выявления факторов, имеющих значение для разработки органами здравоохранения профилактических мероприятий; проведение санитарно-просветительной работы по профилактике промышленного, уличного и бытового травматизма, отравлений, алкоголизма и по другим актуальным вопросам; срочное извещение органов управления здравоохранением о выявленных случаях острозаразных, в том числе особо опасных, заболеваний в соответствии со специальными указаниями и приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации; систематическое проведение в установленном порядке подготовки и усовершенствования специалистов бюро судебно-медицинской экспертизы на кафедрах судебной медицины высших медицинских учебных заведений, факультетов усовершенствования врачей, академий медицинского последипломного образования, в Республиканском центре судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на кафедрах токсикологической химии медицинских и фармацевтических высших учебных заведений, а также при необходимости на кафедрах и в научно-исследовательских институтах иного профиля; обеспечение системы непрерывного повышения профессионального уровня специалистов судебно-медицинской службы.

Бюро судебно-медицинской экспертизы обладает полной хозяйственной самостоятельностью, планирует свою деятельность, сочетает бюджетное финансирование с оказанием платных услуг населению и выполнением работ по договорам с юридическими лицами. Бюро судебно-медицинской экспертизы создается в установленном порядке в каждом субъекте Российской Федерации, а также в крупных городах с большим объемом судебно-медицин-

ской работы по решению администрации субъекта Российской Федерации и согласованию с территориальным органом управления здравоохранением.

Бюро судебно-медицинской экспертизы в административно-хозяйственном отношении подчинены: бюро судебно-медицинской экспертизы республики, края, области, округа и городов (Москва, Санкт-Петербург) — руководителю соответствующего территориального органа управления здравоохранением (министерства, департамента, управления, комитета, отдела). В практическом, организационном и методическом отношении бюро судебно-медицинской экспертизы республики, края, области, округа и городов (Москва, Санкт-Петербург) — главному судебно-медицинскому эксперту Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, — Бюро судебно-медицинской экспертизы являются самостоятельными учреждениями, имеют в оперативном управлении здания, соответствующее лабораторное и иное оборудование, аппаратуру, транспортные средства, хозяйственный инвентарь и другое имущество. Бюро судебно-медицинской экспертизы находится на бюджете соответствующего территориального органа управления здравоохранением. Штаты бюро судебно-медицинской экспертизы утверждаются в установленном порядке в соответствии с действующими штатными нормативами.

В бюро судебно-медицинской экспертизы должны быть следующие структурные подразделения:

- отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц (отдел судебно-медицинской экспертизы живых лиц);
- отдел судебно-медицинской экспертизы трупов с гистологическим отделением;
- организационно-методический отдел;
- отделение внедрения новых технологий;
- отделение программного и математического обеспечения;
- кабинет по работе с жалобами и заявлениями;
- отдел сложных экспертиз;
- отдел судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств со следующими отделениями и лабораториями:
  - судебно-биологическое отделение;
  - судебно-химическое отделение;
  - судебно-биохимическое отделение;
  - судебно-бактериологическое (вирусологическое) отделение;
  - медико-криминалистическое отделение;
  - спектральная лаборатория;

- лаборатория судебно-медицинских молекулярно-генетических исследований;

- административно-хозяйственный аппарат.

Районные, межрайонные и городские отделения бюро судебно-медицинской экспертизы организуются на базе больниц, вне городов, где расположены бюро, с учетом фактического объема судебно-медицинской работы, отдаленности отделения от бюро, а также других условий. Заведующие районными, межрайонными и городскими отделениями бюро судебно-медицинской экспертизы в практическом, организационно-методическом и административно-хозяйственном отношении подчинены руководителю бюро судебно-медицинской экспертизы, в состав которого входят эти отделения. Объединение бюро судебно-медицинской экспертизы в целом или его отдельных структурных подразделений с учреждениями других медицинских специальностей запрещается.

Начальник бюро судебно-медицинской экспертизы, одновременно являющийся главным специалистом по судебной медицине соответствующего органа управления здравоохранением, осуществляет руководство деятельностью бюро на основе единоначалия. Начальники бюро судебно-медицинской экспертизы органов здравоохранения республик, краев, областей, округов и городов (Москва, Санкт-Петербург) назначаются и освобождаются от работы руководителем соответствующего территориального органа управления здравоохранением, по предварительному согласованию с главным судебно-медицинским экспертом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Бюро судебно-медицинской экспертизы могут быть учебными базами высших медицинских учебных заведений, факультетов усовершенствования врачей и академий медицинского последилового образования, курсов специализации и усовершенствования, высших и средних учебных заведений юридического профиля. При проведении профессорско-преподавательским составом кафедр судебной медицины экспертиз и исследований трупов, судебно-медицинских обследований потерпевших, обвиняемых и других лиц в процессе учебных занятий бюро судебно-медицинской экспертизы обеспечивают производство лабораторных исследований в объеме, необходимом для дачи экспертного заключения. Контроль за правильностью выполнения судебно-медицинской работы и составления судебно-медицинской документации педагогическим составом кафедр высших учебных заведений в ходе учебного процесса возлагается непосредственно на заведующих кафедрами (курсами). Этот контроль также осуществляет

начальник бюро судебно-медицинской экспертизы и его заместитель по экспертной работе. Судебно-медицинскую документацию по всем видам судебно-медицинской работы, выполненной преподавательским составом кафедр (курсов), хранят в архиве бюро судебно-медицинской экспертизы.

Территориальные органы управления здравоохранением обязаны обеспечить бюро судебно-медицинской экспертизы соответствующими помещениями, оборудованием, материально-техническими средствами; осуществлять ремонт и реконструкцию, строительство новых зданий для бюро, предоставлять кабинеты в амбулаторно-поликлинических учреждениях и морги в больницах, автомобильный транспорт, при необходимости — санитарную авиацию; оказывать всемерное содействие судебно-медицинским экспертам при выполнении ими служебных обязанностей (предоставление медицинских документов, производство анализов, консультации специалистов, участие в экспертизах по уголовным и гражданским делам и т.д.). Органы прокуратуры, МВД, ФСБ и суды Российской Федерации в целях повышения качества и сокращения сроков производства экспертиз содействуют бюро судебно-медицинской экспертизы в создании необходимых условий для работы.

Штатная численность сотрудников бюро судебно-медицинской экспертизы устанавливается в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Должность заместителя начальника бюро по экспертной работе устанавливается из расчета: одна должность на каждое бюро судебно-медицинской экспертизы министерств здравоохранения и социального развития республик, управлений, департаментов и комитетов здравоохранения краев, областей, округов и городов. Должность заместителя начальника бюро по организационно-методической работе — одна на каждое бюро судебно-медицинской экспертизы министерств здравоохранения республик, управлений, департаментов и комитетов здравоохранения краев, округов, областей и городов, при наличии в штате бюро более 40 врачебных должностей. Должность заместителя начальника бюро по экономическим вопросам — одна на каждое бюро судебно-медицинской экспертизы министерств здравоохранения республик, управлений, департаментов и комитетов здравоохранения краев, округов, областей и городов, при наличии в штате бюро более 60 врачебных должностей.

Должности врачей—судебно-медицинских экспертов в республиканских, краевых, окружных, областных и городских бюро судебно-медицинской экспертизы устанавливаются из расчета:

— одна должность врача—судебно-медицинского эксперта отдела судебно-медицинской экспертизы трупов на каждые 100 экспертиз (исследований) трупов в год с учетом других видов деятельности — консультативная работа с правоохранительными органами и учреждениями здравоохранения, экспертиза в суде, участие в неотложных следственных и розыскных действиях;

— одна должность врача—судебно-медицинского эксперта отдела судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц на каждые 900 экспертиз и обследований с учетом и других видов деятельности — консультативная работа с правоохранительными органами и учреждениями здравоохранения, экспертиза в суде, участие в неотложных следственных и розыскных действиях, экспертиза с выездами в медицинские учреждения.

Должности врачей—судебно-медицинских экспертов районных (межрайонных) отделений бюро судебно-медицинской экспертизы устанавливаются из расчета:

— одна должность врача—судебно-медицинского эксперта, не проводящего гистологических исследований, на каждые 80 исследуемых трупов и не более 250 экспертиз (обследований) потерпевших, обвиняемых и прочих лиц с учетом проведения и других работ — консультативная работа с правоохранительными органами и учреждениями здравоохранения, экспертиза в суде, участие в неотложных следственных и розыскных действиях;

— одна должность врача—судебно-медицинского эксперта районных и межрайонных отделений регионов Крайнего Севера на каждые 40 исследуемых трупов и не более 80 экспертиз (обследований) потерпевших, обвиняемых и прочих лиц с учетом длительности и сложности командировки к месту проведения исследования трупа, его подготовки к исследованию и выполнения других работ — консультативная работа с правоохранительными органами и учреждениями здравоохранения, экспертиза в суде, участие в неотложных следственных и розыскных действиях;

— одна должность межрайонного врача—судебно-медицинского эксперта, осуществляющего выезды в районы обслуживания, на каждые 50 исследований трупов и не более 250 экспертиз (обследований) потерпевших, обвиняемых и прочих лиц в год с учетом проведения и других работ — консультативная работа с правоохранительными органами и учреждениями здравоохранения, экспертиза в суде, участие в неотложных следственных и розыскных Действиях.

Должности дежурных врачей—судебно-медицинских экспертов Устанавливаются (дополнительно) из расчета: не менее 6 должностей на каждое бюро судебно-медицинской экспертизы мини-

стерств здравоохранения республик, управлений и комитетов здравоохранения краев, областей, округов, городов. Оплата районным (межрайонным) врачам—судебно-медицинским экспертам за работу на местах обнаружения трупов (происшествий) во внерабочее время осуществляется за фактически отработанное время за счет надбавок, доплат и других выплат стимулирующего характера.

Должности врачей—судебно-медицинских экспертов в судебно-биологических отделениях устанавливаются из расчета: одна должность врача на 50 экспертиз, 250 предметов и 2000 объект-исследований в год. Подсчет цитологических объектов производится соответственно количеству приготовленных препаратов (1000 препаратов в год на одну должность врача—судебно-медицинского эксперта). Должности врачей—судебно-медицинских экспертов в медико-криминалистических отделениях устанавливаются из расчета: одна должность врача—судебно-медицинского эксперта (эксперта-физика, криминалиста, инженера) на 50 экспертиз или 2000 объект-исследований (т.е. 40 объект-исследований на одну экспертизу в среднем). В спектральной лаборатории устанавливается одна должность врача—судебно-медицинского эксперта или одна должность судебно-медицинского эксперта-физика (химика) на 2000 объект-исследований в год. Должности врачей—судебно-медицинских экспертов судебно-медицинской молекулярно-генетической лаборатории устанавливаются из расчета: одна должность врача—судебно-медицинского эксперта на 300 условных генотипов в год. Должности врачей—судебно-медицинских экспертов-химиков в судебно-химическом отделении устанавливаются из расчета: одна должность на каждые 55 полных анализов в год. Должности врачей—судебно-медицинских экспертов-биохимиков в судебно-биохимическом отделении устанавливаются из расчета: одна должность на каждые 55 полных анализов в год. Должности врачей—судебно-медицинских экспертов в судебно-гистологическом отделении устанавливаются из расчета: одна должность врача судебно-медицинского эксперта-гистолога на каждые 400 экспертиз из 2800 объект-исследований в год.

Должности врачей—судебно-медицинских экспертов отдела сложных экспертиз устанавливаются из расчета: одна должность на каждые 24 экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел в год с учетом выполнения других видов деятельности — экспертиза в суде, участие в неотложных следственных и розыскных действиях, эксгумация трупа, подготовка вещественных доказательств к исследованию, консультативная работа с правоохранительными органами и учреждениями здравоохранения, работа с консультантами клинического и криминалистического профи-

ля. Для проведения высококвалифицированных консультаций бюро судебно-медицинской экспертизы представляется право приглашения специалистов из других учреждений. Необходимые средства для оплаты консультантов должны предусматриваться в сметах бюро судебно-медицинской экспертизы.

Должности врачей—судебно-медицинских экспертов организационно-методического отдела (кабинета) устанавливаются из расчета: 6 врачей при наличии в штатном расписании бюро более 60 врачебных ставок; 4 врача при наличии в штатном расписании бюро 40—60 врачебных ставок; 2 врача при наличии в штатном расписании бюро менее 40 врачебных ставок.

В отделении математического и программного обеспечения при организационно-методическом отделе устанавливаются должности: трех врачей—судебно-медицинских экспертов; пяти инженеров-программистов с оплатой труда по тарифной сетке врача—судебно-медицинского эксперта. В отделении внедрения научных достижений в экспертную практику при организационно-методическом отделе устанавливаются должности трех врачей—судебно-медицинских экспертов.

В специализированных лабораториях (остеологической, судебно-медицинской, молекулярно-генетической, спектральной и др.) вместо одной из должностей врача—судебно-медицинского эксперта устанавливается должность заведующего лабораторией. Заведующие отделами, отделениями и лабораториями, в штате которых до трех должностей судебно-медицинских экспертов, выполняют работу эксперта в объеме 100%, при наличии четырех—пяти — в объеме 50%, шести—десяти — в объеме 25% и свыше десяти — принимают участие в проведении особо сложных экспертиз, оказывают постоянную консультативную и методическую помощь экспертам.

В Министерстве обороны Российской Федерации организована своя судебно-медицинская служба. Главный судебно-медицинский эксперт Министерства обороны д-р мед. наук, проф. В. В. Колкутин возглавляет Центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Министерства обороны Российской Федерации и Службу судебно-медицинских экспертов в военных округах и флотах.

Подготовку судебно-медицинских экспертов и повышение их квалификации осуществляют кафедры и институты усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Головной базой подготовки и сертификации специалистов в области судебной медицины является кафедра судебной медицины Российской медицинской академии последипломного образования.



## РАЗДЕЛ 2 ОСНОВЫ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

### Глава 4. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Анатомия и физиология относятся к числу биологических наук, предметом их изучения являются живые организмы.

**Анатомия человека** — наука о форме и строении человеческого тела и различных его органов, например форме и строении костей, сердца, печени и т.д. Название «анатомия» происходит от греческого слова «*anateino*» — рассекаю, что указывает на один из способов, которым пользуются при изучении строения организмов, — рассечение тела (препаровка).

**Физиология человека** — наука о процессах, происходящих в организме человека. Она изучает функции организма, деятельность различных его органов, например работу мышц, сердца, печени и т.д. Название «физиология» происходит от двух греческих слов: «*physis*» — природа и «*logos*» — учение.

Анатомия и физиология тесно связаны между собой. Строение организма человека и его жизнедеятельность, или, другими словами, форма и функция, неотделимы друг от друга и взаимно обусловлены. Правильность данного положения может быть прослежена на примере строения и функции различных органов человеческого тела. Так, строение легких связано с функцией газообмена, почек — с образованием мочи, желудка — с перевариванием пищи и т.д. Отсюда следует, что строение организма и различных органов необходимо рассматривать в связи с их функцией.

В медицине с анатомией и физиологией также тесно связано учение о тех изменениях, которые происходят в организме при заболеваниях, — патология (от греческого слова «*pathos*» — болезнь). Выделяют два раздела патологии — патологическую анатомию и патологическую физиологию.

При изучении анатомии и физиологии, как и других биологических наук, необходимо исходить из принципа целостности организма и его единства с внешней средой. Все органы в организме человека связаны между собой, находятся в постоянном взаимодействии и представляют общую сложную систему. Имеет место также тесная связь между организмом и условиями его существования — внешней средой.

Основной формой существования живого вещества является клетка. Клетка — это элементарная живая система, являющаяся

основой строения и жизнедеятельности человеческого организма. Кроме клеток в организме находится межклеточное вещество, не имеющее клеточного строения. Межклеточное или промежуточное вещество располагается между клетками. Его строение разнообразно и зависит от функции той ткани, в состав которой оно входит. Межклеточное вещество существует в организме только во взаимосвязи с клетками, вместе с которыми оно образует единую по своему строению и деятельности живую систему — ткань.

Органы человеческого тела состоят из различных тканей. Каждая из них представляет собой единую живую систему клеток и межклеточного вещества, имеющую определенное строение и выполняющую в организме определенную функцию.

Все ткани организма подразделяются на четыре группы: эпителиальная, соединительная, мышечная и нервная.

Эпителиальная ткань — составляет поверхностный слой кожи, выстилает изнутри слизистые и серозные оболочки и образует железы.

В группу соединительной ткани входят трофические ткани — кровь и лимфа, смешанные ткани, выполняющие трофическую и опорную функции, и опорные ткани — хрящ и кость.

Мышечная ткань подразделяется на гладкую и поперечно-полосатую мышечную ткань. Общим для них является способность сокращаться. Гладкая мышечная ткань входит в состав стенки внутренних органов и кровеносных сосудов. Поперечно-полосатая мышечная ткань образует скелетные мышцы, мышцу сердца и некоторых внутренних органов (глотки, языка, мягкого нёба и др.).

Нервная ткань — основной элемент нервной системы, регулирующей процессы, происходящие в организме, и осуществляющей его взаимосвязь с окружающей средой. Основными свойствами нервной ткани являются возбудимость и проводимость. В ответ на различные раздражения, действующие на организм, в нервной системе возникает возбуждение. В виде так называемых нервных импульсов оно передается (проводится) нервной тканью.

В организме человека различают многочисленные органы: кости, мышцы, желудок, сердце, печень, головной и спинной мозг и др. Каждый орган имеет сложное строение и выполняет определенную функцию. В состав органа входят различные ткани. Каждый орган имеет кровеносные сосуды, в большинстве органов, кроме того, — лимфатические сосуды; ко всем органам подходят и разветвляются в них нервы. Согласованная деятельность органов и тканей обеспечивается нервной системой и железами внутренней секреции. Они обеспечивают целостность организма и взаимосвязь его с внешней средой.

Различные органы, сходные по функции, объединяются в системы органов. Такими системами являются: костная система, мышечная система, система органов пищеварения, система органов дыхания, мочеполовая система, система желез внутренней секреции, сердечно-сосудистая система, нервная система и система органов чувств. Основные функции различных систем органов кратко будут изложены нами в следующих главах учебника.

Организм человека представляет собой единую систему. В сложном организме все клетки и межклеточное вещество образуют ткани, из тканей построены органы, органы объединены в системы. Все клетки, ткани, органы и системы органов тесно связаны друг с другом и взаимно друг на друга влияют.

Зависимость между отдельными органами и всем организмом выявляется и при различных воздействиях на организм извне. Патологические изменения в том или ином органе отражаются на других системах органов. Из принципа целостности организма вытекает положение о том, что изменения в различных органах нужно рассматривать не только как местное нарушение, а как болезненное состояние всего организма.

Без знания основ анатомии и физиологии человека невозможно понять те изменения, которые происходят в различных органах и во всем организме при различных травмах, экзогенных воздействиях и заболеваниях. Изучение основ анатомии и физиологии помогает понять единство и материальный характер всех процессов, происходящих в человеческом организме. Следовательно, знание основ анатомии и физиологии — одно из условий, необходимых для успешного усвоения юристами судебной медицины.

## **Глава 5. КОСТИ И ИХ СОЕДИНЕНИЯ**

Кости и их соединения образуют скелет человеческого тела. Скелет выполняет функцию опоры, движения и защиты. Опорная функция состоит в том, что скелет поддерживает все другие органы, придает телу определенную форму и положение в пространстве. Скелет вместе с мышцами составляет двигательный аппарат. Кости в этом аппарате выполняют пассивную роль — они являются рычагами, которые перемещаются в результате сокращения мышц. Защитная функция скелета состоит в том, что отдельные части его предохраняют другие органы от механических воздействий. Так, череп защищает головной мозг, позвоночный столб — спинной мозг, грудная клетка предохраняет сердце и легкие, а таз — мочевой пузырь, прямую кишку и другие органы.

**Кость** (по-латыни — «os») — сложно устроенный орган. Большую часть массы кости составляет костная ткань. Из нее образовано компактное и губчатое костное вещество. Неотъемлемой частью кости является костный мозг, расположенный внутри самой кости. Различают желтый и красный костный мозг. Первый состоит преимущественно из жира, второй относится к кроветворным органам — в нем образуются клетки крови. Снаружи кость окружена надкостницей. Специальные клетки надкостницы (остеобласты) участвуют в образовании костной ткани как в период ее роста, так и при заживлении после переломов. Каждая кость, как и другие органы, снабжена нервами, кровеносными и лимфатическими сосудами.

В зависимости от формы кости можно разделить на длинные (плечевая кость и кости предплечья, бедренная кость и кости голени), короткие (фаланги пальцев, позвонки), плоские (кости свода черепа, грудина, ребра) и смешанные (кости основания черепа).

Все кости человеческого тела соединены друг с другом. Различают два основных вида соединений костей:

— непрерывные, т.е. такие соединения, которые не имеют полости и движения в которых незначительны или отсутствуют (например, связки между отростками позвонков, швы — соединения костей черепа);

— прерывные (собственно суставы), т.е. соединения, которые имеют полость между соединяющимися костями и при которых кости удерживаются одна около другой с помощью замкнутой суставной капсулы и подкрепляющих ее связок и мышц.

**Открытые повреждения тазобедренного и коленного суставов относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Строение скелета.* В скелете человека различают следующие отделы: туловище, верхние и нижние конечности и голову (череп).

*Скелет туловища* состоит из позвоночного столба и скелета грудной клетки.

*Позвоночный столб (позвоночник)* является опорой тела и состоит из 33—34 позвонков и их соединений. Различают пять отделов позвоночника: шейный, состоящий из 7 позвонков, грудной — из 12, поясничный — из 5, крестцовый — из 5 и копчиковый — из 4—5 позвонков. Позвонок состоит из тела и дуги, которые ограничивают позвоночное отверстие. Позвоночные отверстия всех позвонков образуют позвоночный канал, в котором находится спинной мозг. От дуги каждого позвонка отходят по 7 отростков:

парные — поперечные, верхние и нижние суставные, непарный — остистый отросток. Позвонки различных отделов позвоночного столба отличаются по своему строению.

Проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга, относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.

Первый шейный позвонок не имеет тела и остистого отростка, а имеет лишь две дуги. Второй шейный позвонок (осевой) имеет тело, на котором возвышается зубовидный отросток, сочленяющийся с первым шейным позвонком.

Вывихи, переломовывихи и переломы тел или двусторонние переломы дуг шейных позвонков, а также односторонние переломы дуг 1-го и 2-го шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга, относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.

У грудных позвонков остистые отростки самые длинные и направлены кзади и книзу.

Поясничные позвонки самые массивные.

Перелом или переломовывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ. Если переломы позвонков этих отделов позвоночника не сопровождались опасными для жизни явлениями, то степень тяжести таких повреждений определяется по их исходу.

Крестцовая кость (крестец) состоит из 5 сросшихся между собой позвонков.

Копчиковая кость (копчик) состоит из 4—5 недоразвитых сросшихся позвонков.

Степень тяжести переломов отростков позвонков всех отделов позвоночника, повреждений связочного аппарата, межпозвоночных дисков, вывихи позвонков всех отделов позвоночника, если такие повреждения позвоночника не сопровождались опасными для жизни явлениями (тяжелым шоком, сдавлением спинного мозга, травматическим его размягчением и др.), оцениваются по исходу.

Позвонки соединены между собой посредством хрящей, суставов и связок. В позвоночнике возможно сгибание и разгибание,

наклон в стороны и скручивание. Наиболее подвижный его отдел — поясничный, а затем шейный.

Позвоночник человека характеризуется наличием изгибов. Изгиб, обращенный выпуклостью вперед, называется лордозом. Изгиб, обращенный выпуклостью назад, — кифозом. У человека 2 лордоза (шейный и поясничный) и 2 кифоза (грудной и крестцовый). Эти изгибы представляют собой нормальное явление, которое связано с вертикальным положением тела человека. Изгибы позвоночника ослабляют сотрясение тела при ходьбе, беге и прыжках.

*Скелет грудной клетки* состоит из грудной кости (грудины), 12 пар ребер, грудных позвонков и их соединений.

Грудная кость — плоская кость, составляющая центральную часть грудной клетки спереди. Она состоит из трех частей: верхней — рукоятки, средней — тела, нижней — мечевидного отростка.

**Переломы грудины возникают от действия тупого насилия: при ударе значительной силы, а также при сдавлении грудной клетки тяжестями, при транспортной травме; наблюдаются и при сдавлении в толпе. Переломы грудины происходят также при чрезмерных сгибаниях туловища кпереди через какую-нибудь преграду и могут комбинироваться с травмой позвоночника.**

Ребра представляют собой узкие плоские изогнутые кости. Каждое ребро состоит из костной части и хряща. У человека 12 пар ребер. Первые 7 пар соединяются с грудиной с помощью хряща; остальные 5 пар с грудиной не соединяются: 8, 9 и 10-я пары соединяются друг с другом своими хрящами — нижележащие с вышележащими, они образуют реберную дугу. Передние концы 11-й и 12-й пар ребер заканчиваются свободно в мышцах.

Грудная клетка служитместилищем для важных внутренних органов: сердца, легких, трахеи, пищевода, крупных сосудов и нервов. Благодаря ритмичным движениям грудной клетки увеличивается и уменьшается ее объем и происходит вдох и выдох.

**Проникающие ранения грудной клетки, в том числе и без повреждения внутренних органов, относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Скелет верхних конечностей* состоит из плечевого пояса и скелета рук (свободных верхних конечностей).

*Скелет плечевого пояса* состоит из двух парных костей — лопатки и ключицы.

**Перелом ключицы или лопатки, вызвавший нарушение функций в легкой степени как правой, так и левой верхней конечности, сопровождается стойкой утратой трудоспособности до 25% и оп-**

ределяется как средней тяжести вред здоровью, повлекший за собой стойкую утрату трудоспособности.

*Скелет свободных верхних конечностей* состоит из плечевой кости, костей предплечья (локтевой и лучевой) и костей кисти. Последние, в свою очередь, подразделяются на кости запястья, кости пясти и фаланги пальцев.

Открытый перелом плечевой кости относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.

Потеря руки (или наиболее важной в функциональном отношении части конечности — кисти) относится к потере какого-либо органа и является одним из признаков тяжкого вреда здоровью по последствиям, влекущим наказание по ст. 111 УК РФ.

*Скелет нижних конечностей* состоит из тазового пояса и скелета ног (свободных нижних конечностей).

*Тазовый пояс* на каждой стороне образован обширной тазовой костью, которая представлена отдельными костями — подвздошной, седалищной и лонной. Тазовые кости соединяются с крестцом и копчиком и вместе образуют таз.

В полости таза находятся мочевой пузырь, прямая кишка и половые органы (у женщины — матка, маточные трубы и яичники, у мужчины — предстательная железа, семенные пузырьки, семявыносящие протоки). Малый таз у женщины является родовым каналом — через него проходит плод во время родов.

Переломы костей таза нередко сопровождаются повреждениями тазовых органов, что тоже является опасным для жизни. Невоспаленные изолированные переломы тазовых костей, не сопровождающиеся общим тяжелым состоянием, должны оцениваться в зависимости от объема стойкой утраты трудоспособности или продолжительности расстройства здоровья. Двусторонние переломы заднего полукольца таза с разрывом подвздошно-крестцового сочленения и нарушением непрерывности тазового кольца или двойные переломы тазового кольца в передней и задней части с нарушением его непрерывности относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.

*Скелет ног* состоит из бедренной кости — самой длинной трубчатой кости, костей голени (большеберцовой и малоберцовой) и костей стопы. Кости стопы делятся на кости предплюсны, плюсны и кости пальцев стопы. Стопа выполняет преимущественно функцию опоры.

Открытый перелом бедренной или большеберповой костей **относится** к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека (ст. 111 УК РФ). Переломы мышечков бедра, мышечков костей голени и их отростков не относятся к опасным для жизни и определяются по исходу.

Потеря ноги (или наиболее важной в функциональном отношении части конечности — стопы) относится к потере какого-либо органа и является одним из признаков тяжкого вреда здоровью по последствиям, влекущим наказание по ст. 111 УК РФ.

*Скелет головы* называется черепом. Череп имеет полость, в которой находится головной мозг. Кроме того, кости черепа образуют скелет полости рта, полости носа и вместилища для органа зрения (глазницы) и органа слуха.

При повреждениях в области носа рекомендуется проводить рентгенографию, ибо часто переломы носовых костей и трещины могут быть обнаружены только при рентгенографии; кроме того, необходимо направить пострадавшего для детального обследования и лечения к специалисту-отоларингологу.

Потеря носа или его части оценивается как стойкая утрата общей трудоспособности в размере 15—30% и, следовательно, будет оцениваться как средней тяжести вред здоровью, влекущий наказание по ст. 112 УК РФ.

Потеря носа всегда, а деформация носа и потеря части носа в некоторых случаях могут быть признаны судом как обезображивание лица. В таком случае суд квалифицирует повреждение как тяжкое.

Через многочисленные отверстия черепа проходят нервы и кровеносные сосуды. Принято подразделять череп на два отдела — мозговой и лицевой.

Мозговой череп составляют две парные кости — височная и теменная и четыре непарные — лобная, решетчатая, клиновидная и затылочная.

Лицевой череп представлен шестью парными костями — верхняя челюсть, скуловая кость, носовая кость, слезная кость, нёбная кость и нижняя раковина и двумя непарными костями — сошник и нижняя челюсть. К костям лицевого черепа относят также и подъязычную кость.

В мозговом черепе различают его верхнюю часть — свод, или крышу, и основание.



**Проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения головного мозга, открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа, относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

## **Глава 6. МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА**

Мышцы представляют активную часть двигательного аппарата человека. В результате сокращения происходят различные движения. Все мышцы по функциональному признаку подразделяются на две группы: произвольные и непроизвольные.

Произвольные мышцы состоят из поперечно-полосатой мышечной ткани и сокращаются по воле человека (произвольно). В эту группу входят все мышцы головы, туловища и конечностей, т.е. скелетные мышцы, а также мышцы некоторых внутренних органов (языка, гортани и др.).

Непроизвольные мышцы состоят из гладкой мышечной ткани и находятся в стенках внутренних органов, кровеносных и лимфатических сосудов, а также в коже. Сокращения этих мышц не зависят от воли человека (происходят непроизвольно).

В организме человека более 400 скелетных мышц, общий вес их у взрослого человека составляет около 1/3 веса тела. Скелетные мышцы имеют сложное строение. Каждая мышца состоит из множества мышечных волокон различной длины, которые располагаются обычно параллельно друг другу и объединяются в пучки. Кроме того, группа мышц или отдельные мышцы покрыты более плотным соединительно-тканым образованием, носящим название фасции. Мышцы на своих концах переходят в сухожилия, при помощи которых прикрепляются к костям.

В зависимости от величины и формы различают длинные, широкие и короткие мышцы. Длинные мышцы располагаются преимущественно на конечностях и в свою очередь имеют различное строение. Широкие мышцы находятся на туловище, короткие — между ребрами и позвонками.

Почти все мышцы перебрасываются через один, два или несколько суставов и при своем сокращении производят в них движение. Наиболее распространенные виды движения — сгибание и разгибание, приведение и отведение, вращение.

При определении функции мышц условно принято различать мышцы-синергисты и мышцы-антагонисты. Под синергистами понимают мышцы, производящие одновременно движение в одном направлении, под антагонистами — мышцы, осуществляющие противоположную функцию.

Рассмотрим наиболее важные мышечные группы.

1. Мышцы головы (мимические и жевательные мышцы).

2. Мышцы шеи.

3. Мышцы груди (большая грудная мышца, малая грудная мышца, подключичная мышца, передняя зубчатая мышца, наружные и внутренние межреберные мышцы, диафрагма).

Диафрагма — непарная мышца, отделяет грудную полость от брюшной. Она представляет собой тонкую плоскую мышцу, изогнутую в виде купола, обращенного кверху. Через нее проходят пищевод, аорта, нижняя полая вена. Диафрагма участвует в акте дыхания. При сокращении она опускается, в результате чего объем грудной клетки увеличивается, легкие расширяются и происходит вдох. При расслаблении диафрагма занимает прежнее положение (поднимается), объем грудной клетки уменьшается и наступает выдох.

**Разрыв диафрагмы относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

4. Мышцы живота (наружная косая мышца, внутренняя косая мышца, поперечная мышца живота, прямая мышца живота, квадратная мышца поясницы).

5. Мышцы спины делятся на мышцы спины, прикрепляющиеся к костям верхней конечности (трапецевидная, широкая мышца спины, ромбовидная мышца, поднимающая лопатку), и собственные мышцы спины (верхняя и нижняя задние зубчатые, ременная, крестцово-остистая и др.).

6. Мышцы верхних конечностей делятся на мышцы плечевого пояса (дельтовидная, надостная, подостная и др.) и мышцы руки (плеча, предплечья и кисти).

7. Мышцы нижних конечностей делятся на мышцы таза (внутренние и наружные) и мышцы ноги (бедро, голени и стопы).

Мышечная ткань, как и все другие ткани, обладает свойством возбудимости, т.е. способностью отвечать на внешнее раздражение, приходить в деятельное состояние. Основной функцией мышечной ткани, отличающей ее от других тканей, является сократимость, т.е. способность укорачиваться. Мышца обладает также свойством растяжимости, т.е. способна растягиваться (до извест-

ной степени). После устранения причин, вызывающих растяжение мышцы, она принимает прежнее положение; это ее свойство называется эластичностью.

Мышцы в живом организме никогда, даже при покое, не бывают полностью расслабленными. Обычное состояние любой мышцы — состояние некоторого напряжения или тонуса. Благодаря мышечному тону поддерживается устойчивость и положение тела человека.

Гладкие мышцы находятся в стенках полых внутренних органов (желудка, кишечника, мочевого пузыря и др.), а также в стенках кровеносных сосудов. Сокращение гладких мышц происходит медленнее и более продолжительно, чем поперечно-полосатых мышц. Гладкие мышцы по сравнению с поперечно-полосатыми обладают большей растяжимостью, что имеет существенное значение в функционировании органов, объем которых резко изменяется (мочевой пузырь, матка). От сокращения гладких мышц зависит не только объем полых внутренних органов, но также и перемещение их содержимого (например, пищевых масс по пищеварительному каналу).

## **Глава 7. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Между организмом и окружающей средой происходит постоянный газообмен. У человека для этой цели имеется специальный аппарат — система органов дыхания. К ней относятся: полость носа, гортань, трахея (дыхательное горло), бронхи и легкие. В системе органов дыхания выделяют воздухоносные пути (полость носа, гортань, трахею, бронхи) и дыхательную часть, представленную легкими, состоящими из легочных альвеол. В последних происходит газообмен между воздухом и кровью.

*Полость носа* является начальным отделом дыхательных путей и одновременно органом обоняния, при помощи которого человек воспринимает запахи. С помощью перегородки полость носа делится на две половины. Спереди она через ноздри сообщается с атмосферой. Стенки носовой полости образованы костями, хрящами и выстланы слизистой оболочкой. Слизистая оболочка имеет сравнительно большую толщину и очень легко набухает под влиянием различных раздражений (химические раздражающие вещества, инфекционные агенты и др.). В этой оболочке проходят в большом количестве кровеносные сосуды и нервные окончания. Железы слизистой оболочки выделяют секрет — слизь, которая увлажняет стенки полости носа. Полость носа сообщается с придаточными воздухоносными пазухами соседних костей: верхнечеч-

люстная, лобная, клиновидная пазухи и ячейки решетчатой кости, стенки которых выстланы слизистой оболочкой.

Воздух в полости носа согревается, увлажняется и очищается от пыли. Дышать можно не только через нос, но и через рот; однако при этом воздух недостаточно очищается и не согревается. В результате могут наступить болезненные изменения в органах дыхания.

Посредством двух отверстий (хоан) полость носа сообщается с носоглоткой. Из носоглотки воздух переходит в ротовую часть глотки, а затем в гортань.

*Гортань* располагается в области шеи на уровне 4—6-го шейных позвонков. Остов гортани образован хрящами, которые соединяются между собой суставами и связками и могут менять свое положение относительно друг друга благодаря наличию мышц. Полость гортани покрыта слизистой оболочкой. Гортань служит для проведения воздуха и является органом звукообразования. В образовании звуков участвуют две голосовые связки: Они натянуты между хрящами и ограничивают голосовую щель. При их напряжении выдыхаемый воздух приводит их в колебание, в результате чего возникают звуки.

Гортань на уровне верхнего края 7-го шейного позвонка переходит в дыхательное горло.

**Ранения, проникающие в просвет гортани, относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Трахея (дыхательное горло)* представляет трубку длиной около 12 см. Стенка трахеи состоит из 16—20 неполных хрящевых колец, соединенных связками. Хрящи трахеи занимают  $\frac{1}{3}$  от ее окружности. Задняя стенка мягкая, состоит из соединительно-тканной перепонки и довольно тесно связана с пищеводом. Изнутри трахея выстлана слизистой оболочкой, в толще которой находятся гладкие мышечные волокна и железы, выделяющие слизь. Из области шеи трахея переходит в грудную полость и на уровне 4—5-го грудных позвонков делится на два бронха. Это разделение носит название бифуркации трахеи.

**Ранения, проникающие в просвет трахеи, относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Бронхи* — правый и левый — называются главными; они входят в легкие и там делятся на бронхи меньшего диаметра. Стенки бронхов такого же строения, как и стенка трахеи. Правый бронх

шире, но короче левого и по положению является как бы продолжением трахеи.

*Легкие* находятся в грудной полости. Легких два — правое и левое. Каждое легкое имеет неправильную конусовидную форму с основанием, обращенным к диафрагме, и верхушкой, выступающей на 2—3 см выше ключицы в область шеи. На легком выделяют три поверхности: реберную, диафрагмальную и средостенную. На средостенной поверхности находятся ворота легкого. Через ворота легкого проходят бронхи, нервы легкого, легочная артерия, две легочные вены и лимфатические сосуды. Все эти образования объединены соединительной тканью в общий пучок, носящий название корня легкого.

Каждое легкое посредством анатомических борозд делится на доли: правое на три, а левое на две. Доли легкого внутри делятся древовидно на более мелкие бронхи и состоят из сегментов, снабженных бронхами одинакового калибра. Сегментарные бронхи, направляясь к периферии легкого, неоднократно делятся. Бронх с диаметром около 1 мм входит в такую дольку легкого. Внутри дольки ветвление продолжается до бронхиол (диаметром 0,3—0,4 мм). Респираторные бронхиолы имеют выпячивания на своих стенках и переходят в альвеолярные ходы, на стенках которых находятся легочные пузырьки (альвеолы). Через стенку альвеолы и кровеносных капилляров происходит газообмен: в кровь из альвеол поступает кислород, а обратно углекислый газ. Альвеолы составляют дыхательную часть легкого, а бронхи — его воздухоносный отдел. В легких взрослого человека насчитывается около 300—400 млн альвеол, а общая поверхность их составляет около 100 м<sup>2</sup>.

**Разрыв легких относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

Легкие покрыты серозной оболочкой — плеврой. Покрывая легкое со всех сторон, она по корню легкого переходит на стенки грудной полости, образуя вокруг легкого замкнутый плевральный мешок. Листок плевры, выстилающий стенки грудной полости и сращенный с ними, носит название пристеночного (париетального). Плевра, покрывающая легкое и срастающаяся с его поверхностью, называется внутренней (висцеральной). Между двумя листками плевры находится плевральная полость, которая представляет собой узкую щель, содержащую небольшое количество серозной жидкости. Благодаря последней уменьшается трение между двумя листками плевры при дыхательных движениях. В плевральной полости давление отрицательное (т.е. ниже атмосферного).

Поэтому нарушение ее герметичности вызывает сдавление воздухом и спадение легкого (пневмоторакс) и нарушает акт дыхания.

**Ранение грудной клетки, проникающее в плевральную полость, в том числе и без повреждения внутренних органов, относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Средостение* — представляет собой пространство, занимаемое органами, расположенными в грудной полости между правым и левым легкими. Средостение условно делят на переднее и заднее, границу между ними проводят через корни легких. В переднем средостении находится сердце, вилочковая железа и крупные кровеносные сосуды: аорта, легочной ствол, верхняя полая вена и др. В заднем средостении располагаются пищевод, нервы и сосуды: блуждающие нервы, симпатические нервы, грудная аорта, грудной лимфатический проток и др. Между органами средостения находится клетчатка.

**Ранение грудной клетки, проникающее в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов, относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

Для жизнедеятельности организма нужны не только питательные вещества, но и кислород, который участвует в обмене веществ. В процессе этого обмена в тканях происходит непрерывное потребление кислорода, образование и выделение углекислого газа. Прекращение поступления кислорода приводит к гибели тканей и организма. Наиболее чувствительна к недостатку кислорода нервная ткань.

Обмен газов, происходящий в тканях, т.е. потребление клетками и межклеточным веществом кислорода и выделение углекислого газа, носит название тканевого дыхания. Оно представляет собой сложный процесс, в котором участвуют особые вещества — дыхательные пигменты и дыхательные ферменты.

Доставка кислорода к тканям и вынос углекислого газа, образующегося в процессе обмена, осуществляется кровью. Поскольку кислород непрерывно расходуется, а углекислота накапливается, поддержание постоянной концентрации газов в крови возможно лишь при условии непрерывного пополнения кислорода и выведения углекислого газа. Такой процесс происходит также непрерывно в легких (в легочных альвеолах) и носит название легочного дыхания. Этот процесс состоит в том, что из легочных

альвеол в кровь поступает кислород, а из крови в легочные альвеолы — углекислый газ. Осуществление легочного дыхания возможно лишь при условии постоянного поступления в легкие из окружающей атмосферы свежего воздуха и выведения воздуха, находящегося в альвеолах. Такой процесс называется легочной вентиляцией.

Атмосферный воздух, поступающий в легкие во время вдоха, называется вдыхаемым воздухом. Воздух, выделяемый наружу через дыхательные пути во время выдоха, — выдыхаемым. Выдыхаемый воздух — это смесь воздуха, заполнившего альвеолы, — альвеолярного воздуха — с воздухом, находившимся в воздухоносных путях. Состав вдыхаемого, выдыхаемого и альвеолярного воздуха в нормальных условиях у здорового человека довольно постоянен.

Газообмен в легких обусловлен тем, что в легочных альвеолах и венозной крови, притекающей к легким, давление кислорода и углекислоты различно: давление кислорода в альвеолах выше, чем в крови, а давление углекислого газа, наоборот, в крови выше, чем в альвеолах. Поэтому в легких и осуществляется переход кислорода из воздуха в кровь, а углекислоты — из крови в воздух. В этом процессе активную роль играют клетки стенок легочных альвеол и кровеносных капилляров легких, через которые происходит переход газов.

Кровь непрерывно переносит из легких в ткани кислород и из тканей в легкие углекислый газ. В артериальной крови, оттекающей от легких, большая часть кислорода находится в виде непрочного химического соединения — оксигемоглобина. При вдыхании атмосферного воздуха в обычных условиях 96% гемоглобина эритроцитов переходит в оксигемоглобин, и в результате в эритроцитах кислорода содержится в 60 раз больше, чем в плазме крови. Это и обеспечивает тканям необходимое для обмена количество кислорода.

Газообмен в тканях происходит по тому же принципу, что и в легких. Кислород из области высокого давления (плазма крови) переходит в область низкого давления (тканевая жидкость). По мере выхода кислорода из плазмы оксигемоглобин переходит в гемоглобин, обеспечивая достаточную концентрацию кислорода в плазме.

Углекислый газ, образующийся в клетках в процессе обмена, выходит в тканевую жидкость, создавая в ней высокое давление. Кровь, отдавшая кислород и насыщенная углекислым газом, называется венозной. Венозная кровь поступает в легкие, где и происходит легочное дыхание.

*Механизм вдоха и выдоха.* Акт дыхания состоит из ритмично повторяющихся вдоха и выдоха. Вдох осуществляется за счет сокращения межреберных мышц, поднимающих ребра, и диафрагмы, становящейся более плоской. Увеличение объема грудной клетки создает в плевральной полости отрицательное давление, что приводит к растягиванию легких и засасыванию в них воздуха. Выдох происходит за счет расслабления мышц, участвующих в акте вдоха. Диафрагма при этом поднимается, ребра в результате сокращения мышц и вследствие своей тяжести опускаются. Объем грудной клетки уменьшается, легкие сжимаются, давление в них повышается, и воздух по воздухоносным путям устремляется наружу.

У взрослого человека при спокойном состоянии в минуту происходит 16—20 дыхательных движений. Физическая нагрузка, как правило, сопровождается учащением дыхания.

*Жизненная емкость легких.* Для функциональной характеристики легких пользуются определением их жизненной емкости. Под жизненной емкостью легких понимают то количество воздуха, которое человек способен выдохнуть после глубокого вдоха. В среднем она равна 3500 см<sup>3</sup>. Величина жизненной емкости легких в значительной степени зависит от тренировки, возраста и пола.

После выдоха, даже самого глубокого, в легких остается около 1000 см<sup>3</sup> воздуха. Этот объем называется остаточным воздухом. Название легких соответствует их физическому свойству.

Благодаря наличию остаточного воздуха легкое, опущенное в воду, не тонет. У плода до рождения легочное дыхание отсутствует и легкие не содержат воздуха. Кусочек такого легкого в воде тонет. Воздух поступает в легкие после рождения при первом вдохе.

**Это свойство легких используется при постановке пробы Галена—Шрейера (легочная плавательная проба) для определения живорожденности или мертворожденности новорожденного. Пробу проводят при судебно-медицинской экспертизе трупов новорожденных при подозрении на убийство. Убийство влечет наказание по ст. 106 УК РФ. Испытывают на плавательную способность каждое легкое, отдельные его доли и отдельные кусочки легких. Проба Галена—Шрейера считается положительной, когда органический комплекс, отдельные доли и кусочки легкого плавают, т.е. в этом случае ребенок родился живым.**

*Пневмоторакс.* При проникающем ранении грудной клетки с повреждением плевры в плевральную полость поступает атмосферный воздух — происходит пневмоторакс. При этом давление в



полости плевры будет таким же, как и в легком. Легкое вследствие своей эластичности спадается и не участвует в акте дыхания.

**Пневмоторакс относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Регуляция дыхания.* Механизм регуляции дыхания очень сложный. В дыхательном центре, расположенном в продолговатом мозгу, происходит попеременно смена состояния возбуждения и торможения. При возбуждении нервные импульсы от дыхательного центра передаются в спинной мозг, а затем по диафрагмальным и межреберным нервам к дыхательным мышцам, вызывая их сокращение, и происходит вдох. При торможении дыхательного центра передача импульсов к дыхательным мышцам прекращается, они расслабляются и наступает выдох.

Специфическим раздражителем дыхательного центра является углекислота. Во время вдоха избыток углекислого газа выводится из организма и концентрация его в крови падает. Следующий вдох произойдет тогда, когда в крови скопится углекислый газ в концентрации, достаточной для возбуждения дыхательного центра.

Так осуществляется автоматическая саморегуляция дыхания: вдох вызывает выдох, а выдох обуславливает скопление углекислого газа, вызывающее вдох.

Наряду с избытком углекислого газа возбуждение дыхательного центра вызывают и недостаток кислорода, и некоторые другие вещества, поступающие в кровь, в частности некоторые лекарственные вещества.

С дыханием связаны некоторые защитные рефлексы: кашель и чиханье. Осуществляются они рефлекторно, причем центры этих рефлексов также находятся в продолговатом мозгу.

Кашель возникает в ответ на раздражение слизистой оболочки гортани, глотки или бронхов (при попадании туда частиц пыли, пищи и т.п.). При кашле после глубокого вдоха воздух с силой выталкивается из дыхательных путей и приводит при этом в движение голосовые связки. Вместе с воздухом удаляется то, что раздражало дыхательные пути.

Чиханье происходит в ответ на раздражение слизистой оболочки носа по тому же принципу, что и кашель.

*Искусственное дыхание.* Иногда при оказании медицинской помощи приходится прибегать к искусственному дыханию. Такую помощь необходимо оказывать пораженным электрическим током, утопленникам, при отравлении газами и в ряде других случаев прекращения дыхания, если сердце еще сокращается. При

помощи искусственного дыхания часто удается привести в деятельное состояние дыхательный центр, восстановить нормальное дыхание и тем самым спасти человека от смерти.

**Острая дыхательная недостаточность тяжелой степени относится к угрожающим жизни состояниям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

## **Глава 8. КРОВЬ. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

**Кровь** представляет собой жидкость красного цвета. Общее количество крови у взрослого человека составляет около 5 л (в норме 5,5 л у мужчин и 4,5 л у женщин). Кровь вместе с лимфой составляет внутреннюю среду организма и осуществляет многообразные функции.

Кровь выполняет важную функцию в обмене веществ: она доставляет питательные вещества к тканям всех органов и выводит оттуда продукты распада. Питательные вещества в кровь поступают путем всасывания их в основном в тонком кишечнике. Продукты распада из крови выводятся через органы выделения.

Кровь реализует важную функцию также и при дыхании: она доставляет кислород к тканям всех органов и выводит оттуда углекислоту.

Кровь осуществляет гуморальную регуляцию деятельности различных органов: она разносит по всему организму различные вещества (гормоны и пр.), которые в одних случаях вызывают усиление, а в других — торможение работы органов.

Кровь выполняет защитную функцию: в ней имеются клетки, обладающие свойством фагоцитоза, и особые продукты — антитела, играющие защитную роль.

Кровь принимает участие в распределении тепла внутри организма и в поддержании постоянной температуры тела человека. Благодаря движению крови по сосудам тепло переносится из тех частей тела, где его больше, туда, где его меньше. Излишек тепла кровь отдает в окружающую среду. Благодаря этому не наступает перегревание организма.

Количество и состав крови у здорового человека относительно постоянны: в зависимости от условий, в которых находится организм, они подвергаются небольшим колебаниям, но быстро выравниваются. Относительное постоянство количества и состава

крови необходимо для нормальной жизнедеятельности всех тканей организма.

Временное уменьшение количества крови наблюдается при ее потерях. Быстрая потеря большого количества крови (до 1/3 объема) может быть причиной смерти.

**Массивная потеря крови относится к угрожающим жизни состояниям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Состав крови.* Кровь состоит из форменных (клеточных) элементов и плазмы (жидкой части). Форменные элементы составляют 40—45%, плазма 55—60% всего объема крови. Клеточные элементы крови представлены эритроцитами, лейкоцитами и тромбоцитами.

*Эритроциты*, или красные кровяные тельца (в норме 4—5,5 млн в 1 мкл у мужчин; 3,9—4,7 млн в 1 мкл у женщин), содержат белковое вещество — гемоглобин (в норме 13,5—18,0% у мужчин; 11,5—16,4% у женщин), который и обуславливает красный цвет крови. Важнейшая функция эритроцитов состоит в том, что они являются переносчиком кислорода.

*Лейкоциты*, или белые кровяные тельца (в норме 4—9 тыс. в 1 мкл), выполняют в организме защитную функцию, т.е. захватывают и уничтожают микроорганизмы и другие органические частицы, причем могут проходить через стенки сосудов и передвигаться в тканях к месту воспаления.

*Тромбоциты*, или кровяные пластинки (в норме 200—400 тыс. в 1 мкл), содержат вещество тромбоназу, принимающее участие в процессе свертывания крови.

*Плазма крови* представляет собой вязкую белковую жидкость желтоватого цвета (содержащую 90% воды, 7—8% белков и различные соли). В ней взвешены клеточные элементы крови. Состав плазмы крови имеет большое значение для поддержания относительного постоянства химической реакции крови. В плазме крови содержатся особые продукты — антитела, играющие защитную роль.

Кровь обладает способностью свертываться, т.е. образовывать сгустки. В нормальных условиях, когда кровь движется по кровеносным сосудам, она не свертывается. Только при некоторых заболеваниях или травмах (повреждениях) внутри сосудов образуются закупоривающие их сгустки крови, называемые тромбами.

**Тромбоэмболия относится к угрожающим жизни состояниям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

Кровь человека, выделившаяся из организма, свертывается через 3—4 мин. Высокая температура ускоряет свертывание крови, на холоде же оно резко замедляется.

*Группы крови.* В медицинской практике часто применяют переливание крови (например, при потере крови в результате ранения или операции). Люди, дающие кровь для переливания, называются донорами, а люди, которым ее переливают, — реципиентами. При переливании крови возможны и негативные последствия (например, при переливании крови несовместимой группы), так как при этом эритроциты при определенных условиях склеиваются в комочки. Это свойство называется агглютинацией. Оно приводит к тяжелым нарушениям и может быть причиной смерти.

Кровь разных людей отличается по содержанию в ней особых веществ — агглютининов («а» и «β») в плазме крови и агглютиногенов (А и В) в эритроцитах. У разных людей в крови находятся различные агглютинины и агглютиногены. В зависимости от этого различают четыре группы крови: первую (I), вторую (II), третью (III), четвертую (IV). Причем первая группа является универсальной и может переливаться как лицам с первой, так и со второй, третьей и четвертой группами крови.

Агглютинация эритроцитов наступает в том случае, если при смешении крови встретятся агглютиноген А крови донора с агглютинином «а» крови реципиента или агглютиноген В крови донора с агглютинином «β» крови реципиента. Поэтому при смешении крови учитывается лишь содержание агглютиногенов в крови донора и агглютининов в крови реципиента, поскольку агглютинации подвергаются лишь эритроциты донора.

*Кроветворные органы.* В течение всей жизни постоянно в организме происходит гибель и разрушение отживших клеток крови и в то же время образование крови, или, как принято говорить, кроветворение. Органами, в которых развиваются клетки крови, являются красный костный мозг, лимфатические узлы и селезенка.

*Сердечно-сосудистая система.* Кровь в организме находится в постоянном движении. Это движение крови называется кровообращением. Благодаря кровообращению через кровь осуществляется связь всех органов и систем тела человека, снабжение питательными веществами и кислородом, выведение продуктов обмена и другие жизненные функции организма.

**Расстройство регионального и органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей, газовой и жировой эмболии сосудов головного мозга, тромбоэмболии, относится к угрожающим жизни состояниям, которые**

**являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

Кровь движется в организме по кровеносным сосудам. Они представляют собой эластические трубки различного диаметра. Все тело человека пронизано кровеносными сосудами, причем они, не прерываясь, переходят друг в друга и составляют единую замкнутую систему. Главным органом кровообращения является сердце — полый мышечный орган, совершающий ритмические сокращения. Благодаря сокращениям сердца и происходит движение крови в организме.

Существуют три вида кровеносных сосудов: артерии, капилляры и вены. Они отличаются друг от друга как по своему строению, так и по функции.

*Артериями* называются сосуды, по которым кровь течет от сердца в органы и ткани организма. Артерии имеют различный калибр: чем дальше от сердца располагается сосуд, тем меньше его диаметр. Внутри каждого органа артерия делится на более мелкие ветви. Самые мелкие артериальные сосуды называются артериолами. Они разделяются на капилляры.

*Капилляры* представляют собой мельчайшие кровеносные сосуды, различимые только под микроскопом. Количество капилляров очень велико, на каждый квадратный миллиметр ткани любого органа приходится несколько сотен капилляров. Обмен веществ между кровью и тканями происходит только в капиллярах. Через стенку капилляров из крови в ткани переходят питательные вещества и кислород. Из тканей в кровь переходят углекислота и другие продукты обмена веществ. Артериальная кровь, проходя по капиллярам, постепенно превращается в венозную, которая и оттекает в вены.

*Венами* называют сосуды, по которым кровь течет из органов к сердцу. Они, как и артерии, имеют стенки, но содержат меньше эластических и мышечных волокон, поэтому менее упруги и легко спадаются. В отличие от артерий вены имеют клапаны, которые открываются по току крови. Это их свойство способствует движению крови в венах по направлению к сердцу.

От капилляров начинаются самые мелкие вены — венулы. По мере приближения к сердцу они постепенно сливаются и укрупняются. К сердцу кровь притекает по самым крупным венам.

Каждая область или орган тела человека обычно получает кровоснабжение из нескольких сосудов: один из них является самым крупным по калибру — главный сосуд, другие сосуды меньшего размера называются добавочными (коллатеральными) сосудами.

Прекращение тока крови в одном сосуде (например, в результате повреждения сосуда после травмы или его сдавления) приводит к усилению кровяного тока по добавочным сосудам.

В центре системы кровообращения находится сердце. От него начинаются кровеносные сосуды, образующие большой и малый круги кровообращения.

*Сердце* представляет собой полый мышечный орган конусообразной формы. Большая часть сердца находится в левой половине грудной полости. Величину сердца обычно сравнивают с размером кулака человека; вес его около 350 г. Стенка сердца состоит из трех слоев: внутреннего — эндокарда, среднего — миокарда, наружного — эпикарда. Со всех сторон сердце покрыто сердечной оболочкой — перикардом. Между перикардом и эпикардом находится щелевидное пространство — полость перикарда, содержащая небольшое количество серозной жидкости.

**Ранение грудной клетки, проникающее в полость перикарда, в том числе и без повреждения внутренних органов, относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

Сердце человека четырехкамерное. Продольной перегородкой оно разделено на две половины — правую и левую, не сообщающиеся между собой. В правой половине протекает венозная кровь, а в левой — артериальная. В верхней части обеих половин расположены правое и левое предсердия, в нижней части — правый и левый желудочки. Стенка левого желудочка значительно толще правого. Предсердие сообщается с соответствующим желудочком предсердно-желудочковым отверстием. Правое предсердно-желудочковое отверстие закрывает трехстворчатый клапан, а левое — двустворчатый (митральный) клапан. Легочный ствол и аорта также отделены от желудочков клапанами, соответственно клапаном легочной артерии и аортальным. Кровоснабжение самого сердца происходит через две коронарные (венечные) артерии — правую и левую. Нарушения в кровоснабжении сердца (атеросклероз, тромбоз, повреждения) вызывают изменения его деятельности.

Основная задача сердца — обеспечить в достаточном объеме кровью органы и ткани и поддерживать постоянный уровень давления крови. Во время сокращения сердца закрытие клапанов обеспечивается током крови в сердце и далее по сосудам в одном направлении. Цикл сердечной деятельности при частоте сокращения сердца 75 ударов/мин продолжается около 0,8 с. Количество РДечных сокращений в покое (в нормальных условиях) колеб-

лется у человека в пределах от 60 до 80 ударов/мин. Вначале сокращаются предсердия и далее желудочки, при этом кровь поступает сначала из предсердий в желудочки, а из последних в крупные сосуды сердца (аорту и легочный ствол). При этом процесс сокращения мышцы сердца называют систолой, а расслабления — диастолой.

Во время работы сердца возникают звуки, которые носят название тонов сердца. Их можно выслушивать, прикладывая ухо непосредственно к грудной клетке, а также при помощи специальных приборов (например, медицинского фонендоскопа). Сердечная мышца обладает возбудимостью, проводимостью, сократимостью и автоматизмом.

*Большой и малый круг кровообращения.* Все кровеносные сосуды в теле человека составляют два круга кровообращения: большой и малый.

*Большой круг кровообращения* начинается аортой, которая выходит из левого желудочка сердца. Из аорты через систему крупных, средних и мелких артерий она уносится в систему капилляров органов и тканей всего тела. Из капилляров от органов и тканей кровь переходит в мелкие вены, которые, постепенно укрупняясь, образуют верхнюю и нижнюю полые вены, открывающиеся в правое предсердие, т.е. большой круг кровообращения представляет систему сосудов, по которым кровь совершает путь из левого желудочка сердца в органы и из органов в правое предсердие.

Самым крупным сосудом большого круга кровообращения является аорта. В аорте различают восходящую аорту, дугу аорты и нисходящую аорту. Нисходящая аорта в свою очередь подразделяется на грудную аорту и брюшную аорту. От восходящей аорты отходят коронарные артерии, которые снабжают кровью непосредственно само сердце. Дуга аорты подразделяется на общие сонные и подключичные артерии. По общим сонным артериям кровь поступает в головной мозг и во все органы шеи и головы. Подключичные артерии в свою очередь снабжают кровью верхнюю часть туловища и верхние конечности. Грудная аорта переносит кровь в органы грудной клетки. Брюшная аорта снабжает кровью органы брюшной полости и нижние конечности.

Все вены большого круга кровообращения, сливаясь, образуют две самые крупные вены тела человека — верхнюю полую и нижнюю полую вены. По верхней полую вене оттекает к сердцу венозная кровь из верхней половины тела: от головы, лица, шеи, верхних конечностей, стенок и органов грудной полости. По нижней полую вене оттекает к сердцу венозная кровь из нижней по-

ловины нашего тела: от нижних конечностей, стенок и органов малого таза, стенок и органов брюшной полости.

*Малый круг кровообращения* начинается легочным стволом, который выходит от правого желудочка и несет венозную кровь в легкие. В последующем кровь по легочным артериям доставляется в систему легочных капилляров. Из легких кровь оттекает по четырем легочным венам, впадающим в левое предсердие, в котором заканчивается малый круг кровообращения. Кровь, проходя в легких через капилляры малого круга, отдает углекислый газ и насыщается кислородом, т.е. в легких происходит превращение венозной крови в артериальную. Артериальная кровь из капилляров оттекает в легочные вены. Легочные вены выходят по две из каждого легкого через ворота, направляются к левому предсердию и впадают в него. По легочным венам артериальная кровь течет от легких к сердцу.

**Повреждение крупного кровеносного сосуда: аорты, сонной, подключичной, плечевой, бедренной, подколенной артерий или сопровождающих их вен относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Артериальное давление.* Движение крови в сосудах обусловлено ритмичной работой сердца. Во время сокращения сердце под давлением нагнетает кровь в артерии. Кровь, циркулирующая в сосудах, оказывает на их стенки определенное давление. В медицинской практике обычно производят измерение кровяного давления в плечевой артерии верхней конечности. У взрослого человека максимальное давление в этой артерии равняется 110–130 мм рт. ст., минимальное 60–80 мм рт. ст. Причем у лиц 16–20 лет оно в норме 100–120/70–80 мм рт. ст., 20–40 лет – 120–130/70–80 мм рт. ст., 40–60 лет – 140/90 мм рт. ст., более 60 лет – 150/90 мм рт. ст. Во время физической нагрузки кровяное давление повышается, во время сна — снижается.

*Пульс* — это ритмичные колебания напряженных стенок артерий, возникающие в результате выбрасывания левым желудочком под давлением крови в аорту. Пульс служит показателем состояния сердечно-сосудистой системы и прощупывается в местах, где артерия лежит непосредственно под кожным покровом. Обычно пульс определяется на лучевой артерии над лучезапястным суставом с ладонной стороны. Для удобства прощупывания артерию слегка прижимают подушечками двух, трех и четырех пальцев, а большим пальцем придерживают конечность с другой стороны, при проверке состояния пульса определяют частоту, ритмичность,



наполнение и напряжение. Частота пульса в норме у молодого человека составляет 60—70 ударов/мин.

**Острая сердечная или сосудистая недостаточность относятся к угрожающим жизни состояниям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

## **Глава 9. СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Система органов пищеварения состоит из пищеварительного канала и пищеварительных желез.

Пищеварительный канал имеет длину около 8—10 м и подразделяется на следующие отделы: полость рта, глотка, пищевод, желудок, тонкая кишка и толстая кишка. В строении различных отделов отмечаются как сходные черты, так и различные особенности. Стенка пищеварительного канала на большей части своего протяжения имеет три слоя: внутренний — слизистая оболочка, средний — мышечная и наружный — серозная оболочка.

Слизистая оболочка выстлана эпителием, снаружи от которого находится соединительная ткань с тонкой прослойкой гладких мышечных волокон. Многочисленные мелкие железы, находящиеся в толще этой оболочки, выделяют на ее поверхность вязкий секрет — слизь. Слизь смачивает всю поверхность слизистой оболочки пищеварительного канала, чем облегчает продвижение пищи и предохраняет слизистую оболочку от вредного воздействия твердых частиц пищи и различных химических веществ. В слизистой оболочке имеются также многочисленные железы (желудка, тонкой кишки), в секрете которых содержатся особые вещества — ферменты, участвующие в процессе переваривания пищи.

Мышечная оболочка пищеварительного канала на большей части его протяжения состоит из двух слоев: внутреннего — с круговыми мышечными волокнами и наружного — с продольными мышечными волокнами. Благодаря сокращению мышечной оболочки (перистальтике) пища проводится по пищеварительному каналу.

Серозная оболочка, покрывающая органы пищеварения, находящиеся в брюшной полости, называется брюшиной. Она блестящая, беловатого цвета, увлажнена серозной жидкостью и состоит из соединительной ткани, которая выстлана однослойным эпителием (мезотелием). Глотка и пищевод снаружи покрыты не брюшиной, а слоем соединительной ткани, который называется адвентицией.

*Пищеварительные железы* выделяют секреты — пищеварительные соки, содержащие ферменты и другие вещества, участвующие в химической обработке пищи. Помимо мелких желез, находящихся в толще слизистой оболочки пищеварительного канала, имеются крупные железы: слюнные, печень, поджелудочная железа. Эти железы лежат вне пищеварительного канала, но сообщаются с ним своими протоками.

Все отделы пищеварительного канала и пищеварительные железы снабжены нервными волокнами. Нервная система не только регулирует деятельность каждого органа, но и осуществляет связь между ними.

Организм человека нуждается в регулярном поступлении пищи. В ней содержатся питательные вещества: белки, жиры и углеводы. Питательные вещества необходимы для построения живого вещества тканей тела и являются источником энергии, за счет которой совершаются все жизненные процессы. Пища, поступающая в организм, подвергается в пищеварительном канале механическим и химическим воздействиям, в результате чего белки, жиры и углеводы расщепляются на более простые и растворимые в воде вещества; они всасываются в кровь или лимфу и усваиваются организмом. Этот процесс обработки пищи в пищеварительном канале называется пищеварением.

Механическая обработка пищи состоит в ее размельчении и перетирании, что способствует перемешиванию с пищеварительными соками (разжижению пищи) и последующей химической обработке ферментами. Химическая обработка происходит под воздействием пищеварительных соков: слюны, желчи, желудочного, поджелудочного и кишечного сока. Все эти соки, за исключением желчи, содержат особые вещества — ферменты.

*Полость рта* является начальным, расширенным отделом пищеварительного канала. В ней различают преддверие и собственно полость рта. В полости рта определяются вкусовые свойства пищи, ее температура и консистенция и одновременно начинается процесс пищеварения: пища подвергается механической и химической обработке. Первая состоит в том, что пища измельчается и перетирается зубами во время жевания, одновременно пища перемешивается и смачивается слюной — образуется пищевой комок. Вторая заключается в воздействии на пищу ферментов слюны.

*Язык* представляет собой мышечный орган, покрытый слизистой оболочкой. Язык является органом вкуса, а также обладает температурной, болевой и тактильной чувствительностью. При помощи языка происходит перемешивание пищи во время пере-

жевывания и проталкивание пищи при глотании. У человека язык участвует также в акте членораздельной речи.

**Под потерей речи понимают потерю способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными окружающим. Она относится к неопасному для жизни вреду здоровью, являющемуся тяжким по последствиям, и влечет наказание по ст. 111 УК РФ.**

**Если потери речи нет, то повреждение языка оценивается в зависимости от продолжительности расстройства здоровья.**

*Зубы* находятся в полости рта и укреплены в ячейках (луночках) альвеолярных отростков челюстей. В зависимости от формы различают резцы, клыки, малые и большие коренные зубы. Резцы и клыки предназначены для откусывания пищи, коренные зубы — для ее перетирания.

В каждом зубе различают три части: коронку, шейку и корень. Эмаль, покрывающая зуб, — самая твердая ткань в теле человека, содержащая 98,5% неорганических солей. У человека зубы прорезываются дважды, в зависимости от чего различают молочные и постоянные зубы. Постоянных зубов 32. Количество зубов принято обозначать зубной формулой. На каждой половине верхнего и нижнего зубного ряда имеется по 2 резца, 1 клыку, 2 малых коренных и 3 больших коренных зуба. Третий большой коренной зуб носит название зуба мудрости.

*Слюнные железы* находятся в слизистой оболочке полости рта. Они выделяют секрет, содержащий слизь, на поверхность слизистой оболочки. Кроме того, имеются три пары крупных слюнных желез — околоушная, подчелюстная и подъязычная железы, протоки которых открываются также в полость рта. Секрет слюнных желез называется слюной.

*Глотание* — сложное движение, в котором участвуют мышцы языка, дна полости рта, мягкого нёба, глотки и пищевода. Во время глотания ротовое отверстие закрывается, мягкое нёбо приподнимается и отделяет носоглотку от остальной части глотки, гортань вместе с подъязычной костью поднимается кверху, язык отодвигается назад и проталкивает пищевой комок. При этом надгортанник закрывает вход в гортань, благодаря чему пища в дыхательные пути не попадает.

Проглоченный пищевой комок поступает в глотку, а из нее по пищеводу — в желудок. Продвижение пищевого комка по глотке и пищеводу происходит в результате сокращения мышечной оболочки этих органов.

*Глотка* служит для проведения пищи из полости рта в пищевод и воздуха из полости носа в гортань. Она имеет форму трубки

и лежит позади полости носа, полости рта и гортани. Вверху глотка прикрепляется к основанию черепа, внизу на уровне 6—7-го шейного позвонка переходит в пищевод. Позади глотки находится шейный отдел позвоночника.

**Ранение, проникающее в просвет глотки, относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Пищевод* представляет собой трубку длиной около 25 см. Он служит для проведения пищи в желудок. Передвижение пищи по пищеводу совершается в результате сокращения его мышечной оболочки. На уровне 11-го грудного позвонка под диафрагмой пищевод переходит в желудок.

**Проникающие ранения пищевода — резаные, колотые, огнестрельные — представляют особую опасность в связи с возможностью проникновения инфекции и образованием флегмон. Ранение, проникающее в просвет пищевода, относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Желудок* — это расширенный отдел пищеварительного канала. Он служит вместилищем для пищи. В желудке происходит частичное ее переваривание. Он располагается в верхнем отделе брюшной полости под диафрагмой. Размер и форма желудка изменяются в зависимости от количества принятой пищи и степени сокращения ее стенки. Емкость желудка достигает 1,5—2,5 л. Сокращения мышечной оболочки желудка сопровождаются периодическими волнообразными движениями его стенок. Эти движения происходят в направлении от входа желудка к выходу и носят название перистальтики.

Железы желудка выделяют желудочный сок, который представляет собой прозрачную жидкость с выраженной кислой реакцией. В его состав входят ферменты, соляная кислота, слизь и другие органические и неорганические вещества. Пища в зависимости от состава находится в желудке от 3 до 8—10 ч и подвергается механической и химической обработке. В желудке обычно всасывается вода, алкоголь, соли.

В привратниковой части желудка (месте перехода в двенадцатиперстную кишку) располагается сфинктер, состоящий из утолщенного кольцевого слоя мышечных клеток. Там же имеется заслонка из слизистой оболочки, которая при сокращении сфинктера отделяет полость желудка от полости двенадцатиперстной кишки.

*Тонкая кишка* представляет собой трубку длиной 4—7 м. В ней различают три отдела: двенадцатиперстную, тощую и подвздошную кишку.

Содержимое желудка с помощью перистальтики переходит в двенадцатиперстную кишку, где перемешивается с поджелудочным соком и желчью. Слизистая оболочка тонкого кишечника имеет множество выпячиваний высотой около 1 мм (ворсинок), которые содержат кровеносные и лимфатические сосуды. В тонкой кишке заканчивается расщепление сложных питательных веществ. Они превращаются в более простые, легко растворимые в воде вещества, которые могут всасываться и усваиваться организмом. Всасывание — очень сложный физиологический процесс, который заключается в переходе питательных веществ из пищеварительного канала в кровь и лимфу. В двенадцатиперстную кишку впадают протоки двух крупных пищеварительных желез — печени и поджелудочной железы.

Тошая и подвздошная кишка занимают средний и нижний отделы полости живота. В слизистой оболочке тонкой кишки содержится большое количество желез, выделяющих секрет — кишечный сок, участвующий в переваривании пищи. В течение суток выделяется около 1 л кишечного сока.

*Печень* — крупный орган, вес ее около 1,5 кг. Располагается печень в верхнем отделе брюшной полости — в правом и частично в левом подреберье. Печень играет важную роль в жизнедеятельности человека. Она вырабатывает желчь, которая участвует в процессе пищеварения и способствует усвоению пищи.

Желчь представляет собой жидкость желто-бурого цвета, слабощелочной реакции. Желчь усиливает действие ферментов, находящихся в кишечнике, особенно фермента, расщепляющего жиры. Желчь способствует также усилению перистальтики кишечника и отделению поджелудочного сока. Образование желчи происходит под влиянием нервных импульсов, идущих из центральной нервной системы. Желчный пузырь является резервуаром для выделяемой из печени желчи.

Помимо выделения желчи печень выполняет и другие функции. К их числу относятся: 1) участие в обмене углеводов, жиров и белков; 2) защитная (барьерная, интоксикационная) функция, которая состоит в обезвреживании некоторых ядовитых веществ в печени; 3) выработка белков крови (альбумины, глобулины).

**Острая печеночная недостаточность относится к угрожающим жизни состояниям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

**Разрыв внутреннего органа брюшной полости относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ-**

*Поджелудочная железа* — сложная железа внешней и внутренней секреции. Это вторая по величине железа пищеварительной системы. Ее длина 15 см. Она делится на головку, тело и хвост и располагается позади желудка на задней брюшной стенке. Она вырабатывает секрет — поджелудочный сок.

**Открытое ранение поджелудочной железы относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Толстая кишка.* Подвздошная кишка переходит в толстую кишку. Она имеет около 1,5—2,0 м длины и состоит из следующих отделов: слепая кишка с червеобразным отростком, восходящая, поперечная и нисходящая ободочная кишка, сигмовидная и прямая кишка. Прямая кишка заканчивается заднепроходным отверстием (анусом). Вокруг этого отверстия имеется два сфинктера — внутренний и наружный. Внутренний жом состоит из гладкой мышечной ткани и сокращается произвольно. Наружный жом образован поперечнополосатой мышечной тканью и подчинен воле человека.

Из тонкой кишки в толстую переходят неперевавшиеся остатки пищи. Здесь же преимущественно всасывается вода, могут всасываться и углеводы.

Следует иметь в виду, что через слизистую оболочку толстой кишки могут всасываться и другие вещества (глюкоза, некоторые лекарства). На этом принципе основано применение питательных и лекарственных клизм.

Другим важным процессом, который происходит в толстой кишке, является формирование кала. В состав кала входят неперевавшиеся остатки пищи, клетчатка, слизь, отмершие клетки эпителия и большое количество бактерий толстой кишки. Каловые массы накапливаются в прямой кишке. Передвижение пищевых остатков в толстой кишке осуществляется в результате сокращения ее стенок.

**Ранение, проникающее в полость кишечника, относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 ук РФ.**

*Брюшина* — серозная оболочка, которая покрывает внутреннюю поверхность и органы брюшной полости. Она представляет собой тонкую блестящую пластинку, увлажненную жидкостью. Положение органов относительно брюшины учитывается при операциях на органах брюшной полости.

Брюшина играет важную роль в организме. Она участвует в обмене веществ между серозной жидкостью полости брюшины, кровью и лимфой. Являясь покровом внутренних органов, брюшина предохраняет их от трения друг о друга, способствуя скольжению. Значение брюшины особенно выявляется при заболеваниях органов брюшной полости, так как она несет защитную функцию, направленную на отграничение очага воспаления от остальной части брюшной полости. Это выражается в образовании спаек. Воспаление брюшины называется перитонитом.

**Ранение живота, проникающее в полость брюшины, в том числе и без повреждения внутренних органов, относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

## **Глава 10. МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

Мочеполовая система объединяет мочевые и половые органы. Эти две системы выполняют различные функции, но связаны между собой по своему развитию и расположению.

В процессе жизнедеятельности организма в различных тканях происходит распад белков, жиров и углеводов, сопровождающийся выделением энергии. При этом образуются соединения, называемые конечными продуктами обмена веществ.

Из тканей различных органов эти продукты обмена переходят в кровь, вместе с кровью поступают в органы выделения и через них выводятся из организма. Большая часть продуктов распада выделяется в составе мочи через мочевые органы.

Непосредственно в систему мочевых органов входят почки, мочеточники, мочевой пузырь и мочеиспускательный канал. В почках происходит процесс **мочеобразования** (диурез). Они являются главными органами выделения. Из почек моча по мочеиспускательному каналу выводится наружу.

*Почки* — парный орган, располагающийся в поясничной области, на задней брюшной стенке, на уровне 12-го грудного, 1—2-го поясничных позвонков. Вес каждой почки около 150 г, и она имеет бобовидную форму.

Почка содержит большое количество мочевых канальцев и кровеносных сосудов. Мочевые канальцы почки тесно связаны с мельчайшими кровеносными сосудами и составляют структурные единицы почки, называемые нефронами. В нефронах происходит процесс мочеобразования. В обеих почках насчитывается больше 2 млн нефронов.

Процесс мочеобразования протекает в нефронах в две фазы: первая — образование первичной мочи и вторая — образование вторичной или конечной мочи. Из почек вторичная моча переходит по мочеточникам в мочевой пузырь.

**Открытое ранение почек относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

**Острая почечная недостаточность относится к угрожающим жизни состояниям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Мочеточники* — парный орган. Каждый из них представляет собой трубку около 30 см длины. Стенка его состоит из трех слоев: слизистого, мышечного и соединительно-тканного. Благодаря сокращениям мышечной оболочки мочеточник совершает перистальтические движения.

**Разрыв мочеточника относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Мочевой пузырь* является резервуаром мочи. Он находится в полости таза. Емкость мочевого пузыря в среднем у взрослого человека достигает 500 мл.

**Ранение, проникающее в полость мочевого пузыря, относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Половые органы.* У человека функция размножения связана с половыми органами, которые принято подразделять на внутренние и наружные.

У мужчин к внутренним половым органам относят половые железы — яички с их придатками, семявыносящие и семявыбрасывающие протоки, семенные пузырьки, предстательную и куперовы железы; к наружным половым органам — мошонку и половой член.

У женщин к внутренним половым органам относят половые железы — яичники, матку с маточными трубами и влагалищем; к



наружным половым органам — большие и малые половые губы и клитор.

*Мужские половые органы. Яичко* — половая железа или семенник, парный орган, располагается в мошонке. В яичках размножаются мужские половые клетки — сперматозоиды и вырабатываются мужские половые гормоны. Сперматозоиды находятся в жидком секрете (простатическом соке, вырабатываемом предстательной железой), вместе с которым составляют семенную жидкость — сперму.

**Потеря одного яичка является потерей органа. Она относится к неопасному для жизни вреду здоровью, являющемуся тяжким по последствиям, влечет наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Придаток яичка* — небольшое тело, прилегающее к заднему краю половой железы. Придаток яичка имеет проток, который переходит в семявыносящий проток.

*Семявыносящий проток* имеет форму трубки длиной около 40—50 см и служит для проведения спермы. Вблизи предстательной железы семявыносящий проток соединяется с выводным протоком семенного пузырька, в результате чего образуется семявыбрасывающий проток.

*Семенной пузырек* представляет собой парный орган длиной около 4—5 см и являетсяместилищем семенной жидкости. Кроме того, там вырабатывается секрет, входящий в состав этой жидкости.

*Семявыбрасывающий проток* проходит через вещество предстательной железы и открывается в предстательную часть мочеиспускательного канала. При каждом семяизвержении выбрасывается около 300 млн сперматозоидов.

*Предстательная железа* находится в полости таза под дном мочевого пузыря. Секрет железы входит в состав семенной жидкости. Мышечная ткань предстательной железы при своем сокращении способствует опорожнению ее протоков, одновременно выполняет функцию жома мочеиспускательного канала.

**Разрыв предстательной железы относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Куперова железа* — парный орган величиной с горошину. Находится в мочеполовой диафрагме. Проток железы открывается в мочеиспускательный канал.

*Мошонка* — кожный мешок, являющийсяместилищем для яичек и их придатков.

**Повреждения мошонки и яичек нередко сопровождаются тяжелым шоком. В таких случаях повреждение оценивается как тяжкий вред здоровью по признаку опасного для жизни состояния в момент его нанесения и влечет наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Половой член* имеет головку, тело и корень. Он состоит из так называемых пещеристых (кавернозных) тел. Половой член покрыт кожей; на головке члена она образует складку — крайнюю плоть.

**Повреждения мужских половых органов, сопровождающиеся потерей производительной способности, под которой понимают потерю способности к совокуплению либо потерю способности к оплодотворению, относятся к неопасному для жизни вреду здоровью, являющемуся тяжким по последствиям и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

**Если повреждение полового члена сопровождается опасным для жизни кровотечением или тяжелым шоковым состоянием, то повреждение должно оцениваться по признаку опасности для жизни как тяжкий вред здоровью.**

*Мочеиспускательный канал* у мужчины служит не только для выведения мочи из мочевого пузыря наружу, но представляет собой также путь выведения семенной жидкости (спермы). Он имеет длину 16—18 см и проходит через предстательную железу, мочеполовую диафрагму и пещеристое тело в половом члене. Он имеет два жома — внутренний и наружный. Внутренний жом — **непроизвольный**, охватывает мочеиспускательный канал у места выхода его из мочевого пузыря. Наружный жом находится в мочеполовой диафрагме вокруг перепончатой части мочеиспускательного канала и сокращается произвольно.

**Повреждение мочеиспускательного канала оценивается в зависимости от продолжительности расстройства здоровья.**

**Разрыв перепончатой части мочеиспускательного канала относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Женские половые органы.* *Яичник* — парный орган. Он является половой железой, в которой развиваются и созревают женские половые клетки (яйцеклетки) и вырабатываются женские половые гормоны.

*Маточная труба* — парный орган, служащий для проведения яйцеклетки из яичника в матку. В маточной трубе, если произойдет соединение яйцеклетки со сперматозоидом, наступает оплодотворение. Оплодотворенная яйцеклетка начинает делиться —

происходит развитие зародыша. Развивающийся зародыш продвигается по маточной трубе к матке.

*Матка* — это грушевидный мышечный орган, служащий для созревания и вынашивания плода. В нем различают дно, тело, перешеек и шейку матки. Матка — подвижный орган, располагается в центре таза и фиксируется в нем при помощи брюшины, связок и мышц тазового дна. Слизистая оболочка матки ритмически изменяется в соответствии с менструальным маточным циклом.

*Влагалище* представляет собой трубку длиной около 8—10 см. Ее внутренняя оболочка покрыта многочисленными поперечными складками. Во время полового сношения из мужского полового члена во влагалище изливается семенная жидкость, содержащая сперматозоиды. Во время родов через влагалище выходит из матки наружу плод. Через матку и маточные трубы влагалище сообщается с полостью брюшины.

**Прерывание беременности, независимо от ее срока, является тяжким вредом здоровью, если оно находится в прямой причинной связи с внешним воздействием, а не обусловлено индивидуальными особенностями организма или заболеваниями подэкспертной, и влечет наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Большие половые губы* — парная складка кожи, содержащая большое количество жировой ткани. Они ограничивают пространство, называемое половой щелью.

*Малые половые губы* также представляют собой парную складку кожи. Они расположены кнутри от больших половых губ и содержат сальные железы. Щель между малыми губами называется преддверием влагалища. В него открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала и отверстие влагалища, которое у девственниц прикрыто пластинкой слизистой оболочки — девственной плевой. При первом половом сношении девственная плева обычно разрывается и при этом выделяется небольшое количество крови вследствие повреждения кровеносных сосудов.

*Клитор* (орган полового чувства) — располагается в преддверии влагалища, впереди наружного отверстия мочеиспускательного канала. Он состоит из пещеристых (кавернозных) тел, по своему строению сходных с пещеристыми телами мужского полового члена.

**Повреждения женских половых органов, сопровождающиеся потерей производительной способности, под которой понимают потерю способности к совокуплению либо потерю способности к зачатию, вынашиванию и деторождению, относятся к неопасно-**

**му для жизни вреду здоровью, являющемуся тяжким по последствиям и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Мочеиспускательный канал* у женщин имеет почти прямолинейный ход. Его длина 3—4 см, он шире мужского и легко растяжим. Женский мочеиспускательный канал, как и мужской, имеет два сфинктера (жома) — внутренний и наружный.

**Разрыв перепончатой части мочеиспускательного канала относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

## **Глава 11. НЕРВНАЯ СИСТЕМА**

Нервная система связывает между собой органы и системы, согласуя их деятельность и обуславливая целостность организма. Посредством нервной системы осуществляется единство организма с внешней средой.

Основным структурно-функциональным элементом нервной системы является нейрон, т.е. нервная клетка с ее отростками. Он обладает высокой возбудимостью и способностью проводить нервные импульсы.

От каждой нервной клетки отходит один главный отросток, по которому нервные импульсы проводятся по направлению от тела нервной клетки к иннервируемому органу или к другой нервной клетке. Это так называемый осево-цилиндрический отросток, или аксон. Другие отростки нервной клетки, ветвящиеся подобно дереву и проводящие нервные импульсы с периферии к телу нервной клетки, называются дендритами.

Передача нервных импульсов с одного нейрона на другой или к какому-либо органу осуществляется в результате контакта между отростками нервных клеток или нервной клеткой и тканью органа, т.е. через систему медиаторов и синапсов.

Благодаря многообразному соединению нервных клеток, часто имеющих большое число разветвленных отростков, импульсы распространяются по нервной системе в разнообразных направлениях и сочетаниях.

Наибольшее число нервных клеток содержит головной мозг человека, который сформировался в результате длительного развития.

Нервная система человека делится на центральную и периферическую. Во взаимодействии с центральной и периферической системами находится и так называемая вегетативная нервная система.

*Центральная нервная система* представлена головным и спинным мозгом и заключена соответственно в костный скелет — череп и позвоночный столб. Мозг покрыт тремя оболочками: твердой, паутинной и мягкой, прилежащей к мозговому веществу. **Головной мозг** состоит из больших полушарий, мозгового ствола, включающего продолговатый и средний мозг, и мозжечка. Названные отделы головного мозга выполняют различные функции.

*Большие полушария* — это парный орган, который состоит из нервных клеток и имеет внутри систему сообщающихся между собой полостей (боковых желудочков и др.), которые так же, как и пространства между оболочками, заполнены мозговой жидкостью. Полушария разделяются на области, называемые долями, — лобная, теменная, затылочная, височная и островковая. Выпуклая поверхность больших полушарий пересечена значительным количеством борозд, отделяющих извилины одну от другой.

Под серым веществом головного мозга находится белое вещество, состоящее преимущественно из нервных отростков, нервных волокон и промежуточной ткани, или нейроглии.

Существенную роль в жизнедеятельности организма играет *продолговатый мозг*. В нем расположены жизненно важные центры, в том числе сердечно-сосудистой системы, дыхательный, регуляции температуры тела и другие, обуславливающие функции постоянно действующих внутренних органов.

*Мозжечок* выполняет основную роль в регуляции равновесия тела, мышечного тонуса и координации движений.

**Тяжелая степень сотрясения мозга рассматривается как состояние, опасное для жизни, и по этому признаку оценивается как тяжкий вред здоровью и влечет наказание по ст. 111 УК РФ.**

**Ушиб головного мозга тяжелой или средней степени при наличии симптомов поражения стволового отдела относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

**Спинальный мозг** представляет цилиндрический тяж, разделенный продольными бороздками на две симметричные половины. Спинальный мозг покрыт мозговыми оболочками. В отличие от головного, в котором серое вещество расположено снаружи, а белое внутри, в спинном мозгу серое вещество, состоящее из тел нервных клеток, расположено внутри, а по периферии имеется белое, состоящее из нервных отростков.

Спинномозговой канал заполнен спинномозговой жидкостью. Проведение возбуждения от периферии к центрам спинного моз-

га осуществляется по чувствительным нервным волокнам, входящим в спинной мозг в составе его задних корешков, а проведение возбуждения от нервных центров к мышцам осуществляется двигательными нервными волокнами, которые выходят из спинного мозга, образуя передние корешки, т.е. от спинного мозга по всей его длине отходят спинномозговые нервы, входящие в состав периферической нервной системы.

**Нарушение функции спинного мозга на уровне шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника оценивается как стойкая утрата общей трудоспособности в размере 15—100% в зависимости от выраженности расстройств.**

**Закрытые повреждения шейного отдела спинного мозга относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Периферическая нервная система* — это нервы, отходящие от головного и спинного мозга. Двенадцать пар нервов отходят непосредственно от головного мозга и носят название черепно-мозговых. В состав каждого периферического нерва входят нервные волокна, состоящие из отростков нервных клеток, передающих импульсы с периферии от воспринимающих концевых чувствительных образований (рецепторов) в центральную нервную систему. Это чувствительные волокна нерва.

По двигательным нервным волокнам распространяются импульсы, направляющиеся от центральной нервной системы ко всем органам и тканям. Это двигательные волокна нерва. В составе периферических нервов имеются также волокна и вегетативной нервной системы.

*Вегетативная нервная система* регулирует деятельность пищеварительного тракта (отделение соков железами пищеварительных органов, продвижение пищи по пищеварительному каналу и т.п.), кровообращения (сужение и расширение кровеносных сосудов), слезных и потовых желез и желез внутренней секреции, а также других органов. Нервные клетки вегетативной нервной системы заложены в определенных отделах центральной нервной системы: головном и спинном мозге, образуя центры вегетативной системы в периферических нервных узлах, расположенных в виде цепочек по обе стороны позвоночника, а также в некоторых внутренних органах. Также узлы и сплетения имеются в мышце сердца, железах внутренней и внешней секреции, стенках пищевода, Желудка и кишечника, мочевом пузыре, матке и других органах.

## Глава 12. ОРГАНЫ ЧУВСТВ И ЖЕЛЕЗЫ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ

В *коже* находится большое количество болевых, температурных и тактильных рецепторов. Сложным ощущением является чувство осязания, возникающее в результате раздражения различных рецепторов кожи, в частности тактильных и температурных.

*Орган вкуса* представлен так называемыми вкусовыми луковицами, которые находятся во вкусовых сосочках языка, а также в мягком нёбе и глотке. Различают четыре вида вкусовых ощущений — ощущение сладкого, горького, соленого и кислого. Из этих основных вкусовых ощущений складываются и все остальные их виды. Следует иметь в виду, что на вкусовые луковицы пищевые вещества оказывают раздражающее действие только в растворенном состоянии. Растворителем для них в полости рта является слюна.

*Орган обоняния* представлен особыми чувствительными клетками, находящимися в слизистой оболочке верхнего отдела полости носа. Раздражение обонятельных клеток происходит под влиянием пахучих веществ.

*Орган зрения* (глаз) состоит из глазного яблока и вспомогательного аппарата. Глазное яблоко находится в глазнице и имеет шаровидную форму. В нем различают оболочки и находящиеся внутри хрусталик, стекловидное тело и водянистую влагу. Вспомогательный аппарат глаза включает защитный, слезный и двигательный фрагменты.

Для определения остроты зрения применяются специальные таблицы с изображением цифр, букв и других знаков. Под остротой зрения понимают то наименьшее расстояние между двумя светящимися точками, при котором они воспринимаются глазом отдельно. Полная острота зрения определяется для каждого глаза. При таком исследовании подэкспертное лицо находится от таблицы на расстоянии 5 м.

**Вред здоровью, приводящий к потере зрения, под которой понимают полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда потерпевший имеет понижение зрения до остроты зрения 0,04 и ниже (счет пальцев на расстоянии 2 м и до светоощущения), относится к неопасному для жизни вреду здоровью, являющемуся тяжким по последствиям, и влечет наказание по ст. 111 УК РФ.**

Ухо воспринимает не только звуковые раздражения, но и раздражения, вызываемые изменением положения тела в пространстве. Поэтому его и называют *органом слуха и равновесия*. Ухо подразделяется на три отдела: наружное, среднее и внутреннее.

*Наружное ухо* включает ушную раковину и наружный слуховой проход. Ушная раковина состоит из эластического хряща, покрытого кожей (хрящ отсутствует только в нижнем отделе ушной раковины — в ушной мочке).

Наружный слуховой проход представляет собой короткий изогнутый канал. Он выстлан кожей, в которой имеются железы, выделяющие особый секрет — ушную серу.

От среднего уха наружный слуховой проход отделен барабанной перепонкой — упругой соединительной тканной пластинкой. Со стороны наружного слухового прохода она покрыта истонченной кожей, а со стороны среднего уха — слизистой оболочкой.

*Среднее ухо* располагается в височной кости. В нем помещаются соединенные друг с другом три слуховые косточки — молоточек, наковальня и стремечко. Полость среднего уха называется также барабанной полостью. Она выстлана слизистой оболочкой. Барабанная полость при помощи слуховой трубы сообщается с носоглоткой. Слуховая труба имеет длину 3,5—4 см и просвет 2 мм.

По слуховой трубе в барабанную полость попадает воздух, благодаря чему уравнивается давление на барабанную перепонку снаружи и изнутри. Слуховая труба может служить путем для перехода инфекции из полости носа и носоглотки в среднее ухо.

*Внутреннее ухо* также располагается в височной кости. Оно имеет сложную форму и поэтому называется еще лабиринтом. Различают два лабиринта — костный и перепончатый. Костный лабиринт включает три части: улитку, преддверие и три полукружных канала. Улитка образует 2,5 оборота вокруг костного стержня. Преддверие находится между улиткой и полукружными каналами и представляет полость овальной формы. Полукружные каналы располагаются один по отношению к другому во взаимно перпендикулярных плоскостях. Перепончатый лабиринт лежит внутри костного лабиринта и по форме приблизительно повторяет его, но имеет меньший размер. Стенки перепончатого лабиринта состоят из плотной соединительной ткани.

В канале улитки находится так называемый спиральный (кортиев) орган. Он имеет сложное строение и состоит из клеток различной формы. Кортиев орган — воспринимающий звук аппарат. На клетках этого органа оканчиваются волокна нерва улитки, являющегося частью слухового нерва.

Преддверие и полукружные каналы улитки вместе составляют так называемый вестибулярный аппарат. Он является органом восприятия положения и движения тела в пространстве. К чувствительным клеткам вестибулярного аппарата подходят волокна другой части слухового нерва — нерва преддверия.



**Вред здоровью, приводящий к потере слуха, под которой понимают полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3—5 см от ушной раковины, относится к неопасному для жизни вреду здоровью, являющемуся тяжким по последствиям, и влечет наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Железами внутренней секреции* называют железы, не имеющие выводных протоков. Они вырабатывают особые вещества — гормоны, которые поступают непосредственно в кровь. Вместе с кровью гормоны разносятся по всему организму, поступают в различные органы и оказывают возбуждающее или угнетающее влияние на их деятельность. Нарушение деятельности желез внутренней секреции сопровождается изменениями во всем организме. Эти изменения могут быть обусловлены повышением функции той или иной железы (гиперфункция) или, наоборот, ее понижением (гипофункция).

К железам внутренней секреции относятся: гипофиз, эпифиз, щитовидная железа, околощитовидные железы, островковая часть поджелудочной железы, вилочковая железа, надпочечники и внутрисекреторная часть половых желез (яички — у мужчин, яичники — у женщин).

*Гипофиз*, или нижний придаток мозга, представляет собой небольшое овальное тело весом около 0,5 г, находящееся в полости черепа. Гипофиз вырабатывает несколько гормонов: роста, тиреотропный (влияющий на щитовидную железу), аденокортикотропный (стимулирующий функцию надпочечников), гонадотропный (влияющий на половые железы) и ряд других.

*Эпифиз* представляет собой небольшое тельце, имеющее внешне некоторое сходство с еловой шишкой и расположенное в промежуточном мозгу. Считают, что эта железа влияет на половое созревание.

*Щитовидная железа* располагается на передней поверхности шеи. Вес ее около 30—60 г. Гормоны щитовидной железы влияют на обмен веществ, рост и развитие организма, возбудимость нервной системы и т.д.

**Повреждение щитовидной железы относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Околощитовидные железы* располагаются на задней поверхности щитовидной железы в виде небольших телец овальной формы. Их четыре (две верхние и две нижние). Установлено, что око-

лощитовидные железы оказывают влияние на обмен кальция и фосфора в организме.

*Вилочковая железа* находится в грудной полости, позади грудины. Деятельность вилочковой железы проявляется главным образом в детском возрасте. Ее функция пока полностью не изучена.

**Повреждение вилочковой железы относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Островковая часть поджелудочной железы* представляет собой железу внешней и внутренней секреции. Помимо поджелудочного сока в ней вырабатываются гормоны инсулин и глюкагон, которые влияют на углеводный обмен в организме человека.

*Надпочечники* находятся в поясничной области. Они прилегают к верхним полюсам почек. Это парный орган весом около 12 г. Гормоны коры надпочечников оказывают разнообразное регулирующее влияние на обмен веществ в организме, снимают мышечную усталость, повышают сопротивляемость организма к различным вредным влияниям (инфекционным агентам, низкой температуре) и т.д.

**Открытое ранение надпочечников относится к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

*Половые железы* (яички у мужчин и яичники у женщин) являются органами, в которых развиваются половые клетки, и одновременно железами внутренней секреции. Внутрисекреторная деятельность этих желез состоит в выделении половых гормонов, поступающих в кровь. Половые гормоны оказывают влияние на различные функции. В частности, половое созревание организма связано с развитием половых желез и выделением половых гормонов. Под половым созреванием понимают развитие первичных и появление вторичных половых признаков. Оно наступает (как правило) в возрасте 14—18 лет.

К первичным половым признакам относятся особенности строения половых желез и половых органов у мужчин и женщин. Под вторичными половыми признаками объединяются многие особенности строения и функции организма, которыми отличается один пол от другого.

Мужские половые гормоны — тестостерон и андростерон — вырабатываются в яичках. Они оказывают влияние на половое развитие мужчины, возбуждают деятельность половых органов и чувство полового влечения, участвуют в регуляции обмена веществ. Других функций организма.

Женские половые гормоны — эстрон и прогестерон — вырабатываются в яичниках. Эстрон влияет на половое созревание организма женщины и на развитие молочных желез. Прогестерон оказывает действие на нормальное течение беременности. Женские половые гормоны участвуют в регуляции обмена веществ.

## Глава 13. КОЖА

**Кожа** является наружным покровом тела человека. Она имеет сложное микроскопическое строение и выполняет многообразные функции. Кожа образует наружный покров тела, площадь которого у взрослого человека составляет 1,5 м<sup>2</sup>. Толщина кожи колеблется в пределах 1—4 мм. Наиболее тонкая кожа на веках, наиболее толстая — на подошвах. В коже различают два слоя: поверхностный и глубокий.

Поверхностный слой кожи называют эпидермисом. Он состоит из многослойного эпителия. Клетки глубоких слоев эпидермиса способны размножаться, поэтому они объединяются под названием росткового слоя. Здесь же содержатся клетки, способные вырабатывать пигмент меланин. По направлению к поверхности слой клеток ороговевает, и самый поверхностный слой эпидермиса состоит из роговых чешуек. Роговой слой кожи человека полностью обновляется в течение 7—11 дней.

Глубокий слой кожи называется собственно кожей (дермой) и состоит из плотной волокнистой соединительной ткани. Дерма, или собственно кожа, делится на два слоя: сосочковый и сетчатый. Сосочковый слой образует многочисленные сосочки, вдающиеся в эпидермис, и определяет рисунок кожи, гребешки и борозды на поверхности эпидермиса. Этот рисунок имеет строго индивидуальный характер.

Собственно кожа переходит в находящуюся глубже ее подкожную клетчатку. Подкожная клетчатка состоит из рыхлой соединительной ткани, содержащей жировые отложения. Подкожная жировая клетчатка предохраняет подлежащие органы (мышцы) от механических повреждений.

В коже находится большое количество потовых и сальных желез. Секрет потовых желез — пот. Он содержит воду, соль, мочевину и другие вещества. За сутки в среднем выделяется до 600 мл пота.

Сальные железы находятся в дерме на протяжении всей поверхности тела, за исключением ладоней и подошв. Сальные железы выделяют кожное сало, которое смазывает волосы и кожу.

Придатками кожи являются волосы и ногти.

**Волосы** покрывают значительную поверхность кожи. Они отсутствуют на ладонях, подошвах и еще на некоторых участках тела. В волосе различают стержень и корень. Стержень волоса состоит из трех слоев: кутикулы — самого поверхностного слоя, под микроскопом представленного в виде бесцветной прозрачной зубчатости; коркового слоя (ближе к центру), содержащего клетки пигмента и имеющего вследствие этого тот или иной оттенок; мозгового или сердцевины (в центре волоса). Корневая часть волоса — луковица, укреплена в толще кожи влагалищными оболочками, имеет округло-овальную форму с углублением в области дна, содержит живые клетки волоса и зерна пигмента.

**Ногти** представляют собой твердые роговые, слегка изогнутые, пластины. Они играют защитную роль. В течение всей жизни ногти непрерывно растут, их рост происходит в области корня за счет росткового слоя кожи.

*Функции кожи.* Кожа несет защитную функцию: она предохраняет организм от проникновения микробов и различных ядовитых веществ внутрь организма, защищает подлежащие органы от механических повреждений.

Кожа выполняет выделительную функцию: через нее с потом выделяются различные продукты распада. Сальные железы выделяют кожное сало.

Кожа принимает участие в терморегуляции: через нее осуществляется теплоотдача из организма в окружающую среду. При этом в зависимости от условий, в которых находится организм человека, интенсивность теплообмена меняется. При расширении кровеносных сосудов кожи и усиленном притоке к ним крови отдача тепла увеличивается, и наоборот, при сужении кровеносных сосудов кожи теплоотдача уменьшается.

Кожа также выполняет функцию органа чувств: в ней находится много чувствительных нервных окончаний, которые воспринимают различные раздражения из окружающей внешней среды.

**Термические ожоги кожи 3—4-й степени с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела; ожоги 3-й степени — более 20% поверхности тела; ожоги 2-й степени с поражением более 30% поверхности тела относятся к опасным для жизни повреждениям, которые являются одним из признаков тяжкого вреда здоровью человека и влекут наказание по ст. 111 УК РФ.**

### РАЗДЕЛ 3 РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

#### Глава 14. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

**Повреждением (травмой)** называется нарушение анатомической целостности или физиологической функции тканей и органов тела под воздействием факторов внешней среды (механических, физических, химических и т.д.).

Механические повреждения выделяются в отдельную, самую обширную группу и объединяются по характеру возникновения. В таких случаях травма наносится предметом, движущимся к человеку, находящемуся в покое или относительно небольшом движении, или движущееся тело человека ударяется о неподвижный предмет (например, при падении).

Повторение однородных травм у лиц, находящихся в сходных условиях труда и быта, называется **травматизмом**.

Различают следующие виды травматизма: производственный, транспортный, бытовой, уличный, военный и спортивный.

Каждый вид травматизма имеет свои особенности, связанные не только с обстоятельствами происшествия, но и характером причиненных повреждений. Например, при производственном травматизме преобладают раны, а при спортивном — ушибы и растяжения. Наиболее часто в практике судебно-медицинской экспертизы встречаются случаи бытового и транспортного травматизма, когда наносятся умышленные или случайные повреждения; реже наблюдается производственный и спортивный травматизм. Военный травматизм входит в компетенцию военных врачей.

В судебно-медицинской практике обстоятельства происшествия нередко остаются неизвестными, особенно в начале расследования. В связи с этим эксперт должен установить: причину смерти пострадавшего, характер обнаруженных повреждений, прижизненность и давность нанесенных повреждений, механизм возникновения повреждений, предмет, которым нанесены повреждения, а также ответить на другие вопросы, поставленные органами следствия перед экспертизой.

Все механические повреждения могут причиняться: оружием, имеющим специальное применение для нападения и защиты (кастет, финский нож, кинжал, кортик); орудиями, обычно употребляемыми на производстве, в строительстве, быту (молоток, топор,

столовый нож); другими предметами, которые не относятся ни к орудию, ни к оружию (камень, палка, осколок стекла).

По характеру ударяющей поверхности все ранящие предметы (в том числе орудия и оружие) подразделяются на тупые и острые.

*Повреждения, возникающие при механической травме.* В результате механической травмы могут возникать ссадины, кровоподтеки, раны, вывихи, переломы, разрывы органов, размятия и расчленения тела.

*Ссадина* — нарушение целостности эпидермиса, поверхностное или до сосудистого слоя, с нарушением лимфатических и кровеносных сосудов. Ссадина не проникает через всю толщу кожи, являясь поверхностным повреждением. Большое предохраняющее значение в образовании ссадины на месте травмы имеет одежда. Поверхность ссадины, вначале влажная, через некоторое время покрывается корочкой свернувшейся плазмы и крови. Корочка по мере эпителизации ссадины отпадает. На месте ссадины некоторое время сохраняется пигментация кожи. Судебно-медицинское значение ссадин заключается в том, что: во-первых, они всегда указывают на место приложения силы и иногда являются единственным наружным знаком насилия; во-вторых, описанные выше особенности заживления ссадин позволяют установить давность травмы; в-третьих, обнаружение на поверхности ссадин каких-либо частиц (песчинок, мелкого угля, шлака и т.д.) дает возможность устанавливать места происшествия (например, выявление под обрывками эпидермиса по краю ссадины частичек угля, в случае когда труп обнаружен на песчаной или глинистой почве, свидетельствует о том, что травма произошла в другом месте, а труп после этого был перемещен); в-четвертых, локализация ссадин помогает при определении характера происшествия. Например, ссадины полунной формы на шее свидетельствуют о сдавливании ее руками, ссадины в области половых органов и на внутренней поверхности бедер могут указывать на попытку изнасилования и т.д.

*Кровоподтек* образуется вследствие разрывов сосудов в месте Удара или сдавливания с последующим кровоизлиянием в подкожную клетчатку или глубже лежащие ткани. Излившаяся кровь просвечивает через кожу и окрашивает ее в сине-багровый или синий Цвет. С течением времени цвет кровоподтека вследствие реакции пигмента крови (гемоглобина), изменяется от сине-багрового, синего, бурого, зеленоватого до желтого. Судебно-медицинское значение кровоподтеков заключается в том, что они в большинстве случаев указывают на место приложения травмирующего предмета.

*Рана* — повреждение, нарушающее целостность всей толщи кожи или слизистых оболочек и обычно проникающее в глубже лежащие ткани. Раны связаны с тремя основными опасностями для человека: кровотечением, возможностью внедрения инфекции через поврежденные покровы, нарушением анатомической и функциональной целостности органов и тканей.

Характер раны зависит от особенностей предмета, которым она была причинена. Раны могут быть вызваны различными видами оружия, орудиями, предметами и т.д. При расследовании обстоятельств происшествия судебно-медицинскому эксперту необходимо установить или уточнить, каким орудием была нанесена рана или раны.

Судебно-медицинское значение ран заключается в том, что они, как правило, указывают на место приложения травмирующей силы и дают возможность установить вид ранящего предмета. Так, раны от тупых предметов имеют обычно неровные, кровоподтечные, осадненные, размятые и несколько отслоенные от подлежащих тканей края с соединительно-ткаными перемычками в глубине; раны от острых предметов характеризуются ровными, неосадненными краями, отсутствием перемычек между ними, остроугольными концами, значительным зиянием, особенно при перпендикулярном повреждении эластических волокон. Кроме вида орудия, по характеру и особенностям ран можно в ряде случаев судить о направлении движения травмирующего предмета, положении пострадавшего в момент травмы, возможности или невозможности нанесения повреждения собственной рукой и других особенностях механизма травмы.

*Вывихи* — полное и стойкое смещение костей в суставах. Вывихи возникают при действии силы на дистальный конец конечности, например при падении, реже при непосредственном насилии на сустав. Чаще вывихи возникают в суставах верхних конечностей, реже в нижних. Частота зависит от анатомического строения сустава и степени подвижности в нем костей. Поэтому особенно часто имеют место вывихи в наиболее подвижных плечевом и лучезапястном суставах. Вывихи нередко сопровождаются определенными повреждениями окружающих тканей (например, разрывом или растяжением суставной сумки, кровоизлиянием в полость сустава и т.д.). Судебно-медицинское значение вывихов состоит в том, что они в ряде случаев позволяют судить о характере и механизме насилия. При их оценке следует учитывать возможность привычных и врожденных вывихов.

*Переломы костей* — нарушения целостности всей толщи костей скелета, обычно сопровождающиеся обширными повреждениями

близлежащих тканей, кровоизлияниями, разрывами мышц и сосудов. Они весьма разнообразны как по характеру, так и по механизму возникновения.

Различают закрытые и открытые переломы костей. В тех случаях, когда перелом кости происходит внутри мягких тканей без нарушения целостности кожи, говорят о закрытом переломе. Если перелом кости сопровождается разрывом кожных покровов и область перелома кости сообщается с внешней средой, — это открытый перелом. Последний может возникнуть вследствие разрыва кожных покровов отломками костей или же от прямого воздействия орудия, вызывающего разрыв кожных покровов и перелом кости.

Наиболее тяжелыми по судебно-медицинским последствиям считаются переломы костей черепа, которые делятся на прямые и не прямые. Первые возникают в месте приложения силы; к ним относятся переломы внутренней костной пластинки, вдавленные, дырчатые, террасовидные, оскольчатые переломы, а также переломы костей основания черепа. Вторые, образующиеся не в месте удара, возникают либо при сдавлении черепа между двумя тупыми твердыми предметами, либо в результате травмы тупым предметом с большой ударяющей поверхностью.

При действии предметов с небольшой ударяющей поверхностью образуются вдавленные (оскольчатые) переломы. В том случае, если на плоскую кость действует край предмета, происходит неравномерное распределение действующей силы на отдельные участки и возникают так называемые террасовидные переломы; когда же действует предмет с ограниченной поверхностью, образуется дырчатый перелом.

Вдавленные переломы нередко сопровождаются образованием трещин, по расположению которых можно в известной степени судить о направлении удара. Если удар наносился перпендикулярно, то трещины расходятся от места вдавления по радиусам равномерно; если орудие действует под острым углом в каком-то направлении, то в этом же направлении будет отходить большинство образующихся трещин.

Оскольчатые переломы трубчатых костей часто образуются при действии силы в перпендикулярном направлении к оси кости. **Возникающие** при этом осколки часто имеют треугольную форму. По отношению к действующему предмету, осколки, как правило, располагаются так, что основание треугольника направлено в сторону движения предмета. Обнаружение вколоченных переломов костей голени и бедер, а также продольного расщепления **костей** свидетельствует о том, что травмирующая сила действова-



ла параллельно длине кости. Наличие вколоченных и расщепленных переломов позволяет заподозрить падение на ноги с большой высоты.

Судебно-медицинское значение переломов костей заключается прежде всего в возможности выявить механизм перелома по его характеру и особенностям. Иногда важно выяснить, можно ли при известных обстоятельствах сломать кость силой человека.

При оценке тяжести повреждений при переломах костей необходимо иметь в виду возникновение ограничения функции при заживлении осложненных переломов. Нередко по характеру повреждения можно судить о виде орудия (предмета), его форме, направлении удара и других деталях механизма травмы.

*Разрывы внутренних органов* возникают либо в результате прямого удара или сдавливания тела (например, разрыв печени при ударе в живот), либо при сотрясениях его (например, разрывы печени, селезенки при падении человека с высоты). Как при прямых, так и при непрямых приложениях силы некоторые внутренние органы повреждаются чаще, другие — реже. Обычно паренхиматозные органы разрываются чаще, чем полостные. Из паренхиматозных органов наиболее часто повреждается печень, что связано с особенностями ее строения и локализацией (большой тяжелый орган, расположенный относительно поверхностно и доступно для прямых ударов, а также легко разрывающийся при сотрясениях, поскольку он подвешен на крепких связках).

Судебно-медицинское значение разрывов внутренних органов состоит в том, что иногда по ним можно судить о механизме травмы, опасности ее для жизни, причинной связи со смертью и т.д. Травматические разрывы внутренних органов обычно не сопровождаются какими-либо наружными повреждениями в месте удара. Подобные разрывы трудно отличить от самопроизвольных, развивающихся вследствие болезненных изменений внутренних органов.

*Размятие (размозжение)* тканей, органов или всего тела происходит при сдавливании тела с большой силой между двумя массивными твердыми тупыми предметами (например, при автомобильных и железнодорожных травмах, разрушениях зданий, обвалах в шахтах и т.д.).

Размятие может быть закрытым, когда целостность кожи не нарушается, или открытым, 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, а иногда дает

возможность говорить об орудии или способе, которым размятие было причинено.

*Расчленения и отрывы частей тела* чаще всего происходят при транспортных травмах, попадании человека в движущиеся машины, взрывах, реже от действия рубящих орудий (например, топора и т.д.).

Судебно-медицинское значение расчленения тела или отрыва его частей состоит в том, что они дают возможность установить орудие или способ нанесения травмы и механизм возникновения повреждения. Величина, форма, характер и другие особенности повреждений нередко указывают на орудие или способ причинения травмы, о чем будет сказано в последующих главах.

Любое из этих повреждений должно быть описано по следующей схеме: локализация, форма и размеры, характер краев и концов, состояние тканей, окружающих повреждение (вид и направление потоков крови, расположение загрязнений и каких-либо наложений и т.д.).

Фиксируя локализацию повреждения, эксперт тем самым устанавливает обычно место приложения ранящего предмета, что имеет значение для решения вопроса о механизме нанесения травмы. Форма и размеры некоторых повреждений, в частности ссадин и кровоподтеков, иногда позволяют высказать суждение о ранящем предмете. Поэтому они должны быть описаны как можно точнее. Лучшим способом фиксации повреждения является фотография (кино- и видеозапись).

Причины смерти при механических повреждениях весьма разнообразны. Их можно разделить на две группы: первичные и вторичные.

*Первичные причины смерти* непосредственно за травмой ведут к прекращению жизненных функций организма. К ним относятся:

1) *грубые анатомические нарушения целостности тела* (например, размятие головы, расчленение туловища, разможнение печени и селезенки, разрыв сердца и т.п.);

2) *кровотечение*. В процессе наступления смерти большое значение имеет не только величина, но и скорость кровотечения. При медленном кровотечении человек может остаться в живых, потеряв даже половину объема крови. Напротив, при быстрой и относительно меньшей кровопотере, особенно из сосудов, близко прилежащих к сердцу, наступает смерть от падения внутрисердечного давления или острого малокровия мозга. Быстрая потеря 1,5—2 л крови обычно сопровождается смертельным исходом. Дети более чувствительны к потере крови;

3) *сдавление важных органов излившейся кровью или всосавшимся воздухом.* Основную роль здесь играют чувствительность органа к сдавлению, величина полости, в которой находится жизненно важный орган, и возможность растяжения этой полости. Так, смерть от сдавления мозга наступает при внутричерепном кровоизлиянии величиной 100—150 мл, при тампонаде сердца 400—600 мл крови, излившейся в сердечную сорочку; в то время как при почти полном сдавлении одного легкого при пневмотораксе человек может остаться живым;

4) *сотрясение (мозга, сердца).* Тяжелые сотрясения головного мозга часто сопровождаются другими повреждениями головы, и в частности, переломами костей черепа, кровоизлияниями в вещество мозга и под мозговые оболочки. Сотрясения сердца встречаются при транспортных травмах, при ударах тупым предметом по груди и при падениях с большой высоты;

5) *асфиксия аспирированной кровью.* Она имеет место в случаях, когда кровотечение сопровождается попаданием крови в дыхательные пути. Это наблюдается при обширных резаных ранах шеи, а также при переломах основания черепа. Аспирация крови часто встречается при переломах решетчатой кости черепа, когда кровь свободно затекает в носоглотку, а оттуда в дыхательные пути, особенно у лиц, находящихся в бессознательном состоянии;

6) *эмболии (воздушная, жировая)* могут также явиться непосредственной причиной смерти. Воздушная эмболия наблюдается при ранениях крупных вен шеи, криминальных абортах, особенно при введении в полость матки мыльных растворов. Исход эмболии зависит от количества и скорости проникновения воздуха в сосуды. При введении 5—10 см<sup>3</sup> воздуха он может раствориться в крови. Жировая эмболия возникает при попадании в вены капелек жира, всасывающегося иногда из костного мозга при переломах длинных трубчатых костей или размятии жировой клетчатки;

7) *шок* характеризуется перевозбуждением центральной нервной системы с последующим расстройством нервной регуляции.

*Вторичные причины смерти* вызывают гибель пострадавших через некоторый промежуток времени после травмы. Чаще всего речь идет об осложнениях. К ним относятся:

1) *инфекции (гнойный перитонит, менингит, плеврит, сепсис и т.д.)* как осложнения травмы встречаются часто;

2) *интоксикации* развиваются в результате отравления организма продуктами распада тканей (например, при синдроме длительного раздавливания тканей). Большинство пострадавших при катастрофах, землетрясениях погибают именно по этой причине;

3) *другие заболевания неинфекционного характера.* К ним относятся острую почечную и печеночную недостаточность, непроходимость кишечника, посттравматические аневризмы крупных сосудов.

В судебной медицине на основании обобщения материала судебно-медицинской практики и экспериментальных исследований изучаются повреждения от различных видов орудий и оружия и, кроме того, отдельные виды травматизма, т.е. обстоятельства и механизмы возникновения повреждений.

*Классификация повреждений по происхождению.* В зависимости от орудий (оружия) и механизмов возникновения различают:

I. Повреждения тупыми предметами:

- от ударов тупыми предметами;
- от ударов о тупые предметы при падении;
- причиняемые транспортными средствами.

II. Повреждения от острых орудий:

- режущими орудиями (оружием, предметами);
- колющими орудиями (оружием, предметами);
- колюще-режущими орудиями (оружием, предметами);
- рубящими орудиями (оружием, предметами);
- пилящими орудиями (предметами).

III. Повреждения из огнестрельного оружия:

- из огнестрельного оружия;
- от взрывов.

## **Глава 15. ПОВРЕЖДЕНИЯ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ**

Тупые предметы весьма разнообразны по величине, форме, характеру материала и наиболее широко распространены в быту и на производстве. Поэтому повреждения тупыми предметами чаще всего встречаются в судебно-медицинской практике. Главным отличием тупых предметов является отсутствие у них острых краев или концов. Механизм травмы обычно имеет двоякий характер: либо повреждение наносится движущимся предметом человеку, находящемуся в покое или относительно небольшом движении, либо ударяется движущееся тело человека о неподвижный предмет (например, при падении). Обширность и особенности повреждений тупыми предметами зависят от массы и плотности повреждающего предмета, скорости движения, формы ударяющей поверхности тупого предмета, анатомического строения повреждаемой области тела и т.д. Большие тяжелые движущиеся предметы (например, грузовой автомобиль, электропоезд, часть здания при его обвале) причиняют обычно обширные повреждения, вплоть до разрывов и расчленений. Другие менее тяжелые и ма-

логабаритные предметы могут быть взяты в руку, которой они приводятся в движение, причиняя соответствующие повреждения. Последние нередко наносятся и невооруженным человеком (например, удары кулаком, ногами, головой, сдавление пальцами, укусы зубами и т.д.).

*Повреждения, возникающие при падении с высоты.* Характер и тяжесть повреждений от падения с высоты зависят от многих причин, и прежде всего от высоты падения, особенностей почвы и предметов, на которые произошло падение, и позы пострадавшего. Одновременно имеет значение область тела, которой оно ударилось в момент падения, наличие или отсутствие выступающих предметов, о которые тело пострадавшего могло удариться при падении, и, конечно, состояние здоровья и индивидуальные особенности потерпевшего. Высота падения варьируется в широких пределах: от высоты роста человека (падение на плоскость) до нескольких десятков или сотен метров (падение с большей высоты).

При *прямом падении* основные повреждения на теле человека возникают от однократного удара о поверхность. При *непрямом падении* тело встречает при своем движении какие-либо выступающие предметы с ограниченной травмирующей поверхностью (балконы, карнизы, спутниковые антенны и др.).

При обрушении каких-либо строительных конструкций вместе с телом человека падают различные предметы (*несвободное падение*), которые могут причинять ему повреждения как во время движения, так и после падения тела на поверхность.

Большое значение имеет характер поверхности, на которую упал пострадавший. Чем тверже место «приземления», тем обширнее повреждения. Последние приводили к смерти даже в случаях падения на лестнице, на асфальте с высоты собственного роста или с высоты до 1 м. Вне зависимости от условий, падения с высоты более 20—25 м почти всегда оканчиваются смертельно, причем падение на спину может сопровождаться значительно меньшими повреждениями, чем при падении на ноги. Это объясняется наибольшей устойчивостью организма к влиянию поперечных перегрузок.

При расследовании большое значение приобретает осмотр места, с которого могло произойти падение, и, в частности, определение возможности самостоятельного падения или выпрыгивания из окна, с крыши и т.д.

Одним из общих признаков падения с высоты является преобладание внутренних повреждений, возникающих от сотрясения тела, над наружными, образующимися в момент удара о поверхность. Наружные повреждения имеют характер ссадин и крово-

подтеков (очень редко встречаются ушибленные раны). Они нередко отображают рельеф поверхности, на которую произошло падение. При внутреннем исследовании, как правило, отмечаются множественные переломы костей скелета, а также надрывы и разрывы внутренних органов (корней легких, крупных сосудов у основания сердца, связок и капсулы печени и т.п.).

По характеру и локализации переломов костей скелета в ряде случаев можно воссоздать картину происшествия, в том числе установить, на какую часть тела произошло падение. Так, при падении на ноги возможны вколоченные переломы костей голени и бедер, а также круговые переломы костей основания черепа. В случаях падения на голову образуются переломы костей черепа и компрессионные переломы тел позвонков шейного отдела позвоночника. Поэтому при экспертизе такого трупа необходимо вскрытие спинно-мозгового канала, мышц спины и конечностей, включая и стопы (при падении на ноги будут обнаружены кровоизлияния в мышцы подошв).

При падении на плоскости (с высоты собственного роста) часто возникают переломы костей черепа в затылочной или височной области, сопровождающиеся внутричерепными кровоизлияниями и сдавливанием мозга. Признаки сотрясения тела (надрывы корней легких, связок печени и т.д.) при этом, как правило, отсутствуют.

Как известно, особые трудности возникают при необходимости установить, получены ли повреждения от удара тупым предметом или при падении. Если повреждения не имеют каких-либо особенностей, характеризующих предмет, причинивший повреждение, то дифференциальная диагностика очень трудна. В таких случаях необходимо обращать внимание на локализацию повреждения, возможность или невозможность при такой локализации возникновения повреждения от удара о какой-либо тупой предмет. При падении могут возникать и типичные для этого механизма повреждения. Чаще всего во время ходьбы, когда человек поскользнулся, оступился, он падает навзничь на спину и ударяется затылком. При этом нередко бывают трещины затылочной кости и ушибы мозга. При падении на ягодицы возникают переломы копчика. При падении на бок или вперед, что встречается значительно реже, могут быть кровоподтеки на верхних конечностях, на лице. Падение вперед и на бок нередко происходит на вытянутую руку, при этом происходят переломы костей запястья, переломы нижнего эпифиза лучевой кости. Симметрично расположенные ссадины, кровоподтеки на передней поверхности коленных суставов, на ладонях наблюдаются при падении. Заключение

о происхождении повреждений при объяснении их падением необходимо делать на основании сопоставления объективных данных с обстоятельствами происшествия. При необходимости следует прибегнуть к показу на месте происшествия или следственному эксперименту, проводимому следователем. Падение с высоты — это, как правило, результат несчастного случая. Реже оно используется для самоубийства. В судебно-следственной практике известны случаи убийств путем сбрасывания с высоты лиц, находящихся в беспомощном состоянии (в состоянии алкогольного или наркотического опьянения).

## **Глава 16. ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ**

*Транспортная травма.* Повреждения от различных видов транспорта по своему характеру относятся к повреждениям от тупых предметов и имеют характерные особенности. Под транспортной травмой понимают повреждения, возникающие в результате действия на организм человека движущегося транспортного средства или при выпадении из него. В настоящее время принята следующая классификация транспортной травмы:

I. Автodoroжная: автомобильная (грузовые и легковые автомобили); тракторная (гусеничные и колесные трактора); мотоциклетная (мотоциклы с коляской, мотоциклы без коляски).

II. Железнодорожная (электровоз, тепловоз, железнодорожный вагон, трамвай).

III. Авиационная (самолет, вертолет).

IV. Водно-транспортная (речные и морские суда, катера, яхты).

Повреждения от других видов транспорта встречаются редко и влекут за собой меньшие судебно-медицинские последствия.

*Автомобильная травма.* Наиболее распространенным видом транспортной травмы является автомобильная травма. В силу своих специфических особенностей (массивности транспортных средств, движения их с большой скоростью и т.д.) эти травмы нередко заканчиваются смертью пострадавших и поэтому довольно часто встречаются в судебно-медицинской практике. При исследовании автомобильных травм возникает множество различных вопросов, среди которых наиболее важным является вопрос о механизме возникновения повреждений.

По механизму возникновения автомобильные травмы подразделяют на следующие виды:

- 1) удар частями движущегося автомобиля;
- 2) прижатие тела колесом автомобиля к грунту;

- 3) полный переезд тела колесом автомобиля;
- 4) падение из движущегося автомобиля;
- 5) травма внутри кабины автомобиля;
- 6) прижатие тела человека автомобилем к неподвижному предмету;
- 7) столкновение автомобиля с другими видами транспорта;
- 8) комбинированные виды автомобильной травмы.

Каждый из указанных видов автомобильной травмы в свою очередь складывается из нескольких следующих друг за другом фаз, сопровождающихся определенным характером повреждений и их локализацией. Например, при ударе пострадавшего частями движущегося автомобиля различают четыре фазы: первая — столкновение автомобиля с пострадавшим, когда отмечаются повреждения от удара и сотрясения тела; вторая — падение пострадавшего на автомобиль, повреждения при этом возникают при ударе о его корпус; третья — отбрасывание тела и падение его на землю, отчего повреждения располагаются на стороне, противоположной удару; четвертая — скольжение тела по земле с соответствующими повреждениями.

При других видах автомобильных травм отмечается иное количество и сочетание фаз. Так, в случаях травмы внутри кабины различают две фазы: первая — столкновение тела с частями автомашины, когда повреждения локализуются, как правило, спереди; вторая — придавливание тела частями управления к стенке кабины. Аналогичные фазы отмечаются и в случаях прижатия тела частями автомашины к неподвижным предметам. Повреждения, возникающие при автомобильных происшествиях весьма разнообразны. Их можно разделить на три группы: 1) повреждения, характерные для автомобильной травмы; 2) повреждения от автотранспорта, но нехарактерные для автомобильной травмы; 3) повреждения, сходные с другими видами травм, в частности с ранениями от острых орудий, из огнестрельного оружия и т.д.

*Повреждения, характерные для автомобильной травмы.* К ним относятся отпечатки на поверхности тела протектора колеса автомашины. На протекторе шины эксплуатируемой автомашины нередко отмечаются индивидуальные особенности (дефекты, различный износ, заплаты, выступы), позволяющие по их отпечатку идентифицировать не только модель (марку), но и конкретный экземпляр автомобиля. Важное судебно-медицинское и криминалистическое значение имеют отпечатки на трупe или на одежде. Других частей автомашины, в частности болтов, гаек и иных деталей, по которым также можно установить автомобиль, причинивший повреждения.



Для автомобильной травмы характерны также сдавливания отдельных частей тела с их уплотнением вследствие переломов костей, разрывов внутренних органов, размятие мышц (уплощение грудной клетки, сплющивание головы, размятие конечностей). Иногда сдавливание и уплощение тела не сопровождаются нарушением целостности кожных покровов, особенно в случаях, когда на пострадавшем была плотная, толстая одежда. О сдавливании тела могут свидетельствовать отпечатки одежды и ее складок на коже трупа.

При полном переезде колеса автомашины через грудную клетку отмечаются множественные двусторонние, преимущественно тройные переломы ребер, чаще соответственно подмышечным линиям. Одновременно наблюдаются переломы остистых отростков грудных позвонков и переломы лопаток, а также разрывы, отрывы, размятия и перемещения внутренних органов. Эти повреждения наиболее обширны со стороны движения колес. Иногда здесь происходит отслаивание мышц от костей с образованием карманов, заполненных кровью (особенно при переезде конечности).

Обширные множественные переломы таза с повреждением седалищных и лобковых костей и образованием двусторонних двойных вертикальных переломов свидетельствуют о сильном сдавливании тела и характерны для переезда колесами автомашины.

Напротив, при ударе и наезде автомашиной переломы костей таза встречаются редко и ограничиваются чаще изолированным повреждением отдельных костей (особенно при переезде конечности).

При ударе и наезде автомашиной, движущейся с большой скоростью, на трупе погибшего нередко обнаруживаются признаки сотрясения тела. К ним относятся кровоизлияния у корней легких (в легочной связке), под эпикардом на основании сердца, разрыв оболочки крупных сосудов, кровоизлияния и разрывы связочного аппарата печени, кровоизлияния в ткань селезенки, брыжейки тонкого кишечника, толщу печени, в область ворот и под капсулу почек. Удар и наезд автомашиной при скорости около 100 км/ч может сопровождаться значительным сотрясением тела с разрывом или даже отрывом внутренних органов (сердца, легких, селезенки, печени).

К характерным для автомобильной травмы повреждениям относятся и следы волочения, имеющие вид множественных параллельных царапин на фоне осадненной кожи, а также поперечные безоскольчатые переломы голени или бедер («бампер-переломы»). Последние образуются от удара (буфером) автомашины, движущейся с большой скоростью. По локализации «бампер-переломов» и, в частности, по уровню их от подошв, можно судить о высоте

расположения бампера автомашины, т.е. об определенных моделях (марках) автомашин.

Значительные затруднения возникают вследствие невозможности осмотра и исследования повреждений непосредственно после происшествия из-за состояния пострадавшего, обширности и тяжести повреждений. Оценка их производится по записям в истории болезни, которые обычно не удовлетворяют судебно-медицинского эксперта. В них не учитывается то, что необходимо для экспертизы. Трудно судить о повреждениях и по имеющимся рентгеновским снимкам. Нужно учитывать типичные для автотранспортной травмы повреждения: следы на коже, которые могут долго сохраняться, переломы костей в определенных местах («бампер-переломы»), Необходимо точное описание повреждений, их локализации, измерение уровня расположения повреждений. Все должно быть нанесено на схемы. Показ обстоятельств происшествия может быть осуществлен с другим человеком такого же роста и телосложения. Одежду следует рассматривать на нем же или на манекене. Сопоставление повреждений одежды и на теле с частями автомашины может дать представление о механизме их происхождения. Все моменты такого сопоставления должны быть сфотографированы, и фотографии приложены к заключению эксперта. Целесообразнее такое сопоставление проводить в порядке следственного эксперимента.

*Повреждения, нехарактерные для автомобильной травмы и симулирующие другие виды повреждений.* При автомобильных происшествиях возможны повреждения, нехарактерные для автомобильной травмы. Обычно они не связаны с переездом колесами или ударом выступающими частями автомашины. Эти повреждения весьма разнообразны. К ним относятся кровоподтеки, ссадины, ушибленные раны, вдавленные и дырчатые переломы костей, изолированные разрывы внутренних органов.

Повреждения, нехарактерные для автомобильной травмы, чаще возникают при ударах о землю или окружающие предметы вследствие отбрасывания задевшей автомашиной или выпадения из движущегося автомобиля. Трудности экспертизы в подобных случаях связаны с тем, что при экспертизе встречаются повреждения, сходные с травмами от падения с высоты. В отличие от последних при автомобильной травме могут быть обнаружены признаки волочения тела вследствие суммирования двух видов движений: поступательного и падения.

*Мотоциклетная травма.* В отличие от автомобильной травмы повреждения мотоциклами бывают менее выраженными. Это связано с конструктивными особенностями мотоциклов, их меньшим

весом и меньшей скоростью и мощностью по сравнению с автомобилями. Различают следующие основные виды мотоциклетных травм: от столкновения человека с движущимся мотоциклом, от переезда колесом движущегося мотоцикла, от падения с движущегося мотоцикла, от ударов мотоцикла о неподвижные предметы. Главным отличием мотоциклетной травмы от автомобильной является преобладание повреждений (ссадин, ран, кровоподтеков), расположенных, как правило, на передней поверхности тела пострадавшего. При мотоциклетной травме не наблюдается отпечатков радиатора, уплощения головы, грудной клетки, множественных переломов ребер, множественных повреждений костей таза с расхождением сочленений между ними, обширных разрывов внутренних органов. Нехарактерными для мотоциклетной травмы также являются отпечатки протектора, отслойка кожи на месте переезда, поперечные переломы голеней и бедер «бампер-переломы», Наличие обширных глубоких кровоизлияний в мышцы спины, поясницы, ягодиц. Таким образом, несмотря на однотипный механизм возникновения повреждений при автомобильной и мотоциклетной травме, выраженность и локализация повреждений при них имеют значительные отличия, позволяющие по характеру и особенностям обнаруженных повреждений дифференцировать автомобильную травму от мотоциклетной.

*Тракторная травма.* Повреждения, причиняемые колесными или гусеничными тракторами, наблюдаются редко. Признаки тракторной травмы, причиненной колесными тракторами, сходны с автомобильной. Отличить их можно по отпечатку рисунка протектора колеса. Специфические особенности имеют травмы, причиненные тракторами на гусеничном ходу. Классификация тракторной травмы может быть представлена в следующем виде: удар частями движущегося трактора; переезд гусеницами или колесами трактора; выпадение из движущегося трактора; опрокидывание трактора и возникновение травмы внутри кабины; прижатие тела человека трактором к неподвижному предмету; удар трактором с последующим переездом; падение из движущегося трактора с последующим переездом; удар прицепом или буксируемыми орудиями.

При ударе частью движущегося трактора появляются множественные повреждения (ссадины, кровоподтеки, рвано-ушибленные раны, переломы костей).

После переезда тела гусеницами трактора возникают множественные грубые повреждения, часто несовместимые с жизнью. Они зависят от строения траков гусениц трактора и чередования их по длине гусеницы и проявляются на коже полосовидными

ссадинами и кровоподтеками, располагающимися перпендикулярно линии переезда. У одного края ссадин образуется лоскут сдвинутой кожи, направленный в сторону, противоположную движению трактора. Помимо ссадин и кровоподтеков возникают обширные рвано-ушибленные раны, переломы костей и множественные повреждения внутренних органов.

Большое значение имеют исследования одежды пострадавшего, на которой могут сохраняться следы и повреждения, характерные для переезда.

Прижатие трактором тела человека к неподвижным предметам сопровождается множественными двусторонними переломами ребер, разрывами, разможениями и перемещениями внутренних органов.

При выпадении из кузова движущегося с небольшой скоростью трактора возникают повреждения, характерные для падения с небольшой высоты.

При сдавливании частями кузова или прицепа опрокинувшегося или перевернувшегося трактора смерть наступает от механического задушения вследствие сдавливания груди и живота.

*Железнодорожная травма.* Смерть на полотне железной дороги в подавляющем большинстве случаев бывает связана с травматизмом, зависящим от движения железнодорожного транспорта. Судебно-медицинская классификация железнодорожной травмы может быть представлена в следующем виде:

1. Повреждения, наносимые преимущественно колесами железнодорожного транспорта при перекатывании их через тело, располагающееся на рельсах: полосы давления; полосы обтирания; отделение головы от туловища (полное, неполное); разделение туловища на две половины (полное, неполное); отделение конечностей (полное, неполное).

2. Повреждения, возникающие от ударов и трения о железнодорожный путь и наносимые преимущественно частями локомотивов, вагонов, располагающимися ниже их рам (исключая колеса): отрывы конечностей, следы волочения, открытые и закрытые переломы костей, различной степени повреждения внутренних органов — от незначительных вплоть до перемещения их и выпадения через открытые полостные раны.

3. Повреждения, образующиеся преимущественно в результате отбрасывания частями движущегося железнодорожного транспорта: следы удара частями движущегося железнодорожного транспорта; обширные ссадины на коже, кровоподтеки, переломы костей; следы падения на теле.

Повреждения, образующиеся преимущественно в связи с нахождением жертвы у колеи в пределах габаритов подвижного

состава в момент его следования: повреждения, характерные для наносимых твердыми тупыми предметами; в случаях сжатия между платформой и движущимся транспортом — размятие тела.

5. Повреждения, связанные преимущественно с падением из движущегося состава: при падении под подвижной состав — характерные для повреждений колесами, частями, располагающимися ниже рам локомотива, вагонов, волочения тела; при падении с движущегося железнодорожного транспорта без последующего попадания под него — характерные для падения с высоты.

6. Повреждения, связанные преимущественно с поражением электрическим током при нахождении на крышах вагонов, движущихся по путям электрифицированной железной дороги: электрические метки, признаки асфиксии; характерные для падения с высоты в случае, если после поражения током жертва падает с крыши вагона.

7. Повреждения, преимущественно связанные со сдавливанием буферами и в автосцепном механизме: закрытые переломы ребер, позвоночника, лопаток; разрывы диафрагмы, отрывы и разрывы внутренних органов, перемещения их; выдавливание легких через рот, разрывы промежности с выпадением петель кишечника; образование травматических грыж с заполнением грыжевых мешков внутренними органами, вплоть до сердца и желудка; отпечатки контуров буферов на коже груди и спины.

*Повреждения, типичные для железнодорожной травмы.* Железнодорожная травма характеризуется значительной тяжестью и, как правило, приводит пострадавшего к смерти на месте происшествия. Повреждения, возникающие в результате перекатывания через тело колес транспорта (полосы давления и обтирания, расчленение тела); типичные, не связанные с действием колес (следы волочения, отрывы конечностей, сдавливание тела между буферами или в автосцепном механизме); нетипичные и имитирующие другие виды травмы.

*Полоса давления* — это отпечаток колеса на поверхности кожи. Ширина ее колеблется от 7 до 13 см. В первые часы после травмы она мягкая, бледно-розовая; к концу суток она становится пергаментной плотности, темно-коричневого цвета.

*Полоса обтирания* — это участок осаднения кожи по краю полосы давления, он образуется при трении кожи о боковые поверхности колеса. Ширина ее колеблется в значительных пределах от 2 до 15 см. Если на теле имеется несколько слоев одежды, полоса обтирания не образуется.

Отделение головы от туловища, а также расчленение тела зависит от перекатывания через тело колеса. В ряде случаев возмож-

но разделение тела на множество частей. Отделение конечностей происходит со своеобразным многооскольчатым переломом костей, причем конец отчлененной кости, обращенный кнаружи от колеи, оказывается прямым, в то время как на конце, обращенном внутрь колеи, отмечается косой перелом. Подобные переломы трубчатых костей зависят от расположения гребня колеса («реборды») по внутреннему краю рельс.

К типичным железнодорожным повреждениям, не связанным с действием колес, относятся следы волочения на теле, отрывы конечностей, загрязнение, расчленение тела на множество частей, сдавливание тела между буферами или в автосцепном механизме. Характер следов волочения весьма разнообразен, при этом на осадненной поверхности нередко видны частички балластного слоя пути и следы смазки.

Отрывы конечностей могут возникать не только от действия колес, но и при ударах выступающими частями движущегося состава, особенно с фиксацией конечностей какой-либо деталью. Из-за большой действующей силы при железнодорожной травме возможно расчленение тела на множество частей, причем их можно обнаружить на значительном расстоянии от места происшествия. В подобных случаях по линиям отделения конечностей не будут образовываться полосы давления и обтирания.

*Повреждения рельсовым транспортом, нетипичные для железнодорожной травмы.* К ним относятся повреждения, которые чаще возникают от отбрасывания тела пострадавшего и ударов его о какие-нибудь выступающие предметы. При этом могут образовываться вдавленные переломы костей свода черепа, с повреждением вещества головного мозга и кровоизлияниями под его оболочку, подкожные разрывы внутренних органов, переломы ребер, костей конечностей и т.д.

Среди нетипичных для железнодорожного транспорта встречаются повреждения, симулирующие ранения режущими, рубящими, колющими орудиями или от действия огнестрельного оружия. Они возникают либо от ударов выступающими частями подвижного состава, либо чаще вследствие разрыва кожи отломками костей при открытых переломах. Правильная судебно-медицинская диагностика подобных повреждений облегчается обнаружением на трупе типичных железнодорожных повреждений.

Установление повреждений, нетипичных для железнодорожного транспорта, иногда вызывает подозрения на постороннее насилие с последующим подкладыванием трупа на полотно железной дороги. В подобных случаях большое значение приобретает определение прижизненности повреждений, что является одним

из наиболее важных вопросов судебно-медицинской экспертизы железнодорожной травмы. Особое место при этом принадлежит гистологическому методу исследования, т.е. обнаружению признаков уже начавшегося реактивного воспаления.

*Авиационной травмой* называют повреждения, возникающие у членов экипажа, пассажиров и других лиц в процессе эксплуатации и обслуживания самолетов. Чаще всего такие повреждения причиняются лицам, находящимся внутри самолета, при падении его на землю.

В зависимости от условий и обстоятельств происшествия авиационную травму делят на следующие виды: травма внутри самолета во время полета; травма при покидании летящего самолета; травма внутри самолета при падении его на землю; травма внутри самолета, находящегося на земле; травма лиц, находящихся на земле вне самолета; комбинированные травмы.

Характер авиационной травмы зависит от типа самолета, скорости и высоты полета, угла падения и т.д. Авиационные травмы на земле встречаются значительно реже и связаны с попаданием людей под запущенные винты двигателя самолета или сопровождающие их потоки воздуха. При этом наблюдаются обширные грубые повреждения тела. С появлением реактивных самолетов отмечены случаи засасывания в двигатели человека, слишком близко подошедшего к самолету.

Повреждения, возникающие при падении самолета, весьма многообразны. Иногда по характеру обнаруженных на трупах повреждений можно в некоторой степени судить об условиях, при которых произошла катастрофа. Так, при падении самолета с большой высоты трупы погибших часто подвергаются расчленению. Напротив, при ударе самолета о землю во время горизонтального полета или при небольшом наклоне к земле расчленения трупов, как правило, не наблюдается.

При исследовании трупов в случаях авиационной травмы часто возникает вопрос об идентификации личности погибших. Для этого должны быть использованы особые приметы (татуировки, родимые пятна и т.д.), рубцы, зубные протезы, а также одежда и обувь. Иногда возникает необходимость в проведении реставрации трупа для последующего опознания.

*Водно-транспортная травма.* К числу травм, специфических для этой группы, относятся повреждения гребными винтами двигателей кораблей, повреждения тросами и якорной цепью. Наибольшие трудности в ходе экспертизы возникают при изучении повреждений, нанесенных гребными винтами. Последние могут причинять ранения как живому человеку, когда он засасывается

струей воды и попадает на вращающиеся гребные винты, так и труп, находящемуся в воде.

Повреждения от действия гребных винтов чаще локализуются на голове и верхних конечностях и нередко имеют вид больших надрубов и разрубов (при массивных металлических лопастях с острыми ребрами), характеризующихся косым направлением, лоскутным характером ран, значительным их зиянием, осадненностью кожных краев. При наличии нескольких повреждений обращает на себя внимание одинаковая направленность ран с отклонением лоскутов в одну сторону, т.е. как бы их веерообразное расположение; от действия тупых граней винта на туловище, ягодицах и бедрах могут образовываться только значительные ушибы, сопровождающиеся закрытыми переломами костей.

Гребные винты судов малых размеров (моторные лодки, небольшие катера) не дают разрубов и рассечений, а лишь наносят обширные рвано-ушибленные раны мягких тканей с осаднением кожи. Часто эти раны имеют одинаковый характер, направленность и величину. Количество повреждений будет зависеть от времени нахождения тела в зоне вращения лопастей, их числа и скорости вращения.

Повреждения тросами и якорной цепью образуются при их обрыве или попадании человека в образующиеся петли при швартовке или отчаливании. В таких случаях могут наблюдаться обширные повреждения вплоть до ампутаций конечностей, размятая внутренних органов и даже расчленения тела.

## **Глава 17. ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ОСТРЫХ ОРУДИЙ**

К острым орудиям относятся предметы, край или конец которых заострен. Все разнообразие острых орудий можно разделить на следующие группы: режущие (бритва, нож столовый, лезвие); колющие (шило, гвоздь, заточка, иголка); колюще-режущие (кинжал, штык-нож, финский нож); рубящие (топор, сабля); пилящие (пила, ножовка).

Повреждения, нанесенные каждым из перечисленных видов орудий, имеют свои особенности, которые дают возможность определить вид орудия, причинившего ранение.

Вместе с тем имеются общие признаки, типичные для всех повреждений острыми орудиями, а именно: наличие раны (в отличие от тупых орудий, которые далеко не всегда причиняют Раны); характер раны (ровные края, острые углы, отсутствие осаднений на краях и по окружности раны, отсутствие перемычек на дне, значительное зияние, обильное кровотечение).



Осмотр пострадавших с повреждениями от острых орудий следует начинать с осмотра одежды, сопоставления повреждений одежды с повреждениями на теле. Предметы одежды, на которых имеются повреждения, должны быть изъяты, высушены, и о них сообщается следователю. Последний и решает вопрос об экспертизе одежды или выдаче ее потерпевшему. Одежда является очень важным вещественным доказательством при повреждениях острыми орудиями. Экспертиза ее может выяснить многие существенные для расследования обстоятельства.

Осмотр повреждений желательно производить как можно раньше с обычной или бинокулярной лупой, операционным микроскопом. Повреждение обязательно фотографируется. Последующее увеличение снимка может выявить важные детали и особенности повреждения. Травмированная поверхность описывается, отмечается, имеется ли только основной или дополнительные разрезы, их расположение, направление, характер краев и углов раны, глубина повреждений и длина при сближенных краях. Особенности углов раны изучаются обязательно под лупой, лучше под бинокулярной. Характер углов может отражать особенности орудия, лезвия, обушка и т.п.

При решении вопроса о направлении раневого канала, а следовательно, и о направлении, в котором двигалось орудие, необходимо тщательно исследовать одежду. Последнее в совокупности с исследованием ранений может помочь в решении вопроса о позах пострадавшего и нападающего в момент происшествия. В частности, несоответствие уровня ранения на одежде и теле помогает в ряде случаев сказать, в какой позе находился пострадавший. Одновременно нужно учитывать возможность смещения одежды при подъеме рук, значительных поворотах туловища, приседаниях, во время борьбы и т.д.

На месте обнаружения трупа с повреждениями от острых предметов обычно имеется много следов крови, которые при необходимости изымаются по общим правилам. Следует только помнить, что отдельные следы крови могут происходить не от погибшего, а от преступника, который иногда получает резаные раны кисти или пальцев руки, державшей острый предмет без ограничителя рукоятки. Кровоточащие повреждения он может получать и при других обстоятельствах, в частности в процессе борьбы. При подозрении на такое происхождение следов крови они обязательно должны быть изъяты и упакованы отдельно.

*Повреждения режущими орудиями.* К режущим относятся предметы, имеющие плоский клинок с остро заточенным лезвием (столовый нож, бритва и т.п.) без острия. Раны от их действия обра-

зуются в результате давления лезвия орудия на поверхность тела с одновременным движением по ней. Они характеризуются прямолинейным направлением, ровными незазубренными краями, заостренными концами, значительным преобладанием длины над другими размерами, клиновидным поперечным профилем сечения, зиянием. Величина и глубина раны зависят от остроты лезвия, силы давления, локализации раны (например, резаные раны на голове неглубокие, поскольку под кожей близко прилежит кость, в то время как на шее они глубокие и могут достигать позвоночника). Степень зияния раны зависит от того, прошел ли разрез вдоль или поперек мышц и эластических волокон кожи. Если лезвие орудия было тупое, с зазубринами, то края раны могут быть неровными, напоминающими ушибленную рану.

При исследовании резаных ран нередко возникает вопрос о последовательности их нанесения. Разрешение этого вопроса бывает возможно в тех случаях, когда вторая рана наносится под некоторым углом к первой. После нанесения первой раны из-за сокращения краев она приобретает овальную форму, и второй разрез проходит на разных расстояниях от его концов. При сближении краев первая рана будет прямолинейная (возможно, и дугообразная), а вторая — ступенчатая.

О виде орудия и механизме нанесения резаной раны можно судить по особенностям краев, концов и дна раны. При детальном исследовании последнего иногда находят следы надразов на надкостнице, костях, хрящах, изредка даже обнаруживают отломки лезвия, по которым можно с достоверностью идентифицировать режущее орудие. Важное значение для установления положения потерпевшего в момент ранения имеет направление потоков крови (например, вертикальные потеки свидетельствуют о том, что раненый стоял или сидел).

*Повреждения колющими орудиями.* К колющим относятся предметы, имеющие цилиндрический или многогранный стержень (**игла**, шило, гвоздь), заканчивающийся острием. Последнее, внедряясь и раздвигая кожу и ткани, причиняет повреждение. Поэтому колотое ранение бывает сходным с огнестрельным, но в отличие от последнего не имеет дефекта ткани на коже. Входное отверстие колотого ранения часто имеет небольшие размеры и **потому** малозаметно. Форма колотой раны на коже часто не соответствует форме того орудия, которым она причинена, поскольку на особенности колотого ранения влияет не только форма **самого** орудия, но и свойства кожи, в том числе ее эластичность. **Пока** орудие находится в ране, очертания последней будут соответствовать форме орудия. Как только орудие извлекается, рана

Осмотр пострадавших с повреждениями от острых орудий следует начинать с осмотра одежды, сопоставления повреждений одежды с повреждениями на теле. Предметы одежды, на которых имеются повреждения, должны быть изъяты, высушены, и о них сообщается следователю. Последний и решает вопрос об экспертизе одежды или выдаче ее потерпевшему. Одежда является очень важным вещественным доказательством при повреждениях острыми орудиями. Экспертиза ее может выяснить многие существенные для расследования обстоятельства.

Осмотр повреждений желательно производить как можно раньше с обычной или бинокулярной лупой, операционным микроскопом. Повреждение обязательно фотографируется. Последующее увеличение снимка может выявить важные детали и особенности повреждения. Травмированная поверхность описывается, отмечается, имеется ли только основной или дополнительные разрезы, их расположение, направление, характер краев и углов раны, глубина повреждений и длина при сближенных краях. Особенности углов раны изучаются обязательно под лупой, лучше под бинокулярной. Характер углов может отражать особенности орудия, лезвия, обушка и т.п.

При решении вопроса о направлении раневого канала, а следовательно, и о направлении, в котором двигалось орудие, необходимо тщательно исследовать одежду. Последнее в совокупности с исследованием ранений может помочь в решении вопроса о позах пострадавшего и нападающего в момент происшествия. В частности, несоответствие уровня ранения на одежде и теле помогает в ряде случаев сказать, в какой позе находился пострадавший. Одновременно нужно учитывать возможность смещения одежды при подъеме рук, значительных поворотах туловища, приседаниях, во время борьбы и т.д.

На месте обнаружения трупа с повреждениями от острых предметов обычно имеется много следов крови, которые при необходимости изымаются по общим правилам. Следует только помнить, что отдельные следы крови могут происходить не от погибшего, а от преступника, который иногда получает резаные раны кисти или пальцев руки, державшей острый предмет без ограничителя рукоятки. Кровоточащие повреждения он может получать и при других обстоятельствах, в частности в процессе борьбы. При подозрении на такое происхождение следов крови они обязательно должны быть изъяты и упакованы отдельно.

*Повреждения режущими орудиями.* К режущим относятся предметы, имеющие плоский клинок с остро заточенным лезвием (столовый нож, бритва и т.п.) без острия. Раны от их действия обра-

зуются в результате давления лезвия орудия на поверхность тела с одновременным движением по ней. Они характеризуются прямолинейным направлением, ровными незазубренными краями, заостренными концами, значительным преобладанием длины над другими размерами, клиновидным поперечным профилем сечения, зиянием. Величина и глубина раны зависят от остроты лезвия, силы давления, локализации раны (например, резаные раны на голове неглубокие, поскольку под кожей близко прилежит кость, в то время как на шее они глубокие и могут достигать позвоночника). Степень зияния раны зависит от того, прошел ли разрез вдоль или поперек мышц и эластических волокон кожи. Если лезвие орудия было тупое, с зазубринами, то края раны могут быть неровными, напоминающими ушибленную рану.

При исследовании резаных ран нередко возникает вопрос о последовательности их нанесения. Разрешение этого вопроса бывает возможно в тех случаях, когда вторая рана наносится под некоторым углом к первой. После нанесения первой раны из-за сокращения краев она приобретает овальную форму, и второй разрез проходит на разных расстояниях от его концов. При сближении краев первая рана будет прямолинейная (возможно, и дугообразная), а вторая — ступенчатая.

О виде орудия и механизме нанесения резаной раны можно судить по особенностям краев, концов и дна раны. При детальном исследовании последнего иногда находят следы надразов на надкостнице, костях, хрящах, изредка даже обнаруживают отломки лезвия, по которым можно с достоверностью идентифицировать режущее орудие. Важное значение для установления положения потерпевшего в момент ранения имеет направление потоков крови (например, вертикальные потеки свидетельствуют о том, что раненый стоял или сидел).

*Повреждения колющими орудиями.* К колющим относятся предметы, имеющие цилиндрический или многогранный стержень (**игла**, шило, гвоздь), заканчивающийся острием. Последнее, внедряясь и раздвигая кожу и ткани, причиняет повреждение. Поэтому колотое ранение бывает сходным с огнестрельным, но в отличие от последнего не имеет дефекта ткани на коже. Входное отверстие колотого ранения часто имеет небольшие размеры и **потому** малозаметно. Форма колотой раны на коже часто не соответствует форме того орудия, которым она причинена, поскольку на особенности колотого ранения влияет не только форма **самого** орудия, но и свойства кожи, в том числе ее эластичность. **Пока** орудие находится в ране, очертания последней будут соответствовать форме орудия. Как только орудие извлекается, рана

вследствие эластичности кожи сейчас же приобретает шелевидную форму и как бы сокращается.

В мышцах колотое ранение определяется с большим трудом, так как колющее орудие раздвигает волокна и, когда оно изымается, волокна спадаются. Значительно лучше колотое ранение заметно на паренхиматозных органах, особенно на печени, где форма ранения приближается к форме орудия. Об особенностях колющего орудия можно судить по проникающим повреждениям на плоских костях, на которых форма и размеры ранения часто соответствуют форме и величине орудия.

При решении вопроса о направлении раневого канала, а следовательно, и о направлении, в котором двигалось орудие, необходимо тщательно исследовать одежду. Исследование поврежденной одежды в совокупности с исследованием ранений может помочь в решении вопроса о позах пострадавшего в момент происшествия. В частности, несоответствие уровня ранения на одежде и теле помогает в ряде случаев сказать, в какой позе находился потерпевший. Одновременно нужно учитывать возможность смещения одежды при подъеме рук, значительных поворотах туловища, приседаниях, во время борьбы, самообороны и т.д.

Колотые ранения часто сопровождаются ранениями внутренних органов, сосудов, обильным внутренним кровотечением и инфицированием раны. Вместе с тем такие повреждения могут не оставлять почти никаких наружных следов. Нужно помнить, что колющее орудие может тампонировать рану, препятствуя массивному кровотечению. Поэтому на месте происшествия, когда пострадавший еще жив, не следует торопиться с изъятием орудия из раны.

*Повреждения колюще-режущими орудиями.* Колюще-режущие предметы (кинжал, финский, охотничий, перочинный ножи, ножницы и т.д.) имеют острый колющий конец и одно или два лезвия. По характеру заточки клинка все колюще-режущие предметы делятся на обоюдоострые, имеющие два лезвия (например, кинжал), и односторонне заточенные, имеющие лезвие и обушок (например, финский, перочинный ножи и т.д.), причем обушок может быть закругленным или прямоугольным. Колото-резаное ранение образуется за счет вкола острия и последующего разрезания тканей, поэтому края кожной раны и стенки раневого канала обычно бывают ровными. Сама кожная рана чаще имеет прямолинейную или веретенообразную форму, а характер ее концов будет зависеть от заточки клинка. При обоюдоостром клинке концы раны острые, при односторонне заточенном — один конец будет остроугольным, а другой, соответствующий обушку клин-

... \_ закругленный или даже П-образный. Поэтому колото-резаные ранения представляют собой комбинацию повреждений колющим и режущим орудием. Они являются наиболее частым видом ранений острыми предметами. Колото-резаное ранение имеет входное отверстие, раневой канал и выходное отверстие, если ранение сквозное.

По длине основного разреза (при сближении краев раны) и характеристике его концов устанавливается ширина клинка и характер заточки. Длина кожной раны может соответствовать ширине клинка на уровне погружения или чаще быть шире его, если орудие вводилось под углом и продвигалось в ране. Это может произойти и за счет движения пострадавшего. В редких случаях длина раны бывает несколько меньше ширины клинка (при действии под прямым углом к телу) за счет сокращения кожной раны.

Глубина раневого канала может соответствовать длине клинка, быть меньше его, если орудие введено в тело не полностью, и быть больше клинка, когда рукоятка вдавливается в тело (например, на животе). По форме раневого канала в ряде случаев можно сказать о форме клинка ранящего предмета (особенно при заливке раневого канала какой-либо пластической массой). По раневому каналу устанавливается также направление движения действующего орудия, а следовательно, и механизм нанесения ранения.

*Повреждения рубящими орудиями.* Рубящие орудия (топоры, косы, шашки, таяпки и пр.) причиняют обычно обширные повреждения, что связано с большой силой нанесения ранения. Последняя определяется как значительным весом самого орудия, так и большой кинетической энергией, развивающейся при движении такого орудия. Характер ранения зависит от остроты рубящего орудия, его веса и силы, с которой наносится повреждение. Ранения, причиняемые топорами с острым лезвием, имеют линейную или слегка дугообразную форму, гладкие, прямые и ровные края и сопровождаются обильным кровотечением. Характер концов такого ранения будет зависеть от глубины проникновения рубящего орудия. При повреждениях затупленными топорами края раны могут быть слегка осаднены и кровоподтечны, особенно с той стороны, где угол между топором и телом был острым. Это осаднение является одним из признаков, позволяющих судить о направлении удара.

Основным признаком рубленых ран, нанесенных как острым, так и затупленным орудиями, является нарушение целостности кости. Там, где рана проникает только в мягкие ткани и целостность кости не нарушена, т.е. при поверхностных рубленых ранениях, рас-

познать рубленую рану трудно, поскольку она обладает почти теми же свойствами, что и резаная или ушибленная рана.

При исследовании рубленых ран на коже особое внимание должно быть обращено на их концы, так как в них образуются небольшие надрывы за счет клиновидного действия топора. Обнаружение надрывов только в одном конце раны свидетельствует о том, что полотно топора действовало своим носком или пяткой: на плоской кости (череп) повреждение в подобном случае будет иметь вид треугольника. Наличие надрывов в обоих концах кожной раны и повреждения в виде прямоугольника на плоской кости указывает, что топор погрузился полностью, а размеры раны будут соответствовать размерам лезвия топора. С полной достоверностью отличить рубленые раны от ран, нанесенных нерубящими предметами, можно по наличию щелевидного перелома плоских костей. Один край его может быть ровным, иногда со следами скольжения в виде бороздок и валиков, образующихся на поверхности разруба («шлифа»). Эти бороздки и валики как бы отражают путь, пройденный разрубающей частью орудия, и позволяют идентифицировать рубящий предмет.

*Повреждения пилящими орудиями.* Повреждения пилящими орудиями (пилой, ножовкой, циркулярной пилой) довольно редко встречаются в судебно-медицинской практике. Их исследование играет значение при раскрытии расчленения трупов с целью сокрытия тела пострадавшего. Пилами причиняются прямолинейные раны с несколько зазубренными и осадненными краями, перемычками тканей на дне, царапинами и насечками на концах раны. В окружности раны, по ее краям и в глубине раневого канала наблюдают большое количество мелких частиц мягких тканей и костного вещества. Изучая признаки повреждений на теле пострадавшего судебно-медицинский эксперт может установить вид и степень развода зубьев, расстояние между ними, характер заточки и ряд других признаков. Успешное решение экспертных вопросов во многом зависит от квалифицированного осмотра и изъятия объектов на месте обнаружения трупа или его отдельных частей, в том числе тщательного изъятия костных опилок и т.д.

## **Глава 18. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ**

**Огнестрельные повреждения** — это вид механической травмы, которая образуется в результате поражения тела огнестрельным снарядом при выстреле из огнестрельного оружия или при взрыве снаряда или какого-либо взрывчатого вещества. Характер огнестрельных ранений зависит в первую очередь от особенностей

оружия и боеприпасов. Судебно-медицинская экспертиза огнестрельных повреждений с учетом данных осмотра места происшествия и всех обстоятельств дела может оказать большую помощь при расследовании преступлений, связанных с применением огнестрельного оружия.

Выстрелом называется совокупность физических явлений, сопровождающихся воспламенением порохового заряда в зарядной камере огнестрельного оружия и вылетом снаряда из канала ствола.

Огнестрельный снаряд имеет очень большую кинетическую энергию, которую он передает тканям при соприкосновении с ними. Эффект действия огнестрельного снаряда на ткани зависит от его массы, скорости полета и физического состояния тканей.

При значительной кинетической энергии пули в момент соприкосновения с тканями она действует как пробойник, выбивая кусочки ткани (пробивное действие). При понижении энергии пули лишь раздвигает ткани, и дефекта ткани не образуется (клиновидное действие). При попадании пули в органы, содержащие жидкую или полужидкую среду, наблюдается гидродинамическое действие, приводящее к разрыву органа.

При выстреле из канала ствола, кроме пули, вылетают пламя, газы, копоть и порошинки. При выстрелах из смазанного оружия из канала ствола вылетают также капельки оружейной смазки. Указанные частицы, возникающие при выстрелах, относятся к **дополнительным факторам выстрела** и оставляют на теле человека определенные следы, а иногда даже повреждения. При выстреле не происходит полного сгорания пороха и поэтому несгоревшие или частично обгоревшие порошинки при близких дистанциях могут быть обнаружены на преграде. Они могут внедряться в ткань одежды, пробивать ее, а также осаднять эпидермис. В некоторых случаях они обнаруживаются в глубине раны. Обнаружение порошинок в окружности входной раны с достоверностью свидетельствует о близкой дистанции выстрела. Кроме того, исследованием порошинок может быть разрешен вопрос о виде использованного пороха.

Большое значение при экспертизе огнестрельных повреждений имеет исследование одежды, на которой могут оставаться признаки близкого выстрела, кусочки преграды, через которую прошла пуля перед повреждением тела, и т.п. Сопоставление поврежденной одежды и тела пострадавшего может дать основание для разрешения вопроса о направлении выстрела и в некоторых случаях в положении потерпевшего в момент ранения.

**Огнестрельные ранения могут быть сквозными, слепыми или касательными.**



**Сквозные огнестрельные ранения** характеризуются наличием всех составных частей огнестрельного повреждения: входным огнестрельным отверстием, раневым каналом, выходным огнестрельным отверстием.

Одним из основных признаков *входного огнестрельного отверстия* является *дефект ткани*. Он образуется при достаточной кинетической энергии пули (пробивное действие пули). В этом случае при исследовании раны и попытке сближения ее противоположных краев последние не совпадают друг с другом, а по краям раны при натяжении кожи образуются складки.

Форма входного огнестрельного отверстия обычно круглая или овальная, что зависит от угла, под которым пуля входит в ткани тела человека. При прямом угле входа пули рана будет округлой. Форма *выходного огнестрельного отверстия* чаще линейная, дугообразная, реже звездчатая. Вследствие сокращения подлежащих тканей, подсыхания краев раны, локализации повреждения и ряда других факторов первоначальная форма раны может измениться, поэтому решение вопроса о входном или выходном отверстии по форме раны будет затруднено.

При проникновении в тело пуля обтирает по краям входного отверстия те частицы, которые на ней находятся (следы смазки, копоти, порохового нагара, ржавчины и пр.), образуя в окружности отверстия так называемый *поясок обтирания* или загрязнения сероватого цвета. При наличии на теле одежды наиболее хорошо поясок обтирания виден на первых слоях ее, на последующих же он выражен слабее. В области выходного огнестрельного отверстия поясок обтирания не образуется.

В месте входа пуля сначала втягивает, а затем пробивает кожу; при этом она своей боковой поверхностью трется об обтягивающую ее кожу и сдирает поверхностные слои (эпидермис), вследствие чего образуется *поясок осаднения* шириной 1—2 мм. В образовании этого пояска имеет значение также меньшая эластичность эпидермиса по сравнению с собственно кожей. Вследствие этого эпидермис растрескивается и легко осадняется.

Путь, который проходит пуля в теле, называется *раневым огнестрельным каналом*. Направление раневого канала не всегда соответствует прямой линии, соединяющей входное и выходное отверстия, так как пуля может изменять направление движения в теле. Установление направления пулевого канала производится при внутреннем судебно-медицинском исследовании трупа. Оно имеет большое значение для решения вопроса о направлении выстрела, а в ряде случаев — о взаиморасположении пострадавшего

и нападавшего, положении тела человека в момент причинения ранения.

Пулевые каналы можно разделить на прямые и не прямые, прерывистые и непрерывные. Прямой непрерывный канал проходит через все органы по одной линии; прерывистый образуется за счет смещения органов по отношению друг к другу. Непрямые каналы образуются при изменении направления полета пули в результате столкновения пули с костью, более плотными тканями и др. Прерывистыми не прямые каналы чаще всего бывают при попадании пули в полость позвоночника, кишечника и пр., в которых она может пройти какое-то расстояние, а затем выйти в другом месте.

Характер огнестрельного канала зависит в первую очередь от особенностей строения органов и тканей. Наиболее трудно определить раневой канал в жировой клетчатке, мышцах, поскольку они обильно пропитываются кровью. В паренхиматозных органах наблюдаются звездчатые разрывы, вследствие растрескивания ткани в области входного отверстия и образования циркулярных и радиальных трещин по ходу канала. Полые органы имеют небольшие входные и значительные выходные отверстия, а в ряде случаев в силу гидродинамического действия пули наполненные полые органы разрываются.

Для плоских костей (черепа, лопатки, крыльев подвздошных костей, грудины) наиболее характерным является дырчатый перелом. Раневой канал в таких костях имеет вид воронки или усеченного конуса, расширяющегося в сторону полета пули. При перпендикулярном вхождении пули на наружной пластинке образуется круглое отверстие, диаметр которого равен или чуть меньше диаметра пули, что имеет определенное значение для установления калибра оружия.

**Слепые огнестрельные ранения** образуются при небольшой кинетической энергии пули. Перед внутренним исследованием трупа со слепым огнестрельным ранением необходимо прощупать область предполагаемого места выхода пули, которая может быть извлечена при небольшом дополнительном разрезе мягких тканей. При экспертизе слепых огнестрельных ранений наибольшее значение имеет обнаружение и изъятие пули для дополнительных исследований.

Особенности **касательных огнестрельных ран** освещены в судебно-медицинской литературе недостаточно. Распознавание пулевого происхождения касательных ран больше всего осложняется в тех случаях, когда при экспертизе живых лиц в ране обнаруживается воспалительно-гнойный процесс или касательное поврежде-

ние подвергалось хирургической обработке. Под повреждением «по касательной» понимают пулевое ранение, при котором пуля входит в округлую часть тела (бедро, плечо, голень, предплечье, бок туловища) под острым углом и выходит близко от входа. Каналы подобных ранений часто проходят под кожей, реже задевают мышцы и внутренние органы, близко расположенные к поверхности тела.

*Определение дистанции выстрела.* Под дистанцией выстрела понимается расстояние между дульным срезом ствола оружия и поверхностью повреждаемого тела. В судебной медицине различают три дистанции: *выстрел в упор*, *выстрел с близкого расстояния* и *выстрел с неблизкого расстояния*. Такое разделение обусловлено своеобразным распределением дополнительных факторов выстрела.

*Под выстрелом в упор* понимается выстрел из оружия, плотно (полный герметический упор), неплотно (неполный герметический упор) или боковой частью (боковой упор) прижатого к поверхности тела. Основными признаками выстрела в упор являются: расположение дополнительных факторов внутри раневого канала или на небольшой части кожи вокруг огнестрельной раны, разрывы кожи и «штанцмарка» — отпечаток (ссадина) дульного среза ствола оружия, а также алое, красное окрашивание тканей в области входного отверстия (карбоксигемоглобин).

*Под близкой дистанцией выстрела* признают такое расстояние между дульным срезом ствола оружия и поверхностью повреждаемого тела, когда действуют дополнительные факторы выстрела — пламя, газы, копоть, порошинки. Цифровое выражение расстояния близкого выстрела зависит от системы оружия, степени его изношенности, а также характера и состояния боеприпасов.

*Под выстрелом с неблизкого расстояния* рассматривают выстрел с такой дистанции, когда на тело действует только пуля, а дополнительные факторы выстрела не обнаруживаются.

*Особенности огнестрельных повреждений при рикошете и преодолении пуль преград перед ранением.* При столкновении пули с преградой под углом менее  $15^\circ$  пуля не входит в преграду, а изменяет свое направление. Изменение направления полета пули от встречи с преградой называется рикошетом. Пуля может рикошетировать от любой преграды, но чаще от плотных предметов, например каменной стены, ветки дерева, края пуговицы и пр.

При рикошете пуля не только изменяет свое направление, но зачастую и правильность своего полета. При этом эксцентричная пуля летит, кувыркаясь, и может причинить повреждения различными частями — боковой поверхностью, донышком и т.п. Наи-

более резко это проявляется у остроконечных пуль. Кроме того, при столкновении с преградой пуля может деформироваться, и вследствие этого возникают раны неправильной формы, нередко симулирующие повреждения другими предметами.

Большое значение для разрешения вопроса о возможном рикошете пули имеет обнаружение нескольких огнестрельных ранений неправильной формы, которые чаще всего бывают слепыми. В мягких тканях в этих случаях обнаруживаются части оболочки, сердечника и др. Реже образуются сквозные ранения. При экспертизе подобных случаев наиболее важным является извлечение всех частей пули для последующего определения вида оружия.

Если выстрел произведен через какие-либо предметы или пуля перед повреждением тела человека преодолевала преграду (дверь, деревянную перегородку, некачественный бронежилет и пр.), последняя может частично или полностью защитить тело от факторов близкого выстрела. Часто преграда вызывает замедление скорости полета пули, что приводит к появлению слепых ранений. Нередко частицы преграды заносятся пулей в раневой канал, что может помочь выяснению механизма образования повреждений.

При экспертизе огнестрельных повреждений, когда возникают подозрения о возможном рикошете пули или же о преодолении пулей какой-либо преграды, большое значение имеет осмотр места происшествия. При рикошете пули от твердых предметов на них остаются следы воздействия пули. Обнаружение на преградах следов дополнительных факторов выстрела позволяет более правильно разрешить вопрос о дистанции выстрела, возможности ранений из определенного вида оружия или местоположения стрелявшего.

*Особенности повреждений из охотничьего оружия.* Для судебно-медицинской практики в основном имеют значение повреждения из гладкоствольного оружия. Характер образующихся при этом виде оружия повреждения зависит от калибра оружия, характера заряда и снаряда патронов.

Определение дистанции выстрела из охотничьего оружия производится по характеру входного огнестрельного отверстия, отложению на коже дополнительных факторов выстрела, а также по рассеиванию дробинок. Степень рассеивания дроби зависит от системы оружия, его калибра, количества пороха, размеров и формы дроби, характера пыжа. Для точного определения дистанции выстрела большое значение имеют экспериментальные выстрелы.

*Ранения от взрыва гранат, запалов, мин, снарядов.* Взрыв представляет собой очень быстрое выделение энергии в результате физических, химических или ядерных изменений вещества. Наи-

более часто взрывы осуществляются с помощью взрывчатых веществ, к которым относятся тротил, аммонал, мелинит и многие другие. Взрываемый снаряд содержит заряд взрывчатых веществ, средство инициирования взрыва (детонатор, запал) и оболочку, которая может быть металлической, деревянной, пластмассовой. Взрываемые снаряды могут и не иметь оболочки (например, шашка тротила).

Кроме таких снарядов, взрывными свойствами обладают некоторые газообразные и пылевоздушные смеси (пары бензина, ацетона, водород, метан, угольная, мучная, сахарная пыль и др.). Могут взрываться закрытые емкости со сжатыми газами, паровые котлы и т.п.

В зависимости от характера боеприпасов и расстояния от них до повреждаемой области картина повреждений при взрывах гранат, мин и снарядов может быть различной. Она зависит от действия возникающих при взрыве металлических осколков, воздействия взрывной волны, кусков земли, дерева и других вторичных снарядов.

Особенностью ранений при взрывах снарядов, гранат, мин является их множественность. Нередко осколки поражают почти всю поверхность тела, обращенную к месту взрыва; при этом имеют место многочисленные повреждения головы, туловища и конечностей. Форма и размеры повреждений могут быть самыми разнообразными, что зависит от величины и особенностей образующихся осколков. При рентгенологическом исследовании пораженной области выявляются многочисленные осколки в мягких тканях.

Характер повреждений одежды (так же как и тела) во многом определяется дистанцией взрыва. При неблизком взрыве, когда повреждения причиняют осколки оболочки снаряда, на одежде могут образоваться повреждения, напоминающие пулевые. Если же одежда находилась в зоне действия продуктов взрыва, то возникают ее обширные повреждения, обгорание, опаление, закопчение. В таких случаях судебно-медицинский эксперт испытывает затруднения при описании повреждений одежды, а также тела. Описание осколочных ранений практически проводится по той же схеме, как и огнестрельных пулевых ран.

Следует упомянуть и о компетенции судебно-медицинского эксперта в отношении исследования взрывной травмы, которая не должна выходить за пределы установления факта повреждений, причиненных взрывом, и должна включать описание характера, объема и локализации полученных повреждений на трупе и его одежде, а также установление возможной позы и удаления от центра взрыва. Все остальные вопросы, связанные с установлением

природы взрыва, типа использованного взрывчатого вещества, массы заряда, особенностей конструкции взорванного устройства, способа взрыва, механизма приведения в действие, входят в компетенцию эксперта-взрывотехника. Только использование профессиональных познаний при исследовании взрывной травмы путем проведения ряда экспертиз (судебно-медицинской, взрывотехнической, комплексной экспертизы материалов и т.д.) позволит получить максимум доказательной информации по уголовному делу, возбужденному по факту взрыва. Взрыв, помимо смертельных исходов, в ряде случаев сопровождается причинением несмертельных взрывных повреждений.

Воздействия факторов взрыва, и прежде всего воздушной взрывной волны, способны вызвать как поражения, проявляющиеся непосредственно после воздушной контузии (потери сознания, потери или снижения слуха), так и отдаленные-клинические проявления в виде различных неврологических расстройств, тугоухости, нейроциркуляторной дистонии. Причину отдаленных клинико-физиологических последствий и их связь с пребыванием в зоне действия факторов взрыва трудно установить, если соответствующее медицинское обследование очевидцев события не было проведено непосредственно после взрыва с привлечением специалистов соответствующего профиля (невропатолога, отоларинголога, терапевта, травматолога и других специалистов). Установление такой связи при экспертной оценке состояния здоровья официально не обследованных лиц, предъявляющих характерные жалобы через месяцы и годы после воздействия взрыва, нередко затруднено в силу большого временного разрыва между нанесением травмы и обследованием.

## **РАЗДЕЛ 4 РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ОСТРОГО КИСЛОРОДНОГО ГОЛОДАНИЯ**

### **Глава 19. КИСЛОРОДНОЕ ГОЛОДАНИЕ**

В судебно-медицинской практике большое внимание уделяется диагностике и изучению расстройства здоровья, а также смерти и изменений, которые возникают в результате кислородного голодания. Кислородное голодание (гипоксия) представляет собой

следствие недостаточного поступления в организм или недостаточного использования тканями кислорода.

Изучение влияния кислородного голодания на организм человека и его последствий необходимо для разработки многих проблем судебной медицины в связи с встречающимися в судебно-следственной практике различными видами кислородного голодания. Выделяют следующие виды гипоксии в связи с причинами, вызывающими кислородную недостаточность.

*Дыхательная гипоксия* возникает из-за недостаточного насыщения крови кислородом в легких и, следовательно, недостаточного напряжения кислорода в артериальной крови. Она обусловлена: уменьшением содержания кислорода во вдыхаемом воздухе, расстройством регуляции дыхания, поражением легочной ткани (например, при воспалительных процессах в легких и других патологических процессах).

*Застойная гипоксия* обусловлена замедлением тока крови или недостаточностью притока ее к отдельным органам. Она наблюдается при расстройствах кровообращения, хронической сердечной недостаточности, а также при шоке. При нормальном насыщении крови кислородом общий объем кислорода, поступающего к тканям в единицу времени, уменьшается в связи с причинами, вызывающими кислородную недостаточность.

*Анемическая гипоксия* обусловлена недостаточным количеством гемоглобина в крови, в результате чего понижается и общее количество кислорода. При этой форме гипоксии понижена кислородная емкость крови вследствие уменьшения гемоглобина (например, при острых и хронических анемиях, изменении состояния крови в результате воздействия кровяных ядов).

*Тканевая гипоксия* возникает при уменьшении способности тканей использовать доставляемый им кислород. Так, при отравлении цианидами понижена окислительная способность тканей.

Перечисленные основные формы гипоксии встречаются в чистом виде, а в тех случаях, когда имеют место несколько причин, вызывающих различные формы гипоксии одновременно, они встречаются и в смешанном. Всегда следует помнить, что гипоксия вызывает значительные нарушения в организме человека, приводящие в конце концов к его смерти.

В развитии кислородного голодания наблюдается несколько периодов. Первый период инспираторной одышки вскоре сменяется экспираторной одышкой, за которой наступает общее судорожное сокращение отдельных мышц, обусловленное возбужде-

нием коры головного мозга. Затем следует дыхательная пауза, продолжающаяся 1—2 мин. После паузы возникают так называемые терминальные дыхания. Их обычно несколько, они продолжаются 1—2 мин. Вслед за этим развивается паралич дыхания. Артериальное давление вначале повышается, что объясняется возбуждением сосудосуживающего центра углекислотой, накапливающейся в крови, затем вследствие паралича этого центра кровяное давление падает. Сердечная деятельность сначала ускоряется, впоследствии резко замедляется. Иногда наблюдаются кратковременные ускорения сердечных сокращений и, наконец, остановка сердца.

Общая продолжительность острой гипоксии у человека равна 5—7 мин, после чего наступает смерть. То обстоятельство, что сердечная деятельность продолжается после остановки дыхания, имеет практическое значение, так как это позволяет восстановить жизненные функции организма при острой гипоксии (например, при повешении, утоплении).

Несомненно, что течение гипоксии зависит от индивидуальных особенностей организма (например, возраста, типа высшей нервной деятельности и ряда других).

В зависимости от причин, вызывающих острое кислородное голодание, различают следующие его виды:

- от механических причин;
- от действия ядовитых веществ;
- от недостатка кислорода во вдыхаемом воздухе;
- от потери крови;
- при ряде патологических состояний.

В судебно-медицинской практике преимущественное значение имеют те виды кислородного голодания, которые развиваются вследствие механических препятствий для дыхания.

## **Глава 20. МЕХАНИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ**

**Под асфиксией понимается остро протекающий патологический процесс, возникающий в связи с недостатком кислорода в крови и тканях и накоплением в организме человека углекислоты. Состояние асфиксии в судебно-медицинской практике чаще всего развивается при механических затруднениях поступления кислорода в организм и удаления из него углекислоты. Различают следующие виды механической асфиксии:**

**1. Странгуляционная асфиксия (повешение; сдавление петлей; Удушение руками).**



2. Обтурационная асфиксия (закрытие дыхательных отверстий носа и рта; закрытие дыхательных путей инородными телами; утопление).

3. Компрессионная асфиксия (от сдавления груди и живота) сыпучими или массивными предметами.

Эти виды имеют свои особенности механизмов развития и морфологических изменений.

**Повешением** называется такой вид механической асфиксии, при котором петля, наложенная на шею, затягивается под тяжестью самого тела. Данный вид странгуляционной асфиксии — самый распространенный вид механической асфиксии, что имеет существенное значение для судебно-медицинской практики. Для правильной диагностики и оценки смерти от повешения важно тщательно изучить обстоятельства происшествия, осмотреть место происшествия, вещественные доказательства и исследовать труп человека.

При осмотре места происшествия необходимо обращать внимание на окружающую труп обстановку, положение и позу трупа, петлю и материал, из которого она сделана, узлы петли, положение ее на шее, закрепление неподвижного конца петли.

Поза трупа при повешении имеет существенное значение для выяснения происшедшего. Обычно несведущие лица представляют, что повешение может произойти только при том условии, если тело человека будет висеть в петле, не касаясь поверхности земли. На самом деле такое положение трупа наблюдается в виде исключения. Чаще тело человека касается земли либо каких-нибудь предметов. Повешение может произойти в положении стоя, когда повесившийся человек касается пола ступнями полностью или пальцами; сидя; в полусидящем положении; лежа; полулежа. Необычная поза повесившегося иногда заставляет предполагать наличие психического расстройства у повесившегося человека.

Материал, из которого сделана петля, важен для дальнейших исследований. Обычно применяется тот материал, который имеется под рукой или к которому данный субъект в силу своей профессии имел доступ: электрошнур, проволока, марлевые бинты и т.п. Для петли нередко применяются и предметы собственного туалета: поясные ремни, шарфы, косынки, чулки и т.д. Встречаются петли из необычного материала, специально сделанные, сложенные из нескольких разнородных материалов. Были случаи, когда для петли применялся необычный, неудобный для завязывания материал (например, трудно гнущаяся железная проволока).

ка). Применение подобного материала также может указывать на самоубийство.

При осмотре петли необходимо обследовать место ее прикрепления, определить ее длину, чтобы установить, возможно ли повешение человека определенного роста при такой длине петли и этом положении. Узлы петли могут иметь профессиональный характер, что в свою очередь может помочь раскрытию преступления. Прикрепление неподвижного конца петли, которое следует осмотреть на месте, не развязывая и не снимая петли, также имеет значение. Осматривая место прикрепления петли, следует обращать внимание на направление волокон веревки в месте ее прикрепления, чтобы можно было судить о направлении натяжения петли. Иногда по направлению волокон удается определить, что веревка подтягивалась в направлении, обратном тяжести тела, и, следовательно, не она непосредственно прикреплялась на месте, а тело подтягивалось в петле, что наблюдается при убийстве посредством повешения.

Положение петли и ее узла на шее может быть различным. Наиболее частое, т.е. типичное, расположение петли на шее таково, что узел ее располагается в области затылка. При атипичном расположении петли узел располагается на боковых поверхностях шеи или в области подбородка.

Петля бывает скользящей, когда она свободно может расширяться и сужаться на поверхности шеи, и быть завязанной неподвижным узлом, когда передвижение петли невозможно. Петля с шеи должна сниматься так, чтобы узел ее остался неразвязанным. Для этого петля перерезается в месте, противоположном узлу, снимается с шеи и ее перерезанные концы сшиваются. Если петля состоит из нескольких оборотов, то каждый ее оборот в отдельности перерезается и сшивается различного цвета нитками. Это практикуется с целью исследования узла петли. Развязывание петли лишает следователя возможности исследовать затем ее узел. Петлю помещают в полиэтиленовый пакет и упаковывают обычным способом. В случаях, когда материал петли влажный или на ней имеется невысохший след крови, петлю упаковывают в бумажный пакет. Должен быть изъят также конец петли, закрепленный на опоре с неповрежденными узлами. Петля передается судебно-медицинскому эксперту, который будет проводить исследование трупа.

**Повешение** является таким видом гипоксии, при котором **механизм смерти** развивается наиболее типично для острого кислородного голодания. При повешении можно проследить все фазы **Развития** гипоксии.

При наложении петли на шею и последующем затягивании ее корень языка поднимается в направлении задней стенки глотки и закрывает просвет верхних дыхательных путей, вследствие чего и развивается гипоксия. Однако нужно иметь в виду, что просвет гортани не всегда закрывается полностью.

В механизме смерти при повешении большое значение имеет сдавление сосудисто-нервного пучка, в частности сонных артерий, блуждающих нервов, давление на каротидный синус, где имеются обширные рефлексогенные зоны. Сдавление сосудисто-нервного пучка приводит к быстрой потере сознания вследствие расстройства и прекращения мозгового кровообращения. Быстрая потеря сознания и объясняет тот факт, что повесившийся никогда самостоятельно не освобождается из петли. Смерть при повешении наступает обычно через 4—5 мин после сдавления шеи от паралича дыхательного центра. Сердечная деятельность продолжается некоторое время после остановки дыхания.

У лиц, возвращенных к жизни после извлечения из петли, наблюдается ряд так называемых постстрангуляционных расстройств как со стороны психической деятельности, так и внутренних органов. Местные изменения в области сдавления шеи характеризуются наличием расстройств кровообращения и лимфообращения и воспалительных изменений по ходу странгуляционной борозды, которая может сохраняться несколько дней и даже 1—2 недели. Сдавление шеи приводит к развитию афонии, парезу голосовых связок, расстройству глотания, застойным явлениям в малом кругу кровообращения. В одних случаях удается полностью вернуть человека к жизни. При этом нередко наблюдаются явления амнезии на более или менее длительный промежуток времени, предшествующий повешению. Известны случаи постепенного, длительного выздоровления. В других случаях сознание не возвращается, развивается быстрый отек легких, воспаление нейrogenного происхождения вследствие сдавления блуждающих нервов, и наступает смерть в ближайшие часы или дни. Наблюдается и ряд других расстройств, вплоть до психических заболеваний. Возникающие изменения и расстройство функций обусловлены острым кислородным голоданием, в частности, центральной нервной системы.

При наружном осмотре трупа трупные пятна оказываются резко выраженными. Расположение их зависит от позы, в которой произошло повешение, и продолжительности пребывания тела в петле. Расположение трупных пятен и отсутствие их перемещения при длительном пребывании тела в петле позволяют установить позу, в которой произошло повешение. Трупные пятна рез-

ко выражены у молодых крепких субъектов. У лиц пожилых либо истощенных какими-либо хроническими заболеваниями трупные пятна выражены слабо.

При осмотре естественных отверстий иногда наблюдается выделение крови или кровянистой жидкости из отверстий носа. Язык может выступать и быть ущемленным между зубами. Выступающий кончик языка обычно подсыхает. В коже лица, особенно век, в конъюнктивах наблюдается большое количество экхимозов. Лицо иногда одутловатое, синюшное. Если труп быстро извлекли из петли, то цианоз лица частично исчезает. Половой член, особенно при вертикальном положении, оказывается напряженным. Из отверстия мочеиспускательного канала выделяются капли семенной жидкости, которую можно обнаружить на бедре в виде засохших корочек. Отмечается и выделение кала.

Основным признаком повешения является странгуляционная борозда. Последняя представляет собой отпечаток петли на шее и нередко повторяет строение материала, из которого сделана петля. При осмотре обращают внимание на направление, характер, вид, консистенцию, цвет и другие особенности странгуляционной борозды. По направлению различают странгуляционную борозду типичную или атипичную и соответствующие ей типичную и атипичную петли. При повешении странгуляционная борозда оказывается, как правило, незамкнутой. Между ее концами имеется свободный от давления промежуток кожи в связи с тем, что концы петли поднимаются по направлению к узлу. Узел, упирающийся в кожу на некотором расстоянии от странгуляционной борозды и выше ее, иногда также оставляет на коже след, который может приниматься за знак насилия, ссадину и т.д.

При осмотре трупа, извлеченного кем-либо из петли, на месте происшествия необходимо следственным путем установить первоначальное положение тела и позу трупа, локализацию петли на шее, найти саму петлю.

В тех случаях, когда странгуляционная борозда образовывалась несколькими оборотами петли, между ними иногда ущемляются валики кожи, на вершине которых можно обнаружить точечные кровоизлияния, что является доказательством прижизненного происхождения борозды.

Из других изменений в области шеи при повешении встречаются кровоизлияния в мышцы, особенно кровоизлияния в месте прикрепления грудинно-ключично-сосковых мышц. Эти кровоизлияния не всегда заметны при наружном осмотре мышц и обнаруживаются лишь на разрезе. Поэтому в каждом случае пове-

шения эксперт разрезает и осматривает толщу грудино-ключично-сосковых мышц в месте их прикрепления к груди и ключицам.

**Удавление петель** представляет собой сдавление шеи петлей, затягиваемой посторонней или собственной рукой или же какой-нибудь тяжестью, а также движущейся частью машины, отличающейся от повешения, при котором петля на шее затягивается тяжестью самого тела, опускающегося в петле. При осмотре трупа следует обращать внимание на те же особенности, что и при повешении.

Материалом для петли, как и при повешении, служат различные предметы, обычно имеющиеся под рукой: веревка, предметы туалета, шнурки, тесемки, полотенце. Иногда на шее обнаруживают не одну, а несколько петель (из различных материалов), наложенных одна на другую. Петли могут иметь один или несколько оборотов.

Прежде всего необходимо убедиться в действительном наступлении смерти и при малейшем сомнении освободить пострадавшего от петли и оказать ему первую медицинскую помощь. Если же сомнений в наступлении смерти нет, петлю следует подробно осмотреть на месте, отметить материал, из которого она сделана, узлы, их расположение, характер и особенности, после чего снять петлю таким же порядком, как это делается при повешении.

Петли на шее могут располагаться по-разному. В одних случаях они находятся выше щитовидного хряща, в других — проходят через гортань, в третьих — ниже щитовидного хряща. Расположение петли при удавлении горизонтальное. В петле иногда обнаруживаются вставленные посторонние предметы, так называемые «закрутки» (например, палки, щепки). Это делается для того, чтобы туго затянуть петлю. Наличие их обычно указывает на затягивание петли собственной рукой.

Расположение узлов также имеет значение. При наложении петли собственной рукой узел, как правило, находится спереди или сбоку, там, где для собственной руки доступнее его завязать. При наложении петли посторонней рукой узел располагается чаще сзади, но это совсем не обязательно. При наложении петли человеку, находившемуся в беспомощном состоянии (например, пьяному), узел может быть завязан и спереди. Следовательно, расположение узла на шее в отношении указания на действие собственной или посторонней руки имеет относительное значение.

Петля может быть накинута на расположенные на поверхности шеи части одежды (воротник, шарф, кашне и т.п.). Это более характерно для наложения петли посторонней рукой.

Развитие симптомов задушения при удушении петлей зависит от характера сдавления шеи. Оно бывает очень быстрым, резким и сильным, особенно при затягивании петли посторонней рукой. Относительно медленное и неполное сдавление шеи наблюдается при затягивании петли на шею собственной рукой. Поэтому и течение задушения различно.

Сознание в обоих случаях теряется очень быстро вследствие расстройства кровообращения в мозгу и кислородного голодания головного мозга. При быстром сдавлении шеи петлей смерть наступает скорее, как обычно и при повешении, через 4—5 мин. При затягивании петли собственной рукой полного сдавления, закрытия просвета трахеи может и не быть. Поэтому задушение протекает медленно и гипоксия развивается продолжительнее.

При затягивании петли на шею сдавливаются шейные вены и сонные артерии, просвет которых может быть закрыт полностью. Одновременно сдавливаются и нервные стволы. Приток крови к головному мозгу и отток резко нарушаются. Остро развивающаяся гипоксия сопровождается резким венозным застоем. Появляются судороги, опорожняются кишечник и мочевого пузырь, и в ближайшие 4—5 мин наступает смерть человека.

Механизм наступления смерти при удушении петлей, как и при повешении, сложный. Для наступления смерти имеет значение, во-первых, острое и резкое расстройство мозгового кровообращения, развитие кислородного голодания центральной нервной системы и, во-вторых, сдавление блуждающих нервов, его ветвей и каротидных синусов. При этом наступлению шока может способствовать повреждение хрящей гортани, а у пожилых людей даже наблюдается внезапная рефлекторная остановка сердца.

Обнаруживаемые при исследовании трупа морфологические изменения зависят от силы сдавления шеи петлей и длительности пребывания петли на шее.

При наружном осмотре обращает на себя внимание лицо пострадавшего. При длительном нахождении петли на шее сдавление вен приводит к резкому цианозу кожных покровов лица и шеи выше расположения петли, отечности тканей и развитию одутловатости лица. На коже лица, особенно век, множественные точечные экхимозы темно-синего или красноватого цвета. В конъюнктивах и на склерах они могут быть очень крупными. Нередко язык выступает из полости рта и ущемляется зубами. Слизистая его также резко синюшна.

Действительным признаком удушения петлей является странгуляционная борозда. Она располагается соответственно имевшейся петле, повторяет ее ходы и обороты в смысле строения и числа

оборотов. Странгуляционная борозда при удавлении петлей образуется горизонтально по отношению к продольной оси тела, что отлично от расположения странгуляционной борозды при повешении. Странгуляционная борозда бывает обычно замкнутой, глубоко вдавленной.

При внутреннем исследовании трупа обнаруживается резкий венозный застой мозга и его оболочек. В слизистой полости рта, в области корня языка, задней и боковой стенок глотки, надгортанника нередко встречаются крупные экхимозы. Кровоизлияния наблюдаются в клетчатке по ходу пищевода. При сильном сдавлении шеи петлей могут быть обнаружены также кровоизлияния в мышцах по ходу странгуляционной борозды. Встречаются переломы рожков подъязычной кости, щитовидного хряща и хрящей гортани.

Обширные повреждения указывают на то, что петля затянута посторонней рукой. При макроскопическом и микроскопическом исследованиях внутренних органов обнаруживаются изменения, наблюдающиеся при острой смерти.

*Удавление руками.* Механическое задушение может быть вызвано сдавлением шеи руками, что приводит к быстрой потере сознания вследствие сдавления сосудисто-нервных пучков. Смерть может наступить от гипоксии либо от шока в результате рефлекторной остановки сердца вследствие раздражения ветвей блуждающего нерва, особенно верхнегортанных нервов. Смерть от шока и остановки сердца скорее наступает у пожилых людей или у лиц с заболеванием сердечно-сосудистой системы, а также при обширных повреждениях хрящей гортани.

При наружном осмотре трупа вскоре после наступления смерти кожа лица обычно резко цианотична. В конъюнктивах имеются мелкие и крупные экхимозы. Но спустя некоторое время она бледнеет вследствие посмертного отека крови. Также обнаруживаются и признаки, характерные для удавления руками, а именно: наличие множественных ссадин различной величины и формы, располагающихся на боковых поверхностях шеи, иногда на передней поверхности ее, в области подбородка, углов нижней челюсти, окружности отверстий носа и рта, когда удавление рукой сопровождается и закрытием дыхательных отверстий. У грудных и новорожденных детей ссадины часто располагаются и на задней поверхности шеи, так как рука взрослого человека охватывает шею ребенка полностью.

Типичными следами этого насилия являются ссадины полукруглой формы. При тщательном осмотре их можно найти среди других ссадин. Большей частью ссадины на коже шеи бывают неправиль-

ной формы, иногда очень обширные. Это объясняется сопротивлением жертвы, а также силой, которую применяет преступник.

Наряду с ссадинами в тех же областях встречаются и множественные подкожные кровоподтеки обычно округлой формы, диаметром около 1 см, синевато-багрового цвета, которые легко обнаруживаются при осмотре трупа.

При внутреннем исследовании, проводимом судебным медиком, в мягких тканях шеи как в подкожной клетчатке, так и в мышцах, в клетчатке вокруг гортани и пищевода могут обнаруживаться кровоизлияния, в некоторых случаях весьма обширные. Встречаются кровоизлияния в щитовидную железу и вокруг гортани, особенно при повреждениях хрящей гортани, рожков подъязычной кости и щитовидного хряща.

В случае отсутствия каких-либо повреждений при наружном осмотре трупа кровоизлияния обнаруживаются при вскрытии трупа под кожей и в глубже лежащих тканях. Однако нужно иметь в виду, что при острой смерти в области шеи могут самопроизвольно возникать крупные кровоизлияния в клетчатке на передней поверхности шейного отдела позвоночника, вокруг пищевода, по ходу сосудисто-нервного пучка, которые иногда принимают за травматические кровоизлияния от сдавления шеи петлей. Они распространяются вдоль позвоночника до аорты и вдоль последней. Глубокое расположение кровоизлияний в местах, недоступных давлению пальцев руки, позволяет отличать их от травматических.

При смерти от сдавления шеи рукой повреждения и следы их могут отсутствовать. Это возможно в тех случаях, когда жертва находилась в беспомощном состоянии, когда жертвой был ребенок, пожилой человек, когда давление производилось через какую-либо прокладку: шарф, платок, воротник, находившиеся на шее жертвы.

Судебно-медицинская диагностика удушения руками основывается на обнаружении на коже следов от давления пальцами, кровоизлияний в подкожной клетчатке, глубоких тканях шеи, повреждений хрящей гортани. При исследовании трупа могут быть обнаружены: а) только ссадины в области шеи; б) ссадины и кровоизлияния; в) кровоизлияния в подкожной клетчатке и мышцах без ссадин; г) переломы рожков подъязычной кости и щитовидного хряща, хрящей гортани; д) отсутствие каких бы то ни было повреждений.

Но на коже шеи ссадины бывают иного происхождения, которые могут быть приняты за следы от сдавления шеи руками. Так, на коже шеи возникают ссадины от бритья тупой бритвой, воз-



возможные кожные заболевания (экзема), сопровождающиеся образованием корочек, особенно у детей, отпечатки находящихся на шее предметов (пуговиц от рубашки). Подобные изменения кожи, обнаруженные на трупе внезапно умершего человека, приводят к ошибке, особенно если судебно-медицинскую экспертизу проводит неопытный врач.

Отсутствие каких-либо признаков сдавления шеи рукой при прямых указаниях на такое насилие (например, в присутствии многих свидетелей) дает возможность предположить, что смерть последовала от шока.

Сдавнение шеи со смертельным исходом возможно только посторонней рукой. Невозможно случайное сдавление шеи другого человека со смертельным исходом, так же как и сдавление шеи собственной рукой.

*Закрытие отверстий носа и рта.* Смерть от задушения может быть вызвана закрытием дыхательных отверстий носа и рта какими-нибудь обычно мягкими предметами (ладонью, подушкой). При этом виде механической асфиксии имеет место обычное развитие острого кислородного голодания — гипоксии, отчего и наступает смерть. В некоторых случаях у лиц, погибших от закрытия дыхательных отверстий, удастся обнаружить изменения, позволяющие установить или заподозрить этот вид смерти.

Отверстия носа и рта могут закрываться руками. В этих случаях на коже в окружности носа и рта остаются следы от давления пальцами в виде ссадин, царапин, кровоподтеков. Нередко удастся обнаружить незначительные повреждения слизистой губ, особенно на внутренней их поверхности. Они могут зависеть и от прижатия губ к зубам, вследствие чего образуются кровоподтеки, ссадины и даже небольшие ранки слизистой.

Иногда отмечается уплощение носа, губ и бледная окраска кожи в этой области по сравнению с синюшной окраской окружающей кожи. Такие изменения обнаруживаются, как правило, в случаях, когда тело лежит лицом вниз, а отверстия носа и рта попадают на мягкий предмет (например, на подушку) и длительное время бывают прижаты. В полости рта и даже легких выявляются и посторонние частички (пушинки, перья от подушки). Но в некоторых случаях никаких изменений при осмотре трупа не обнаруживается.

При внутреннем исследовании можно отметить изменения, свойственные острой смерти: резкое застойное полнокровие внутренних органов, темная жидкая кровь в полостях сердца и венозных сосудах, многочисленные экхимозы под серозными покровами легких, сердца, кровоизлияния в слизистые дыхательных путей.

Отсутствие каких-либо изменений при наружном и внутреннем исследовании трупа представляет значительные трудности для судебно-медицинской диагностики этого вида задушения, поэтому возможны ошибочные заключения. Иногда не распознается смерть от закрытия дыхательных отверстий и ставится иной диагноз (например, смерть от отравления алкоголем или наркотиками).

При отсутствии каких-либо изменений, позволяющих объяснить наступление смерти, следует проводить тщательное гистологическое исследование внутренних органов трупа. Без такого исследования эксперт не может давать заключения о причине смерти.

*Закрытие дыхательных путей инородными телами.* При этом виде задушения механизм наступления смерти сложный и неодинаков в различных случаях. При данном виде задушения в дыхательные пути попадают инородные тела, которые в одних случаях закрывают вход в дыхательные пути, в других — проникают в дыхательные пути и закрывают полностью или частично их просвет, а в третьих вследствие своего незначительного объема, не закрывая дыхательные пути, вызывают раздражение дыхательных путей: гортани, голосовых связок, что приводит к рефлекторной остановке сердца. Следовательно, в таких случаях мы можем иметь дело и с непосредственной смертью от задушения, и со смертью от шока из-за раздражения дыхательных путей и рефлекторной остановки сердца. Этим и объясняется в одних случаях молниеносное наступление смерти, в других — смерть наступает от задушения при обычном течении асфиксии через 4—5 мин.

Известно, что инородные тела, попавшие в дыхательные пути, не всегда сразу приводят к смерти. Они могут находиться годами и десятками лет в просвете дыхательных путей, вызывая целый ряд патологических изменений в виде хронической пневмонии и бронхоэктазов.

Попавшее в дыхательные пути инородное тело иногда приходится удалять хирургическим путем. В некоторых случаях смерть наступает не сразу, а через несколько дней в результате нового раздражения инородным телом дыхательных путей и рефлекторной остановки сердца.

Диагноз этого вида задушения не представляет затруднений. У входа в гортань, в просвете трахеи или бронхов, обнаруживается инородное тело. Распознать механизм смерти, т.е. установить наступление смерти от асфиксии или от шока, можно по клинической картине, но не по изменениям внутренних органов, так как изменения в обоих случаях будут одинаковыми.

Утопление — закрытие дыхательных отверстий и путей жидкостью (водой, вином, нефтепродуктами и т.п.). Утопление может

произойти и без полного погружения тела человека и даже его головы в жидкость (например, случаи утопления в луже пьяных или страдающих эпилепсией, утопление в тазу или ведре малолетних детей и т.д.).

При погружении человека в воду происходит рефлекторная задержка дыхания, продолжающаяся 1 — 1,5 мин и даже больше в зависимости от тренировки. Первые вдохи в воде сопровождаются сильным кашлем, поскольку рефлексы еще сохранились. В этот период на поверхности воды в месте утопления появляются крупные пузыри, образующиеся вследствие выбрасывания из дыхательных путей воды, смешанной с воздухом. К этому времени обычно теряется сознание, а в середине или в конце второй минуты после погружения в воду развиваются судороги скелетной мускулатуры вследствие распространения по центральной нервной системе процесса перевозбуждения.

Затем тело делается неподвижным вследствие наступления разлитого охранного торможения коры. Активное сопротивление утоплению полностью прекращается, вследствие чего тело погружается на дно. В этот период аспирация жидкости происходит в наибольшем объеме. После дыхательной паузы наблюдаются отдельные терминальные акты дыхания в виде глубоких вдохов при широко открытом рте. Причем в этом случае вода беспрепятственно проникает в самые глубокие отделы бронхов, резко расширяет альвеолы и частично разрывает их стенки.

На картину и продолжительность утопления влияют многие факторы: температура воды, характер воды водоема (пресная или морская) и т.д. Судебно-медицинская диагностика смерти от утопления, особенно на загнивших трупах, вызывает большие трудности.

Основной вопрос при судебно-медицинской экспертизе трупа, извлеченного из воды, — определение причины смерти. Если смерть наступила от утопления, то при наружном и внутреннем исследованиях трупа выявляется комплекс различных признаков, которые наблюдаются не во всех случаях и диагностическая ценность которых неодинакова.

Среди наружных признаков утопления наиболее характерный — наличие в отверстиях рта и носа, в дыхательных путях мелкопузырчатой пены. Пена образуется от смешения воздуха, воды и слизи при спазмах бронхов в судорожном периоде утопления. Если на трупе, извлеченном из воды, пена отсутствует, то после массажа грудной клетки она может вновь появиться за счет выдавливания ее из дыхательных путей. Другие признаки являются лишь свидетельством пребывания трупа в воде (бледность кожных покровов, «гусиная кожа» и т.п.).

При внутреннем исследовании трупов утопленников выявляют: острую эмфизему легких, пятна Рассказова—Лукомского—Пальтауфа (расплывчатые бледно-красного цвета кровоизлияния под плеврой легких), наличие жидкости в желудке и тонком кишечнике, инородные тела (ил, водоросли, песок, глина) в глубоких отделах дыхательных путей. Одним из наиболее достоверных признаков утопления считается обнаружение во внутренних органах и костном мозге трубчатых костей планктона (диатомовых водорослей), совпадающих по своему составу с планктоном водоема, из которого был извлечен труп.

Основным показателем длительности пребывания трупа в воде является развитие на нем процессов **мацерации**, начавшейся уже в первые часы попадания трупа в воду. Под действием воды разрывается роговой слой эпидермиса, что внешне проявляется в набухании и сморщивании кожи и ее жемчужно-белом окрашивании. При длительном пребывании трупа в воде мацерированные слои кожи отторгаются от дермы. На кистях рук и стопах ног это приводит к отхождению поверхностных слоев кожи вместе с ногтями в виде «перчаток» или «чехлов». Мацерация выражена сильнее в местах с грубой, орозоленной кожей, главным образом на кистях и стопах.

*Сдавление груди и живота.* Смерть от механического задушения вызывается также препятствиями для дыхательных экскурсий вследствие сдавления грудной клетки и живота. Механизм смерти при данном виде задушения таков же, как и при других видах механической гипоксии, и смерть наступает быстро. При осмотре трупа на месте происшествия отмечают локализацию и позу трупа, часть тела, которая была придавлена, указывают сдавливающий предмет, его размеры и приблизительную массу.

При этом виде асфиксии обнаруживаются весьма характерные морфологические изменения. Кожа трупа, особенно верхней его половины, за исключением участков, подвергшихся давлению, представляется резко цианотичной, темного, сине-багрового цвета. На фоне ее появляется огромное количество мелких экхимозов, особенно в коже лица, в коже век и в конъюнктивах. На склерах они могут быть в виде крупных кровоизлияний. Лицо трупа нередко представляется одутловатым («экхимотическая маска»).

При вскрытии отмечается резкий венозный застой во внутренних органах. Легкие — резко застойные с рассеянными в них мелкими и крупными кровоизлияниями. Иногда легкие бывают светло-красного цвета, это так называемый «карминовый» отек легких. Также отмечается большое количество субплевральных экхимозов. На разрезах в легких часто обнаруживаются крупные

очаги кровоизлияний. Полости сердца и венозные сосуды переполнены темной кровью. Обширные кровоизлияния наблюдаются в мышцах груди, шеи, спины. Паренхиматозные органы брюшной полости — печень, почки — плотные, резко застойные. Такой же вид имеет и селезенка.

Большое количество кровоизлияний обнаруживается иногда в слизистых полости рта, гортани и трахеи. Резко застойна слизистая глоточного кольца. Эххимозы встречаются и под брюшиной, в частности в области диафрагмы. Морфологические изменения объясняются острым возникновением резких препятствий для оттока крови из органов и переполнением кровью венозной системы.

В некоторых случаях этот вид задушения сопровождается повреждениями внутренних органов, возникающими в связи со сдавлением груди и живота. При этом могут быть переломы ребер, разрывы внутренних органов — печени, сердца, селезенки, — кровоизлияния в полости тела. В подобных случаях речь может идти о конкуренции причин смерти — гипоксии, шоке, кровотечении.

С этим видом задушения приходится в основном встречаться при несчастных случаях в качестве производственной или транспортной травмы: при обвалах породы, песка в карьерах, на стройках; при придавливании кузовом автомашины, обвалившейся частью постройки или забора. Случайные сдавления человека могут быть также в многолюдной толпе.

Смерть от асфиксии в замкнутом пространстве редко встречается в судебно-медицинской практике. Эти случаи связаны с попаданием человека в ограниченный объем воздушного пространства (холодильники, герметичные отсеки судов, забои при завалах в шахтах). В последние годы участились случаи смерти у токсикоманов при использовании полиэтиленовых мешков для вдыхания паров растворителей или клея.

## **РАЗДЕЛ 5**

### **РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ**

#### **Глава 21. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЕЙСТВИЯ ЯДОВ**

Токсикология — наука о ядах и отравлениях. Токсикология разделяется на общую и частную. Первая изучает общие закономерности токсического действия различных веществ на организм, вторая исследует особенности действия отдельных ядов и ищет средства лечения вызываемых ими отравлений. Исторически наиболее ранней отраслью токсикологии является судебная токсикология.

Расстройство здоровья или смерть, вызванные действием ядовитых или сильнодействующих веществ, поступивших в организм извне, называется **отравлением**.

Определение же понятия яда вызывает известные затруднения. Прежде всего следует подчеркнуть, что абсолютных ядов нет, т.е. нет веществ, которые в любых условиях вызывают отравления. Токсическое вещество может стать ядом лишь при известных условиях, т.е. условия действия являются предпосылкой отравления, следовательно, они должны входить в понятие яда.

Ядом называется вещество, которое при поступлении в организм извне даже в малых количествах, при определенных условиях вызывает расстройство здоровья и смерть человека. Действие яда зависит от ряда условий.

*1. Условия, зависящие от самого яда:*

— количество: смертельная доза, т.е. минимальное количество ядовитого вещества, вызывающее смерть человека;

— состояние и вид приема (например, при приеме через рот яд быстрее действует, если он принят в растворе, а не в твердом виде);

— концентрация играет существенную роль в процессе отравления (например, соляная кислота в разведенном виде применяется как лекарство, то же количество концентрированной кислоты действует как яд);

— сопутствующие вещества существенно влияют на процесс отравления или его нейтрализацию (например, молоко способствует отравлению фосфорсодержащими ядами);

— длительность хранения яда и степень его сохранности оказывают влияние на отравление.

*2. Условия действия яда, зависящие от организма:*

— возраст (например, маленькие дети очень чувствительны к опию, алкоголю);

— состояние здоровья (например, на людях, страдающих хроническими заболеваниями, быстрее проявляется действие ядовитых веществ);

— масса тела. Смертельная доза яда прямо пропорциональна весу пострадавшего;

— пол (например, повышенная чувствительность женщин к ядам наблюдается при беременности);

— привыкание (например, к наркотикам, алкоголю и некоторым другим веществам).

*Условия действия яда, зависящие от внешней среды:*

— высокая температура и повышенная влажность воздуха способствуют отравлению окисью углерода;

— низкая температура способствует отравлению алкоголем, поскольку при этом происходит переохлаждение организма и снижение его реактивности.

Установить и доказать имевшее место отравление часто представляет для судебно-медицинского эксперта большие трудности. Во-первых, клиническая картина отравления обычно остается неизвестной, особенно к моменту вскрытия. Во-вторых, многие яды не оставляют в организме умершего человека каких-либо специфических изменений. Судебно-медицинская токсикология знает больше ядов, не дающих характерной морфологической картины, чем ядов, оставляющих в организме отравленного человека специфические изменения. Сходство секционных признаков ряда отравлений, имеющих одинаковую морфологическую картину, также затрудняет судебно-медицинскую диагностику. Существует три источника судебно-медицинских доказательств отравления. Первый из них объединяет все данные, которые относятся к периоду до наступления смерти и до исследования трупа. Вторым источником является исследование трупа. Третьим источником служат лабораторные методы исследования.

По происхождению все отравления можно разделить на случайные и умышленные. **Случайные отравления** встречаются чаще. Они бывают домашними, «медицинскими» и профессиональными. К случайным *домашним отравлениям* относится большинство отравлений. Они происходят вследствие небрежного хранения ядовитых веществ и употребления их детьми, в спешке, пьяными и т.д.

*«Медицинскими» отравлениями* называются отравления веществами, введенными медицинским персоналом с лечебной целью. Такие отравления, как правило, заканчиваются привлечением к уголовной ответственности медицинских работников.

Обычно *профессиональные отравления* встречаются в результате аварий на производстве или при несоблюдении правил техники безопасности.

**Умышленные отравления** могут быть самоубийством или убийством. При *самоубийствах* чаще используются доступные яды (уксусная эссенция, минеральные кислоты, каустическая сода и т.д.). Реже применяются лекарственные средства (снотворные, наркотики и др.).

*Убийства посредством отравления* в последние годы встречаются чаще. В большинстве случаев для этих целей применяются сильнодействующие вещества, не имеющие особого запаха и вкуса. К таким ядам относятся соединения мышьяка, которые доступны населению, поскольку входят в состав препаратов для борьбы с грызунами и насекомыми. В отличие от самоубийства при

отравлениях с целью убийства яд примешивают к пище, питью в небольших количествах, что иногда не сопровождается смертью человека.

## Глава 22. ЧАСТНАЯ ТОКСИКОЛОГИЯ

Рассмотрим отравления некоторыми ядовитыми веществами.

*Отравления кислотами.* Неорганические (серная, соляная) и органические (уксусная) кислоты оказывают резко выраженное местное действие, разрушая ткани. Возникающие при этом болевые раздражения чувствительных нервов нередко вызывают шок и быструю смерть, что наблюдается при приеме большой дозы концентрированных кислот. При переживании организмом этого состояния кислоты, всасываясь в кровь, оказывают и общее действие.

Серная кислота представляет собой маслянистую жидкость. Очищенная серная кислота — это бесцветная прозрачная жидкость, неочищенная — желтоватая или буро-желтая. Серная кислота обладает сильным разрушительным действием. Смертельная доза — 5 мл. Немедленно после приема кислоты появляются резкие боли в области рта и всего пищеварительного тракта, сильная рвота сначала с примесью алой крови, а затем бурыми массами (вследствие того что кровь под действием кислоты принимает бурый цвет). Одновременно с рвотой поднимается и сильный кашель из-за вдыхания паров или попадания капель кислоты в дыхательные пути.

От действия паров или самой кислоты на надгортанник и дыхательные пути развивается резкий отек гортани, голосовых связок, вызывающий резкие затруднения дыхания, в связи с чем иногда требуется даже проведение трахеотомии. Лицо отравившегося человека становится синюшным, зрачки расширяются. Отмечается падение и ослабление сердечной деятельности. Смерть наступает в первые 1—2 ч и иногда очень быстро.

При затянувшихся отравлениях развивается кровавый понос, судороги, икота, прекращение отделения мочи, глубокое обморочное состояние и смерть.

При приеме менее концентрированных растворов кислоты смерть может не наступить. Ожог пищевода заживает. Наблюдается рубцевание, последующее сужение и даже полная непроходимость пищевода, что в дальнейшем приводит к смерти от истощения.

**Соляная кислота** — это водный раствор хлористого водорода. Разведенная соляная кислота применяется в медицинской практике. Смертельная доза неразведенной соляной кислоты — 15—20 мл.

Клиническая картина сходна с клинической картиной при отравлении серной кислотой, отличаясь только меньшей выраженностью симптомов. Смерть обычно наступает от шока в первые



часы или даже минуты. При переживании организмом этого состояния в нем возникают тяжелые рубцовые изменения по ходу пищевода и в желудке.

Отравления соляной кислотой главным образом случайного происхождения, когда кислоту принимают или дают вместо другой жидкости, но встречаются и случаи самоубийства.

Уксусная кислота чаще встречается в быту в виде уксусной эссенции. Она содержит 50—80% уксусной кислоты. Столовый уксус содержит до 6% уксусной кислоты. Смертельная доза — 15 мл уксусной эссенции или стакан столового уксуса.

После приема кислоты появляется сильная рвота бурными массами, издающими характерный запах уксуса. Появляются сильные боли по ходу пищеварительного тракта, отек слизистой верхних дыхательных путей, иногда резкий кашель при отравлении концентрированной кислотой. Смерть наступает быстро. При переживании этого состояния у отравившегося человека развивается желтуха вследствие гемолиза эритроцитов, присоединяется понос бурными массами с примесью алой крови, повышается температура, в моче обнаруживается кровь, у женщин также могут появиться кровянистые выделения из влагалища. Смерть может наступить в первые часы от шока, при переживании этого состояния — от различных осложнений и иногда через продолжительный срок после отравления. Исход может быть такой же, как и при отравлении человека неорганическими кислотами.

*Отравления мышьяком.* Важнейшим из препаратов мышьяка является *мышьяковистый ангидрид*. Смертельная доза его при приеме составляет 0,1—0,2 г.

При поступлении мышьяковистого ангидрида внутрь чаще наблюдается желудочно-кишечная форма отравления. У пострадавшего отмечается металлический вкус во рту, рвота, сильная боль в животе. Рвотные массы — зеленоватого цвета. Жидкий стул напоминает рисовый отвар. Резкое обезвоживание организма сопровождается судорогами. Далее в результате разрушения эритроцитов развивается желтуха, гемолитическая анемия, острая почечная и печеночная недостаточность. Смерть может наступить в ближайшие часы после отравления.

*Отравление препаратами ртути.* Отравления могут вызвать неорганические препараты ртути (сулема, каломель, цианид ртути) и органические препараты (гранозан, диэтилртуть и др.). Из ядовитых соединений ртути практическое значение имеет *сулема*. Ее смертельная доза составляет 0,3—0,5 г.

При приеме сулемы внутрь развиваются симптомы острого отравления, клиническая картина которого зависит и от того, в

каком виде принята сулема — в виде раствора или таблеток. Во рту появляется металлический вкус, затем тошнота и рвота. Если были приняты таблетки, то рвота иногда бывает кровавая. Появляются боли в животе, затем понос с кровью. Слизистые оболочки рта и глотки приобретают медно-красную окраску. Развивается анурия, и смерть наступает от уремической комы чаще через 6—8 дней. Кроме этого, отмечается разрыхление и изъязвление десен, сопровождаемое дурным запахом изо рта. В некоторых случаях смерть наступает даже в первые сутки от ослабления сердечной деятельности.

*Отравление окисью углерода.* Окись углерода представляет собой бесцветный газ без запаха и в чистом виде встречается только в лабораторных условиях. Чаще образуется при неполном сгорании органических веществ. Обычно окись углерода встречается в смеси с различными газами в виде угарного газа, образующегося при топке неисправных печей, или выхлопных газов двигателей внутреннего сгорания автомобилей.

Окись углерода обладает повышенным избирательным действием на гемоглобин крови. Она вытесняет кислород из оксигемоглобина и образует карбоксигемоглобин. Замещая кислород, окись углерода вызывает гипоксию. В свою очередь окись углерода оказывает токсическое действие и непосредственно на ткани, угнетая тканевое дыхание вследствие соединения с железосодержащим дыхательным ферментом. Специфическое действие окись углерода оказывает и на центральную нервную систему, вызывая тяжелые изменения нервной ткани.

При вскрытии трупа кровь в сердце, сосудах, пазухах твердой оболочки имеет ярко-красный цвет, что передается и всем органам и тканям, имеющим такую же окраску. Особенно ярко окрашивается мышечная ткань.

*Отравление этиловым алкоголем.* Этиловый алкоголь содержится в спиртных напитках различной концентрации, иногда он употребляется в чистом виде. По своей распространенности интоксикации алкоголем занимают первое место среди других отравлений в Российской Федерации.

Токсические свойства алкоголя в первую очередь связаны с его преимущественным действием на центральную нервную систему. Под влиянием алкоголя происходит торможение коры головного мозга с освобождением подкорковых центров из-под ее контроля. Это влечет за собой вначале снижение внимания, критического отношения к своему поведению, состояние эйфории, нарушение координации и т.д. Затем состояние возбуждения постепен-

но сменяется угнетением, помрачением сознания, мозжечковыми расстройствами, нарушением теплового баланса.

Экспертиза лиц, подозреваемых в опьянении, производится в лечебных учреждениях. Факт опьянения и его степень устанавливаются на основании клинической картины (поведения, ориентировки, состояния соматической и неврологической сферы и т.д.), а также лабораторных данных.

Следует подчеркнуть, что никакой единственный вид исследования при экспертизе алкогольной интоксикации, особенно у живых лиц, не может дать во всех случаях исчерпывающего результата. Хотя наиболее объективным критерием является количественное содержание алкоголя в организме, и оно не всегда точно соответствует наблюдающейся степени опьянения. Поэтому научно обоснованное заключение о степени алкогольной интоксикации может быть дано только в результате комплексного исследования путем сопоставления данных клинического исследования и лабораторных анализов.

При судебно-медицинском исследовании трупов эксперту иногда приходится высказывать мнение о степени алкогольного опьянения покойного перед смертью, руководствуясь лишь данными о количественном содержании алкоголя в крови трупа. Для этого могут быть использованы специально разработанные ориентировочные данные о функциональной оценке различных концентраций алкоголя в крови. Например, через 1 ч после приема содержание алкоголя в крови в количестве 0,5—1,5‰ свидетельствует о слабом опьянении и характеризуется утомляемостью, эмоциональной лабильностью, некоторым нарушением координации движений как при мелких, так и при грубых движениях. При 1,5—2,5‰ имеет место опьянение средней степени — значительная эмоциональная неустойчивость, иногда опасная для окружающих, неясная речь, шатающаяся походка, нарушение психики, ориентировки, иногда резкая сонливость. Содержание 2,5—3,0‰ алкоголя в крови сопровождается сильным опьянением, при котором иногда возможен смертельный исход. При 3,0—5,0‰ алкоголя в крови отмечается острое отравление, опасное для жизни, при концентрации алкоголя в крови свыше 5,0‰ обычно наступает смерть.

Диагностика смерти от отравления алкоголем затрудняется еще и тем обстоятельством, что морфологические изменения при этом немногочисленны и весьма неспецифичны. Подозрение на отравление алкоголем может возникать, когда обнаруживаются признаки острой смерти и ощущается запах алкоголя от органов и полостей тела. Сильнее всего запах ощущается при вскрытии мягких

тканей груди и от поверхности разрезов легких и мозга. При вскрытии желудка запах алкоголя определяется не всегда, особенно если желудок переполнен пищей, находящейся в процессе брожения. Запах алкоголя может быть отмечен и от не вскрытого трупа. Следует подчеркнуть, что запах алкоголя иногда может почти не ощущаться, в то время как в крови и моче трупа обнаруживается большое количество спирта, и наоборот, при резком запахе часто в крови и моче находят небольшое количество алкоголя. Это зависит от быстроты наступления смерти после приема алкоголя. Например, при быстром наступлении смерти после приема больших доз алкоголя (стадия резорбции) запах его от трупа может быть незначительным.

## **РАЗДЕЛ 6**

### **РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ**

#### **Глава 23. ДЕЙСТВИЕ КРАЙНИХ ТЕМПЕРАТУР**

Действие высокой температуры на организм человека может быть общим и местным.

Тепловой удар наступает при общем действии высокой температуры, которая вызывает перегревание организма. Он наблюдается в условиях, способствующих перегреванию организма: при высокой температуре, повышенной влажности воздуха, усиленной мышечной работе. Эти условия затрудняют теплоотдачу, повышают выработку тепла в организме. Подобные явления наблюдаются при работе в горячих цехах, у горняков глубоких шахт, среди солдат и туристов, идущих в жаркое время года. Особенно подвержены тепловому удару грудные дети, а также люди, страдающие сердечными и некоторыми другими заболеваниями.

Смерть наступает обычно от первичной остановки дыхания при температуре тела 42,5—43,5°C. Непосредственная причина смерти при остром перегревании — глубокое нарушение функций центральной нервной системы в результате нарушения циркуляции крови; эта же причина оказывает истощающее действие на сердечную мышцу. В развитии теплового удара можно различить несколько периодов: первый короткий — безразличие; второй — характеризующийся прогрессирующим повышением температуры тела, Двигательным возбуждением, раздражительностью, головной бо-

лю, головокружением, сердцебиением, рвотой; третий, предagonalный, — истощение, характеризующееся замедлением дыхания, понижением артериального давления, адинамией. За этим периодом может наступить смерть.

При проведении судебно-медицинской экспертизы трупов лиц, погибших от перегревания организма, не отмечаются какие-либо специфические явления ни при вскрытии, ни при микроскопическом исследовании органов. Констатируют лишь патоморфологическую картину, характерную для быстрой смерти: отек и полнокровие головного мозга и его оболочек, переполнение кровью вен, мелкие кровоизлияния в ткань мозга и под оболочки сердца, плевру легких, жидкую темную кровь и полнокровие внутренних органов. Подробное ознакомление с протоколом осмотра обнаружения трупа, материалами следствия и клинической картиной, предшествующей смерти, имеет значение для составления судебно-медицинского экспертного заключения.

Болезненные изменения тканей, органов, возникающие от местного воздействия высокой температуры, называются **термическими ожогами**. Ожоги причиняются кратковременным действием пламени, горячими жидкостями, смолами, газами, парами, нагретыми предметами, расплавленным металлом, напалмом и др. От действия кислот и щелочей возникают **химические ожоги**, по изменениям в тканях иногда напоминающие термические. Степень поражения тканей зависит от высоты температуры поражающего вещества и продолжительности его действия.

**Ожог первой степени** характеризуется покраснением, припуханием, чувством жжения кожи. Последствия ожога ограничиваются лишь шелушением поверхностного слоя кожи.

**Ожог второй степени** возникает при продолжительном воздействии высокой температуры с образованием пузырей на пораженном участке в результате острого воспаления кожи. Окружающая пузыри кожа — резко припухшая, красного цвета.

**Ожог третьей степени** диагностируют при длительном действии высокой температуры, он характеризуется омертвением кожи. Кожа в месте омертвения — желтоватого цвета, отечная, покрыта пузырями. При сухом некрозе кожа сухая, плотная, бурого или черного цвета. Результатом заживления такого ожога является рубец.

**Ожог четвертой степени** наступает при действии пламени, он вызывает необратимые изменения кожи, подлежащих тканей, вплоть до костей (обугливание).

Ожоги от действия горячих жидкостей называются **обвариванием**.

Смерть может быть вызвана любой степенью ожога, в зависимости от локализации и площади поражения покровов тела. Ожоги, охватывающие 40—50% поверхности тела, обычно несовместимы с жизнью. Поражение 33% площади тела вызывает крайне тяжелое состояние больного. Нередко, особенно у детей, смертельной исход наступает после ожогов небольших участков тела, что объясняется повышенной чувствительностью детей к подобным повреждениям. Особо опасны ожоги дыхательных путей, вызывающие дыхательную недостаточность.

*Повреждения и смерть от действия низкой температуры.* Организм человека переносит низкую температуру лучше, чем высокую. Однако охлаждение со смертельным исходом возможно и при температуре выше нуля. Возникновение и степень выраженности общих и местных реакций при охлаждении зависят не только от температуры окружающей среды, но и влажности, скорости движения воздуха, характера одежды, состояния организма. Быстрому охлаждению организма способствуют алкогольное опьянение, истощение, переутомление. На организм человека низкая температура оказывает местное и общее действие. Местное действие холода приводит к возникновению отморожений.

**Отморожение первой степени** характеризуется багровой окраской кожи и отеком. Подобные повреждения заживают через несколько дней, сопровождаясь легким шелушением.

**Отморожение второй степени** сопровождается образованием пузырей с кровянистым содержимым, отеком и покраснением вокруг.

**Отморожение третьей степени** характеризуется образованием некрозов (отмирания) мягких тканей с развитием реактивного воспаления. Кожа принимает бледно-синюшную окраску, и на ней появляются пузыри, наполненные кровянистым содержимым. Со временем больная ткань отторгается, происходит медленное заживление с образованием через один-два месяца рубца.

**Отморожение четвертой степени** характеризуется развитием глубокого некроза с омертвением не только кожи, мягких тканей, но и костей.

Обычно отморожению подвергаются пальцы рук, ног, кончик носа, ушные раковины и части тела, в которых затруднено кровообращение.

Общее охлаждение сопровождается усиленной теплоотдачей организма. Понижение температуры тела до  $+35^{\circ}\text{C}$  опасно для здоровья человека, а ниже  $+25^{\circ}\text{C}$  вызывает необратимые явления. Клиническая картина при охлаждении характеризуется вначале чрезмерным ощущением холода, появляется дрожь, «гусиная

кожа», затем присоединяется слабость, сонливость, онемение отдельных участков тела, наступает бессознательное состояние, а при дальнейшем охлаждении — смерть.

При осмотре трупа на месте его обнаружения отмечают «позу зябнущего человека», который, пытаясь сохранить тепло, прижимает руки и ноги к телу, сгибая их, он как бы «сворачивается калачиком». В непосредственной близости от трупа и под ним обнаруживаются признаки воздействия тепла человеческого тела на снег, который подтаивает с последующим образованием корочки льда. У отверстий носа и рта трупа можно увидеть сосульки, на ресницах — иней. Кожные покровы, трупные пятна имеют розоватый оттенок из-за перенасыщения крови кислородом. При исследовании трупа специфические признаки охлаждения не обнаруживаются. Однако выражены признаки быстрой смерти. При вскрытии трупа можно выявить кровоизлияния в слизистую оболочку желудка — «пятна Вишневского». Отмечается переполнение мочевого пузыря вследствие нарушения его иннервации. В связи с усиленной теплопродукцией увеличивается потеря углеводов, что выражается в исчезновении гликогена из печени, поджелудочной железы, головного мозга, что и определяется гистохимическим исследованием. Микроскопически можно обнаружить участки некроза в надпочечниках, яичках. При обследовании тканей мозга иногда отмечают увеличение его объема с последующим растрескиванием костей черепа и расхождением швов. Посмертные разрывы кожи могут ошибочно приниматься за травму.

## **Глава 24. ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСТВА, ЛУЧИСТОЙ ЭНЕРГИИ И АТМОСФЕРНОГО ДАВЛЕНИЯ**

*Действие электричества.* Электрическая травма — это результат действия на живой организм технического (от силовой и осветительной сети) и атмосферного (молния) электричества.

Судебно-медицинская экспертиза проводится в случае определения степени утраты трудоспособности у лиц, пораженных электрическим током.

Электрический ток оказывает тепловое действие — от местных ожогов до обугливания, механическое — повреждение тканей от судорожных сокращений мышц, при отбрасывании тела от проводника и электрическое — электролиз тканевых жидкостей. При несмертельных повреждениях могут наблюдаться расстройства со стороны нервной системы (параличи), органов зрения и слуха.

Специфическим признаком поражения электрическим током являются **электрометки**. Типичная электрометка представляет со-

бой повреждение в виде образований округлой или овальной формы серовато-белого, бледно-желтоватого цвета с валикообразными краями и западающим центром, обычно без признаков воспаления, иногда с отеком тканей вокруг и налетом частичек металла, отслоением эпидермиса. Размеры электрометок обычно в пределах до 1 см.

Ожоги от действия тока высокого напряжения могут занимать большую площадь. Металлизация электрометки в зависимости от металлов, входящих в состав проводника, придает ей соответствующую окраску. В электрометке может отражаться форма проводника. Электрометки могут иметь различную локализацию, но чаще на ладонях и подошвенных поверхностях стоп.

**Поражение атмосферным электричеством** наблюдается в период повышенной грозовой деятельности. Молния — мощный заряд атмосферного электричества (напряжением в миллионы вольт и силой до 1 млн А), поражающий как на открытом воздухе, так и в помещении, транспорте. Чаще она поражает людей, находящихся вблизи высоких предметов, электроаппаратуры и других токопроводящих объектов.

Возможны как смертельные, так и несмертельные поражения. Повреждения от молнии возникают вследствие ее механического и теплового воздействия. При этом выявляются разрывы ткани одежды и пробоины в ней, ее обгорание, оплавление металлических предметов. Иногда одежда разрывается в клочья и разбрасывается.

Для поражения молнией характерны опадение волос, ожоги тела различной площади и глубины, а также «фигуры молнии» на кожных покровах в виде древовидных разветвлений красноватого цвета. «Фигуры молнии» к концу первых суток обычно исчезают.

Большое значение для судебно-медицинской диагностики случаев поражения молнией имеет детальный осмотр места происшествия и трупа. На месте происшествия могут быть обнаружены расщепленные и обгоревшие деревья, поврежденные постройки, спекшиеся комья земли и песка, следы разрушений и пожара в помещении, деформированные и оплавленные металлические предметы.

При осмотре трупа обращается внимание на наличие разрывов одежды, ее обгорания, оплавления металлических предметов, а также характерных для воздействия молнии повреждений на теле.

*Действие лучистой энергии.* В отличие от повреждений иного происхождения у человека в момент воздействия лучистой энергии отсутствуют болевые, тепловые и другие ощущения, характерные для воздействия на организм большинства физических фак-



торов. До появления признаков лучевого поражения происходит скрытый период, длительность которого в основном зависит от дозы поглощенной энергии. Тяжесть поражения определяется этой дозой и временем поражения. В соответствии с величиной поглощенной дозы и длительностью воздействия выделяют острую и хроническую формы лучевой болезни.

*Острая лучевая болезнь* представляет собой самостоятельное заболевание, развивающееся в результате кратковременного облучения значительных областей тела ионизирующей радиацией либо поступления в организм радиоактивных изотопов, создающих общую разовую дозу 200 рентген внешнего гамма-излучения. При однократном облучении более 400 рентген в результате нарушения кровообращения и вторичных инфекционных осложнений смерть наступает на 3—4-й нед. после облучения большими дозами.

*Хроническая лучевая болезнь* возникает в результате длительного воздействия малых доз ионизирующего излучения. Она отличается постепенным развитием, длительным и волнообразным течением. Механизм хронической лучевой болезни заключается в избирательном поглощении радиоактивных веществ тканями внутренних органов в соответствии с их радиочувствительностью.

Клиническое разграничение на отдельные периоды при хронической лучевой болезни не выявляется. Диагностируют общие тотальные поражения тела с общей тяжелой реакцией организма и поражением в той или иной степени кроветворных органов; местные поражения с образованием лучистых язв (отек, пузыри, некроз, рубец), злокачественных опухолей, но также с общей реакцией организма, присоединением инфекции (сепсиса) и обильными кровотечениями. Смерть в основном наступает от присоединения различных осложнений и обострения имеющихся заболеваний.

Местные радиационные поражения наиболее часто встречаются при судебно-медицинской экспертизе. Термин «местное поражение» достаточно условен, так как он свидетельствует о реакции всего организма на воздействие радиации. Для местных радиационных поражений характерны те же периоды, что и для острой лучевой болезни: скрытый, период гиперемии, период образования пузырей, некроза и период заживления.

*Судебно-медицинская экспертиза радиационных поражений.* Во время и после сбора материалов по радиационным поражениям у органов расследования возникает много вопросов специального порядка, которые они ставят на разрешение судебно-медицинской экспертизы. Содержание этих вопросов существенно зависит от конкретного случая.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц чаще всего производится с целью определения степени утраты общей и профессиональной трудоспособности от воздействия лучистой энергии. При этом судебно-медицинский эксперт должен изучить обстоятельства, предшествующие заболеванию (смерти), источник излучения, показания свидетелей, медицинские документы, предпринятые меры защиты от излучения.

*Действие атмосферного давления.* Организм человека подвергается постоянному воздействию атмосферного давления, величина которого почти постоянна. Резкие изменения атмосферного давления в сторону как повышения, так и понижения могут приводить к расстройству здоровья, а порой и к смерти. Известно, что уровень атмосферного давления практически постоянен и составляет примерно 760 мм рт. ст. В то же время установлено, что отклонения от этого уровня вызывают болезнетворные изменения (неприятные ощущения), особенно у лиц с заболеванием сердечно-сосудистой и нервной системы, а при значительных отклонениях тяжелые расстройства здоровья и даже смерть.

*Действие повышенного барометрического давления на организм.* В этом случае диагностируется баротравма, которая наблюдается в практике водолазных кессонных работ и подводном спорте. Установлено, что гидростатическое давление по сравнению с атмосферным на глубине 10 м удваивается, 20 м — утраивается и т.д. При значительной разнице между внешним и внутренним (в тканях и полостях организма) давлением возникает баротравма, характеризующаяся повреждением слухового аппарата, дыхательной системы, кровеносных сосудов.

Резкие перепады давления возникают при быстром погружении в воду и всплытии, при неисправности газовых дыхательных аппаратов. Они сопровождаются увеличением объема воздуха в легких, разрывом тканей дыхательных путей, приводящими к кровоизлияниям, попаданию воздуха в плевральные полости (пневмотораксу), газовой эмболии (закупорке сосудов воздухом) из-за поступления воздуха в просвет разорвавшихся кровеносных сосудов. Пузырьки воздуха разносятся в сосуды головного мозга, сердца, легких. Происходит потеря сознания, расстройство дыхания и кровообращения.

При вскрытии трупов лиц, погибших от баротравмы, обнаруживают увеличенные в объеме, пестрые от кровоизлияний легкие; кровоизлияния в слизистой оболочке дыхательного тракта, в просвете которого (в трахеях, бронхах) — жидкая и свернувшаяся кровь. При микроскопическом исследовании выявляют в ткани

легких разрывы мелких бронхов, альвеолярных перегородок, кровоизлияния.

Диагностировать воздушную эмболию до вскрытия трупа можно путем рентгенографии области сонных артерий и сердца, а при вскрытии специальной пробой, прокалывая сердце под водой, а также «плавательной пробой» — установлением пузырьков воздуха в сосудистом сплетении головного мозга.

У оставшихся в живых после газовой эмболии людей наблюдаются осложнения в виде воспаления легких, очаговых размягчений головного мозга, тромбоза кровеносных сосудов различных органов с последующим омертвением этих участков тела.

При резком переходе от повышенного давления к нормальному, из-за создающегося перенасыщения организма инертными газами, возникают декомпрессионные нарушения: растворенные в крови и жидкостях организма газы, выделяясь из них, образуют свободные пузырьки — газовые эмболы, которые закупоривают сосуды, вызывая различные болезненные расстройства (кессонная болезнь).

Меры профилактики кессонной болезни — постепенный подъем на поверхность, поочередное вдыхание газовых смесей. Развитие декомпрессионной болезни сопровождается головокружением, тошнотой, затрудненностью дыхания, потливостью, перебоями в работе сердца, затем наступает потеря сознания и даже смерть в результате поражения центральной нервной системы и расстройства кровообращения.

При исследовании трупов лиц, погибших от кессонной (декомпрессионной) болезни, выявляются признаки газовой эмболии. Применяя специальную пробу, обнаруживают воздух в правой половине сердца. Скопление газа в подкожно-жировой клетчатке приводит к образованию подкожной эмфиземы.

Экспертизу кессонной болезни необходимо проводить комиссионно, привлекая технических специалистов для выяснения характера аварии, химического состава газовых смесей, неисправности оборудования.

Следователи должны знать и такую особенность при рассмотрении декомпрессионной болезни — возможность смерти от недостатка кислорода для дыхания воздуха или отравления ядовитыми газами при взрывных работах, действия высокой или низкой температуры, перегревания воздуха в кессоне, электротравмы, а также от состояния здоровья испытуемого и его возраста.

*Действие пониженного барометрического давления.* Это давление человек испытывает при работе в высокогорных районах, при полетах на самолетах, в космических кораблях. Пониженное дав-

ление газовой среды сопровождается уменьшением парциального давления кислорода и «закипанием» жидких сред организма. Подобная проблема актуальна в аварийных ситуациях, так как жизнедеятельность человека в условиях сильно разреженной среды или вакуума обеспечивается применением герметических кабин, скафандров и других аппаратов.

Возникновение высотной (горной) болезни в организме приводит к нарушению дыхания, кровообращения, нервной, мышечной и других систем. Первые признаки действия пониженного барометрического давления у нетренированных людей могут появиться на высоте 2,5—3 тыс. м. В тяжелых случаях наблюдается кровотечение из ушей, потеря сознания. Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

При судебно-медицинской экспертизе трупов лиц, погибших от падения барометрического давления, обнаруживаются лишь признаки быстрой смерти, а в некоторых случаях (например, при обжиге тела, наблюдаемом у водолазов) — отек мягких тканей лица, кровоизлияния в кожу лица, шеи, под оболочки головного мозга. В этих случаях могут быть разрывы кишечника, легких, барабанных перепонок. Кроме того, выявляются признаки газовой эмболии и подкожная эмфизема.

## **РАЗДЕЛ 7 СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЖИВЫХ ЛИЦ**

### **Глава 25. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ**

*Поводы судебно-медицинской экспертизы живых лиц.* Возникающие в правовой практике вопросы, касающиеся жизни и здоровья человека, весьма разнообразны и относятся ко многим медицинским специальностям. Судебно-медицинская практика показывает, что экспертиза живых лиц производится по следующим поводам, которые возникают в уголовных и гражданских делах:

1 При причинении вреда здоровью: для определения степени тяжести вреда здоровью и решения ряда других вопросов, связанных с ним; для определения размеров утраты общей трудоспособности; для определения размеров утраты профессиональной трудоспособности; для установления заражения венерической болезнью;

для установления заражения ВИЧ-инфекцией; для определения состояния здоровья, физического состояния подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего и свидетеля; для определения искусственных и притворных болезней (симуляции, аггравации, диссимуляции, а также самоповреждения).

2. При установлении полового состояния: для определения спорного полового состояния (гермафродитизма), половой неприкосновенности, половой зрелости, производительной способности (способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию, деторождению), беременности (существовавшей, существующей), бывших родов, аборта.

3. При половых преступлениях: для определения изнасилования; для определения развратных действий; для определения мужеложства; для определения лесбиянства.

4. По другим поводам: для определения возраста; для идентификации личности.

*Экспертиза степени тяжести причинения вреда здоровью.* Это наиболее частый вид судебно-медицинской экспертизы, проводится в соответствии с «Правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью» (1996).

Под вредом здоровью понимают либо телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.

Руководством к определению тяжести вреда здоровью служат ст. 111, 112, 115, 116 и 117 УК РФ. В то же время следует иметь в виду, что при наличии письменного поручения органов прокуратуры, МВД или суда может производиться судебно-медицинское освидетельствование.

Уголовный кодекс Российской Федерации различает: тяжкий вред здоровью, среднюю тяжесть вреда здоровью и легкий вред здоровью. Кроме того, УК РФ предусматривает особые способы причинения повреждений: побои, мучения, истязания, установление которых не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта. Решение этого вопроса относится к компетенции органов дознания, предварительного следствия, прокуратуры и суда.

Квалифицирующими признаками тяжести вреда здоровью являются: опасность вреда здоровью для жизни человека; длительность расстройства здоровья; стойкая утрата общей трудоспособности; утрата какого-либо органа или утрата органом его функций; утрата зрения, речи, слуха; полная утрата профессиональной

трудоспособности; прерывание беременности; неизгладимое обезображивание лица; психическое расстройство; заболевание наркоманией или токсикоманией.

Для установления тяжести вреда здоровью достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда здоровью устанавливается по тому из них, который соответствует большей тяжести вреда здоровью.

*Признаком тяжкого вреда здоровью* является опасный для жизни вред здоровью, а при отсутствии этого признака — последствия причинения вреда здоровью: потеря зрения, речи, слуха; потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций; неизгладимое обезображивание лица; расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть; полная утрата профессиональной трудоспособности; прерывание беременности; психическое расстройство; заболевание наркоманией или токсикоманией.

*Признаками вреда здоровью средней тяжести* являются: отсутствие опасности для жизни; отсутствие последствий, указанных в ст. 111 УК РФ; длительное расстройство здоровья; значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть.

*Признаками легкого вреда здоровью* являются: кратковременное расстройство здоровья; незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

Установление неизгладимого обезображивания лица не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта, так как это понятие не является медицинским.

*Опасным для жизни является вред здоровью*, вызывающий состояние, угрожающее жизни, которое может закончиться смертью. Предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи не изменяет оценку вреда здоровью как опасного для жизни. Опасным для жизни вредом здоровью могут быть как телесные повреждения, так и заболевания и патологические состояния. Опасными для жизни являются: повреждения, которые по своему характеру создают угрозу для жизни потерпевшего в момент их нанесения и могут привести его к смерти; повреждения, вызвавшие развитие угрожающего жизни состояния, возникновение которого не имеет случайного характера.

К угрожающим жизни состояниям относятся: шок тяжелой степени (III—IV степени) различной этиологии; кома различной этиологии; массивная кровопотеря; острая сердечная или сосудистая недостаточность, коллапс, тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения; острая почечная или острая печеночная

недостаточность; острая дыхательная недостаточность тяжелой степени; гнойно-септические состояния; расстройства регионального и органного кровообращения, приводящего к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей, эмболии (газовой и жировой) сосудов головного мозга, тромбоемболии; сочетание угрожающих жизни состояний.

**Неопасный для жизни вред здоровью, являющийся тяжким по последствиям.**

*Вред здоровью, приводящий к потере зрения,* — под этим понимают полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до остроты зрения 0,04 и ниже (счет пальцев на расстоянии 2 м и до светоощущения). При определении тяжести вреда здоровью по признаку потери зрения не учитывают возможность улучшения зрения с помощью медико-технических средств (корректирующие очки).

*Вред здоровью, приводящий к потере речи,* — под этим понимают потерю способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными окружающим, либо в результате потери голоса. С этой точки зрения заикание в резко выраженной форме также должно относиться к тяжкому вреду здоровью.

*Вред здоровью, приводящий к потере слуха,* — под этим понимают полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3—5 см от ушной раковины. Потеря слуха на одно ухо как утрата органом его функций относится к тяжкому вреду здоровью.

*Вред здоровью, приводящий к потере какого-либо органа либо утрате органом его функций,* — под этим следует понимать:

1) потерю руки, ноги, т.е. отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их деятельность); потерю наиболее важной в функциональном отношении части конечности (кисти, стопы) приравнивают к потере руки или ноги. Кроме того, потеря кисти или стопы влечет за собой стойкую утрату трудоспособности более чем на одну треть и по этому признаку также относится к тяжкому вреду здоровью;

2) повреждения половых органов, сопровождающиеся потерей производительной способности, т.е. способности к совокуплению, оплодотворению, зачатию, вынашиванию, деторождению и вскармливанию;

3) потерю одного яичка, являющуюся потерей органа.

*Психическое расстройство.* Его диагностику и причинную связь с полученным воздействием осуществляет судебная психиатриче-

екая экспертиза. Данная экспертиза может проводиться также комиссией экспертов с участием психиатра, невропатолога под председательством судебно-медицинского эксперта.

Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство, наркоманию, токсикоманию, производят после проведения судебно-психиатрической, судебно-наркологической и судебно-токсикологической экспертизы судебно-медицинский эксперт с участием психиатра, нарколога, токсиколога.

**Длительность расстройства здоровья** определяют по продолжительности временной утраты трудоспособности (временной нетрудоспособности). При экспертизе тяжести вреда здоровью учитывают как временную, так и стойкую утрату трудоспособности.

**С судебно-медицинской точки зрения стойкой следует считать утрату общей трудоспособности** либо при определившемся исходе, либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней.

При определении величины стойкой утраты общей трудоспособности (в процентах) руководствуются «Правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью».

**Под стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть** следует понимать стойкую утрату трудоспособности более 30%.

**Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности менее чем на одну треть** следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 до 30% включительно.

**Под незначительной стойкой утратой общей трудоспособности** следует понимать стойкую утрату трудоспособности до 5%.

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности эксперт руководствуется специальными «Правилами установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (2000).

**Длительность временной нетрудоспособности** определяют с учетом данных, содержащихся в представленных медицинских документах. Судебно-медицинский эксперт, оценивая характер и продолжительность заболевания или нарушения функций, связанных с причиненным вредом здоровью, должен исходить из объективных медицинских данных, в том числе установленных в процессе проведения экспертизы.

Судебно-медицинский эксперт должен критически оценивать **Данные** медицинских документов, так как длительность лечения потерпевшего может быть не обоснована характером травмы. С другой стороны, может иметь место отказ потерпевшего от листа нетрудоспособности и преждевременный выход на работу по лич-



ному желанию. Во всех случаях судебно-медицинский эксперт должен оценивать продолжительность заболевания и его тяжесть, исходя из объективных данных.

Под **длительным расстройством здоровья** следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня). При экспертизе повреждений, вызвавших длительное расстройство здоровья, нужно тщательно проанализировать медицинские документы, так как в некоторых случаях длительное пребывание больного на лечении обусловлено не самим повреждением, а необходимостью клинического обследования или другими факторами.

Под **кратковременным расстройством здоровья** следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью не свыше трех недель (не более 21 дня).

К тяжкому вреду здоровью также относят **повреждения, заболевания, патологические состояния, повлекшие за собой полную утрату профессиональной трудоспособности**. Под **профессиональной трудоспособностью** понимают способность человека к выполнению определенного объема и качества работы по конкретной профессии. Если подэкспертный имеет несколько профессий, то основной считается та из них, при которой было получено повреждение или по которой имеется наиболее продолжительный стаж работы, либо та, которая получена путем специального обучения, либо та, в которой достигнута наивысшая квалификация. Именно эта профессия учитывается при определении степени утраты профессиональной трудоспособности.

Полная утрата (100%) профессиональной трудоспособности устанавливается в тех случаях, когда у подэкспертного лица диагностируются резко выраженные нарушения функции организма при наличии абсолютных медицинских противопоказаний для выполнения любых видов профессиональной деятельности.

**Прерывание беременности**, независимо от ее срока, является тяжким вредом здоровью, если оно находится в прямой причинной связи с внешним воздействием, а не обусловлено индивидуальными особенностями организма или заболеваниями обследуемой. Судебно-медицинскую экспертизу в этих случаях производят комиссией экспертов с участием врача акушера-гинеколога. Акушерско-гинекологическими исследованиями должно быть установлено, что прерывание беременности не связано с индивидуальными особенностями организма потерпевшей женщины (заболевания или недоразвития внутренних половых органов), а стоит в прямой причинной связи с нанесенными повреждениями.

**Побои** являются действиями, характеризующимися многократным нанесением ударов. В результате побоев могут возникать телесные повреждения. Однако побои могут и не оставить после себя никаких объективно выявляемых повреждений. Если в результате многократного нанесения ударов возникает вред здоровью (тяжкий, средней тяжести или легкий), то такие действия не рассматриваются как побои, а оцениваются как причинение вреда здоровью соответствующей тяжести.

Если после нанесения ударов у подэкспертного лица обнаруживаются повреждения (ссадины, кровоподтеки, небольшие раны, не влекущие за собой временной утраты трудоспособности или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности), их описывают, отмечая характер повреждений, локализацию, признаки, свидетельствующие о свойствах причинившего их предмета, давности и механизме образования. При этом указанные повреждения не расценивают как вред здоровью и тяжесть их не определяют.

**Мучения и истязания** представляют собой действия, в результате которых может возникнуть вред здоровью.

Судебно-медицинский эксперт не устанавливает мучений и истязаний. Однако эксперт должен определить: тяжесть вреда здоровью, причиненного *мучениями*, т.е. действиями, вызывающими страдания (заболевание) путем длительного лишения пищи, питья, воздуха, тепла или света либо помещения (или оставления) потерпевшего лица во вредные для здоровья условия, или другими сходными действиями; наличие, характер повреждений, их локализацию, орудие и механизмы возникновения повреждений, давность и одновременность их нанесения, тяжесть вреда здоровью в случаях причинения его способом, носящим характер истязания.

Под *истязанием* понимают причинение физических или психических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями (длительное причинение боли шипанием, сечением, нанесением множественных, в том числе небольших, повреждений тупыми или острыми колющими предметами, воздействием термических факторов и другими аналогичными действиями).

## **Глава 26. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЖИВЫХ ЛИЦ ПО ДРУГИМ ПОВОДАМ**

Судебно-медицинская экспертиза определения размеров утраты трудоспособности проводится экспертными комиссиями в связи с

транспортными и бытовыми травмами; по поводу причинения вреда здоровью на производстве и в ряде других случаев.

*Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья.* Определение физического состояния здоровья может потребоваться у подозреваемых, обвиняемых, когда возникают сомнения в их способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве. Проведение судебно-медицинской экспертизы обязательно для определения физического состояния потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания (ст. 196 УПК РФ).

Нередко требуется определить состояние здоровья свидетеля, вызываемого в судебное заседание, если он отказывается явиться, ссылаясь на болезнь. У суда могут возникнуть сомнения в правильности представленных таким человеком медицинских документов, поэтому назначается судебно-медицинская экспертиза.

Может потребоваться определение состояния здоровья лица, осужденного к исправительным работам и заявляющего о своей болезни, в связи с чем он не может отбывать наказание.

Статья 398 УПК РФ предусматривает отсрочку исполнения приговора об осуждении лица к обязательным работам, исправительным работам, ограничению свободы, аресту или лишению свободы по следующим основаниям: болезнь осужденного, препятствующая отбыванию наказания, — до его выздоровления; беременность осужденной или наличие у нее малолетних детей — до достижения младшим ребенком возраста 14 лет,

В гражданских делах данная экспертиза производится по поводу различных исков, определения нуждаемости в усиленном питании, санаторно-курортном лечении, моторизованном транспорте и т.п.

*Судебно-медицинская экспертиза установления возраста.* В уголовных делах обязательна судебно-медицинская экспертиза определения возраста. Согласно ст. 196 УПК РФ проведение экспертизы обязательно «для установления возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение».

С медико-биологической точки зрения у человека различают следующие возрастные периоды: период детства — от внутриутробного развития до периода достижения половой зрелости — 18—20 лет, этот период включает и юношество (18—20 лет); период молодого возраста — 20—25 лет; период зрелого возраста — 25—50 лет; период пожилого возраста — 50—60 лет и период старческого возраста

ста — после 60 лет. Эти возрастные периоды, переходящие без резкой грани один в другой, характеризуются некоторыми особенностями, позволяющими сравнительно легко устанавливать возрастной период. Этими же особенностями руководствуются при экспертизе установления возраста.

*Судебно-медицинская экспертиза искусственных и притворных болезней.* Судебно-медицинскому эксперту приходится проводить исследования по поводу подозрения на искусственную или притворную болезнь в тех случаях, когда такие болезни являются основанием для привлечения к уголовной ответственности. Такие преступления предусмотрены некоторыми статьями УК РФ. В одних случаях самоповреждение, притворная или искусственная болезнь выявляются в процессе исследования подэкспертного, в других — исследование производится по поводу подозрения в самоповреждении, искусственной или притворной болезни.

*Самоповреждение* — это умышленное, противоправное причинение вреда своему здоровью в виде повреждений, вызываемых различными средствами и способами самостоятельно или при помощи других лиц. Приходится встречаться с самоповреждениями, вызванными механическим воздействием на органы и ткани, а также химическим, физическим и другими агентами.

*Искусственная болезнь.* При искусственной болезни субъект тоже причиняет вред своему здоровью различными способами. Только появление этого вреда имеет характер не механической или химической травмы, а протекает в виде заболевания, которое может быть принято не за самоповреждение, а за обычное заболевание. В этих случаях субъект обращается к врачу не с травмой, ожогом, а с болезнью, искусственный характер которой необходимо распознавать.

*Симуляция.* При симуляции здоровый субъект только притворяется, изображает болезнь, применяя для этого иногда и некоторые средства, не причиняющие вреда здоровью. Например, подкрашивает участок кожи, желая изобразить кровоподтек, добавляет к моче кровь, изображает эпилептический припадок и пр., т.е. Здоровый человек изображает себя больным, симулирует болезнь.

*Агgravация.* В медицинской практике агgravация обозначает преувеличение симптомов действительно имеющегося заболевания. Об агgravации говорят тогда, когда больной, страдающий каким-либо заболеванием, преувеличивает отдельные симптомы заболевания. Например, жалуется на сильную головную боль, когда она значительно слабее, чем это старается показать свидетельствующий, или ревматик жалуется на сильную боль в суставах, когда такой боли он в действительности не испытывает.

Разница между симуляцией и аггравацией заключается в том, что симулянт в действительности здоров и болезнь или симптомы болезни только изображает, а аггравант — больной человек, преувеличивающий остроту симптомов своего заболевания.

*Диссимуляция.* В практике приходится встречаться иногда с умышленным сокрытием действительно имеющегося заболевания. Такое поведение и носит название диссимуляции. Диссимуляция — понятие, обратное симуляции. При симуляции здоровый человек притворяется больным, при диссимуляции больной человек притворяется здоровым, скрывает свое заболевание по различным мотивам и поводам. Например, при страховании жизни и здоровья. Условия страхования предусматривают отказ от выплаты страховой премии, если выяснится, что застрахованный скрыл при страховании имевшееся у него заболевание.

Самоповреждение, искусственная болезнь, притворная болезнь (симуляция), аггравация и диссимуляция бывают специальным предметом судебно-медицинской экспертизы в тех случаях, когда субъект, преследуя корыстные цели, вступает в конфликт с законом и совершает правонарушение.

Задачей судебно-медицинской экспертизы в таких случаях и является установление действительного состояния здоровья подэкспертного, наличия или отсутствия у него заболевания, искусственной, притворной болезни, аггравации и т.д., а также возможности нанесения повреждения собственной или посторонней рукой.

*Судебно-медицинская экспертиза установления пола и половых состояний.* В уголовных и гражданских делах судебно-медицинская экспертиза определения полового состояния может быть связана с необходимостью: установления истинного пола; установления половой зрелости; установления способности к половому сношению, оплодотворению, зачатию; установления половой неприкосновенности; установления наличия беременности, ее отсутствия, бывших родов, аборта.

*Судебно-медицинская экспертиза при расследовании половых преступлений.* При расследовании данных преступлений необходимо производство судебно-медицинской экспертизы, которой могут подвергаться потерпевшие, подозреваемые, обвиняемые, а также вещественные доказательства. Перед судебно-медицинской экспертизой ставится на разрешение ряд специальных вопросов. В УК РФ предусматриваются следующие действия, в связи с которыми может быть назначена судебно-медицинская экспертиза: изнасилование; действия сексуального характера с применением насилия, угроз или с использованием беспомощного состояния потерпевшей, или сопряженные с причинением тяжкого вреда

здоровью, или повлекшие особо тяжкие последствия, или с несовершеннолетней; половое сношение с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста; развратные действия в отношении лица, не достигшего четырнадцатилетнего возраста; мужеложство с применением физического насилия или в отношении несовершеннолетнего; лесбианство с применением физического насилия или в отношении несовершеннолетнего.

*Судебно-медицинская экспертиза заражения венерической болезнью.* Заражение венерической болезнью — преступление против здоровья человека. Наказание за это преступление предусматривает ст. 121 УК РФ. Виновный в заражении любой венерической болезнью привлекается к уголовной ответственности только в том случае, если он знал о наличии у него этой болезни. Не имеет значения, каким путем произошло заражение: половым или неполовым, при несоблюдении необходимых мер личной гигиены, так называемое бытовое заражение.

Если же больной лечился и у него были основания считать, что он вылез, или было ошибочное медицинское заключение об излечении, а на самом деле излечения не было и вследствие этого произошло заражение, то ответственность по ст. 121 УК РФ исключается.

*Венерическими болезнями* являются: сифилис, гонорея, мягкий шанкр, паховый лимфогранулематоз. О заражении только этими инфекционными половыми заболеваниями и может идти речь при привлечении к уголовной ответственности.

*Судебно-медицинская экспертиза заражения ВИЧ-инфекцией.* Статья 122 впервые введена в новый УК РФ. Она рассматривает заражение ВИЧ-инфекцией как преступление против здоровья человека. Виновный в заражении ВИЧ-инфекцией привлекается к уголовной ответственности только в том случае, если он знал о наличии у него этого заболевания. Не имеет значения, каким путем произошло заражение: половым (чаще при гомосексуальных контактах) или неполовым (чаще инъекционным через кровь у наркоманов), при несоблюдении гигиенических норм и правил.

Вирус ВИЧ-инфекции содержится в крови, слюне и семенной жидкости больного или носителя инфекции. Изъятие, упаковка и пересылка материала, подлежащего исследованию на ВИЧ-инфекцию, производится в соответствии со специальной инструкцией Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

## РАЗДЕЛ 8 ОСМОТР И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПОВ

### Глава 27. СМЕРТЬ И ТРУПНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

*Умирание и смерть.* Следственным работникам, осматривающим первыми труп на месте происшествия, приходится решать ряд сложных вопросов: констатировать наступление смерти, определять характер и прижизненность обнаруженных на трупе повреждений и время наступления смерти. Для решения этих вопросов необходимо хорошо знать, как происходит умирание человека, и какие изменения наступают в трупе в различные сроки после наступления смерти.

*Наступление смерти* проявляется в необратимом нарушении основных жизненных функций организма с последующим прекращением жизнедеятельности отдельных тканей и органов. Смерть от старости (физиологическая) встречается редко. Чаще причина смерти — заболевания или воздействие на организм различных неблагоприятных факторов (травма, крайние температуры и др.).

При грубых повреждениях (авиационной, железнодорожной травме, обширной травме головы с разрушением черепа и др.) смерть может наступить очень быстро. То же самое может наблюдаться и при смерти от некоторых заболеваний (самопроизвольного разрыва аневризмы аорты, внезапного тромбоза сосудов сердца и ряда других).

В иных случаях наступлению смерти предшествует **агония**. Она характеризуется глубоким нарушением всех жизненных процессов в организме и может длиться до нескольких часов и даже дней. В этот период ослабляется сердечная и дыхательная функции, часто наступает помрачение сознания, кожные покровы умирающего становятся бледными, нос заостряется, появляется липкий пот, температура тела падает. Сознание спутанное. Иногда умирающий в состоянии агонии возбужден, мечется в постели и может причинить себе различные повреждения (нанесение ногтями рук ссадин на лице, шее, груди и других частях тела). Атональный период переходит в состояние клинической смерти.

**Клиническая смерть** — состояние, при котором фиксируют прекращение дыхания и остановку сердечной деятельности, нарастающее кислородное голодание всех органов и тканей. При своевременном оказании медицинской помощи иногда можно вернуть

умирающего из состояния клинической смерти к жизни. Такая возможность связана с тем, что в этот период, при отсутствии внешних признаков жизни, в тканях на минимальном уровне сохраняются обменные процессы. Благодаря большим успехам реаниматологии многие больные, находившиеся в состоянии клинической смерти, возвращены к жизни. Клиническая смерть продолжается примерно 5—6 мин, однако низкая температура тела (гипотермия) может ее несколько продлить.

**Биологическая смерть** — следующий этап умирания, который характеризуется переходом в состояние, когда наступают необратимые изменения в тканях и органах. В первую очередь они наступают в высших отделах центральной нервной системы как наиболее чувствительных к кислородному голоданию, в частности в коре головного мозга. Ряд тканей и органов сохраняют свою жизнедеятельность более длительное время, что используется в медицинской практике при пересадке их от одного человека другому (от трупа живому человеку).

Для установления факта смерти используется ряд *ориентирующих признаков*, указывающих на наступление смерти. К ним относятся: отсутствие чувствительности (реакции) к различным раздражениям (термическим, болевым), рефлексов со стороны роговицы и зрачков, дыхания, кровообращения и ряд других.

Сотрудники органов следствия и оперативные работники в своей практической деятельности должны знать эти ориентирующие признаки и уметь их использовать при установлении факта смерти на месте происшествия (преступления). Наличие рефлекса со стороны роговицы проверяется дотрагиванием до нее каким-либо предметом (если человек жив, наступает рефлекторное закрытие глаза, на трупе оно отсутствует). Реакция зрачков на свет выявляется при закрытии ладонями глаз: у живого оно вызывает расширение зрачков (при снятии ладоней с глаз зрачки вновь сужаются), у трупа зрачки на свет не реагируют. Наличие кровообращения и сердцебиения устанавливается определением пульса; в больничных условиях сердцебиение и дыхание могут быть установлены рентгеноскопией (просвечиванием рентгеновскими лучами) и регистрацией биотоков работающего сердца (электрокардиограммой).

Судебно-медицинский эксперт для констатации смерти использует как описанные выше ориентирующие признаки, так и Достоверные признаки, связанные с появлением ранних трупных изменений.

В судебной медицине собственно смерть различают по категориям, виду и роду. Существует две **категории смерти**: насильствен-



ная и ненасильственная. **Насильственная смерть** связана с воздействием на организм человека различных факторов внешней среды — механических, химических, термических и др. **Ненасильственная смерть** наступает от различных заболеваний (сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, онкологических и т.д.).

**Вид смерти** — его определение связано с установлением факторов, сходных по своему происхождению или воздействию на организм человека. Например, при насильственной смерти встречаются повреждения, возникающие в результате действия острыми и тупыми орудиями, частями движущегося транспорта, причиненные из огнестрельного оружия и т.д. Все это относится к виду смерти от механических повреждений. Повешение, утопление, сдавление груди и живота, задушение рвотными массами и задушения, вызванные другими причинами, объединяются в один вид — механические задушения и т.д.

*Род насильственной смерти.* В зависимости от условий возникновения насильственная смерть может быть результатом убийства, самоубийства, несчастного случая.

К роду *ненасильственной смерти* относится скоропостижная и внезапная. *Внезапная смерть* наступает от заболевания, но при кажущемся здоровье неожиданно для окружающих. *Скоропостижная смерть* констатируется на фоне заболевания при поставленном диагнозе, и хотя каких-либо угрожающих для жизни признаков в этот период не усматривалось, но возникшее осложнение или неожиданное бурное развитие болезни внезапно вызвало смерть.

Как при скоропостижной, так и при внезапной смерти всегда может возникнуть подозрение на насильственную смерть.

На судебно-медицинское исследование направляются: трупы лиц, умерших насильственной смертью в результате убийства, самоубийства или несчастного случая или при подозрении на такую смерть; трупы лиц, умерших скоропостижно в лечебных учреждениях при неустановленном диагнозе в первые сутки после поступления; трупы неизвестных (неопознанных) лиц; трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях, в случае жалобы в суд, органы прокуратуры или милиции на неправильное лечение больного, повлекшее за собой смерть; трупы новорожденных при подозрении на совершение детоубийства.

В задачу судебно-медицинской экспертизы трупа входит решение целого ряда сложных и важных для следствия вопросов: установление причины смерти; времени ее наступления; при насильственной смерти — определение характера насилия, вида травмирующего орудия (тупой, острый предмет, огнестрельное оружие

и т.п.), его групповых и индивидуальных особенностей (идентификация орудия травмы по имеющимся на теле повреждениям), последовательности нанесения повреждений, их прижизненности, наличия и характера причинной связи между нанесенным повреждением и наступлением смерти (прямая причинная связь или непрямая, косвенная) и др. Решение всех этих вопросов во многом зависит от сообщаемых эксперту обстоятельств происшествия и данных осмотра места происшествия и трупа.

Первым и основным вопросом, подлежащим разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа, является установление причины смерти. **Причиной смерти** принято считать заболевания, состояния, процессы, обусловившие остановку сердца. Различают:

— непосредственные причины смерти: остановка сердца, дыхания, «мозговая смерть» (прекращение функций центральной нервной системы);

— ближайшие причины смерти: рефлекторная остановка сердца, шок, острая потеря крови, гипоксия различного происхождения, эмболия (жировая, воздушная, газовая), интоксикация, заболевания, коллапс, кома, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность и др.

При каждой причине смерти механизм остановки сердца может быть различным.

Эксперт устанавливает причину смерти на основании данных, полученных при вскрытии трупа, дополнительных исследований, анализа материалов дела. В одних случаях определение причины смерти не представляет затруднений: разрыв аневризмы аорты, инфаркт миокарда, токсическое содержание алкоголя в крови и т.п. В других случаях, при отсутствии морфологических изменений (например, при рефлекторной остановке сердца), эксперт на основании изучения обстоятельств наступления смерти, клинической картины умирания может объяснить причину смерти. Иногда эксперт не может не только доказать, но и объяснить причину смерти. Тогда он заявляет о невозможности установить причину смерти и указывает, почему этого сделать нельзя (например, при исследовании гнилостно измененных трупов в связи с отсутствием сведений об обстоятельствах наступления смерти и в других случаях).

*Ранние трупные изменения.* После наступления смерти в трупе происходят определенные изменения. Развитие и проявление таких изменений зависят от многих факторов (причины смерти, температуры воздуха и др.). **Достоверные признаки смерти** делятся

на **ранние** (появляющиеся вскоре после наступления смерти) и **поздние** (наблюдаемые спустя некоторое время после смерти).

Ранние трупные явления имеют определяющее судебно-медицинское значение, так как позволяют решить целый ряд важных для следствия задач: определить время наступления смерти, первоначальное положение трупа, предположить отравление некоторыми ядовитыми веществами и т.п. К ранним трупным изменениям относятся: охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение, частичное высыхание трупа, трупное самопереваривание.

*Охлаждение трупа.* Температура трупа вследствие прекращения обменных процессов в организме постепенно понижается до температуры окружающей среды (воздуха, воды и т.д.). Степень охлаждения зависит от ряда факторов: температуры окружающей среды (чем она ниже, тем быстрее идет охлаждение, и наоборот), характера одежды на трупе (чем она теплее, тем медленнее идет охлаждение), упитанности (у тучных людей охлаждение наступает медленнее, чем у истощенных), причины смерти и др. Части тела, не прикрытые одеждой, охлаждаются быстрее прикрытых. Степень охлаждения трупа является одним из достоверных признаков смерти (температура тела ниже  $+25^{\circ}\text{C}$  обычно указывает на смерть).

*Трупные пятна.* Они возникают вследствие посмертного перераспределения крови в трупе. После остановки сердца прекращается движение крови по сосудам, и она, в силу своей тяжести, начинает постепенно опускаться в относительно ниже расположенные части трупа, переполняя и расширяя капилляры и небольшие венозные сосуды. Последние просвечиваются через кожу в виде синюшно-багрового цвета пятен, которые получили название трупных. Более высоко расположенные части тела трупных пятен не имеют. Появляются они примерно через 2 ч (иногда через 20—30 мин) после смерти.

При осмотре трупа на месте происшествия и в морге обращают внимание на наличие и степень выраженности трупных пятен, их цвет и занимаемую ими площадь (распространенность), исчезновение или изменение цвета при надавливании.

*Трупное окоченение.* После наступления смерти в мышцах трупа происходят биологические процессы, приводящие вначале к расслаблению, а затем (через 3—4 ч после смерти) к сокращению и затвердению, их окоченению. В таком состоянии мышцы трупа создают препятствие для пассивных движений в суставах, поэтому для разгибания конечностей, находящихся в состоянии выраженного трупного окоченения, необходимо применять физическую силу. Полное развитие трупного окоченения во всех груп-

пах мышц достигается в среднем к концу суток. Спустя 1,5–3 сут окоченение исчезает (разрешается), что выражается в расслаблении мышц.

*Трупное высыхание.* После наступления смерти тело начинает терять жидкость и частично высыхать. Высыхание кожных покровов и видимых слизистых становится заметным через несколько часов после смерти. В первую очередь подсыхают участки, покрытые роговым слоем кожи или увлажненные при жизни. Сравнительно быстро (через 5–6 ч после наступления смерти) высыхают роговицы открытых или полуоткрытых глаз (они мутнеют, приобретают белесовато-желтоватый цвет), слизистая оболочка и кайма губ. Признаки трупного высыхания используются при наружном осмотре трупа для констатации смерти, для решения вопроса о времени ее наступления, о прижизненном или посмертном происхождении повреждений кожных покровов.

*Трупное самопереваривание.* С наступлением смерти ткани трупа под воздействием ферментов подвергаются самоперевариванию, особенно ткани и органы, богатые ферментами: поджелудочная железа, надпочечники, печень и др. Внутренние органы под влиянием аутолиза тускнеют, становятся дряблыми, пропитываются окрашенной в красный цвет кровяной плазмой. Слизистая оболочка желудка под влиянием пищеварительных соков подвергается быстрому самоперевариванию.

*Поздние трупные изменения.* Труп, в зависимости от характера развивающихся в нем процессов, подвергается разрушению (гниению) или консервации — мумификации, торфяному дублению, превращению в жировоск. Подобные изменения заканчивают свое формирование спустя месяц и даже годы после смерти. Они получили название поздних трупных изменений (явлений). Их характер во многом зависит от условий, в которых находится труп.

**Гниение** — это сложный процесс разложения органических соединений, прежде всего белков, под воздействием микробов, начинается обычно на вторые-третьи сутки после смерти. Развитие его сопровождается образованием ряда газов (сероводорода, метана, аммиака и др.), обладающих специфическим для гниения неприятным запахом. Интенсивность процесса гниения зависит от многих причин. Наиболее существенные — температура окружающей среды и влажность. Быстро гниение наступает при температуре окружающей среды выше 30°C. На воздухе оно развивается быстрее, чем в воде или почве. Степень развития гнилостного разложения трупа используется для ориентировочного суждения о давности смерти. Резкие гнилостные изменения трупа существенно затрудняют, а иногда делают невозможным определение при-

жизненного или посмертного происхождения имеющихся на трупе повреждений, а также причины смерти при заболеваниях.

*Мумификация.* При определенных условиях начавшееся гниение может приостанавливаться за счет быстрого высыхания трупа. Такое явление носит название мумификации. При благоприятных для мумификации условиях (сухости воздуха и достаточной вентиляции) наступает полное высыхание, при этом вес мумифицированного трупа составляет около 1/3 первоначального. Мумификация возникает обычно при нахождении трупов на чердаках, при захоронении их в сухих крупнозернистых и песчаных почвах, в хорошо вентилируемых склепах и т.п. Для полной мумификации трупа взрослого человека требуется 6—12 мес. после смерти. В состоянии естественной мумификации трупы сохраняются долгое время. Кожа мумифицированного трупа приобретает вид плотного пергамента буровато-коричневого цвета, иногда становится очень ломкой, внутренние органы также полностью высыхают, теряют свой внешний вид, резко уменьшаются в размерах и представляют собой сухие, бесформенные образования в виде пленок. В некоторых случаях мумификации подвергаются лишь отдельные части трупа, чаще конечности.

Быстрое высыхание и сохранность трупов при мумификации позволяют производить по ним описание и идентификацию личности (в некоторых случаях для этих целей приходится прибегать к реставрации трупа). На кожных покровах таких трупов хорошо сохраняются имевшиеся при жизни повреждения ( strangуляционная борозда, повреждения от острых орудий, огнестрельного оружия и др.), характер и происхождение которых могут быть определены при исследовании. Возможно установление ранее перенесенных заболеваний костной системы, групповой специфичности белков тканей и органов, которая соответствует группе крови.

*Жировоск.* При захоронении трупов во влажную, глинистую или болотистую почву, а также при пребывании их в стоячих водоемах начавшееся гниение в связи с отсутствием кислорода приостанавливается, ткани и органы трупа постепенно переходят в состояние жировоска (омыления трупа). Жировоск — серовато-белого цвета зернистая масса с сальным блеском и характерным запахом прогорклого сыра. Ткани приобретают вследствие этого беловато-желтоватый цвет, грубозернистый вид, постепенно затвердевают и становятся крошащимися. Развитию жировоска способствует повышенное содержание жира в тканях трупа.

Образование жировоска становится заметным через 3—5 нед. Полностью в состояние жировоска труп новорожденного обычно превращается через 5—6 мес., а труп взрослого человека — не ра-

нее чем через 10—12 мес. Но и трупы в таком состоянии пригодны для опознания, на них могут сохраниться следы повреждений, странгуляционная борозда и другие изменения, имеющие большое значение для следствия и экспертизы. При исследовании внутренних органов иногда удается установить даже различные болезненные изменения.

*Торфяное дубление.* Труп при попадании в болотистую почву или торфяные болота под влиянием содержащихся в них гуминовых кислот и танина подвергается так называемому торфяному дублению. При этом кожа трупа дубится, становится плотной, темно-бурого цвета, внутренние органы уменьшаются в размере, минеральные соли в костях растворяются и вымываются из трупа, кости приобретают мягкость и легко режутся ножом, напоминая по своей консистенции хрящи.

В таком состоянии трупы сохраняются в течение длительного времени. Торфяное дубление фиксирует имеющиеся на трупе повреждения и позволяет производить опознание погибшего.

Естественная консервация трупа может наступать и при некоторых других условиях, способствующих прекращению процесса гниения в самом начале своего развития (пребывание трупа в воде с высокой концентрацией солей, в нефти, при низкой температуре окружающей среды и т.д.). В подобных случаях трупы могут сохраняться длительное время, что позволяет эксперту при их исследовании решать ряд важных для следствия вопросов (причина смерти, характер повреждений и др.).

*Разрушение трупа насекомыми и животными.* Трупы сильно повреждают и даже полностью разрушают различные насекомые, грызуны, хищники и пр.

Из насекомых особенно сильно разрушают труп мухи (комнатные, трупные, синие, мясные и пр.). В теплое время года уже вскоре после смерти (в течение первых часов) в окружности глаз, в отверстиях носа, во рту, в ранах можно увидеть большое количество яиц мух. На вторые сутки появляются личинки червеобразной формы белого цвета, которые, выделяя протеолитические ферменты, активно поедают мягкие ткани трупа. Питаясь круглосуточно, они на 2-й нед. утолщаются до 0,3—0,4 см, длина их достигает 1,5 см. К концу 2-й нед. личинки перестают питаться и окукливаются, образуя ложный кокон, или пупарий, в котором находится куколка. Отдельные виды мух окукливаются на трупе; личинки других видов уходят в почву на глубину до 15—20 см, где и образуют куколку. Через 15—30 дней (в зависимости от температуры окружающей среды) из куколок выходят взрослые особи.

В целом биологический цикл развития мух в основном зависит от температуры окружающей среды: при повышении температуры он ускоряется, при понижении — замедляется. При благоприятных условиях личинки мух могут полностью скелетировать труп взрослого человека за 1 мес. Скорость скелетирования зависит не от величины трупа, а от условий внешней среды. Так как цикличность развития мух и других насекомых на трупе можно использовать для ориентировочного определения времени смерти, обнаруженные на трупе яйца, личинки, куколки и взрослые особи насекомых должны быть собраны и переданы следователю для назначения энтомологической экспертизы.

Известны повреждения трупов муравьями (считают, что в течение 2 мес. они могут превратить труп взрослого человека в скелет), а также жуками, трупоедами, 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.

## **Глава 28. ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ОБНАРУЖЕНИЯ**

Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения производит следователь с участием понятых, судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия — врача. При необходимости для осмотра трупа могут привлекаться другие специалисты. Неопознанные трупы подлежат обязательному фотографированию и дактилоскопированию. Кремирование неопознанных трупов не допускается. При необходимости извлечения трупа из места захоронения следователь выносит постановление об эксгумации и уведомляет об этом близких родственников или родственников покойного. Постановление обязательно для администрации соответствующего места захоронения. В случае, если близкие родственники или родственники покойного возражают против эксгумации, разрешение на ее проведение выдается судом (ст. 178 УПК РФ).

На месте обнаружения трупа судебный медик: выявляет признаки, позволяющие судить о времени наступления смерти, характере и механизме возникновения повреждений, и другие данные, имеющие значение для следственных действий; консультирует следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром тру-

па на месте его обнаружения и последующим проведением судебно-медицинской экспертизы; оказывает следователю помощь в обнаружении следов, похожих на кровь, сперму или другие биологические выделения человека, волос, различных веществ, предметов, орудий и других объектов и содействует их изъятию; обращает внимание следователя на все особенности, которые имеют значение для данного случая; дает пояснения следователю по поводу выполняемых им действий.

Результаты осмотра места происшествия и трупа, а также время начала и окончания осмотра трупа фиксируются в протоколе осмотра места происшествия, составляемом следователем (ст. 180 УПК РФ).

В протоколе описываются все действия следователя, а также все обнаруженное при осмотре в той последовательности, в какой производился осмотр, и в том виде, в каком обнаруженное наблюдалось в момент осмотра. В протоколе перечисляются и описываются все предметы, изъятые при осмотре. Там же должно быть указано: в какое время, при какой погоде и каком освещении производился осмотр, какие технические средства были применены и какие получены результаты, какие предметы изъятые и опечатаны и какой печатью, куда направлены после осмотра труп или предметы, имеющие значение для уголовного дела.

Формулирование записей, относящихся к описанию трупа, следов, похожих на кровь, по поручению следователя может производить судебный медик, который имеет право делать замечания и дополнения, подлежащие внесению в протокол. Протокол после прочтения подписывают участники осмотра места происшествия, в том числе и врач—специалист в области судебной медицины (ст. 166 УПК РФ).

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения от 24 апреля 2003 г. № 161 «Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы» при осмотре трупа с повреждениями различного происхождения врачи — судебно-медицинские эксперты обращают внимание:

**при повреждениях тупыми предметами** — на состояние одежды, ее загрязнения и повреждения; повреждения на теле трупа (локализацию, форму, размеры, особенности краев, другие особенности); наличие следов, похожих на кровь, волос, текстильных волокон на одежде и теле трупа, предметах окружающей обстановки, предполагаемом орудии травмы;

**при падении с высоты** — на положение трупа по отношению к объекту (крыше, балкону и т.п.), с которого произошло падение



человека; расстояние от теменной области головы, центра тяжести тела, стоп до перпендикуляра падения с плоскостью соударения; позу трупа; загрязнения, потертости ткани и декоративных деталей одежды; повреждения одежды, протяженные разрывы швов предметов одежды; повреждения обуви (подошвы, каблуков, верха); деформации отдельных частей тела (головы, области голеностопных суставов, стоп); односторонность повреждений (при прямом свободном падении); наличие повреждений ногтей, ладонных поверхностей пальцев рук, кистей; особенности ложа трупа; отсутствие (или наличие) повреждений, нехарактерных для падения с высоты (резаных, рубленых, колото-резаных, огнестрельных ран и др.). Осмотру также подлежат предметы на траектории падения и место, откуда могло произойти падение;

**при автомобильной травме** — на положение трупа по отношению к частям дороги, окружающим предметам, автомобилю или его следам, расстояния между ними; позу трупа; состояние одежды и обуви (механические повреждения, их локализация; наличие осколков стекла, частиц металла, краски, покрытия дороги; загрязнение грунтом, горюче-смазочными материалами, другие загрязнения в виде рисунка протектора шин, следов скольжения на подошвах обуви); состояние предметов, находящихся в карманах; наличие деформации отдельных частей тела, повреждений на трупе, их локализацию, высоту расположения; внедрившихся инородных частиц (краски, стекла, металла и др.); следов волочения; на участке дороги — наличие вещества биологического происхождения, отдельных предметов одежды или обуви, их фрагментов; носильных вещей, портфеля, сумки, зонта и др., их расположение по отношению к предметам окружающей обстановки и трупу; наличие на автомобиле следов крови, частиц органов и тканей, волос, лоскутов и нитей тканей одежды, их отпечатков; стертость пылегрязевого слоя, повреждения кузова, их высоту от дорожного покрытия;

**при железнодорожной травме** — на положение трупа, его отчлененных частей по отношению к рельсовым нитям: на рельсе, между рельсами, на междупутье, на бровке, под откосом, по отношению к путевым сооружениям, железнодорожному транспорту (под каким вагоном, колесной парой); расстояния между ними; позу трупа; состояние одежды и обуви (наличие повреждений, характерных загрязнений смазочными веществами, антисептиками, внедрившихся частиц балластного слоя пути, складчатых заглаживаний, полос давления); характер и локализацию повреждений на трупе, загрязнение их краев и дна смазочными веществами, частицами балласта; цвет полос давления и осаднения; признаки кро-

вотечения на одежде, теле, местности; на следы волочения на одежде, теле и на участке железнодорожного пути; наличие на железнодорожном транспорте следов биологического происхождения (крови, волос и др.) и высоту их расположения;

**при авиационной травме** — на взаимное положение трупов или их частей по отношению друг к другу, летательному судну или его обломкам, расстояния между ними; состояние одежды, посторонние запахи от нее и частей трупов; принадлежность частей каждому трупу (к трупам и частям трупов прикрепляют бирки с порядковыми номерами и, если известно, фамилией погибшего); на характер и особенности повреждений на трупах членов экипажа, наличие первичных повреждений кистей и стоп, перчаток и обуви, признаков прижизненного воздействия пламени; виды повреждающих воздействий на трупах или их частях (тупая травма, факторы взрыва, действия пламени, огнестрельные повреждения и др.);

**при повреждениях острыми предметами** — на состояние одежды, ее загрязнения и повреждения; повреждения на трупе (локализация, форма, размеры, особенности краев и концов, другие особенности); соответствие повреждений на одежде и теле, их взаиморасположение; при однородных повреждениях — их количество, взаимное расположение; наличие следов крови на одежде и теле, направление потеков; возможное (предполагаемое) орудие **травмы**, наличие на нем следов крови, текстильных волокон; соответствие количества излившейся крови характеру обнаруженных повреждений;

**при огнестрельных повреждениях** — на положение и позу трупа, положение огнестрельного оружия, стреляных пуль, гильз, пыжей и других деталей боеприпасов по отношению к неподвижным ориентирам и трупу (совместно со специалистом-криминалистом); расстояния между ними; повреждения одежды; характер, локализацию, форму, размеры, цвет посторонних наложений вокруг повреждений на одежде, в том числе и на изнаночной стороне (следы близкого выстрела); наличие пуль, дроби, пыжей, других деталей боеприпасов в одежде, между ее слоями, в складках (при их обнаружении помочь следователю изъять для проведения специального исследования); наличие отпечатка дульного конца оружия; наличие обуви на обеих стопах. При описании ран следует указать их локализацию и высоту от уровня подошв, форму, наличие Дефекта («минус ткани»), размеры, особенности краев, наличие поясков осаднения, загрязнения, отпечатка дульного конца оружия, следов близкого выстрела; наличие на кистях рук копоти, зерен пороха, следов от брызг крови. При необходимости смывы (отпечатки) с кистей и других частей тела для определения ком-

понентов выстрела изымают на месте. Следует указать, соответствуют ли друг другу повреждения на одежде и теле, при каком их взаиморасположении;

**при взрывной травме** — на положение трупа (трупов) не только по отношению к неподвижным ориентирам, но и к взрывной воронке (эпицентру взрыва); в случае разрушения тела — на положение каждой оторванной части одежды и тела по отношению к окружающим предметам и взрывной воронке с указанием расстояний от нее; состояние одежды и обуви, их повреждения и загрязнения (копоть). Повреждения на трупе описывают и отмечают их локализацию, форму, размеры, наличие дефектов ткани, отрывов отдельных частей тела, наличие следов термического воздействия (указать место наибольших разрушений). Обращают внимание на соответствие повреждений одежды и тела, наличие и направление полосовидных радиально расходящихся ссадин и касательных ран;

**при смерти от механической асфиксии** — на цвет и одутловатость лица, кровоизлияния в коже, слизистых оболочках глаз, преддверии рта; ширину зрачков, положение языка; следы кала, мочи, спермы на теле и одежде, крови из наружных слуховых проходов и носа; при наличии кляпа в ротовой полости описывают выступающую его часть (материал, размеры, плотность фиксации), повреждения на слизистой оболочке губ. Запрещается извлекать кляп, следует зафиксировать выступающую его часть липкой лентой (скотчем) к коже, описав это в протоколе;

*при давлении петлей (при наличии петли на шее)* — на ее строение (количество оборотов, рядов, вид соединения концов: пряжка, узел, перекрест и др.), материал (мягкий или твердый, гибкий, цвет, ширина, форма поперечного сечения, рельеф), локализацию петли и места соединения концов на шее, плотность прилегания к шее, расположение оборотов, рядов относительно друг друга, положение концов и их длину, положение рук относительно концов; наличие под петлей частей одежды, украшений, волос; между оборотами — ущемленных кожных валиков (ширина, высота, цвет, кровоизлияния, серозно-геморрагические пузырьки); по ходу петли — вертикальных поперечных складок кожи; при фиксации концов к конечностям — на степень натяжения концов; наличия на концах сопряженных предметов (их описание). Затянутые и хорошо фиксированные на шее петли не смещают и не снимают, осматривают и описывают только странгуляционные борозды, расположенные вне петли. При свободно находящейся на шее петле или ее отсутствии может быть произведена фотосъемка с масштабной линейкой четырех областей шеи и детальное описа-

ние странгуляционной борозды (борозд): локализация относительно верхнего края пластинок щитовидного хряща, углов нижней челюсти, нижних краев сосцевидных отростков, границы роста волос и затылочного бугра, количество борозд, направление (горизонтальное, косо восходящее, нисходящее), замкнутость, при незамкнутой борозде — ее длину, места окончания ветвей, при замкнутой — соединение в виде угла, дуги, направление вершины угла и выпуклости дуги, особенности повреждений кожи в месте соединения (форма, размеры); форма и выраженность краев, дно (форма, ширина, глубина, цвет, плотность, рельеф, промежуточные валики, направление смещения отслоенного эпидермиса), кровоизлияния и серозно-геморрагические пузырьки в элементах борозды, при наличии нескольких борозд — их взаимное расположение. При отсутствии петли на шее врач-специалист оказывает помощь следователю в поиске и изъятии с места происшествия гибких предметов, руководствуясь групповыми признаками странгуляционной борозды. Наложения с кожи шеи, по ходу странгуляционной борозды, снимают липкой прозрачной лентой, при подозрении на возможность затягивания петли самим потерпевшим снимают наложения с ладонных поверхностей кистей. Петлю снимают с шеи и направляют с трупом только в случаях ее слабой фиксации во избежание утраты при транспортировке. Способ снятия петли выбирают исходя из ее строения путем смещения узла и снятия через голову с последующей фиксацией его нитками в исходном месте или путем перерезания кольца, отступая от узла, с последующим шиванием концов;

*при повешении* — на положение тела, позу трупа, взаиморасположение областей тела и окружающих предметов; наличие и расположение предметов и выступов, которые могли быть использованы в качестве опоры, подставки для ног, их высоту, следы на них. Обязательными являются измерения расстояний: от места прикрепления петли к опоре до пола (грунта), до узла на шее, при полном висении — от подошвенной поверхности обуви или стоп до пола. Осмотр и описание петли и странгуляционной борозды проводят после снятия трупа путем пересечения конца петли выше узла или другого соединения, удерживая труп во избежание его падения. Если первоначальное положение тела было изменено до приезда оперативной группы, то измеряют также длину обрезанных концов от узла петли и от места крепления к опоре;

**при утоплении или обнаружении трупа в воде** — на глубину погружения, области тела, находящиеся в воде и над водой; **предметы**, удерживающие труп на поверхности или в глубине водоема; способ извлечения трупа из воды; соответствие одежды времени

года, наличие на одежде и теле наложений (ила, песка, мазута, водорослей и др.); выраженность признаков мацерации, отсутствие или отслоение надкожицы, ногтей; степень устойчивости волос на голове или их отсутствие; наличие и цвет пены у отверстий рта и носа, выделение ее при надавливании на грудную клетку; наличие и локализацию механических повреждений. При наличии привязанных к трупам предметов отмечают их примерную массу, способ фиксации, расположение крупнооборотных петель и узлов на теле; с учетом времени пребывания трупа в воде, особенностей среды утопления и обстоятельств дела врач-специалист может рекомендовать следователю взять пробы воды из поверхностных и придонных слоев водоема (по 1 л) для последующего альгологического исследования;

**при действии высокой температуры:**

*в очаге пожара* — на положение трупа по отношению к окружающим предметам. Если труп придавлен, отмечают, каким предметом, какая часть тела; позу (поза боксера); состояние одежды (отсутствует, частично сохранена соответственно каким частям тела, опаление, обгорание, закопчение); наличие характерного запаха (керосина, бензина и др.); локализацию, распространенность, степень ожогов; обгорание волос; признаки прижизненности пребывания в очаге пожара (копоть в носовых ходах, в полости рта, отсутствие ее в складках и морщинах лица, красновато-розовый цвет слизистых оболочек и трупных пятен на сохранившихся участках кожи); на наличие повреждений, не связанных с воздействием пламени (колото-резаных, огнестрельных ран, strangуляционной борозды на шее и др.);

*при подозрении на криминальное сожжение трупа* — на состояние отопительного очага (температура, размеры топки, поддувала и др.); наличие жирной копоти на стенках очага; количество золы, ее расположение в очаге, характер и вид (мелкая, с кусками угля, фрагментами костей, другими примесями). Необходимо изъять из разных мест топки и поддувала не менее четырех проб золы (примерно по 50 г), отдельные предметы (кусочки костей, металлические детали и др.) в отдельные пакеты, а по окончании осмотра — остальной золы;

*при обваривании горячими жидкостями или паром* — на положение трупа по отношению к источнику горячей воды (пара); состояние одежды (ее влажность); локализацию, распространенность и глубину ожогов; отсутствие закопчения, обгорания волос;

**при действии низкой температуры** — на положение и позу трупа; состояние ложа трупа (наличие подтаявшего снега, ледяной корочки); одежду (ее соответствие времени года и окружающей об-

становке, ее влажность), предметы одежды, снятые с тела, их положение на местности; цвет кожи и трупных пятен, наличие «гусиной кожи», на каких частях тела; наличие инея и скоплений льда в углах глаз, у отверстий рта и носа; признаки отморожения, на каких участках тела; наличие механических повреждений. Осмотр замерзшего трупа и последующую его транспортировку в морг проводят с осторожностью для предупреждения повреждений хрупких замерзших частей тела (ушных раковин, носа, пальцев и др.);

**при поражений электричеством:**

*атмосферным (молнией)* — на наличие повреждений на одежде (разрывы, обгорание, оплавление металлических частей одежды и предметов в карманах); повреждения тела («фигуры молнии», ожоги, опадение волос, другие повреждения). «Фигуры молнии» рекомендуется сфотографировать, поскольку они могут довольно быстро исчезнуть;

*техническим электричеством* (осмотр начинают только после обесточивания электросети и оборудования) — на положение тела по отношению к источнику (проводнику) тока. В случае, если пострадавшему оказывали медицинскую помощь и тело перемещали, фиксируется характер этой помощи и место первоначального обнаружения. Отмечают наличие на проводнике тока кусочков крови, волос, частиц одежды, текстильных волокон; состояние одежды и обуви (влажность); признаки действия тока на коже (электрометки, ожоги, механические повреждения);

**при отравлениях** — на наличие характерных запахов в помещении, от трупа (при надавливании на грудь и живот) и его одежды; наличие рвотных масс, следов мочеиспускания и дефекации; следы действия едких ядов на коже (особенно вокруг рта) и одежде; цвет кожи, необычный цвет трупных пятен; диаметр зрачков; следы инъекций; состояние промежности (следы введения яда при помощи клизм в прямую кишку или влагалище). Врач-специалист может рекомендовать изъять предметы (бутылки, стаканы, шприцы, упаковки лекарств и др.) с остатками жидкости, порошкообразных и иных веществ для последующего их судебно-химического исследования;

**при незаконном производстве аборта** — на предметы и медикаменты, которые могли использоваться для производства аборта (инструменты, спринцовки, бужи, шприцы, резиновые груши, химические вещества и др.), их необходимо изъять для проведения судебно-химических исследований. Отмечают положение **одежды** на трупе и ее состояние (сухая, влажная, следы крови, запах от одежды), отсутствие трусов, трико; позу трупа (раздвинутые ноги, обнаженные наружные половые органы); состояние

наружных половых органов и промежности (следы бритья волос на лобке, предметы, введенные во влагалище, характер выделений из половой щели, повреждения); имеющиеся признаки беременности (увеличение размеров живота, пигментация белой линии живота и сосков, состояние молочных желез). Осматривают места, где могут находиться плацента, плод или его части (мусороприемник, ведра, бачки, печи и др.);

**при осмотре трупа плода и новорожденного** — на наличие упаковки, ее характер и особенности (узлы не развязывать), ее загрязнения кровью, меконием; пол младенца, длину тела, размеры головки, окружность груди, плечей, бедер, ширину плечиков; наружные признаки новорожденного™; признаки ухода (перевязка пуповины, чистота тела); особенности пуповины и плаценты, наличие их повреждений; правильность развития наружных половых органов; выделение мекония из заднепроходного отверстия; повреждения на трупе (ссадины, раны, странгуляционная борозда и др.); посторонние предметы в полости рта и носоглотки (кляп);

**при осмотре трупа неизвестного человека** — детально исследуют и описывают одежду и обувь (фасон, размеры, фабричные метки, метки прачечной, штампы, следы ремонта и др.), содержимое карманов и других скрытых мест; исходящий от одежды запах; загрязнения и повреждения одежды; определяют антропологический тип, пол, примерный возраст, рост, телосложение; волосяной покров на голове (цвет, длина волос, прическа, стрижка, участки облысения), на других частях тела; состояние ногтей пальцев рук и ног; особые приметы (дефекты телосложения, рубцы, татуировки, пигментации и др.); признаки возможной профессиональной принадлежности; повреждения на трупе;

**при обнаружении частей расчлененного трупа** — на места обнаружения каждой части тела, их количество, расстояния между ними, описывают их и указывают отсутствующие; отмечают наличие, вид и характер упаковки частей тела: коробку, упаковочную ткань (бумага, мешковина, предметы постельного белья, полиэтиленовый пакет и др.), веревки, узлы (их не развязывают); наличие и особенности одежды, обуви на частях тела (цвет, размер, характер отделки, метки, запах, повреждения и др.). На каждой из обнаруженных частей тела отмечают: их наименование и размеры, оволосение, степень развития мышц, особые приметы (родимые пятна, рубцы, татуировки и др.); наличие и степень выраженности трупных изменений; особенности загрязнений (земля, песок, глина, известь, цемент и др.); дают краткую характеристику имеющихся повреждений и линий расчленения (особенности краев кожи и костей).

наличие на поверхности разделения хрящей и костей трасс от действия различных орудий и предметов при расчленении тела);

**при обнаружении скелетированного трупа** — на положение костей на местности, их взаимное расположение, соответствует ли оно нормальному расположению в скелете, соединены между собой или нет, расстояние между отдельными костями и костными конгломератами; отмечают цвет каждой кости, плотность, посторонние образования, дефекты костного вещества, аномалии развития, наличие или отсутствие суставных хрящей и связок, повреждения (переломы, костные мозоли в области старых переломов, признаки заболеваний костей), состояние эмали зубов; при наличии одежды и обуви — их состояние, загрязнения, повреждения; локализацию сохранившихся кожных покровов, их состояние; наличие и цвет волос, индивидуальных особенностей (татуировки, рубцы). Отмечают наличие растений в области ложа трупа, насекомых (жуки, муравьи, мухи, их личинки и куколки). При обнаружении скелетированных останков в фунте дополнительно отмечают глубину и способ захоронения (в фобу, без фоба, в одежде, без одежды, одиночное, массовое), тип почвы, ее влажность, наличие или отсутствие в могиле грунтовых вод, нор животных, прорастание корней деревьев и кустарников. Извлечение костных останков производят вручную осторожно и только после освобождения от почвы всех костей скелета;

**при ненасильственной смерти взрослых** — на положение и позу трупа, наличие в ладони или рядом с трупом упаковок с лекарственными средствами; состояние одежды, наличие в карманах рецептов, упаковок лекарств; цвет кожных покровов (желтушность и др.); диаметр зрачков (анизокория); наличие рвотных масс в полости рта, на одежде, варикозного расширения вен, трофических язв нижних конечностей, отечности лица, голени, стоп. При обнаружении повреждений головы, кистей оценить возможность их образования при падении и одновременном ударе о предметы окружающей обстановки. В случае смерти на дому необходимо выяснить у родственников или соседей умершего об имевшихся у него заболеваниях;

**при ненасильственной смерти грудных детей** — на позу трупа в постели, наличие слизистых выделений из носа, рвотных масс, кала, мочи на постельном белье, пеленках; тщательно осматривают носовые ходы, полость рта, зев, кожу шеи, область пупка; оценивают состояние региональных лимфатических узлов, наличие опрелостей. Необходимо выяснить у родственников клинические симптомы, предшествовавшие наступлению смерти (повышение температуры, выделения из носа, одышка, отказ от пищи, рвота, понос и др.);



**при подозрении на смерть от особо опасных инфекций** — врач-специалист обязан немедленно сообщить об этом руководителю органа управления здравоохранением и государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

## **Глава 29. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПА**

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2003 г. № 161 «Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы» экспертное исследование трупа может быть начато лишь после появления ранних трупных изменений (трупное охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение). До появления указанных изменений исследование трупа может быть произведено только после констатации факта смерти в установленном порядке. Экспертное исследование трупа производят в соответствующих отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы или на базе патологоанатомических отделений государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Поступивший труп, одежду и различные предметы, доставленные с трупом, регистрируют в установленном порядке. Одежду трупа и иные доставленные с ним предметы сохраняют до начала производства экспертного исследования в том состоянии, в каком они поступили. При необходимости врач — судебно-медицинский эксперт поручает санитару осуществить конкретные мероприятия, направленные на предупреждение порчи доставленных предметов (просушить одежду, развесить ее на манекенах и т.п.).

Экспертное исследование трупа включает следующие действия врача — судебно-медицинского эксперта: ознакомление с представленной документацией; планирование исследования трупа; наружное исследование трупа; внутреннее исследование трупа; взятие биологического материала; оформление протокольной (исследовательской) части; составление судебно-медицинского диагноза; оформление «Медицинского свидетельства о смерти»; оформление запросов о предоставлении материалов; лабораторные исследования взятого биологического материала; комплексную оценку результатов вскрытия трупа, лабораторных исследований и данных из представленных материалов; оформление экспертных выводов. Изложенная общая схема последовательности действий врача — судебно-медицинского эксперта в каждом конкретном случае может изменяться, уточняться или дополняться.

**Ознакомление с представленной документацией** — постановлением или определением о назначении экспертного исследования трупа, копией протокола осмотра трупа и места происшествия, медицинскими документами проводят до исследования трупа с целью последующего планирования врачом — судебно-медицинским экспертом своих действий, выбора методик и приемов вскрытия, а также для взятия биологического материала от трупа.

При изучении представленных документов выясняют условия и обстоятельства наступления смерти. Особое внимание обращают на сведения, имеющие значение для установления ее причины и ответов на другие вопросы, содержащиеся в постановлении (определении). При необходимости выясняют у родственников умершего данные медицинского характера (перенесенные им заболевания, травмы, вредные привычки, общее состояние здоровья в последнее время и другие катamnестические сведения).

*Планирование исследования трупа.* После ознакомления с представленными документами врач — судебно-медицинский эксперт, руководствуясь сформулированными в постановлении (определении) вопросами, а также нормативными документами и иными информационно-методическими материалами о проведении исследования трупа при отдельных видах смерти, а также вопросами, которые могут возникнуть в ходе следствия и в суде, определяет: объем экспертной работы в целом; последовательность исследования полостей, систем и органов трупа, а также применение необходимых для этого специальных методик, приемов или проб; характер, последовательность и количество намеченного к взятию биологического материала; объем работы вспомогательного персонала (лаборантов, медицинских регистраторов и санитаров) по подготовке соответствующего оснащения, инструментария, посуды, инвентаря, упаковочного и другого материала.

В процессе выполнения конкретного исследования в намеченный план могут вноситься коррективы.

**Наружное исследование трупа включает:** исследование одежды, обуви и иных предметов, доставленных с трупом; биологическую характеристику трупа; описание признаков внешности неопознанного трупа методом словесного портрета; исследование повреждений, в необходимых случаях фотографирование и зарисовку их на контурных схемах частей тела человека; взятие для лабораторного исследования мазков, выделений, наложений и различных других объектов, обнаруженных при наружном исследовании трупа и одежды; другие действия эксперта, обусловленные спецификой конкретного случая.

Исследование одежды начинают с перечисления отдельных ее предметов, их состояния и положения на трупе в момент осмотра. Отмечают предполагаемый вид материала (шелк, шерсть и др.), цвет, степень изношенности, сохранность петель, пуговиц и застежек. На одежде трупов неизвестных лиц отмечают также наличие характерного рисунка, меток, товарных знаков и других особенностей. Перечисляют и описывают содержимое карманов и другие предметы, доставленные с трупом. При наличии на одежде, обуви и головном уборе повреждений и участков загрязнения указывают их точную локализацию (пользуясь стандартными наименованиями частей одежды и обуви), форму, размеры, расстояния от швов и других конкретных константных ориентиров (деталей) одежды (карманы, клапаны, края бортов и др.), направление, характер краев и концов и другие особенности.

Выясняют взаиморасположение повреждений и участков загрязнения на одежде с повреждениями (следами) на трупе. Повреждения и загрязнения измеряют и фотографируют.

При обнаружении разрывов, разрезов, дефектов, следов скольжения и иных повреждений или характерных следов (отпечатков протектора, наложения смазки, частиц краски, копоти и др.) либо следов, похожих на кровь, рвотные массы, лекарственные, едкие или иные химические вещества, врач — судебно-медицинский эксперт принимает меры к сохранению выявленных повреждений, загрязнений, пропитываний и наложений для последующего их исследования экспертами других специальностей и к предупреждению возникновения дополнительных повреждений, загрязнений или деформации этих следов. С этой целью одежду просушивают, упаковывают в установленном порядке и передают под расписку следователю.

Перед снятием одежды необходимо провести исследование трупного окоченения в разных группах мышц и трупного охлаждения.

Исследование биологической характеристики трупа начинают с определения внешних признаков пола, возраста, телосложения, степени упитанности, измерения длины тела трупа и при наличии возможности — его массы. Трупы новорожденных и детей в возрасте до одного года взвешивают; трупы взрослых лиц при некоторых видах травмы (автомобильная, падение с высоты), а также при подозрении на отравление этанолом и т.п. также целесообразно взвешивать. Телосложение определяют как крепкое (атлетическое, гиперстеническое), среднее (нормостеническое), слабое (астеническое); при необходимости отмечают параметры отдельных частей тела.

Исследуют с указанием точного времени трупные изменения.

Определяют на ощупь охлаждение тела трупа в прикрытых одеждой и обнаженных частях тела; измеряют температуру в прямой кишке, при наличии возможности — в ткани печени, не менее чем двукратно с часовым интервалом.

Устанавливают по плотности и рельефу скелетных мышц (лица, шеи, верхних и нижних конечностей), объему движений в суставах наличие (или отсутствие) трупного окоченения, его распространенность и степень выраженности.

Отмечают наличие (или отсутствие) трупных пятен, их локализацию по областям тела, распространенность, интенсивность (островковые, сливные, обильные, скудные), характер, цвет, наличие кровоизлияний в кожу на их фоне; описывают участки кожи, лишенные трупных пятен (наличие отпечатков одежды и каких-либо предметов); троекратно надавливают на кожу с силой 2 кг/см и фиксируют время восстановления первоначальной окраски (в секундах, минутах); отмечают сохранение способности трупных пятен к перемещению при изменении положения тела трупа и степень отличия от первоначально возникших; при необходимости делают надрезы кожи для дифференциации трупных пятен и кровоизлияний.

Определяют локальные участки подсыхания кожи в области прижизненных и посмертных механических повреждений (пергаментные пятна) и сдавления кожи, отмечают их локализацию (как правило, на выступающих участках тела соответственно подлежащей кости), форму, размеры, выраженность контуров, уровень расположения (выступают, западают) по отношению к неизменной окружающей их коже; устанавливают помутнение роговицы (пятна Лярше), подсыхание красной каймы губ, тонких слоев кожи (на концах пальцев, на мошонке, в складках кожи в местах опрелости и др.); определяют наличие (или отсутствие) признака Белоглазова (изменение формы зрачка при надавливании на глазное яблоко). Устанавливают прижизненные реакции: зрачковую пробу, механическое раздражение мышц плеча или бедра, раздражение скелетных мышц электричеством; берут отпечатки или мазки крови, секрета молочной железы, поверхности роговицы; кусочки кожи и мышц направляют на лабораторное исследование. Для окраски красителями (нейтральным красным и метиленовым синим).

При наличии поздних трупных изменений отмечают гнилостный запах и увеличение размеров трупа («гигантский труп»); степень выраженности трупной зелени, гнилостной венозной сети кожи, гнилостных пузырей, гнилостной эмфиземы; описывают их локализацию, цвет, размеры, форму, признаки выпадения прямой

кишки, матки; отмечают наличие участков жировоска, их запах, локализацию, консистенцию, цвет и сохранность структуры тканей на его фоне; устанавливают признаки мумификации (степень высыхания трупа, цвет кожи, плотность, характер звука при ударе по коже, уменьшение размеров и массы тела трупа) и торфяного дубления (цвет, плотность кожи, уменьшение размеров трупа). Обнаруженные на трупе мухи, их личинки, куколки целесообразно помещать в пробирки и направлять на лабораторное энтомологическое исследование; следует указывать локализацию, цвет, высоту, размеры колоний и участков плесени на коже и одежде трупа, осторожно снимать ее стерильным пинцетом и также помещать в стерильную пробирку для определения времени развития.

Применяют рекомендованные в установленном порядке инструментальные и лабораторные методы определения времени наступления смерти.

*Исследование головы.* При ее ощупывании отмечают состояние костей мозгового и лицевого черепа, наличие подвижности, деформации и других особенностей. Особо тщательно осматривают волосистую часть, отмечая цвет и длину волос, облысение и т.д. Указывают, открыты ли глаза, определяют цвет радужной оболочки и диаметр зрачков, консистенцию глазных яблок; отмечают цвет, кровенаполнение, влажность белочной и соединительной оболочек (бледность, отечность, желтушность, наличие экхимозов), одутловатость лица. Указывают наличие (или отсутствие) и характер выделений из отверстий носа, рта и ушей. Осматривают кайму и слизистую оболочку губ. Отмечают, открыт ли рот, сомкнуты ли зубы, имеется ли ущемление языка. Указывают цвет и особенности видимых зубов, наличие и количество коронок, протезов, в том числе из желтого или белого металла. Описывают состояние альвеолярной поверхности десен отсутствующих зубов. Отмечают наличие (или отсутствие) в полости рта крови, частиц пищевых масс, порошков, иных инородных предметов.

*Осмотр шеи, груди, живота, спины, верхних и нижних конечностей, подмышечных впадин, складок кожи под молочными железами, промежности и области заднепроходного отверстия.* При исследовании трупов женщин определяют форму и размеры молочных желез, пигментацию околососковых кружков и белой линии живота, наличие выделений из сосков при надавливании на молочные железы, рубцов беременности и других особенностей.

*Исследование наружных половых органов.* У мужчин определяют состояние крайней плоти, мошонки, наружного отверстия мочеиспускательного канала; у женщин — состояние промежно-

сти, половых губ, входа во влагалище, девственной плевы, влагалища. Указывают на наличие (или отсутствие) выделений, повреждений, рубцов, язв и других особенностей. Определяют состояние заднепроходного отверстия и кожи вокруг него.

*Исследование костей скелета (на ощупь).* Отмечают наличие патологической подвижности или деформации.

Все обнаруженные при наружном исследовании повреждения описывают при последовательном осмотре различных областей трупа либо отдельно в конце раздела «Наружное исследование».

Исследование наружных повреждений производят вначале невооруженным глазом, а при необходимости с помощью лупы, стереомикроскопа, операционного микроскопа. Исследование производят с полнотой, обеспечивающей получение необходимых фактических данных для последующей реконструкции обстоятельств происшествия (установление механизма образований повреждений; выявление видовых, групповых или индивидуальных признаков орудия травмы и т.д.).

Для каждого повреждения в отдельности указывают его вид (кровоподтек, ссадина, рана), точную анатомическую локализацию, форму, размеры, направление по оси тела, цвет, характер краев и концов, особенности рельефа ссадин, наличие канала, признаки воспаления или заживления, наличие участков наложения и загрязнения, состояние окружающих тканей. При наличии однотипных повреждений допускается их группировка при описании по отдельным анатомическим областям, с соблюдением указанных выше требований.

При определении локализации повреждения указывают соответствующую анатомическую область и расстояние от повреждения до ближайших анатомических точек-ориентиров, используя систему прямоугольных координат, а также при необходимости (транспортная травма, огнестрельные, колото-резаные повреждения и др.) измеряют расстояние от нижнего уровня каждого повреждения до подошвенной поверхности стоп. Форму повреждения описывают применительно к форме геометрических фигур (треугольная, круглая, овальная и т.д.). Для обозначения цвета повреждений используют основные цвета и оттенки (по шкале Цветов). Размеры повреждений указывают только по метрической системе мер, используя для измерения линейки из твердого материала (металла, пластмассы).

При исследовании участков наложений или загрязнений в области повреждений дополнительно отмечают предполагаемый характер вещества (кровь, копоть, смазочные масла, краска, песок и т.д.) и локализацию.

При исследовании состояния тканей, прилежащих к повреждению, отмечают наличие или отсутствие отека (припухлости); цвет, форму, интенсивность, четкость границ, размеры кровоизлияния. Для выявления указанных изменений целесообразно производить крестообразные разрезы.

Для уточнения характера и особенностей повреждений или болезненных изменений костей скелета вначале (при наличии технической возможности) производят их рентгенографию, затем рассекают мягкие ткани, исследуют кости и окружающие ткани на месте. В необходимых случаях поврежденную кость извлекают и очищают от мягких тканей. Указывают точную локализацию перелома, направление его плоскости, морфологические особенности, характеризующие вид деформации и характер разрушения, наличие и особенности фрагментов костей.

Отмечают расположение наружных повреждений на контурных изображениях частей тела человека; схематически зарисовывают форму повреждений и характерных следов на одежде, головном уборе и обуви. При наличии технической возможности повреждения на теле и одежде фотографируют. Производят снимки не только обзорного характера (общий вид тела с повреждениями), но и отдельных повреждений, используя масштабную линейку. Фотографирование повреждений на теле и одежде осуществляет либо врач — судебно-медицинский эксперт, либо лаборант под его руководством.

В соответствии с ранее намеченным и скорректированным в ходе наружного исследования рациональным комплексом лабораторных исследований берут (делая запись о произведенных действиях) тот биологический материал и иные объекты, которые могут быть загрязнены или изменены при последующем вскрытии трупа (например, кожу для люминесцентного исследования следов смазочных веществ, краски и др., контактно-диффузионного или спектрографического исследования на ней наложений металлов и т.д.), делают отпечатки роговицы, секрета молочных желез, мазки содержимого полости рта, влагалища, прямой кишки, смывы кожи и частицы вещества из участков ее загрязнения, берут образцы волос.

**Внутреннее исследование трупа** включает вскрытие полостей (черепа, грудной и брюшной) и рассечение внутренних органов. Позвоночник и спинной мозг подлежат обязательному исследованию при наличии их повреждения или заболевания, а также при черепно-мозговой травме, дорожно-транспортных происшествиях, падениях с различной высоты. Способ вскрытия трупа, последовательность и приемы исследования полостей и органов оп-

ределяет эксперт, руководствуясь предварительными сведениями об обстоятельствах смерти, особенностями конкретного случая, задачами исследования и соответствующими информационно-методическими документами. Целесообразно придерживаться системного порядка при исследовании и оформлении результатов секции трупа (ЦНС, сердечно-сосудистая система и т.д.). Повреждения, причиненные в процессе проведения экспертного исследования трупа (переломы ребер, хрящей гортани, костей черепа и т.п.), в обязательном порядке должны быть зафиксированы письменно.

Разрезы мягких тканей производят, по возможности не затрагивая наружные повреждения, хирургические разрезы, свищи, дренажи, катетеры, канюли, выпускники и др., а также оставшиеся в ранах инородные предметы. Отмечают цвет мышц, наибольшую толщину подкожной жировой клетчатки, наличие (или отсутствие) травматических или патологических изменений.

*Взятие объектов для лабораторных исследований.* Из трупа могут быть взяты какие-либо его части, внутренние органы и ткани, кровь, моча и т.п. для проведения последующих специальных судебно-медицинских исследований. Врач — судебно-медицинский эксперт берет необходимый материал, а маркировку и упаковку его, выполнение препятствующих порче биологических объектов мероприятий и заполнение сопроводительной документации осуществляют средний и младший медицинский персонал под руководством врача — судебно-медицинского эксперта.

Количество и характер изымаемых объектов, а также необходимые виды их исследования определяет врач — судебно-медицинский эксперт исходя из поставленных на разрешение экспертного исследования вопросов и особенностей конкретного случая.

Объекты, предназначенные для направления в отдел судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств, берут, упаковывают и опечатывают в соответствии с установленными требованиями. Врач — судебно-медицинский эксперт заполняет соответствующий бланк (бланки) направления, в котором также указывает, кем и когда вынесено постановление о назначении экспертного исследования трупа, а также вопросы из постановления, подлежащие разрешению при проведении исследования в подразделениях указанного отдела.

Объекты передают лицу или органу, назначившему экспертное исследование трупа, для принятия решения об их дальнейшем исследовании и доставке взятого от трупа материала в структурные подразделения отдела судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств.



**Оформление «Заключения эксперта»** проводится в соответствии с Федеральным законом от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

**Медицинское «Свидетельство о смерти»** заполняют в день окончания исследования трупа. Если для установления или уточнения причины смерти необходимо проведение лабораторных исследований, то выдают предварительное свидетельство. Невозможность установления рода смерти или обстоятельств и места травмы к моменту выдачи «Свидетельства о смерти» не является основанием для выдачи предварительного свидетельства о смерти; в этом случае в бланке подчеркивают — «род смерти не установлен».

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений сразу же взамен предварительного «Свидетельства о смерти» врач — судебно-медицинский эксперт составляет новое, окончательное «Свидетельство о смерти».

## **РАЗДЕЛ 9 СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

### **Глава 30. ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

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

Успешное и своевременное проведение экспертных исследований во многом зависит от правильного направления на судебно-медицинскую экспертизу документальных материалов, а также образцов крови (или других биологических объектов), которое производится следователем. В лабораторию направляются: сопроводительное отношение (письмо); постановление следователя или определение суда о назначении судебно-медицинской экспертизы;

копия протокола осмотра места происшествия; копия заключения судебно-медицинской экспертизы трупа, судебно-медицинской экспертизы живого лица или выписки из них; копия заключения судебно-медицинской экспертизы при назначении повторной экспертизы; копия протокола изъятия образцов крови (слюны, волос), если таковые изымались.

Экспертное исследование проводят в определенной последовательности: изучение документов; осмотр упаковки и ее описание; осмотр и описание представленных предметов, объектов; определение наличия объектов биологического происхождения, произведенное по ходу описания вещественного доказательства; составление плана проведения исследования в соответствии с выявленными объектами и имеющимися методиками; определение видовой, групповой, половой принадлежности объектов с целью разрешения вопросов, поставленных органом дознания, следователем, прокурором, судьей или судом; составление выводов.

При проведении специальных исследований по установлению наличия, вида, группы, пола и т.д. расходование объектов производят таким образом, чтобы обеспечить полноту исследования, а также возможность дополнительных или повторных действий с ними. Исключение составляют исследования чрезвычайно малых объектов, без полного уничтожения которых невозможно решить поставленные вопросы. На уничтожение следов или изменение их конфигурации должно быть разрешение следователя. Жидкую кровь и иные скоропортящиеся материалы исследуют не позднее следующего дня после их поступления в отделение. Маркировка объектов должна быть четкой и оставаться неизменной при проведении одного исследования во всех реакциях. Перед проведением каждого исследования и в зависимости от его вида проверяют пригодность используемых реактивов и реагентов (их специфичность и активность). Результаты экспертного исследования оформляют в соответствии с установленным законодательством порядком.

Осмотр и описание вещественных доказательств производят с указанием полной характеристики следов биологического происхождения. При этом соблюдают основной принцип, позволяющий в дальнейшем на любом этапе следствия или суда опознать эти предметы, т.е. подробно указывают фактуру, основные размеры, отличительные детали, цвет, изношенность, повреждения, загрязнения. Особые требования предъявляют к описанию следов биологического происхождения: в обязательном порядке отмечают локализацию следа, его цвет, форму, контуры, степень пропитыва-

ния, уплотнение, размеры, особенности. Следы, подвергавшиеся уничтожению, описывают с особой тщательностью, предусматривая подпарывание швов, разбор орудий (оружия) преступления и т.д. Целесообразно использовать специальные бланки со схематическим изображением одежды, обуви, орудий и т.д., а также по возможности фотографировать вещественные доказательства.

Эксперт подробно описывает образцы, представленные для сравнения вместе с вещественными доказательствами, а также образцы, взятые в отделении в присутствии следователя. Результаты исследований могут излагаться либо в специальных таблицах, либо в текстовой форме. В выводах излагаются данные по групповой характеристике лиц (в необходимых случаях — по категории «выделительства»), образцы крови и выделений которых представлены для сравнительного исследования, перечисление результатов исследования объектов, направленных на экспертизу, и формулируется общий вывод.

### **Глава 31. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КРОВИ**

Следы крови играют важную роль в следственной практике, поскольку они часто являются следами происшествия или совершенного преступления. Вопросы, разрешаемые при экспертизе следов крови, определяются как обстоятельствами дела, так и экспертными возможностями.

План проведения экспертного исследования крови соответствует общим принципам, включающим выявление следов, напоминающих кровь, определение ее наличия, вида, группы, пола и регионального происхождения.

Выявление следов, похожих на кровь, производят визуально при естественном свете, ярком солнечном или искусственном освещении с использованием лупы или без нее; осмотром в ультрафиолетовых лучах; осторожным поскабливанием острым предметом поверхности следа (особенно если он имеет темный цвет); микроскопическим исследованием вырезок из подозрительных участков, которые предварительно обрабатывают концентрированной серной кислотой.

Реакции, с помощью которых устанавливают наличие крови, основаны на обнаружении гемоглобина и его производных; они могут осуществляться методами микроспектроскопии, тонкослойной хроматографии, иммуноэлектрофореза, электрофореза, определением микролюминесценции с последующим выявлением

спектра люминесценции. Вместе с вытяжками из следов крови обязательно готовят вытяжки из участков предметов-носителей без наличия следов (последние используют лишь после получения результатов с вытяжками из крови). Если эти вытяжки с какими-либо видовыми сыворотками дали отрицательную реакцию, то нецелесообразно исследовать контрольные объекты с теми же реагентами.

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

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

*Определение групповой принадлежности крови.* Изучению групповой характеристики крови должно предшествовать исследование образцов крови проходящих по делу лиц. Образцы, по возможности, вначале исследуют в жидком виде, а затем их вводят во все реакции в виде высушенных на марле пятен. В отсутствие потерпевшего или подозреваемого в качестве образцов можно исследовать их носильные вещи и устанавливая группу крови путем исследования пота. В исключительных случаях в качестве образца можно исследовать одежду, снятую с трупа. Образец жидкой крови из трупа берет врач — судебно-медицинский эксперт, производящий его вскрытие (целесообразно брать кровь из полости сердца). В тех случаях, когда кровь из трупа взять не представляется возможным, в качестве образцов берут волосы, ногти, кости, зубы, мышечную ткань.

Если кровь поступает в виде пятен на марле, то исследование ее производят одновременно с представленными предметами. **Эксперт** начинает исследовать образцы с наиболее информативных и доступных систем, выбирая именно те из них, по которым между образцами выявлено различие.

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

*Выявление эритроцитарных групп в пятнах крови.* Классическая система группы крови АВО имеет первостепенное значение для судебно-медицинской дифференцировки следов крови. Это связано с высоким полиморфизмом этой системы, с благоприятной частотой распространения групп среди населения всего земного шара и, главное, с исключительной устойчивостью антигенов этой системы крови к внешним воздействиям среды. В пределах данной системы всех людей можно разделить на четыре основные группы: 00 (I), АО (II), ВО (III) и АВ (IV).

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

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

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

падения, тем большую окружность занимают вторичные пятна. При падении каплей крови с достаточно большой высоты они утрачивают округлую форму.

При *падении каплей под углом* (на наклонную поверхность) форма пятен овальная, причем чем острее угол встречи капли с поверхностью предмета, тем больше она приобретает форму восклицательного знака.

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

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

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

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

*Пятна крови в виде потеков* образуются при падении крови на наклонную или отвесную поверхность. Стекая с такой поверхности, кровь образует след в виде потека — равномерного по ширине удлиненной формы пятна. Нижний отдел такого пятна потека окрашен более интенсивно, а иногда и булавовидно утолщен, так

как в этом отделе скапливается кровь. Этот признак позволяет определять направление стекания крови. Если потеки идут в разных направлениях, скрещиваются, то это говорит о том, что вскоре после нанесения повреждения с наружным кровотечением положение тела (или предмета) было изменено. По ряду признаков можно установить последовательность образования скрещивающихся потеков: второй по времени образования потек (через 10—15 мин) у места пересечения умеренно расширен или же при встрече с первым, подсохшим, изменяет свое направление, располагаясь вдоль первого. Исследование скрещивающихся потеков крови используется для установления последовательности их образования.

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

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

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

## **Глава 32. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ**

*Судебно-медицинская экспертиза спермы.* Пятна спермы в качестве вещественных доказательств фигурируют в экспертизах, связанных с различными половыми преступлениями — изнасилованием, развратными действиями, мужеложством и рядом других.

Следы спермы обнаруживаются на белье, одежде и других предметах, на тампонах-мазках из влагалища и прямой кишки. Пятна спермы имеют некоторые характерные особенности. На белье и одежде они обычно находятся в определенных местах, часто уплот-

няя ткань наподобие крахмала. Пятна спермы на светлых тканях имеют серовато-желтоватый цвет, иногда с буроватым оттенком, на темных — вид матовых белесоватых наслоений; на гладких тканях — неправильную форму с извилистыми очертаниями, на твердой, невсасывающей поверхности — блестящие и легко счищаемые, на ворсистой — засыхают в виде мелких корочек. Если при осмотре вещей не удастся обнаружить пятна спермы, особенно на пестрых тканях и среди загрязнений, то такие предметы необходимо осмотреть под ультрафиолетовыми лучами. При этом пятна спермы дают беловато-голубоватую флюоресценцию.

Исследование по делам о половых преступлениях начинают с поиска следов, напоминающих пятна спермы. Это достигается осмотром предметов при ярком естественном или искусственном освещении, в ультрафиолетовых лучах, реакцией с картофельным соком.

В следах, подозрительных на присутствие спермы, ее наличие устанавливают доказательными методами. Любой избранный экспертом метод при положительном его результате дает право на вывод о присутствии спермы, в то время как для дачи ответа о не обнаружении спермы следует использовать весь возможный перечень методик.

При наличии заболеваний (азоспермии, олигоспермии, некро-спермии и др.) и получении отрицательного результата морфологических поисков следует во избежание ошибочного вывода при-менять иные методики.

Групповую принадлежность спермы по системам АВО определяют теми же методами, что и группу крови, но с некоторыми модификациями.

С целью возможного дифференцирования следов при одно-группности проходящих по делу подозреваемых можно определять в пятнах спермы группы по системе *Gm*.

Конкретизация экспертных выводов в результате исследования спермы возможна при использовании реакции иммунофлюорес-ценции, с помощью которой группоспецифические антигены вы-являются непосредственно в сперматозоидах. Перед установлени-ем группы спермы исследованию подвергают образцы крови и выделений лиц, проходящих по делу.

При этом устанавливают их групповую характеристику и ка-тегорию выделительства. Для определения категории выделитель-ства целесообразно подвергать исследованию именно то выделе-ние, которое судебно-медицинский эксперт выявил в следах на представленных предметах (в данном случае нужно исследовать



сперму), так как, исследуя разные выделения, судебно-медицинский эксперт не может исключить получение противоречивых результатов. Категорию выделительства трупа устанавливают путем исследования образцов либо его желчи и мочи по системе АВО, либо крови по системе *Lewis*. В ряде случаев следует проводить параллельные исследования и сопоставлять полученные результаты.

При исследовании следов спермы на различных предметах, а также образцов спермы или слюны используют одни и те же реагенты.

*Судебно-медицинская экспертиза волос.* Волосы в качестве вещественных доказательств фигурируют в делах об убийствах, изнасилованиях, нанесении телесных повреждений, кражах, хищениях животных, мехов и т.д. В зависимости от характера и особенностей преступления волосы могут быть обнаружены на одежде и теле потерпевшего и подозреваемого, на орудиях преступления и других предметах.

Объекты, на которых следует искать волосы, определяются в каждом конкретном случае обстоятельствами происшествия. Так, волосы (волос) могут быть найдены на орудии преступления (например, при нанесении телесных повреждений, убийствах), на одежде и теле подозреваемого и потерпевшего (например, при изнасиловании).

Обнаружение волос иногда представляет большие трудности, поскольку их нелегко заметить, особенно если они по цвету не отличаются от общего фона предмета, на котором находятся. На различных объектах волосы выявляются путем их осмотра невооруженным глазом, с помощью лупы. Волосы могут быть обнаружены в виде пучка или единично. Цвет единичных волос определяется как черный, коричневый, желтый и др., в пучке или пряди — как черный, темно-русый, светло-русый и рыжий.

*Судебно-медицинская экспертиза слюны.* Судебно-медицинский эксперт должен обнаружить следы, похожие на слюну, при ярком освещении либо в ультрафиолетовых лучах. Наличие слюны в следах, выявленных при осмотре вещественных доказательств, устанавливают реакцией, основанной на активности амилазы слюны. На окурках, имеющих признаки пребывания во рту, наличие слюны не устанавливают в целях экономии материала для других видов исследования. Лишь в тех случаях, когда при исследовании группоспецифических антигенов на окурках получают нечеткие результаты, целесообразно прибегнуть к реакции по установлению наличия слюны.

Групповые свойства в слюне выявляют теми же методиками, что и в следах спермы. Изучают систему АВО, а в некоторых случаях для дифференцирования можно прибегнуть к выявлению антигенов системы *Gm*. Перед проведением реакций, направленных на выявление группоспецифических антигенов в слюне, проводят обязательное исследование по установлению категории выделительства проходящих по делу лиц. Если следствие интересуется вопросом о половой принадлежности слюны, эксперт использует для решения этого вопроса цитологические методы исследования.

*Судебно-медицинская экспертиза пота и мочи.* В связи с отсутствием строго специфической реакции на установление наличия пота исследование последнего (методом хроматографии в тонком слое сорбента или химическими реакциями) целесообразно производить в случаях: установления принадлежности предмета (объекта) определенному лицу; изучения пальцевых отпечатков; установления природы влияния предмета-носителя на сыворотки. Исследование пота на спичках, в подногтевом содержимом, на окурках и пр. проводить не рекомендуется из-за большой вероятности получения неспецифических результатов. Если экспертизу нужно выявлять присутствие пота на каких-либо носильных вещах, то в подобных случаях к выводу о присутствии пота следует подходить путем исключения наличия в этом пятне слюны, спермы или мочи. Устанавливать наличие пота на длительно ношенных предметах (подкладке головных уборов, стельках обуви, носках, чулках и т.п.) нецелесообразно. Вид пота устанавливают чрезвычайно редко и лишь при особых обстоятельствах (возможность присутствия пота какого-либо животного). Для этой цели используют метод встречного иммуноэлектрофореза. Групповые свойства пота устанавливают методом абсорбции-элюции в разных модификациях. Для решения вопросов о группе пота в смешанных следах (например, кровь и пот) используют экстрагирование материала в бутаноле или в смеси бутанола с метанолом. Наличие мочи в подозрительных следах определяют по присутствию мочевины или креатинина. Практически вид мочи не устанавливают из-за отсутствия в ней достаточного количества белка, но в исключительных случаях он может быть установлен реакцией иммунофлюоресценции или встречного иммуноэлектрофореза на мембранах из ацетата целлюлозы. Группоспецифические антигены системы АВО мочы выявляют реакцией абсорбции-элюции в разных ее модификациях. Группоспецифические свойства смешанных следов устанавливают теми же методиками, которые используются при работе с изолированными следами.

*Судебно-медицинская экспертиза органов и тканей.* При исследовании кусочков органов, тканей и гистологических препаратов вначале решают вопрос об их принадлежности определенному органу или ткани, если кусочки изъяты на месте происшествия. Данное исследование производят с помощью врача — судебно-медицинского эксперта. Если же материал уже определен и передан на дополнительное исследование в судебно-гистологическое отделение, то подобную работу не производят. Группоспецифические антигены системы АВО выявляют реакциями абсорбции-элюции и смешанной агглютинации, которые используют параллельно, стараясь охватить как можно больший объем материала. Это связано с неодинаковой выраженностью антигенов в подобных объектах. Для установления групповой принадлежности частей расчлененного трупа или при исследовании эксгумированного трупа анализируют ногти, кости, зубы, волосы. При работе с костными фрагментами, ногтевыми пластинками, зубами рекомендуют пользоваться различными модификациями реакции абсорбции-элюции (исследование бляшек, навесок, кусочков) и в дальнейшем сопоставлять все полученные результаты. Наличие кала определяют по цитологической картине приготовленных мазков (группу изолированного кала не устанавливают). Наличие бывшей беременности можно установить по морфологической картине секрета молочных желез, который берут в динамике через определенные промежутки времени. При работе с гнилыми мышцами возможно выявление группоспецифических антигенов системы АВО, но предварительно необходимо провести специальную работу по подготовке материала для исследования (длительное промывание водой, фиксация формалином и т.д.).

*Экспертные исследования по поводу спорного происхождения детей (установление родства).* Целью исследования является решение вопроса о возможности (или невозможности) происхождения ребенка от обоих или одного заявленного родителя. Для этого изучают групповой полиморфизм свойств человеческого организма и на основании законов наследования делают соответствующие выводы. Взятие крови в исследованиях родства рекомендуется производить при одновременной явке всех заинтересованных лиц и предъявлении ими документов, удостоверяющих личность каждого из них. Исключение могут составлять некоторые экспертные исследования, когда родители проживают в разных странах или дальних городах и их одновременная явка невозможна; такой же подход должен быть осуществлен при отсутствии одного из родителей.

Во всех сомнительных случаях, а также при получении данных об исключении отцовства по одной системе рекомендуется повторное взятие крови и проведение вновь тех исследований, которые первично свидетельствовали об исключении отцовства, или если по этим системам были получены сомнительные данные.

Взятие крови осуществляет квалифицированный лаборант в специально отведенном для этих целей помещении в присутствии судебно-медицинского эксперта. Экспертное исследование по поводу установления родства производят в такой последовательности: изучение представленных документов, составление плана проведения исследования, взятие материала для исследования, исследование с изложением полученных результатов, составление выводов.

Объем исследований при определении спорного происхождения детей определяется возможностями конкретного судебно-биологического отделения. Следует учитывать, что исследование по поводу спорного происхождения детей выполняется методом исключения. В то же время позитивное решение вопроса возможно уже при использовании хромосомного и биостатического анализов, молекулярно-генетического исследования. При исследованиях крови и слюны в случаях определения спорного происхождения детей у всех проходящих по делу лиц определяют фенотипы (в ряде случаев гаплотипы и генотипы) генетически обусловленных систем крови, собственные группы слюны, категорию выделительства. В тех случаях, когда удается установить, что кому-то из заинтересованных в исследовании лиц было произведено переливание крови, экспертизу проводят, как правило, не ранее чем через 6 мес. после этого переливания. Специфичность и активность реагентов, которые должны использоваться в конкретном исследовании, проверяют заранее, используя для этой цели заведомые образцы, содержащие или не содержащие каждый из выявляемых антигенов.

При получении данных, которые могут быть положены в основу последующего исключения отцовства (материнства), обязательно нужно учитывать особенности системы, отвергающей отцовство (наличие слабых свойств, немых аллелей и др.). В тех случаях, когда исключение не получено и обсчет данных не проводили, выводы должны содержать фразу, свидетельствующую о том, что в пределах изученных систем вопрос об отцовстве (материнстве) не может быть разрешен.

*Молекулярно-генетические экспертные исследования.* Экспертное исследование с использованием методов молекулярно-генетической индивидуализации человека проводят с целью опреде-

ления индивидуализирующих признаков биологических объектов на уровне геномной ДНК и установления соответствующих фактов, которые могут иметь доказательственное значение по делу, в частности, для решения диагностических и идентификационных экспертных задач.

Предметом судебно-медицинского молекулярно-генетического исследования являются следы и иные объекты биологического происхождения от живых лиц и трупов, а также материалы уголовных и гражданских дел, при исследовании которых требуются специальные познания в области судебной медицины, молекулярной биологии и генетики. В общем случае молекулярно-генетическое исследование назначают по уголовным и гражданским делам, при расследовании которых возникает необходимость судебно-медицинского исследования вещественных доказательств для идентификации личности или установления биологического родства (в частности, для разрешения вопросов спорного происхождения детей, установления внутрисемейных и родословных связей).

Молекулярно-генетическое экспертное исследование может быть также назначено после проведения других видов исследования, в процессе которых не была исключена вероятность родства и не были решены вопросы идентификации. Молекулярно-генетическое экспертное исследование можно проводить только в специализированном подразделении бюро судебно-медицинской экспертизы врачом — судебно-медицинским экспертом, имеющим специальную подготовку. Прием, регистрация, хранение и уничтожение вещественных доказательств и различных объектов, направляемых для проведения судебно-медицинского молекулярно-генетического исследования, осуществляются следующим образом: поступающие в бюро судебно-медицинской экспертизы вещественные доказательства и образцы, необходимые для производства исследования, принимают на ответственное хранение и регистрируют в специальном журнале в установленном порядке вместе с сопроводительными документами; образцы крови у проходящих по делу лиц могут быть взяты непосредственно в молекулярно-генетическом или судебно-биологическом подразделении бюро судебно-медицинской экспертизы, а также по поручению правоохранительных органов — медицинским работником учреждения здравоохранения с последующей доставкой в опечатанном виде; при процедуре забора крови должны присутствовать два медицинских работника; для разрешения спорного происхождения детей (оспариваемого отцовства-материнства) производится взятие крови у обследуемых лиц в условиях лаборатории в количе-

стве 0,5—1,0 мл из вены или из пальца. Стандартное исследование предполагает забор крови у ребенка, его матери и предполагаемого отца (в отдельных случаях, по согласованию с органами, назначившими экспертизу, возможно выполнение исследования в отсутствие матери ребенка); забор крови осуществляет врач — судебно-медицинский эксперт или квалифицированный лаборант в присутствии врача — судебно-медицинского эксперта в специально отведенном для этих целей помещении у всех обследуемых лиц при предъявлении ими документов с фотографией, удостоверяющих их личность; по усмотрению лица или органа, назначившего экспертное исследование, допускается взятие крови в учреждении здравоохранения по месту жительства в количестве 0,5—1,0 мл и пересылка по почте или с нарочным этих образцов в высушенном виде на марле. Образцы должны быть упакованы индивидуально в запечатанный бумажный пакет, снабженный идентифицирующей надписью и подписью медицинского работника, взявшего кровь, заверенной печатью учреждения.

Порядок явки обследуемых лиц в лабораторию для сдачи крови (одновременно обе стороны или по отдельности), а также конкретная форма предоставления образцов крови для проведения анализа (очно или заочно — с нарочным, по почте) определяются лицом или органом, назначившим экспертное исследование. Образец жидкой крови из трупа берет судебно-медицинский эксперт, производящий вскрытие трупа.

Целесообразно брать кровь из полости сердца. В тех случаях, когда кровь по каким-либо причинам взять невозможно, в качестве образцов можно брать волосы, ногти, кости, зубы и мышцы.

Объекты и документы образцов хранят в запирающемся и опечатываемом помещении, сейфе или металлическом шкафу; скоропортящиеся объекты — в специальном запирающемся холодильнике.

Руководитель структурного подразделения определяет число экспертов, необходимое для проведения конкретного исследования, и поручает ему (им) производство исследования. Эксперт-исполнитель получает по описи объекты и сопроводительные документы. На этапе ознакомления с постановлением (определением) о назначении экспертного исследования судебно-медицинский эксперт изучает обстоятельства дела, подлежащие разрешению вопросы и перечень представленных материалов для исследования, проверяет соответствие поступивших материалов их перечню. В необходимых случаях эксперт письменно уведомляет правоохранительные органы о необходимости предоставления дополнительных сведений и объектов, о корректировке поставленных вопросов

и т.д. Врач — судебно-медицинский эксперт, производящий исследование, описывает полученные им объекты и произведенные с ними действия. Оставшиеся после проведения исследования объекты в упакованном и опечатанном виде возвращают лицу или органу, назначившему исследование.

Этапы выполнения молекулярно-генетических экспертных исследований: изучение документов; осмотр упаковки, указанных на ней реквизитов и печати; осмотр и описание представленных объектов и документов; описание локализации объектов биологического происхождения на вещественном доказательстве (производят по ходу его описания); составление плана проведения экспертного исследования в соответствии с поставленными перед экспертом вопросами, представленными объектами и имеющимися в распоряжении эксперта методиками; установление индивидуализирующих признаков объектов; отдельная оценка выявленных признаков, сопоставление и оценка различия и совпадения признаков, анализ всей совокупности экспертных данных с целью разрешения поставленных вопросов; составление выводов по результатам произведенного экспертного исследования.

С целью определения объема предстоящего исследования, степени пригодности представленных объектов, сортировки и классификации объектов на идентифицирующие и идентифицируемые, их нумерации и маркировки, а также для своевременного принятия мер по сохранению первоначальных свойств объектов врач — судебно-медицинский эксперт осуществляет предварительный осмотр представленных материалов.

На основании данных предварительного ознакомления с представленными материалами эксперт составляет план проведения экспертного исследования, руководствуясь следующими положениями: объекты подвергаются исследованию в определенной последовательности, которая определяется местом каждого объекта в идентификационном процессе, а также изменчивостью первоначальных свойств объектов. Обычно сначала исследуют идентифицирующие объекты неизвестного происхождения, связанные с расследуемым событием или преступлением (например, следы), затем — сравнительный идентифицирующий материал (образцы от идентифицируемых лиц). По возможности, первыми исследуют объекты, идентификационные признаки которых в результате гнилостных и прочих процессов могут быть утрачены ранее, чем у других объектов. При выборе методов исследования судебно-медицинский эксперт сначала оценивает возможности всех методов, применимых при данном виде экспертного исследования; затем, исходя из характера объектов и имеющихся в распоряже-

нии эксперта информационно-методических материалов, отбирает оптимальные методы для использования в конкретном случае и определяет рациональную очередность их применения. При проведении экспертного исследования расходование объектов производят таким образом, чтобы обеспечить как полноту исследования, так и возможность проведения дополнительного или повторного исследования. При производстве экспертного исследования судебно-медицинский эксперт ведет рабочие записи, в которых должны быть отражены все его действия. Все получаемые результаты фиксируют в соответствующем документальном виде (фотографии, графики, таблицы и пр.), сопровождают пояснительными надписями и хранят в рабочем журнале судебно-медицинского эксперта. Документированные экспертные материалы, иллюстрирующие обоснованность выводов, прилагаются к заключению эксперта и служат его неотъемлемой составной частью.

Исследование представленных объектов с помощью методов молекулярно-генетической индивидуализации человека проводят с целью судебно-медицинской идентификации (отождествления) личности и установления спорного происхождения детей. Основными являются следующие виды исследований: установление половой принадлежности биологических следов и объектов; судебно-экспертная идентификация неопознанных останков; установление принадлежности крови, спермы, слюны, волос, тканей, органов и отделенных частей тела конкретному лицу; установление истинных родителей ребенка по делам о спорном происхождении детей (оспаривание отцовства, материнства или подмена детей); возможно проведение экспертного исследования при наличии только одного родителя; установление матрилинейного родства; установление зиготности близнецов; диагностическое типирование ДНК для целей последующей идентификации с объектами преступлений и несчастных случаев.

### **Глава 33. МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Медико-криминалистические исследования вещественных доказательств и объектов производят с целью решения диагностических, идентификационных и ситуационных экспертных задач. На экспертное исследование принимают медицинские документы, объекты исследования, образцы и другие материалы для сравнительных исследований, направляемые работниками правоохранительных органов, врачами — судебно-медицинскими экспертами других подразделений бюро судебно-медицинской экспертизы.



Поступившие в бюро судебно-медицинской экспертизы материалы передаются из канцелярии бюро с визой руководителя учреждения или его заместителя. Руководитель структурного подразделения или по его поручению другой эксперт изучают сопроводительные документы и осматривают упаковку представленных материалов. При этом фиксируют характер упаковки и ее состояние, подписи, штампы и печати. Указанные сведения, датированные и подписанные экспертом, проводившим прием и осмотр поступивших вещественных доказательств и иных материалов, вносят в специальный журнал и передают врачу — судебно-медицинскому эксперту — исполнителю конкретного исследования. Распаковку материалов производят сразу при их поступлении. Содержимое упаковок и другие принимаемые материалы сверяют с их перечнем в сопроводительных документах. Нефиксированные биологические препараты, влажная и с признаками поражения молью одежда, объекты с признаками гниения и другие подлежащие специальной обработке вещественные доказательства передаются эксперту-исполнителю для регистрации имеющих признаки и обеспечения сохранности. При выявлении дефектов в упаковке, реквизитах, при плохой сохранности вещественных доказательств и материалов дела, доставленных почтой, а также при несоответствии вложений перечню в сопроводительном документе составляют акт в двух экземплярах за подписью трех сотрудников структурного подразделения, один экземпляр которого посылают в учреждение, направившее вещественные доказательства и иные материалы на экспертное исследование. Поступившие материалы дела и вещественные доказательства хранят в сейфе или запирающемся металлическом шкафу, который по окончании рабочего дня опечатывают печатью отделения. Представленное на экспертное исследование холодное и огнестрельное оружие, боеприпасы хранят в опечатываемом сейфе и размещают в комнате, оборудованной охранной сигнализацией. Регистрацию вещественных доказательств и документов к ним, поступивших в отделение, производят в регистрационном журнале. После окончания экспертного исследования поступившие материалы дела, вещественные доказательства и образцы возвращают под расписку или почтой лицу или органу, назначившему экспертное исследование. Биологические объекты после завершения исследования возвращают сотруднику правоохранительного органа, по поручению которого оно было проведено, либо по согласованию с ним помещают для временного хранения в архив отделения.

*Судебно-медицинские трассологические исследования.* Объектами судебно-медицинского трассологического исследования явля-

ются следы-повреждения, следы-наложения на теле человека и связанные с ними по происхождению аналогичные следы на одежде, возникшие в результате: механического взаимодействия острых и тупых предметов с одеждой и телом человека; кровотечения или иного механизма попадания крови на одежду и тело; переноса веществ и частиц материалов с одной взаимодействующей поверхности на другую; воздействия химических, термических или иных факторов, приводящих к причинению телесных повреждений.

Могут быть исследованы: документированные отображения свойств указанных следов и процессов их возникновения в виде словесно-речевых, графических, фотографических, рентгенографических, математических и других моделей в материалах уголовного дела и медицинских документах; предполагаемые орудия травмы (проверяемые объекты) и отображения их следов в различного вида моделях; объекты со следами повреждений, в том числе полученные экспериментально.

При производстве судебно-медицинских трассологических исследований предусматривают: установление наличия следов, их вида, механизма и условий образования; определение свойств орудия травмы и его отождествление; установление целого по частям (выполнение диагностических задач, связанных только с визуальной оценкой морфологических свойств изолированных повреждений-следов, не содержащих идентификационных признаков, в условиях отделения представляется нецелесообразным).

*Судебно-медицинские баллистические исследования.* Объектами исследования являются: огнестрельные повреждения тела человека и связанные с ними единым механизмом образования огнестрельные повреждения одежды, иные следы на теле и одежде, возникающие в процессе причинения огнестрельной травмы, а также огнестрельные снаряды, их части, извлеченные из тела и одежды; фиксированные отображения свойств огнестрельных повреждений и следов, связанных с ними, на теле и одежде человека в виде словесно-речевых, графических, фотографических, рентгенографических, математических и других моделей в материалах уголовного дела и медицинских документах; огнестрельное оружие как предполагаемое средство причинения огнестрельной травмы, образцы боеприпасов и отображения их свойств в различного рода моделях; документированные отображения процессов возникновения исследуемых огнестрельных повреждений и сопутствующих им следов в виде объективных моделей динамики огнестрельной травмы, представленных на исследование и полученных экспериментально в ходе экспертного исследования; повреждения тела

человека и связанные с ними единым механизмом образования повреждения одежды, возникшие в результате взрывной травмы; иные следы на теле и одежде, образующиеся в процессе поражения взрывом; их отображения и образцы взрывных устройств или их составных частей; другие образцы объектов, представленные для исследования и полученные экспериментально в ходе экспертного исследования.

При производстве судебно-медицинских баллистических исследований устанавливают: факт поражения снарядом огнестрельного оружия; количество повреждений и последовательность выстрелов; локализацию входных и выходных отверстий; направления раневых каналов; дистанцию выстрелов; вид и особенности огнестрельного оружия и боеприпасов; положение и позу тела потерпевшего в момент причинения огнестрельных повреждений; факт причинения повреждений через преграду и после рикошета снаряда; направление выстрела; механизм, условия возникновения повреждений тела и одежды при взрывной травме; характеристики взрывных устройств. Эти исследования целесообразно проводить совместно с экспертами-криминалистами.

*Судебно-медицинские исследования по отождествлению личности.* Объектами исследования являются: части тела и другие объекты от неопознанных трупов людей на любой стадии трупных изменений, расчлененных трупов, отчлененные части тела и фрагменты частей тела, скелетированные трупы, части скелетов, отдельные кости и их фрагменты, озоленные костные останки; признаки, характеризующие особенности неопознанных трупов, их частей, костных останков, документированные в виде их словесно-речевых, антропометрических, морфологических, графических, объемных, фотографических, рентгенографических и других моделей, полученных при осмотре на месте обнаружения и в процессе проведения судебно-медицинских экспертных исследований; документально зафиксированные данные о месте, условиях нахождения и обстоятельствах обнаружения неопознанных трупов; документально зафиксированные сведения о лицах, находящихся в розыске, отображения в виде объективных моделей, а также зафиксированные сведения о родственниках лиц, находящихся в розыске, представленные на экспертное исследование и получаемые в процессе его выполнения.

При судебно-медицинском исследовании с целью отождествления личности определяют: видовую принадлежность останков, количество трупов, которым они принадлежали, их расовую, половую, возрастную принадлежность, прижизненный рост и другие размеры тела, особенности его строения, наличие признаков

имевшихся заболеваний, телесных повреждений, их характер и давность; признаки словесного портрета и другие индивидуальные особенности для установления личности по неопознанным трупам.

*Судебно-медицинские микробиологические исследования.* Судебно-медицинские микробиологические исследования проводят как самостоятельные в тех случаях, когда по представленным материалам и сформулированным вопросам не требуется проведение других видов исследований (трассологического, баллистического и пр.). Объектами микробиологических исследований являются: микрочастицы и микроследы в (на) поврежденных тканях трупов людей и в следах на одежде, связанных по механизму образования с телесными повреждениями; объекты, взятые для альгологических исследований (наличие планктона) в случаях утоплений (образцы воды из мест обнаружения трупов и предполагаемых мест утопления) и для спектрального анализа в случаях отравлений, химических ожогов, а также образцы веществ, предположительно вызвавших отравления, ожоги; зафиксированные в уголовном (розыском) деле и медицинских документах сведения о ранее проведенных микробиологических исследованиях, результатах судебно-медицинского экспертного исследования трупа, месте его обнаружения и направляемых на исследование объектов.

При судебно-медицинских микробиологических исследованиях устанавливают наличие на одежде, теле трупа, в повреждениях и тканях тела инородных микрообъектов; определяют в органах и тканях человека наличие диатомового планктона и элементов псевдопланктона, его качественный и количественный состав; место и время утопления; факт переноса (внедрения) веществ и микрообъектов с орудия травмы на одежду и тело потерпевшего, и наоборот.

*Судебно-медицинские исследования по реконструкции событий (ситуационные исследования).* Объектами исследования являются: материалы уголовных дел, оконченные судебно-медицинские, криминалистические (автотехнические, трассологические, баллистические и др.) и комплексные экспертные исследования; материалы следственных и экспертных экспериментов, выполненных в период проведения ситуационных экспертиз; объекты ранее проведенных экспертных исследований (предметы одежды участников событий, транспортные средства, орудия нанесения повреждений, огнестрельное оружие, предметы обстановки места происшествия и т.д.), а также их образцы, копии и объективные модели; живые лица — фактические участники изучаемых событий и статисты, привлекаемые для реконструкции обстоятельств, имеющих значение для ситуационного анализа; подлинное место

происшествия (помещение, участок дороги, ландшафта и т.д.) или максимально соответствующее ему по документально зафиксированным существенным параметрам и условиям имитации «место происшествия». При проведении экспертных исследований по реконструкции событий определяют соответствие показаний участников событий о динамике причинения телесных повреждений объективным данным, добытым следственным и экспертным путем, а также устанавливают возможность образования исследуемых повреждений (следов) при конкретных обстоятельствах и условиях.

## **РАЗДЕЛ 10**

### **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ УГОЛОВНЫХ И ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ**

#### **Глава 34. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА**

Материалы уголовного или гражданского дела являются одним из объектов судебно-медицинской экспертизы. Порядок производства этих экспертиз регламентирован Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2003 г. № 161 «Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы». Производство судебно-медицинских экспертиз по материалам дела может быть поручено экспертам бюро судебно-медицинской экспертизы (республики, области, края), научным сотрудникам и судебно-медицинским экспертам Российского центра судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Персональный состав экспертов определяет лицо, назначившее экспертизу, или руководитель учреждения, специалистам которого поручено ее производство. Если в процессе проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела возникает необходимость в проведении лабораторных исследований, выполнявшие их судебно-медицинские эксперты также включаются в состав экспертной комиссии.

Вместе с постановлением о производстве экспертизы в адрес бюро судебно-медицинской экспертизы направляется уголовное или гражданское дело и, при необходимости, подлежащие изучению вещественные доказательства или другие объекты.

Начальник бюро судебно-медицинской экспертизы изучает поступившие постановление и материалы дела и решает вопрос о достаточности материалов для производства экспертизы, необходимом объеме и характере судебно-медицинских исследований, составе экспертной комиссии и сроке производства экспертизы. Определив с учетом требований УПК (ГПК) РФ состав комиссии экспертов, начальник бюро судебно-медицинской экспертизы по поручению следователя разъясняет экспертам их права и обязанности, предусмотренные соответствующими статьями УПК (ГПК) РФ и предупреждает об ответственности за дачу заведомо ложного заключения (ст. 307 УК РФ) и за разглашение данных предварительного расследования (ст. 310 УК РФ).

Решение вопроса о порядке производства судебно-медицинской экспертизы по материалам дела входит в компетенцию судебно-медицинских экспертов.

В «Заключении экспертов по материалам уголовного (гражданского) дела» обязательного отражения требуют: данные осмотра трупа на месте его обнаружения и осмотра места происшествия; «Заключения» всех предыдущих судебно-медицинских экспертиз; протоколы патологоанатомических исследований; данные, заимствованные из медицинских карт амбулаторного или стационарного больного; протоколы клинических конференций; результаты ведомственных расследований; производственные характеристики на привлекаемых к ответственности лиц из числа медицинского персонала; сведения из протоколов допросов, справок и т.д., необходимые для всестороннего и объективного экспертного анализа; другие следственные данные, в том числе результаты следственных экспериментов, освидетельствований, имеющие значение для обоснования выводов.

«Заключение экспертов по материалам уголовного (гражданского) дела» регистрируют в бюро судебно-медицинской экспертизы в соответствии с установленной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации формой и не позднее трехдневного срока направляют вместе с упакованными материалами уголовного (гражданского) дела и объектами исследования в адрес органа, назначившего экспертизу.

### **Глава 35. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ДЕЛАМ О НАРУШЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ**

Врачебная деятельность, в которой очень тесно переплетаются морально-этические и правовые нормы, имеет существенные от-

личия от других профессий в отношении, как прав, так и обязанностей медицинского работника. Эти особенности нашли свое отражение в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1. Говоря об охране здоровья граждан, ст. 1 «Основ законодательства» подчеркивает, что «охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья». Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

*Врачебные ошибки.* Неблагоприятный исход лечения, связанный с добросовестным заблуждением врача, принято относить к врачебным ошибкам. Врачебные ошибки подразделяются на три группы: 1) ошибки диагностические, к которым относятся нераспознавание или ошибочное распознавание болезни; 2) ошибки тактические, к которым причисляются неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор времени проведения операции, ее объема и т.п.; 3) ошибки технические, включающие неправильное использование медицинской техники, применение несоответствующих медикаментов и диагностических средств и т.д.

*Несчастные случаи в медицинской практике.* Иногда неблагоприятный исход операции или иного врачебного вмешательства является случайным, причем врач был не в состоянии предвидеть несчастье. Такие исходы получили в медицинской литературе название несчастных случаев в медицинской практике. К несчастным случаям относят все летальные исходы, которые для врача оказались неожиданными. Примерами подобных исходов могут служить: 1) активация хронической инфекции после операции; 2) послеоперационные осложнения — случаи перитонита и кровотечения после простых аппендэктомий, разрыв операционного рубца или тромбоз спустя много дней после операции, воздушная эмболия сердца и многие другие; 3) задушение рвотными массами во время наркоза; 4) смерть после энцефалографии, эзофагоскопии и др.

*Уголовные преступления медицинских работников.* Для решения вопроса об уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные преступления следователю и суду необходимо выявить наличие следующих обстоятельств: 1) неправильность или несвоевременность оказания медицинской помощи, а в слу-

чаях ее неоказания — наличие или отсутствие к тому уважительных причин и опасного для жизни состояния больного в момент неоказания помощи; 2) наступление смерти или серьезного вреда здоровью пострадавшего; 3) причинная связь между перечисленными действиями (бездействием) медицинских работников и указанными неблагоприятными исходами; 4) наличие вины медицинского работника; 5) установление причин и условий, способствующих совершению преступления.

Неправильность и несвоевременность оказания медицинской помощи определяют, исходя из существующих в медицинской науке и лечебной практике правил, положений и инструкций. Большие затруднения представляет установление причинной связи между действием (бездействием) медицинских работников и наступившим неблагоприятным исходом лечения даже в случаях, когда бесспорно доказана его неправильность или несвоевременность.

Следовательно, прежде чем решать вопрос о причинной связи между действием (бездействием) медицинского работника и неблагоприятным исходом, необходимо установить непосредственную причину смерти или вреда здоровью пострадавшего.

Виновность медицинского работника в неблагоприятном исходе вытекает из существа перечисленных выше фактов, свидетельствующих об объективной стороне правонарушения. Эти данные должны дополняться сведениями о личности медицинского работника (его профессиональной квалификации, отношении к работе, к больным, оценка предшествовавшей деятельности и т.п.).

Естественно, что юридическая оценка неблагоприятного исхода зависит также от условий, которые могли способствовать наступлению неблагоприятного исхода. К ним относятся различные недостатки в работе лечебно-профилактических учреждений, в частности отсутствие квалифицированного помощника при экстренной операции, нехватка или низкая квалификация среднего медицинского персонала, отсутствие необходимой аппаратуры и т.п.

Согласно УК РФ (1996) медицинские работники подлежат уголовной ответственности за следующие профессиональные преступления: неоказание помощи больному, оставление в опасности, незаконное производство аборта, незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью, нарушение санитарно-эпидемиологических правил, служебный подлог, незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ, хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, незаконная выдача



либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта, халатность.

К профессиональным преступлениям медицинских работников относятся также стерилизация женщин и мужчин без медицинских показаний, недопустимые эксперименты на людях, хотя эти категории преступных действий медицинских работников специально не предусмотрены УК РФ. Эти действия обычно рассматриваются органами следствия и судом по аналогии как причинение тяжкого вреда здоровью по признаку утраты органом своей функции в случае стерилизации (ст. 111 УК РФ) или как злоупотребление должностными полномочиями в случаях недопустимых экспериментов на людях (ст. 285 УК РФ).

Среди всех преступных действий медицинских работников халатность и небрежность при оказании медицинской помощи юристы рассматривают как преступления по неосторожности, а остальные относят к умышленным профессиональным преступлениям медицинских работников.

## **ЧАСТЬ 2 СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

### **РАЗДЕЛ 11 ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ. ПРАВОВЫЕ, ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

#### **Глава 36. ПРЕДМЕТ, МЕТОДЫ И СОДЕРЖАНИЕ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

Судебная психиатрия является специальным разделом общей психиатрии. Она неотделима от нее, но имеет свои особенности. Если общая психиатрия изучает главным образом причины и характер психических заболеваний, их диагностику, лечение, реабилитацию психически больных и другие вопросы (в том числе и предупреждение психических расстройств у здоровых лиц), то судебная психиатрия, сохраняя в той или иной степени решение этих вопросов за собой, изучает также психические заболевания применительно к требованиям специальных задач уголовного и гражданского процесса.

Для общей психиатрии основным объектом ее исследования является психически больной человек, а предметом изучения — его психика и психопатологические нарушения. **Объектом изучения судебной психиатрии** может быть психически больной и здоровый человек в повседневной жизни, подозреваемый, обвиняемый, подсудимый, потерпевший, свидетель, истец, ответчик, а предметом ее исследования — как состояние психики, болезненные нарушения и психическая их деятельность во время деликта и проведения судебно-психиатрической экспертизы, так и установление психопатологических изменений ретроспективно по показаниям очевидцев, материалам уголовного и гражданского Дела, данным медицинских, служебных и личных документов (переданных следствием и судом для изучения судебно-психиатрическим экспертом).

**В связи с этим цель судебной психиатрии** сводится к тому, чтобы установить психическое состояние испытуемого и помочь пра-

восудию решить главную проблему, которая возникает в ходе судебно-следственных действий, — преступник или психически больной совершил те или иные противоправные действия. Ведь с точки зрения законодательства и права психически больной человек, совершивший общественно опасное деяние, не считается преступником, и к нему не применяют карательно-воспитательное воздействие. Однако такое лицо нуждается в принудительных мерах медицинского характера. Именно это и определило практическую задачу судебной психиатрии: выявить у субъекта исследования психические расстройства до и во время деяния (ретроспективно) и в период экспертизы (при обследовании), изучить и оценить их применительно к правовым нормам отечественного правосудия и здравоохранения.

Такая постановка проблем судебной психиатрии определила ее основные разделы: **судебно-психиатрическая экспертиза, принудительные меры медицинского характера, пенитенциарная психиатрия.**

Учитывая самостоятельность и социальное значение судебной психиатрии, необходимо указать, что ее роль и авторитет несоизмеримо возрастает, если она взаимодействует с юридическими (криминалистикой, криминологией, теорией оперативно-розыскной деятельности, судебной экспертизой, уголовным и гражданским правом и процессом и т.д.), медицинскими (судебной медициной и биологией, медицинской психологией, неврологией, терапией, хирургией и др.) и общественными (социологией, психологией, педагогикой, философией и др.) науками.

В настоящее время стало очевидным, что в судебно-психиатрической диагностике при определении критериев невменяемости и недееспособности необходимо учитывать единство клинических и психологических подходов. Абсолютизация любой из сторон при судебно-психиатрической экспертизе представляется неправомерной.

Необходимо также выделить те **особенности судебной психиатрии**, которые определяют ее практическую направленность:

— проведение судебно-психиатрической экспертизы и установление невменяемости (за конкретное деяние) в уголовном процессе процессуальной дееспособности субъектов уголовно-следственного процесса;

— диагностика и судебно-психиатрическая оценка не только глубины и тяжести клинических проявлений хронического психического расстройства, слабоумия и иного болезненного состояния психики, но и более редких в практике общей психиатрии исключительных и реактивных состояний (психозов и реакций), которые нужно диагностировать или отвергать при обследовании,

в основном ретроспективным методом (по материалам уголовного или гражданского дела, медицинским и личным документам);

— диагностика и судебно-психиатрическая оценка истинной и так называемой превентивной симуляции психических заболеваний здоровыми лицами и патологической симуляции психически больными;

— диагностика и судебно-психиатрическая оценка диссимуляции психически больных.

Исходя из того, что общепринятым руководящим принципом отечественной судебной психиатрии и ее основного раздела — судебно-психиатрической экспертизы является объективность, доказательность и независимость, построена вся **система судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации**. Она находится в ведении органов здравоохранения. Оперативное руководство экспертной деятельностью осуществляет Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации через органы здравоохранения на местах, а методическое и научное — **Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (119992, г. Москва, Кропоткинский пер., 23)**.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации возложило на психиатрические больницы и психоневрологические диспансеры, а также на межрегиональные центры проведение амбулаторной, стационарной и других видов экспертизы. Основные вопросы организации и порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы регламентирован специальной **инструкцией Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2005) Приказ № 370 от 30.05.2005 г.** и методическими рекомендациями ГНЦС и СП им. В.П. Сербского «Лицензионные требования и условия осуществления судебно-психиатрической экспертной деятельности» (2004).

Необходимо обращать внимание на легитимность **судебно-психиатрических экспертов**. Они должны иметь высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело», закончить ординатуру или аспирантуру или пройти специализацию по психиатрии или судебной психиатрии, иметь достаточный опыт экспертной работы и желательную ученую степень и квалификационную врачебную категорию.

В соответствии с требованиями специальности врач — судебно-психиатрический эксперт должен знать: основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие Деятельность органов и учреждений здравоохранения; общие вопросы организации психиатрической помощи в стране, работу психоневрологических диспансеров, психиатрических стационаров,

скорой психиатрической помощи; программу «Здоровье» и ее роль в выявлении, лечении больных с психическими отклонениями и в профилактике нервно-психических расстройств; правовое положение о психически больных и их госпитализации; социальную психиатрию и ее задачи, реабилитацию и ее принципы; психиатрическую эпидемиологию; терапию психически больных и ургентную психиатрическую помощь; уголовно-правовые и уголовно-процессуальные аспекты судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения; вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения; основные принципы исследования центральной нервной деятельности в судебно-психиатрической клинике; инструментальные методы исследования функционального состояния мозга; лабораторные исследования биологического материала. Он должен уметь: получить информацию о субъективном и объективном анамнезе; применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания; определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные), необходимые для уточнения диагноза, правильно оценить полученные данные; провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз; организовать при необходимости лечебные мероприятия; оформить историю болезни и всю необходимую документацию, предусмотренную судебно-психиатрической экспертизой.

Судебно-психиатрический эксперт должен обладать следующими знаниями в области психиатрии: предмет и задачи психиатрии; материалистическое понимание сущности психических расстройств; нозологические и симптоматические концепции; методологические вопросы психиатрии; соотношение социального и биологического в происхождении психозов; понятие симптома и синдрома в психиатрии; психозы, критерии выделения; пограничные психические расстройства психогенного и соматического характера; течение психических заболеваний; клиническое обследование больных; особенности оформления истории болезни, сбора субъективного и объективного анамнеза, описание психического состояния, анализ результатов обследования; экспериментально-психологические методы в распознавании и диагностике психических заболеваний; инструментальные методы исследования функционального состояния мозга (электроэнцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалография, краниография, пневмоэнцефалография, ангиография, компьютерная томография).

Судебно-психиатрический эксперт должен уметь: дать заключение на подозреваемого, подсудимого в тех случаях, когда воз-

никает сомнение по поводу их вменяемости; дать заключение о необходимости применения предусмотренных законом принудительных мер медицинского характера; определить и дать заключение о психическом состоянии свидетеля или потерпевшего; определить и дать заключение о психическом состоянии истцов, ответчиков; проводить заочные и посмертные экспертизы; проводить СПЭ в медицинских учреждениях, следственных изоляторах, в суде, в кабинете следователя; консультировать работников судебных и следственных органов по вопросам судебной психиатрии; уметь составлять отчеты по судебной психиатрии.

**Правовое обеспечение психиатрической помощи населению** нашей страны нашло свое отражение в ряде законодательных документов. Ведущим из них является Конституция Российской Федерации, в которой указаны ответственность государства по охране здоровья граждан и ведущая роль в этом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В свою очередь «**Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан**» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 определили, что судебно-психиатрическая экспертиза производится государственными медицинскими учреждениями.

Необходимо также уточнить и то, что непосредственным законодательным актом, рассматривающим основные положения охраны психического здоровья в нашей стране, явился Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «**О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании**».

Закон предусматривает также уголовную и иную ответственность медицинских работников за нарушение законных интересов и прав граждан при оказании и неоказании им психиатрической помощи и злоупотребления, что нашло свое подтверждение в новом Уголовном кодексе РФ. Например, в ст. 124 УК РФ говорится об уголовной ответственности при неоказании помощи больному (в том числе и психически больному) лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или специальными правилами.

Статья 125 УК РФ, в частности, указывает, что к уголовной ответственности привлекаются также при заведомом оставлении без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности. Статья 128 УК РФ предусматривает ответственность за незаконную госпитализацию в психиатрический стационар.

Таким образом, в юридической практике довольно часто встречаются случаи, при которых в криминальных действиях задейство-

ваны психически больные. При их задержании или купировании конфликтных ситуаций активное участие принимают и юристы, которые должны знать и руководствоваться в своей служебной деятельности законодательством об охране здоровья граждан.

## **Глава 37. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) является основным разделом и приоритетным направлением судебной психиатрии. Исходя из актуальных потребностей правосудия, она преследует цель: оценить и дать экспертное заключение психическому состоянию подэкспертных лиц (субъектов уголовного или гражданского процесса) во время совершения тех или иных действий, при проведении экспертного обследования и обострении психического заболевания.

Судебно-психиатрическая экспертиза относится к судебным экспертизам, назначаемым и проводимым только при производстве уголовных и гражданских дел. Ее процессуальными основами является правовое соответствие ст. 14 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», УПК и ГПК РФ. Дополняет это положение также ст. 52 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» (1993). В ней говорится о том, что судебно-психиатрические экспертные комиссии находятся в государственной системе здравоохранения и поэтому судебно-психиатрическая экспертиза производится судебно-психиатрическими экспертами, работающими в учреждениях Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Однако «Основы законодательства» предусматривают также возможность включения в состав экспертных комиссий дополнительно врачей, имеющих специальность «судебная психиатрия» с их согласия (по ходатайству гражданина или его адвоката либо его законного представителя перед органом, назначившим такую экспертизу).

Судебно-психиатрическая экспертиза необходима тогда, когда в ходе судебно-следственного процесса потребовались специальные медицинские знания в области психиатрии. Она назначается органами предварительного дознания, следователем, прокурором и судом. Обязательным оформлением такого поручения является особый процессуальный документ — **«Постановление о производстве судебно-психиатрической экспертизы»**, выносимое лицом, ведущим следствие, или **«Определение (постановление) о производстве судебно-психиатрической экспертизы»**, выносимое судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела.

Здесь же необходимо указать, что СПЭ назначается вне желания субъекта уголовного и гражданского процесса. Но ходатайствовать о ее проведении могут подозреваемый, обвиняемый, подсудимый, потерпевший, истец, ответчик, их родственники, адвокат.

Обязательным основанием у вышеуказанных должностных лиц для **назначения судебно-психиатрической экспертизы** в уголовном процессе являются: сомнения в нормальном состоянии психического здоровья подозреваемого, обвиняемого, подсудимого, потерпевшего, свидетеля; странности в их поведении и высказываниях; ссылки на имеющееся хроническое психическое заболевание или слабоумие; последствия черепно-мозговой травмы или заболеваний головного мозга; обследование и лечение в психиатрических стационарах; пребывание на учете (амбулаторное лечение) в психоневрологических учреждениях (диспансерах); прохождение в прошлом судебно-психиатрической или трудовой (военной, профессиональной) экспертиз.

Поводом для назначения СПЭ в гражданском процессе являются сомнения у суда в психической полноценности истцов, ответчиков и свидетелей, обусловленные неблагоприятным психиатрическим анамнезом и наличием психических расстройств. И особенно тогда, когда суду необходимо установить их способность понимать значение своих действий и возможность руководить ими в момент совершения какого-либо гражданского акта или быть очевидцем **этого** гражданского акта.

В последние годы актуальность судебно-психиатрических **экспертиз** в гражданском процессе возросла в связи с введением в **действие** Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Последний **говорит** о возможности обращения в суд, например: при **направлении** без обоснованных причин на недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар, отсутствии необходимости направления на недобровольное психиатрическое освидетельствование, несогласии с постановкой на диспансерный учет в психоневрологический и наркологический диспансеры, жалобах на **действия** медицинских работников, трудовых спорах.

В соответствии с законодательством и практикой СПЭ не имеет инстанций. Это означает, что все экспертные комиссии и судебно-психиатрические эксперты, привлеченные к проведению судебно-психиатрической экспертизы, пользуются равными юридическими правами, т.е. заключения, вынесенные различными экспертными комиссиями, являются для органов следствия и суда «Равноправными». Кроме того, повторно проводимая экспертиза любыми судебно-психиатрическими экспертами не отменяет заклю-



чения судебно-психиатрической экспертной комиссии, проводимой до этого, а является для судебно-следственных органов также равнозначной и также одним из видов доказательств. Они могут согласиться с экспертным заключением судебно-психиатрической экспертной комиссии, если она покажется им достаточно обоснованной, и могут назначить новую экспертизу в случае, если ее доводы будут неубедительными, но при этом свое несогласие судебно-следственные органы должны обоснованно мотивировать.

**Судебно-психиатрические экспертизы** проводятся в условиях стационара, в специальных отделениях психиатрических больниц, амбулаторно, при психиатрических учреждениях (диспансерах и больницах), в судебном заседании, в кабинете следователя или дознавателя, заочно или посмертно. В соответствии со ст. 203 УПК РФ, если при назначении или производстве судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы возникает необходимость в стационарном обследовании подозреваемого или обвиняемого, то он может быть помещен в медицинский или психиатрический стационар. Подозреваемый или обвиняемый, не содержащийся под стражей, помещается в медицинский или психиатрический стационар для производства судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы на основании судебного решения, принимаемого в порядке, установленном ст. 165 УПК РФ. В случае помещения подозреваемого в психиатрический стационар для производства СПЭ срок, в течение которого ему должно быть предъявлено обвинение в соответствии со ст. 172 УПК РФ, прерывается до получения заключения экспертов.

**Судебно-психиатрическое заключение** должно быть основано на данных, полученных судебно-психиатрическим экспертом в процессе психиатрического обследования испытуемого, сведениях, содержащихся в уголовном или гражданском деле, и медицинских документах о перенесенных в прошлом заболеваниях.

Орган, назначивший СПЭ, обязан представить судебно-психиатрическим экспертам материалы уголовного или гражданского дела, относящиеся к предмету экспертизы, а также дополнительные сведения об испытуемом, в том числе подлинники историй болезни, документы из военкомата (если возможно) и специальной медико-социальной экспертной комиссии (специальной МСЭК), документы, характеризующие личность (письма, дневники, рисунки и т.д.).

Заключение СПЭ оформляется в виде акта, подписываемого всеми членами комиссии, которые несут за его содержание личную ответственность. В случае несогласия между экспертами последние дают свои заключения отдельно.

В соответствии со ст. 207 УПК РФ при недостаточной ясности или полноте заключения эксперта, а также при возникновении новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств уголовного дела может быть назначена **дополнительная судебная экспертиза**, производство которой поручается тому же или другому эксперту. В случаях возникновения сомнений в обоснованности заключения эксперта или наличия противоречий в выводах эксперта или экспертов по тем же вопросам может быть назначена **повторная экспертиза**, производство которой поручается другому эксперту, а в особо сложных случаях — Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Дополнительная и повторная судебные экспертизы назначаются и производятся в соответствии со ст. 195—205 УПК РФ.

Организацию повторных экспертиз в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации возлагает на руководство Центром, которое может привлечь в состав комиссии высококвалифицированных специалистов из других психиатрических учреждений, если таковые персонально не указаны органом, назначившим повторную экспертизу.

На врачей-психиатров, производящих судебно-психиатрическую экспертизу, распространяются **права и обязанности экспертов**, предусмотренные уголовно-процессуальным и гражданско-процессуальным законодательством. Они обязаны явиться по вызову **судебно-следственных органов** и дать объективное заключение по поставленным перед ними вопросам.

Судебно-психиатрический эксперт имеет право: знакомиться с **материалами** дела, относящимися к предмету экспертизы; заявлять **ходатайство** о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения; с разрешения лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда присутствовать **при** производстве допросов и других следственных и судебных **Действий** и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к **предмету** экспертизы.

Если поставленный судебно-психиатрическому эксперту вопрос выходит за пределы его специальных познаний или представленные материалы недостаточны для дачи заключения, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение, подробно объяснив мотивы отказа.

Если при производстве экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не

были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

Судебно-психиатрический эксперт не имеет права без разрешения прокурора, следователя или лица, производящего дознание, разглашать данные предварительного следствия или дознания, полученные судебно-психиатрической экспертизой. За разглашение следственных материалов и данных экспертизы или за дачу заведомо ложного заключения **судебно-психиатрический эксперт несет ответственность** в соответствии с действующим уголовным законодательством (ст. 307, 310 УК РФ).

В настоящее время свое практическое применение нашли амбулаторная, стационарная, в зале судебного заседания, в кабинете следователя, заочная и посмертная судебно-психиатрические экспертизы.

**Амбулаторная экспертиза** проводится судебно-психиатрическими амбулаторными комиссиями, которые состоят не менее чем из трех врачей-психиатров: председателя, члена комиссии и докладчика. Персональный состав амбулаторной экспертной комиссии утверждается местными органами здравоохранения по представлению республиканского, краевого, областного или городского психиатра.

На испытуемого, обследуемого амбулаторной **судебно-психиатрической комиссией**, составляется заключение (акт), обосновывающее диагноз и судебно-психиатрические выводы.

Если амбулаторная экспертиза не может ответить на поставленные на ее разрешение вопросы, она дает заключение о необходимости помещения испытуемого на стационарное обследование.

**Стационарная экспертиза** проводится только в психиатрических стационарах, где организуются стационарные судебно-психиатрические экспертные комиссии, состоящие не менее чем из трех врачей-психиатров: председателя, члена комиссии, докладчика, проводящего наблюдение за испытуемым. Персональный состав комиссии утверждается местными органами здравоохранения.

Для проведения экспертизы испытуемые помещаются в судебно-психиатрические отделения, а при отсутствии таковых — в специально отведенные палаты общих отделений психиатрических (психоневрологических) учреждений. При проведении экспертизы применяются необходимые методы медицинского исследования, а в соответствующих случаях и лечение.

Срок стационарного испытания не должен превышать 30 дней. В случае невозможности вынести окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости в указанный срок стационарная экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока испытания, копия которого направляется органу, назначившему экспертизу.

В тех случаях, когда для решения вопроса о психическом состоянии испытуемого необходимо компетентное суждение врачей других специальностей, органами, назначившими экспертизу, могут быть созданы комплексные экспертные комиссии.

**Экспертиза в судебном заседании** производится судебно-психиатрическим экспертом единолично или комиссией из нескольких врачей-психиатров органов здравоохранения, вызываемых судом. После ознакомления с обстоятельствами дела и личностью испытуемого в процессе судебного следствия судебно-психиатрический эксперт дает заключение в письменном виде. Он оглашает его в судебном заседании и дает разъяснения по вопросам, заданным в связи с его заключением. Экспертное заключение может даваться также и в отношении обвиняемых, лиц, выступающих в процессе в качестве истцов, ответчиков, свидетелей, потерпевших, а также **лиц**, относительно которых решается вопрос о их дееспособности.

В случае невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом, судебно-психиатрический эксперт выносит заключение о необходимости направления подэкспертного лица на стационарную экспертизу.

**Экспертиза в кабинете следователя** может производиться единолично врачом-психиатром или комиссией экспертов. После обследования обвиняемого или подозреваемого эксперт или комиссия экспертов дает свое окончательное заключение или указывает на необходимость в проведении дополнительной амбулаторной или стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

**Заочная экспертиза** проводится лишь в исключительных случаях, когда подэкспертное лицо не может быть доставлено для личного участия, в частности, когда находится вне пределов Российской Федерации.

**Посмертная экспертиза** производится комиссией врачей-психиатров либо психиатром-экспертом единолично на основании изучения представленных материалов дела и медицинской документации (если она имеется). В случае недостаточности сведений о психическом состоянии лица, в отношении которого назначена посмертная экспертиза, эксперты могут потребовать **дополнительные материалы**.

**Экспертиза свидетелей и потерпевших.** Экспертиза может оценить лишь психическое состояние подэкспертного лица и при Установлении психического заболевания решить вопрос о том, **влияет** ли имеющееся расстройство на возможность подэкспертного лица правильно воспринимать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела.

*Психиатрическое обследование осужденных.* Ряд психически больных осужденных (ввиду частых рецидивов хронического психического заболевания) не могут отбывать наказание в связи с неосознаванием ими исправительного и воспитательного воздействия. Поэтому в таких случаях встает вопрос о проведении психиатрического обследования осужденных в соответствии со ст. 397 УПК РФ и ст. 172 УИК РФ). Этими законами предусматривается возможность освобождения от дальнейшего отбывания наказания осужденных, страдающих хронической психической болезнью. Оно производится на основании определения суда, но при наличии мотивированного представления администрации исправительного учреждения и обоснованного медицинского заключения врачебной комиссии психиатров лечебных подразделений Федеральной службы исполнения наказаний и подтверждения этого своим актом судебно-психиатрической экспертной комиссии. В заключении и акте должно быть обязательно изложено мнение психиатров о возможности дальнейшего отбывания наказания психически больным осужденным. К таким лицам могут быть в ряде случаев, например при бредовых расстройствах, агрессивности, применены меры медицинского характера с принудительным лечением в психиатрических больницах. Все подобные больные после этого подлежат дальнейшему наблюдению психоневрологического диспансера по месту жительства.

Необходимо учитывать и возможность констатации у осужденных временных психических расстройств (например, реактивных состояний, декомпенсаций у психопатов и т.д.). Эта группа больных, как и психически больные с хроническим вялотекущим развитием душевных заболеваний, подлежит лечению в больничных учреждениях и при выздоровлении или значительном улучшении психического состояния (ремиссии) возвращается для дальнейшего отбывания наказания с обязательной постановкой их на диспансерный учет и амбулаторного лечения у психиатров медицинской части учреждений Федеральной службы исполнения наказаний. Такие лица не попадают под действие ст. 397 УПК РФ.

В то же время следует обратить внимание на возможность проведения СПЭ при совершении осужденными повторных (как правило, агрессивных) правонарушений в период отбывания наказания. Принципиально данный вид экспертизы не отличается от судебно-психиатрических экспертиз обвиняемых и подозреваемых. Однако в таких случаях судебно-психиатрические эксперты обязательно указывают (наряду с вменяемостью) в своих выводах на возможность дальнейшего пребывания этих подэкспертных в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний.

При невменяемости (т.е. установлении рецидивов хронических психических расстройств в качестве причины невозможности отбывания наказания за совершенное общественно опасное деяние, а также непонимания карательно-воспитательного значения наказания) такие лица от дальнейшего пребывания в учреждениях уголовно-исполнительной системы освобождаются (в порядке ст. 397 УПК РФ) и направляются, как правило, на принудительное лечение в психиатрические больницы Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Среди осужденных отбывают наказание примерно 40% лиц, признанных виновными за совершенные ими криминальные деяния, но имеющих те или иные психические расстройства. В основном это лица, перенесшие черепно-мозговые травмы, страдающие другими органическими поражениями головного мозга, дебильностью, психопатией, алкоголизмом, наркоманией. За такими осужденными в учреждениях уголовно-исполнительной системы устанавливается медицинское наблюдение врачей, которые проводят адекватное поддерживающее лечение с целью предупреждения медицинскими средствами ухудшения психического состояния и нарушения режима отбывания ими наказания, агрессивных действий, повторных правонарушений.

*Экспертиза несовершеннолетних.* При рассмотрении данного раздела необходимо учитывать бурное развитие организма подростка (юноши и девушки) от 12 до 18 лет. Перестройка охватывает в целом все органы и системы и приводит их к психическому и половому созреванию, изменению физиологических и биохимических процессов и нередко к пубертатному кризу. Последний, хотя имеет решающее значение в становлении характера, поведения и действиях несовершеннолетних, в то же время может способствовать превращению отдельных психических отклонений в стойкие патологические черты личности, обуславливающие антиобщественное поведение. Нарушения же темпа полового созревания могут у них стать источником патологического формирования психики со всеми вытекающими из этого социальными последствиями.

Следует указать на такую особенность, как резкая динамичность психопатологического состояния подростков с еще формирующейся психопатией. Поэтому так довольно часты неидентичные экспертные заключения психиатров на состояние здоровья психически больных подростков. Необходимо также признать и то, что судебно-психиатрическая экспертиза частных форм психических заболеваний у подростков представляет существенные трудности. Подростки значительно чаще, чем взрослые, подвер-

гаются комплексным судебным психолого-психиатрическим экспертизам, так как именно психологи дают наиболее объективные данные об уровне умственного развития подростка, особенностях и структуре познавательных процессов, эмоционально-мотивационной сфере, волевой устойчивости, умственной работоспособности и т.п. Также следует указать и на то, что вопрос об использовании психологических исследований в качестве параклинического метода в процессе судебно-психиатрической экспертизы решает не суд и следственные органы, а судебно-психиатрический эксперт.

Законодатель в ст. 195 УПК РФ определил порядок назначения экспертиз. В то же время практика говорит о некоторых трудностях у юридических работников при вынесении постановления (определения) о производстве судебно-психиатрической экспертизы и постановке конкретных вопросов, на которые судебно-психиатрическим экспертам необходимо дать ответы.

Условно постановления следователя о производстве судебно-психиатрической экспертизы можно разделить на три части:

— **вводная**, в которой перечисляются формальные признаки (Ф.И.О., год и место рождения), наименование дела, в качестве кого привлекается лицо, направляемое на экспертизу, статьи Уголовного (или Гражданского) кодекса РФ, по которым подлежит юридической ответственности;

— **основная**, в которой излагается сущность действий; основания, вызвавшие сомнение в психической полноценности направляемого на экспертизу лица до, во время и после совершенного деяния и в ходе судебно-следственных мероприятий; здесь же перечисляются вопросы, на которые судебно-психиатрическим экспертам необходимо дать ответы. Например, могут быть поставлены следующие вопросы:

- Страдал ли подэкспертный временным или хроническим психическим заболеванием (расстройством, нарушением) в период совершения деяния и в прошлом и не страдает ли им в настоящее время; если да, то каким?
- Исключало ли психическое заболевание подэкспертного (если оно было или он страдает им в настоящее время) способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими, т.е. следует его считать вменяемым или невменяемым?
- Не возникли ли психические расстройства у подэкспертного после совершения деяния, а если они и возникли, то лишает ли его это заболевание процессуальной способности участия в судебно-следственных действиях?

- Если подэкспертный, страдал или страдает психическим заболеванием, то нуждается ли он в применении к нему принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и в каких именно?

Бывает необходима постановка и иных дополнительных вопросов перед судебно-психиатрическими экспертами (например, степень обоснованности заключений предыдущих экспертиз или диагнозов лечебных учреждений; определение времени начала заболевания, клинического течения или его прогноза; возможности медико-социальной реабилитации). Целенаправленность мотивов при вынесении постановления (определения) принципиально различна при рассмотрении уголовных и гражданских дел, а также по характеру постановки вопросов при направлении на экспертизу подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, потерпевших, свидетелей, истцов, ответчиков и других лиц;

— заключительная, в которой содержатся процессуальные требования к судебно-психиатрическим экспертам, сроки производства экспертизы, а также опись документов, представленных следователем (судьей) для производства судебно-психиатрической экспертизы.

В целях реализации Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 августа 2003 г. № 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе» был определен порядок составления «Заключения судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)».

Заключение эксперта (комиссии экспертов) — документ, составленный в соответствии с процессуальным законодательством (УПК РФ и ГПК РФ) по итогам проведенной экспертизы. По делам об административных правонарушениях заключение эксперта (комиссии экспертов) дается в соответствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ).

Заключение по итогам судебно-психиатрической экспертизы составляется в письменном виде за подписью всех проводивших ее экспертов и скрепляется печатью учреждения, в котором она проводилась. Срок составления экспертного заключения — не более 10 дней после окончания экспертных исследований и формулирования экспертных выводов.

В случае возникновения разногласий между экспертами, просящими и комиссионную судебно-психиатрическую экспертизу,



каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, дает отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласия.

Заключение состоит из трех частей: вводной, исследовательской (включающей анамнестический раздел, описание соматического, неврологического и психического состояния подэкспертного), выводов.

**Вводная часть** заключения отражает:

1. Наименование учреждения (подразделения).
2. Время и место производства судебно-психиатрической экспертизы (в случае комиссионной экспертизы указывается дата заседания комиссии экспертов).
3. Наименование экспертизы и ее основные характеристики — стационарная, амбулаторная, заочная, посмертная; дополнительная или повторная (если экспертиза проводится по делу не впервые); комплексная (с приведением полного наименования комплексной экспертизы).
4. Сведения о подэкспертном — фамилия, имя, отчество, год рождения, процессуальное положение, статья или статьи закона (УК РФ, ГК РФ, СК РФ и др.), в соответствии с которым ведется производство по делу, с кратким изложением содержания этих статей.
5. Сведения об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность) или экспертах, которым поручено производство экспертизы.
6. Сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве СПЭ (фамилия, имя, отчество, процессуальное положение).
7. Сведения об органе или о лице, назначивших экспертизу, и основания производства СПЭ.
8. Вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов, данные точно в той формулировке, в какой указаны в постановлении (определении) о назначении экспертизы.
9. Предупреждение эксперта в соответствии со ст. 307 УК РФ об ответственности за дачу заведомо ложного заключения, заверяемое подписью каждого эксперта.
10. Краткие сведения о предшествующей экспертизе, если проведение СПЭ не является первичным, — когда и где они проводились, какое давалось заключение, а также мотивы назначения настоящей экспертизы.
11. Дату поступления в экспертное учреждение, а также причину и дату продления срока стационарирования с приведением данных о соответствующем судебном решении.
12. Ходатайства о предоставлении дополнительных материалов для исследования, если в ходе производства СПЭ экспертом (экс-

пертами) они заявлялись, а также результат рассмотрения ходатайства.

13. Медицинские документы и материалы дела, представленные эксперту для производства СПЭ, с указанием соответствующих реквизитов.

Исследовательская часть заключения включает:

*Методы психиатрического (клинико-психопатологического) экспертного исследования* (анамнез, катамнез, медицинское наблюдение, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств) в сочетании с анализом данных соматического, неврологического и психического состояния, а также лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов обследования. В случае производства комплексной экспертизы эксперты иных специальностей указывают свои методы и методики в своей исследовательской части.

*Анамнез.* Излагаются в хронологической последовательности события жизни с момента рождения до момента обследования, включая семейный, трудовой, социальный (в том числе криминальный), супружеский, при необходимости — сексуальный анамнез и анамнез болезни.

Анамнез должен отражать:

а) наследственную отягощенность психическими расстройствами, если таковая выявляется, данные об особенностях раннего развития подэкспертного;

б) психические расстройства, если таковые выявлялись прежде, с указанием времени их появления и динамики, последующего усложнения или редукции с оценкой их влияния на различные стороны жизни подэкспертного. Необходимо четко и последовательно отразить особенности психопатологических переживаний, избегая обобщающих оценочных определений. При этом необходимо приводить даты стационаризований в психиатрические больницы, указывать диагнозы, установленные при каждой госпитализации или при амбулаторном обследовании психиатрами (включая амбулаторные и стационарные судебно-психиатрические экспертизы в прошлом), и давать характеристику психического состояния подэкспертных в тот период;

в) преморбидные личностные особенности и характерологические изменения, которые произошли во время болезни;

г) особенности реагирования на различные житейские обстоятельства, в частности на психические травмы;

д) перенесенные соматические заболевания и другие экзогенные вредности (черепно-мозговые травмы, употребление психо-

активных веществ), а также то, какое влияние они оказали на психическое состояние;

е) особенности критических возрастных периодов (пубертатный, инволюционный);

ж) терапевтический анамнез в случаях лечения психотропными препаратами в прошлом;

з) трудовой анамнез, в котором важно не просто перечислить места работы и занимаемые должности, но и приводить, где это возможно, трудовые характеристики, отзывы сослуживцев;

и) при перечислении прошлых судимостей состав преступления (правонарушения) и, если это возможно, краткое описание сути противоправного деяния, что особенно важно при совершении деликтов, однородных настоящему. Следует также приводить характеристики из мест лишения свободы, если таковые имеются;

к) исследуемую юридическую ситуацию. Особое значение приобретают материалы уголовного или гражданского дела, непосредственно характеризующие поведение и психическое состояние подэкспертного в период юридически значимого события. Это в первую очередь показания потерпевших, свидетелей, позволяющие оценить характер ориентировки подэкспертного в месте, времени, сохранность осмысления создавшейся ситуации в целом, его роль в криминальных действиях, если они совершались группой лиц. Существенное значение имеют заключения судебно-медицинской экспертизы, содержащие описание телесных повреждений жертвы, которые могут способствовать воссозданию реального поведения подэкспертного в момент правонарушения. Обязательное наличие в заключении данных судебно-медицинской экспертизы и осмотра места происшествия, имеющих значение для последующей реконструкции поведения и оценки состояния подэкспертного;

л) динамику показаний подэкспертного в период следствия или судебного разбирательства, имеющую значение для оценки сохранности способности к правильному восприятию обстоятельств и даче о них показаний.

Не рекомендуется перемежать изложение объективного и субъективного анамнеза описанием подэкспертным своих прежних психопатологических переживаний в связи с возможностью сознательного (симуляция, диссимуляция) или неосознаваемого (конфабуляции, псевдореминисценции) ее искажения. Такие описания целесообразно размещать в рамках описания психического статуса.

Анамнез необходимо проследить вплоть до момента поступления лица на экспертизу, так как поведение подэкспертного в пе-

риод следствия и тем более пребывания под стражей имеет существенное значение не только для диагностики, но и для принятия экспертного решения в отношении сохранности его способности самостоятельно участвовать в производстве по делу.

При изложении определяющим является принцип «равноправия» диагностических (экспертных) гипотез, в соответствии с которым недопустимо умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой, конечной диагностической и экспертной концепции. Необходимо приводить всю фактическую совокупность информации, имеющейся в материалах дела.

При ссылке на ту или иную информацию обязательно указание источника ее получения с приведением при пользовании материалами уголовного или гражданского дела номеров страниц и тома этого дела. Приводя данные характеристик, показаний свидетелей и иных источников, необходимо избегать формулировок, затрагивающих честь и достоинство подэкспертного, а также других лиц.

Запрещается приводить данные о совершении испытуемым или другими гражданами действий, содержащих состав преступления или иного правонарушения, если эти данные отсутствуют в предоставленных экспертам материалах дела и (или) если эти данные не требуются для обоснования экспертных выводов.

*Описание соматического, неврологического и психического состояния (статуса).*

*Соматическое состояние* — в этом разделе отражается состояние общего питания, кожных покровов, сосудистой системы, наличие патологических изменений со стороны внутренних органов. Здесь же отмечаются данные лабораторных исследований, касающиеся физического состояния (анализы крови, мочи, результаты рентгеновского обследования и др.). Если подэкспертный был консультирован терапевтом, хирургом, окулистом или врачом другой специальности, то в конце данного раздела указываются диагнозы, выставленные консультантами.

*Неврологическое состояние* — здесь описываются симптомы, свидетельствующие о наличии (или отсутствии) функционального или органического поражения центральной и периферической нервной системы. Приводятся данные лабораторных исследований (рентгенограмм черепа, ЭЭГ-исследования и др.). При этом не только излагается содержание анализов, но и дается им соответствующая оценка, раскрывающая клиническое значение выявленных изменений. В заключение этого раздела указывается диагноз, установленный консультантом-неврологом (если такая консультация проводилась).

*Психический статус* является центральной частью заключения СПЭ, отображает картину психического состояния подэкспертного, сложившуюся в результате проведенного исследования, и включает следующие обязательные составные элементы:

а) состояние сознания — степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимания цели обследования;

б) особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;

в) отношение подэкспертного к имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам;

г) психотические расстройства, обнаруживающиеся на момент обследования;

д) отношение подэкспертного к исследуемой юридической ситуации.

При изложении психического состояния применяется описательный метод, не рекомендуется использование психиатрической терминологии. В тех случаях, когда подэкспертный употребляет слова и выражения, точно характеризующие его состояние, переживания, их следует приводить как прямую речь.

Описание невербального поведения отражает мимические и пантомимические реакции, особенности жестикуляции, моторные расстройства (например, стереотипии), объективно характеризующие психическое состояние подэкспертного.

Описание речевого поведения отражает основные характеристики речи: скорость, количественное и качественное своеобразие (штампованность, неологизмы, нарушения речевого потока и др.) и предваряет изложение содержания речевой продукции.

Описание социального поведения подразумевает оценку особенностей контакта (удержание дистанции, степень заинтересованности, агрессивность и др.). Расплывчатые или преждевременные оценочные термины («эксцентричен», «демонстративен», «неадекватен» и т.п.), которые более уместны при итоговых характеристиках, здесь не должны заменять описание конкретных особенностей поведения.

При изложении жалоб указывается, какие из них были высказаны подэкспертным по своей инициативе, а какие выявлены при целенаправленном расспросе, фиксируются тяжесть и интенсивность, а также динамические особенности имеющихся симптомов.

При описании психопатологических переживаний, имеющихся в настоящее время или наблюдавшихся в прошлом, приводится наличие или отсутствие критической их оценки подэкспертным.

Описание юридически значимой ситуации и ее оценки подэкспертным включает анализ возникающих противоречий между содержанием излагаемого подэкспертным при настоящем обследовании и объективной картиной происшедшего, зафиксированной в уголовном или гражданском деле.

Описание динамического наблюдения при производстве стационарной СПЭ может дополняться данными из дневников наблюдения медицинским персоналом и должно отражать поведение подэкспертного в период всего наблюдения (особенности контакта, степень его дифференцированность<sup>™</sup>, характер времяпрепровождения, наличие пароксизмальных состояний и др.).

Интегративная оценка выявленных нарушений в различных сферах психической деятельности (мышление, интеллект, эмоции, критика и т.п.) завершается констатацией наличия или отсутствия психотических расстройств (бреда, галлюцинаций и пр.).

Описание психического статуса дополняется данными психологического исследования, если оно имело место в рамках однородной СПЭ. В последнем случае допускается изложение только резюмирующей части экспериментально-психологического исследования.

Клиническое психиатрическое исследование может дополняться ознакомлением врача с письменной продукцией подэкспертных, их дневниками и самоописанием болезненных расстройств, их художественной творческой деятельностью.

При наличии кратковременных расстройств сознания описывается их длительность, внешние проявления (цианоз, зрачковые реакции, наличие дополнительных движений) для уточнения характера патологии — обморок и его генез, эпилептический припадок, истерический припадок и т.д.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных клинических феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с общепризнанными международными критериями диагностики.

При интерпретации полученных данных эксперт должен руководствоваться исключительно клиническими аргументами.

*Выводы.* Эта часть экспертного заключения представляет оценку результатов исследований, обоснование и формулировку выводов по поставленным вопросам.

Диагноз психического расстройства формулируется в соответствии с общепризнанными международными стандартами.

На каждый из поставленных перед экспертом (экспертами) вопросов дается либо ответ, либо мотивированное сообщение о невозможности дачи ответа.

При наличии нескольких вопросов эксперт вправе перегруппировать свои ответы, изложив их в той последовательности, которая обеспечивает целесообразный порядок исследования.

В случае, когда не дается ответ ни на один из поставленных вопросов, составляется либо письменное сообщение о невозможности дать судебно-психиатрическое экспертное заключение, либо заключение судебно-психиатрической экспертизы о невозможности решения экспертных вопросов в амбулаторных условиях (или в иных условиях, в которых проводилась данная экспертиза, — в зале судебного заседания, на дому у испытуемого и пр.).

В случае, если вопросы сформулированы некорректно (нечетко, не в соответствии с принятой терминологией и т.п.), но смысл их эксперту понятен, эксперт вправе указать, как он их понимает в соответствии со своими специальными познаниями (но с обязательным приведением первоначальной формулировки).

Ответы на вопросы, поставленные по инициативе эксперта (на что специально указывается), излагаются после ответов на вопросы, указанные в постановлении (определении) о назначении экспертизы.

Заключение должно быть написано языком, понятным для несведущих в психиатрии участников процесса, поэтому оно не должно быть перегружено специальной терминологией, а используемые специальные термины должны быть разъяснены.

Не допускаются экспертные суждения и выводы по вопросам, относящимся к исключительной компетенции органа (лица), ведущего производство по уголовному или гражданскому делу (вывод о вменяемости-невменяемости подэкспертного, суждение относительно достоверности-недостоверности, истинности или ложности свидетельских или иных показаний и др.).

При повторной экспертизе в тех случаях, где имеется расхождение с выводами предыдущей экспертизы, необходимо проведение анализа этих расхождений (наличие и полнота катамнеза, разный объем представленной значимой для экспертизы информации, наличие или отсутствие дифференциальной диагностики и т.п.).

Заключение судебно-психиатрической экспертизы является одним из источников доказательства по уголовному и гражданскому делу. Однако следует особо подчеркнуть, что оно подлежит оценке органами следствия и суда, которые и делают окончательный вывод о вменяемости или недееспособности обследованного судебно-психиатрическими экспертами лица.

## **Глава 38. ВМЕНЯЕМОСТЬ-НЕВМЕНЯЕМОСТЬ**

Современное представление о невменяемости имеет свою историю, которая отражает различные подходы к решению данного

вопроса. Отечественные психиатры всегда считали, что материалистическое понимание свободы действий (воли) детерминировано внешними условиями и событиями, хотя субъективно кажется, что поступки человека независимы и свободны.

Только изучение высшей нервной деятельности человека объясняет детерминированность поведения людей и ее зависимость от внешнего мира, показывает возможности регуляции ими своих поступков, действий, высказываний, которые связаны с состоянием психики, типом личности, критическим отношением, волевым усилием, условиями воспитания, местом, занимаемым этой личностью в иерархии общества, его ценностными ориентирами, требованиями общества и государства. Изложенная позиция определяет современный подход к понятию невменяемости в судебной психиатрии.

В основе поступков и действий любого человека прежде всего лежит рефлекторная деятельность головного мозга. Под влиянием одних и тех же внешних и внутренних условий люди могут говорить (хвалить или оскорблять), производить известные ему деяния, а могут и не производить их, а если даже производить, то совершенно противоположного характера. В процессе физического и умственного развития личности стереотип поведения человека постепенно усложняется за счет воспитания моральных и этических навыков, роста интеллектуального уровня, понимания предъявляемых обществом требований.

Произвольные и волевые поступки, поведение, действия и высказывания людей в целом регулируются и контролируются сознанием. Человек в состоянии нормального психического здоровья должен и может оценивать те обстоятельства, при которых он осуществляет свои действия, понимать требования общества и закона и делать сознательный выбор между совершением и несовершением того или иного правонарушения.

Способность отдавать отчет в производимых действиях, контролировать и волевым усилием руководить ими, т.е. быть вменяемым за конкретное деяние, возможно в том случае, если ничто не препятствует сделать личности такой выбор, когда выдержка не нарушена. Утрата же понимания общественной опасности своих действий (бездействия), неосознание этого и невозможность критически оценивать и руководить ими не так уж редки при констатации психических расстройств различной этиологии (происхождения).

Вменяемость и невменяемость определяются именно нормальным или болезненным течением психических процессов и благополучием в состоянии психического здоровья человека, т.е. данными психологии и психиатрии.



В это понимание входит аксиома, выработанная в процессе жизни человека и развития общества, — за совершенное правонарушение психически здоровый человек, достигший определенного возраста, несет юридическую ответственность. Это связано с тем, что он способен осознавать общественную опасность своих поступков, может контролировать и волевым усилием регулировать свое поведение в соответствии с требованиями закона. Именно в этом заключается способность психически полноценного человека нести ответственность перед обществом и государством за содеянное и быть ответственным и вменяемым за произведенные высказывания и совершенные действия.

Однако в судебно-следственной практике встречаются случаи, когда вменяемое лицо во время совершения преступления все-таки в силу диагностированного у него психического расстройства хотя и не могло в полной мере осознавать характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, но признается (в соответствии со ст. 22 УК РФ) подлежащим уголовной ответственности в связи с тем, что его **противоправные действия** (по заключению экспертов-психиатров) **не исключали вменяемости**.

В то же время законодатель указал, что не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости.

Проблема вменяемости-невменяемости (хотя это и юридическое понятие) — одна из основных тем судебной психиатрии. Она определяется прежде всего тем, что вменяемость — условие предпосылки вины, т.е. способность лица правильно понимать сущность совершаемого действия, осознавать его последствия для себя, окружающих, общества в целом и возможность контролировать свои действия. Это положение нашло свое практическое применение и четко сформулировано в ч. 1 ст. 21 УК РФ. В ней сказано, что уголовной ответственности не подлежит лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния. В ч. 2 ст. 21 УК РФ также говорится, что к такому лицу по решению суда могут быть назначены **принудительные меры медицинского характера**, предусмотренные ст. 97 УК РФ.

Следовательно, **формула невменяемости** содержит два критерия — медицинский (биологический) и юридический (психологический),

которые выступают в единстве и определяют невменяемость лица, совершившего общественно опасное деяние.

Медицинский критерий (может быть констатирован только у психически больного человека) состоит из четырех признаков психических нарушений:

— *хронического психического расстройства* (например, шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, прогрессирующего паралича, старческого психоза и других психических заболеваний с тенденцией к прогрессированию), оставляющего после острых клинических проявлений нарастающий психический дефект в виде необратимых нарушений интеллектуальных функций приобретенного характера вплоть до слабоумия и маразма;

— *временного психического расстройства* (например, исключительных и реактивных состояний, алкогольного психоза) — обратимого заболевания, которое может длиться от нескольких минут до нескольких часов и даже дней и в редких случаях недель. Оно заканчивается выздоровлением, не оставляющим видимых изменений в психической деятельности;

— *слабоумия* (например, олигофрении, инволюционных процессов), при котором ведущим признаком является необратимость нарушений интеллектуальной функции как врожденного, так и приобретенного характера;

— *иного болезненного состояния* (например, психопатии) как стойкого нарушения или аномалии в развитии психики, возникших в результате перенесенных различных соматических, неврологических, инфекционных и других заболеваний или как дефект патологического воспитания.

Юридический критерий формулируется как невозможность невменяемых осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Данный критерий представляет собой обобщающую характеристику психического состояния, в частности тяжесть (глубину) болезненных расстройств психики, и состоит из двух признаков:

— *интеллектуального* (невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), например при олигофрении в степени дебильности);

— *волевого* (невозможности руководить своими действиями, например при психопатии).

Наличие этих признаков у юридического критерия позволяет анализировать различные стороны психической деятельности подэкспертного лица (мыслительную, эмоциональную, волевою, интеллектуальную и др.). Если первая часть критерия (интеллектуальная) требует анализа мыслительных и критических способно-

стей, дает возможность адекватной оценки обстановки и собственного поведения испытуемого, то при дефекте его второй части (волевой) страдает контроль за своими высказываниями, действиями и поступками, возможность понимать их сущность и руководить ими. При утрате критичности (т.е. ее недостаточности в патологическом смысле) интеллектуальный критерий как бы перекрывает волевой. Наличие этого признака нарушает способность лица руководить своими действиями и влечет за собой принятие решения о невменяемости.

В то же время в практике встречаются случаи, когда личность может сохранять формальную способность осознавать и оценивать ситуацию (сохранена критика), но у нее снижается (утрачивается) волевой признак и возможность удержаться от того или иного поступка (т.е. нарушается способность руководить своими действиями). В данном случае превалирует недостаточность волевого признака (например, это встречается при психопатиях, инфантилизме), когда при относительно сохранных интеллектуальных (критических) функциях эмоциональные и волевые черты (прежде всего из-за недостаточности волевых качеств) определяют принятие решения и поведение таких лиц.

В процессе судебно-психиатрической диагностики и выработки экспертного решения основным заключительным этапом является сопоставление медицинского и юридического критериев, что и определяет формулу невменяемости. При этом обязательным условием невменяемости считается совпадение медицинского и юридического критериев, т.е. в этом случае при экспертизе у испытуемого обязательно должен быть установлен медицинский критерий — наличие диагноза психического заболевания, а также зафиксирован юридический критерий — не мог осознавать характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

В случае же признания обследованного лица психически больным, безусловно, необходимо уточнить у него наличие юридического критерия, так как не каждый психически больной признается невменяемым.

Установление психических расстройств, возникших после совершения правонарушения, и определение времени его начала имеют актуальное значение для следствия и суда при решении вопросов оценки показаний, данных таким лицом, так как показания до возникновения острого психического заболевания — это показания психически здорового лица. В то же время к письменным заявлениям и показаниям, имевшим место после начала психического заболевания, следует относиться как к показаниям пси-

хически больного человека. После завершения принудительных мер медицинского характера психически больной с психическим расстройством, возникшим после ареста, во время следствия и суда вновь подлежит оценке судебно-психиатрической экспертной комиссией в целях определения полноты выздоровления, степени обратимости психопатологических нарушений, достоверности оценки данных предварительного следствия, а значит, возможности такого лица осознавать характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, и его процессуальной способности осуществлять свое право на защиту.

Нередко в судебной и следственной практике юристы встречаются с привлечением к уголовной ответственности **лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости** (ст. 22 УК РФ). В данном случае судебно-психиатрические эксперты хотя и признают их вменяемыми за совершенные преступления, но указывают в экспертных заключениях, что такие лица из-за диагностированных у них психических расстройств не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Эти психические нарушения (расстройства, заболевания), не исключающие вменяемости, в соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ учитываются судом при вынесении приговора об их наказании и могут служить основанием для назначения им в соответствии с ч. 1 ст. 97 УК РФ принудительных мер медицинского характера.

Таким образом, в результате рассмотрения проблемы невменяемости необходимо усвоить ее основы в уголовном процессе (медицинский и юридический критерии, их совпадение) на стадии предварительного и судебного следствия. Понимание этого позволит уяснить причины криминальных деяний, отграничить преступления от общественно опасных деяний психически больных людей и патологической интерпретации ими той или иной ситуации, их способности давать правдивые показания при различных болезненных расстройствах психики, остром и хроническом течении заболевания, в период ремиссии (компенсации) и декомпенсации.

## **Глава 39. ДЕЕСПОСОБНОСТЬ-НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ**

Одним из важных элементов правового статуса граждан является их дееспособность, а основным ее условием в соответствии со ст. 21 ГК РФ — такое психическое состояние субъекта, которое позволяет ему своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности

и исполнять их. Гражданская дееспособность возникает с наступлением совершеннолетия, т.е. по достижении восемнадцатилетнего возраста и лишь в исключительных случаях раньше (со времени вступления в брак). При этом законодатель исходит из того, что с этого возраста человек достигает психической зрелости и приобретает достаточный жизненный опыт, чтобы правильно понимать и регулировать свои поступки и действия. В противном случае гражданин (например, несовершеннолетний или совершеннолетний гражданин с болезненным расстройством психики) теряет возможность правильно понимать и регулировать свое поведение и, таким образом, лишается способности осуществлять свои гражданские права и обязанности. Иными словами, дееспособность в качестве обязательного условия предполагает в соответствии со ст. 21 ГК РФ такое психическое состояние субъекта, которое обеспечивает ему способность понимать значение своих действий или руководить ими. Исходя из этого следует сделать вывод, что констатация у лица при конкретных его действиях (совершение сделки, подписание завещания и т.д.) или в определенный период времени обострения психических расстройств в ряде случаев указывает на отсутствие у него дееспособности.

**Критерии недееспособности** (по аналогии с невменяемостью), которыми руководствуется суд и применительно к которым дают заключения судебно-психиатрические эксперты, сформулированы в ст. 29 ГК РФ: «Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным». Это значит, что недееспособность по сути определяется сочетанием двух критериев: **медицинского** (психическое расстройство) и **юридического** (непонимание значения своих действий или невозможность руководить ими).

**Недееспособность** устанавливается при совпадении медицинского и юридического критериев. Юридический критерий дополняет и корректирует медицинский, т.е. само наличие психического расстройства (психического заболевания или слабоумия) еще не дает основания говорить о недееспособности. Недееспособными признаются те психически больные, которые вследствие психического расстройства не могут понимать значение своих действий или руководить ими. Психически больные, даже если они страдают тяжелым и неизлечимым психическим заболеванием, но понимают значимость совершенных ими поступков и способны регулировать свое поведение и действия, остаются дееспособными. Возможность рассудительно вести свои дела определяется у

них наличием таких качеств ума, которые обеспечивают правильное поведение больных в их практической деятельности.

Недееспособность может касаться как отдельно совершенного юридического акта (подписания завещания, заключения договора и сделки), так и способности лица достаточно критично вести свои дела на более или менее продолжительный период времени в будущем.

При экспертизе в гражданском судопроизводстве в иных случаях важно установить, с какого времени психически больной человек стал недееспособным, поскольку в некоторых случаях недееспособность наступает после подписания такого акта и в этом случае документ не утрачивает своей юридической силы.

Следует особо указать, что **признание субъекта недееспособным** осуществляется только **судом** (в порядке, предусмотренном **ГПК РФ**). Однако ходатайствовать перед судом о признании психически больного недееспособным могут члены его семьи, **общественные и профсоюзные организации, прокурор, органы опеки и попечительства, психиатрические лечебные учреждения.**

Необходимо помнить, что назначение на судебно-психиатрическую экспертизу для определения психического состояния субъекта производится судом при наличии достаточной аргументации и данных о его психической болезни или слабоумии. В исключительных случаях, при явном уклонении такого лица от прохождения экспертизы, суд (при участии эксперта-психиатра) может вынести определение о **принудительном направлении больного на судебно-психиатрическую экспертизу.**

Разбирая данную проблему, следует иметь в виду, что при выздоровлении или значительном улучшении психического состояния в виде устойчивой ремиссии лица, признанного недееспособным, суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы пересматривает свое решение и признает такого гражданина в соответствии с ч. 3 ст. 29 ГК РФ дееспособным.

В то же время следует помнить, что хотя законодательство и не признает **ограниченной дееспособности психически больных лиц**, но допускает возможность ее ограничения для лиц, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими веществами и ставящих в связи с этим свою семью в тяжелое материальное положение (ст. 30 ГК РФ). В этом случае суд назначает попечителя, без согласия которого такие лица не могут совершать сделки, получать зарплату (пенсию) или иные виды доходов и распоряжаться ими. Та же статья Гражданского кодекса РФ отменяет ограничение дееспособности, если основания, в силу которых такое лицо было ограничено дееспособным, отпали.

Следует учесть, что лица с ограничением дееспособности, злоупотребляющие спиртными напитками или наркотическими веществами, не подлежат прохождению судебно-психиатрической экспертизы, а обследуются психиатрами-наркологами.

#### **Глава 40. ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ К ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ**

Законодатель установил, что лица, совершившие деяния в состоянии невменяемости, обусловленном хроническими или временными психическими расстройствами, не являются преступниками и они не подлежат наказанию и воспитательному воздействию в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы. К ним, как и к психически больным, и лицам, злоупотребляющим спиртными напитками или наркотиками и их суррогатами, совершившим преступления и признанным виновными за них, по определению суда могут быть назначены различные меры медицинского характера. Меры в отношении психически больных носят исключительно медицинский характер, направлены на лечение психических заболеваний и осуществляются в целях предупреждения общества от повторения больными социально опасных действий (поступков), совершаемых по болезненным мотивам.

В ст. 13 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» говорится:

1. Принудительные меры медицинского характера применяются только по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленных Уголовным кодексом РФ и Уголовно-процессуальным кодексом РФ (это положение было дополнено в 1996 г. ст. 22 и 97 УК РФ о возможности ряду лиц при определении наказания назначать и принудительные меры медицинского характера).

2. Вышеуказанные меры осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения, и лица, помещенные в них, пользуются всеми правами, распространенными на лиц, госпитализированных в обычные психиатрические стационары (например, обращение к администрации по вопросам лечения и обследования, подача жалоб без цензуры, встреча с адвокатами и священнослужителями, исполнение религиозных обрядов и ношение религиозной атрибутики, выписка газет, получение вознаграждения за труд и др.).

Организационно порядок рассмотрения принудительного лечения судом осуществляется после разбирательства уголовного дела, но также в судебном заседании в присутствии лица, в отношении которого оно решается (если позволяет его психическое состояние), с участием прокурора и адвоката, а при необходимости — свидетелей, потерпевших и судебно-психиатрического эксперта. Суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертной комиссии после обсуждения принимает решение о применении к такому лицу принудительных мер медицинского характера. Эта форма медицинских мер в соответствии с ч. 1 ст. 97 УК РФ может быть назначена следующей категории лиц (которую необходимо разобрать из-за спорности некоторых положений более подробно):

а) совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части Уголовного кодекса РФ, в состоянии невменяемости (т.е. тем, кто совершил убийство, изнасилование, хулиганство, кражу, разбой, государственную измену, причинил другому вред здоровью, участвовал в актах терроризма, бандитизма, вандализма, шпионажа и многих других);

б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания (т.е. во время проведения следствия и суда или при отбывании наказания и нахождении в исправительном учреждении);

в) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (т.е. осужденным за преступление и страдающим психическим заболеванием, но признанным вменяемым за совершенное действие).

Часть 2 ст. 97 Уголовного кодекса РФ указывает, что принудительные меры медицинского характера назначаются только в тех случаях, когда психические расстройства у данной категории лиц связаны с возможностью в будущем причинения ими иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц (т.е. в данном случае речь идет о степени социальной опасности для общества).

В юридической практике бывают случаи, когда суд, несмотря на судебно-психиатрическое заключение, не назначает принудительные меры медицинского характера, руководствуясь иными соображениями или консультативными рекомендациями. Судья и его аппарат обязаны мотивированно обозначить его отказ и своевременно сообщить о таком психически больном и его деянии в соответствующие органы здравоохранения (в зависимости от приговора — в психоневрологический диспансер или поликлинику по



месту проживания данного лица, или медицинскую часть исправительного учреждения).

Статья 99 Уголовного кодекса РФ предусматривает назначение судом следующих **видов принудительных мер медицинского характера**: 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.

Все психиатрические учреждения, организующие в соответствии с приказом министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации принудительное медикаментозное лечение и наблюдение, находятся в ведении органов здравоохранения. Исключение составляют те из них, в которых проходят принудительное лечение осужденные (это амбулатории медицинских частей или психиатрические стационары уголовно-исполнительной системы).

Для понимания принудительных мероприятий, проводимых в подразделениях, осуществляющих принудительное лечение, необходимо рассмотреть их соответствие режимным требованиям по видам организации такого лечения в учреждениях органов здравоохранения и уголовно-исполнительной системы. Если медицинское лечение обосновывается исключительно клиническими показаниями и не зависит от вида лечебного учреждения, осуществляющего принудительные меры, то последние определяют форму надзора и целый ряд режимных мероприятий. Именно они предусматривают такие условия ограничения и содержания в них психически больных, в которых бы исключалась возможность совершения ими повторного общественно опасного деяния или других агрессивных действий. Например, принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа отличается от обычного психиатрического отделения лишь ограничением передвижения, строгостью контроля и надзора, осуществляемого самим медицинским персоналом. В психиатрическом стационаре специализированного типа предусмотрены уже более строгие ограничения, контроль и надзор, осуществляемый медицинскими работниками, а изоляцию и внешнюю охрану несут работники отдела надзора и охраны при психиатрической больнице. В психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением ограничение, контроль и надзор производятся также медицинскими работниками, внутренняя охрана и изоляция в этих подразделениях организуется специальными работниками отдела надзора и ох-

раны больницы, а внешнюю охрану и в целом режимные мероприятия, как правило, осуществляют сотрудники того же отдела.

Судебно-психиатрические эксперты при целенаправленном рассмотрении необходимости назначения психически больных на принудительные меры медицинского характера руководствуются прежде всего степенью социальной опасности, кратностью (повторяемостью) асоциальных деяний и особенностями прошлого и настоящего поведения испытуемого. Для этого им необходимы материалы уголовного дела (в которых изложены действия подследственного до, во время и после деликта), медицинская документация (в подлиннике — истории болезни, амбулаторные карты, материалы предыдущих обследований и экспертиз). Экспертам в таких случаях необходимо установление (помимо психиатрического диагноза) истинных мотивов и психопатологических механизмов инкриминируемого деяния и определения возможности повторного его совершения.

Во всех случаях основанием для осуществления принудительных мер медицинского характера (в амбулаторных или стационарных условиях) является определение суда, к которому приобщают копию акта судебно-психиатрической экспертизы или акта психиатрического обследования (для осужденных), а также документы, удостоверяющие личность (паспорт, военный билет и др.). Исполнение определения суда о направлении таких больных на амбулаторное принудительное лечение или в психиатрическую больницу производится силами и средствами органов внутренних дел.

Рассмотрим клинические показания, которыми руководствуются судебно-психиатрические эксперты при решении о назначении того или иного вида принудительного лечения психически больным.

**Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра** (например, в психоневрологическом диспансере по месту жительства или медицинской части исправительного учреждения по месту отбывания наказания) назначается, если по своему психическому состоянию испытуемый не нуждается в госпитализации в психиатрический стационар и совершенное им деяние не носит выраженного антиобщественного действия.

Судебные психиатры при выборе принудительных мер медицинского характера в стационарных условиях исходят из следующих положений. Оно назначается, безусловно, при наличии медицинских и социальных показаний, если характер психических расстройств у подэкспертного лица требует таких условий лечения, ухода, надзора, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.

Поэтому **принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа** назначается лицу, которое по своему психическому состоянию и характеру совершенного деяния нуждается в стационарном лечении и общем надзоре, но не требует интенсивного наблюдения.

**Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа** назначается лицу, которое совершило общественно опасное деяние, не связанное с посягательством на жизнь граждан, и по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и требует постоянного наблюдения и надзора.

**Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением** назначается лицу, которое по своему психическому состоянию и характеру общественно опасного деяния представляет особую опасность для себя и других и требует постоянного и интенсивного наблюдения.

При осуществлении принудительного лечения применяются методы диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и их выбор определяется исключительно клиническими показаниями, знанием, опытом и совестью лечащего врача (консультанта). Кроме того, следует знать, что в соответствии со ст. 102 УК РФ продление, изменение и прекращение принудительных мер медицинского характера производятся судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании медицинского заключения комиссии психиатров: при прекращении и изменении такой меры не реже одного раза в шесть месяцев, а при продлении — первый раз по истечении шести месяцев, а в последующем ежегодно.

Суд выносит об этом свое определение с учетом их рекомендаций, исходя из клинического состояния и социальной опасности больного человека и возможности повторения им общественно опасных действий.

Если же суд сочтет возможным прекращение принудительных мер медицинского характера, то он может передать психически больного, совершившего общественно опасное деяние и признанного невменяемым, на попечение родственникам или опекунам при обязательном последующем врачебном наблюдении и лечении в психоневрологическом диспансере. В этих случаях органы здравоохранения могут поместить такого больного в психиатрическую больницу на лечение на общих основаниях или поставить его на специальный учет и динамическое диспансерное наблюдение в психоневрологический диспансер по месту жительства для оказания медицинской и социальной помощи в соответствии с состоянием его здоровья.

При решении вопроса о возможности изменения или отмены принудительных мер медицинского характера (лечения) используется принцип ступенчатости, заключающийся в постепенном смягчении его вида от более к менее строгим, вплоть до полной отмены. В то же время, если в период нахождения в психиатрическом стационаре на принудительном лечении медицинское наблюдение установит отсутствие у данного лица психического заболевания и (или) обоснованности признания его невменяемым, соответствующее медицинское заключение комиссии психиатров направляется администрацией лечебного учреждения в прокуратуру по месту нахождения суда, вынесшего определение о назначении на принудительное лечение, для пересмотра этого определения в установленном законодательством порядке. Необходимо также подчеркнуть, что в соответствии со ст. 445 УПК РФ ходатайство об отмене или изменении принудительных мер медицинского характера могут возбуждать перед судом законные представители больного, находящегося в психиатрическом учреждении, и иные заинтересованные лица.

Юристам необходимо знать, что психоневрологический диспансер муниципальных органов здравоохранения осуществляет специальный учет и особое наблюдение за психически больными, даже после прекращения им принудительных мер медицинского характера. В этом принимают участие и территориальные органы милиции по месту специального учета, как этого требует один из совместных приказов министра здравоохранения и социального развития РФ и министра внутренних дел РФ.

В ряде случаев психически больные, представляющие общественную (социальную) опасность, не подвергаются по различным причинам тем принудительным мерам медицинского характера, которые были им определены судом. В этом случае руководство психиатрического стационара на основании медицинского заключения, составленного психиатром (заведующим отделением, лечащим врачом, ординатором), оформляет соответствующие документы и направляет их в суд для вынесения определения на более строгий вид принудительного лечения и надзора.

Необходимо знать, что при оценке деяний, совершенных психически больными (например, агрессии по бредовым мотивам или под влиянием императивных галлюцинаций и др.), психиатры довольно часто констатируют отсутствие параллелизма между клиническим диагнозом, характером совершаемых ими действий и их потенциальной опасностью для общества. И все же практика показывает, что наиболее социально значимы такие психопатологические расстройства, как систематизированные формы бреда, галлюци-

наторные нарушения, депрессивные и маниакальные состояния, ипохондрические переживания, аффективная напряженность, явления психического и физического автоматизма, сумеречное сознание (например, при эпилепсии, травмах головного мозга), периоды дисфории у больных с параноидной настроенностью, изменения личности с явлениями слабоумия.

В то же время нельзя считать психически больных людей постоянно социально опасными. Эти лица в основном пребывают в состоянии достаточной компенсации. И степень их социальной опасности находится в определенной зависимости от остроты психического заболевания, его течения и во многом — от социальных условий их личной жизни, быта и труда. На поведенческие реакции таких лиц определенное влияние оказывают также алкоголизация, конфликтные условия их жизнедеятельности, излишнее эмоциональное переживание ими политических событий в стране.

**Время пребывания больного на принудительном наблюдении и лечении** в амбулаторном или психиатрическом стационарном учреждении определяется клиническими особенностями психического состояния, тяжестью и течением заболевания. Администрация психоневрологического диспансера и психиатрической больницы поднимает вопрос о прекращении принудительных мер медицинского характера перед судом в случае излечения или при таком психическом состоянии, когда прежняя социальная опасность больного исчезает и клинические критерии говорят о стойкой компенсации (улучшении). Но, решая вопрос о снятии принудительного лечения, врачи и суд должны учитывать те социальные условия, в которые попадает такое лицо после выписки из психиатрического учреждения.

Следует еще раз указать на то, что наиболее эффективными мероприятиями по предупреждению повторных социально опасных действий психически больных являются активное и постоянное наблюдение за ними психоневрологических диспансеров, непрерывное лечение, положительное решение жилищных, бытовых и производственных проблем, пребывание в социально благополучной семье и установление опеки, а также контроль за осуществлением принудительных мер медицинского характера как со стороны прокуратуры, так и органов здравоохранения.

В судебно-следственной практике довольно большой удельный вес занимают преступления, которые совершают лица, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками. В этом случае суд при наличии медицинского заключения психиатра-нарколога по ходатайству органа здравоохранения, общественности или по своей инициативе наряду с наказанием за совершенное преступление в

соответствии со ст. 104 УК РФ может применить к ним лечение в местах отбывания наказания уголовно-исполнительной системы. Прекращение его также производится по представлению администрации исправительного учреждения, исполняющего наказание, на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Кроме того, суд вправе по ходатайству членов семьи, органов опеки и попечительства или лечебного учреждения признавать их ограниченно дееспособными и устанавливать над ними попечительство.

Таким образом, изучение данного вопроса позволит уяснить проблему принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасное деяние или совершивших преступление и страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, или признанных нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании, понять необходимость их назначения, порядок применения, осуществления и отмены, организации принудительного наблюдения и лечения этих лиц.

#### **Глава 41. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

В целях практического исполнения Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992) Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерством внутренних дел Российской Федерации утверждена Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

Лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, а равно лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, подлежат активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах.

Решение о включении в группу лиц с психическими расстройствами, склонных к общественно опасным действиям, а также о выведении из нее в каждом конкретном случае принимается комиссией врачей-психиатров на основании медицинской документации психиатрических стационаров, а также данных, полученных Радами психоневрологических диспансеров. На указанную комиссию направляются лица:

— совершившие в прошлом общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законодательством, с освобождением от уголовной ответственности или наказания и применением к ним принудительных мер медицинского характера;

— отбывшие наказание за преступления, совершенные до установления у них психического расстройства;

— больные, в структуру психических расстройств которых входят симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий (императивные галлюцинации, некоторые формы бреда, психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений и т.п.), в том числе приводившие в прошлом к недобровольной госпитализации;

— страдающие пограничными формами психических расстройств, совершившие в прошлом общественно опасные деяния, в отношении которых они признавались невменяемыми в связи с развившимся на этой почве психозом.

Лица с психическими расстройствами, включенные в группу активного диспансерного наблюдения, а также находящиеся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, обследуются врачом-психиатром психоневрологического диспансера не реже одного раза в месяц.

При нахождении на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, при госпитализации лиц с психическими расстройствами в психиатрический стационар, переводе из одного стационара в другой или передаче под диспансерное наблюдение психоневрологического диспансера направляющее учреждение в обязательном порядке извещает принимающее учреждение о склонности этих лиц к общественно опасным действиям. В дополнение к сведениям, включаемым в медицинскую документацию, сообщаются также следующие данные о больном: ведущий синдром; тип течения заболевания; психопатологический механизм, характер и кратность общественно опасных деяний; личностные и ситуационные факторы, способствующие или препятствующие их осуществлению; проведенные на данном этапе лечебные и реабилитационные мероприятия и их эффективность; рекомендуемые меры по предотвращению общественно опасных деяний.

Лицо, страдающее психическим расстройством и представляющее по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя или окружающих, в соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя по решению врача-психиатра до постанов-

ления судьи, с немедленным уведомлением об этом его родственников или законного представителя.

При необходимости госпитализации из дома психически больного, представляющего непосредственную опасность для себя или окружающих, и при наличии оснований предполагать, что он или его родственники окажут сопротивление, работники психоневрологического диспансера, скорой психиатрической помощи обращаются за содействием в орган внутренних дел, на территории обслуживания которого проживает психически больной.

Начальник органа внутренних дел или его заместитель по просьбе работников психиатрической службы обеспечивают к назначенному времени (при необходимости — немедленно) и по указанному адресу прибытие сотрудников милиции для оказания содействия медицинским работникам.

Недобровольная госпитализация возлагается на работников психиатрической службы. Сотрудники милиции осуществляют розыск и оказывают содействие в задержании лиц, подлежащих госпитализации, обеспечивают охрану общественного порядка, безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра, пресекают противоправные действия граждан, препятствующих госпитализации. Сотрудниками милиции совместно с медицинскими работниками в обязательном порядке производится личный досмотр больного с целью изъятия предметов, которые могут быть использованы им в качестве орудий нападения. При госпитализации психически больных, не имеющих родственников либо проживающих отдельно, сотрудниками милиции принимаются меры по обеспечению сохранности их имущества.

Инструкцией определен порядок взаимодействия органов здравоохранения с органами внутренних дел по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

Так, психоневрологический диспансер направляет в орган внутренних дел по месту жительства лиц с психическими расстройствами, состоящих на активном диспансерном наблюдении и на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, следующую письменную информацию:

— ежегодно, до 20 января, список лиц, находящихся на активном диспансерном наблюдении и лечении у психиатра;

— сведения об изменении места жительства лицом с психическим расстройством, находящимся на активном диспансерном наблюдении или амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, а также при длительном отсутствии его по месту регистрации;



— данные о лицах, вновь включенных в список активного диспансерного наблюдения, принятых на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра и снятых с него, — немедленно по принятии соответствующих решений.

Получив информацию органа внутренних дел о совершении лицом, страдающим психическим расстройством, действий, содержащих признаки уголовно наказуемого деяния, административного правонарушения, либо о появлении у него особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения общественно опасных действий, а также информацию о лицах, поведение которых объективно свидетельствует о возможности наличия у них психического расстройства и совершения по этой причине общественно опасных действий, врач незамедлительно обеспечивает их освидетельствование (в необходимых случаях с выездом в подразделение органа внутренних дел, которым задержано указанное лицо) и решает вопрос о целесообразности немедленной госпитализации.

Психиатрическая больница в течение суток должна сообщать в территориальный орган внутренних дел следующие сведения (в случае возникновения таковых): о поступлении психически больного без документов, удостоверяющих личность (если он неизвестен медицинскому учреждению), или с документами, вызывающими сомнение в их принадлежности больному, о поступлении больного, который по психическому состоянию не может сообщить о себе сведения, а также принимает меры к розыску и возвращению совершившего побег психически больного из психиатрического стационара, склонного к общественно опасным действиям (в том числе находящегося на принудительном лечении). Больница информирует орган внутренних дел, на территории обслуживания которого находится психиатрический стационар, а также орган внутренних дел, на территории которого проживает лицо, совершившее побег (с указанием полных анкетных данных, примет, в том числе особых, одежды, адресов места жительства бежавшего и его родственников, законных представителей), и лечебно-профилактические учреждения, оказывающие внебольничную (в том числе экстренную) психиатрическую помощь населению территории, на которой расположен стационар. При обнаружении (задержании) бежавшего больного администрация психиатрической больницы, психоневрологический диспансер и орган внутренних дел обеспечивают взаимную информацию о прекращении розыскных мероприятий.

Письменно или телефонограммой психоневрологический диспансер, орган внутренних дел по месту жительства больного, а

также его родственников либо законных представителей информируют о его предстоящей выписке после принудительного лечения или недобровольной госпитализации.

Орган внутренних дел направляет в психоневрологический диспансер информацию о лицах с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, в случаях:

- совершения ими общественно опасных деяний, возбуждения уголовного дела, задержания, заключения под стражу;
- совершения ими административных правонарушений;
- появления у них особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения ими общественно опасных деяний, и необходимости их освидетельствования;
- перемены ими места жительства (аналогичное сообщение направляется в орган внутренних дел по новому месту проживания больных).

Перечисленная информация о лицах с психическими расстройствами направляется в психоневрологический диспансер в течение трех дней с момента возбуждения в отношении них уголовного дела, задержания, заключения под стражу, совершения административного правонарушения, снятия с регистрационного учета по месту жительства. В случае появления у такого лица особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения им общественно опасного деяния и необходимости его освидетельствования информация доводится до органов здравоохранения незамедлительно.

Получив сообщение о поступлении в психиатрическую больницу (отделение) больного без документов, удостоверяющих личность, или с документами, вызывающими сомнение в их принадлежности больному, а также психически больного, который по состоянию здоровья не может сообщить о себе сведения, орган внутренних дел принимает меры по установлению его личности.

При получении из психоневрологического диспансера сведений об изменении лицом с психическим расстройством, находящимся на активном диспансерном наблюдении, амбулаторном принудительном наблюдении и лечении, места жительства, длительном отсутствии его по месту регистрации орган внутренних дел незамедлительно принимает меры к установлению места нахождения лица и предупреждению возможных с его стороны общественно опасных действий. Об установлении данного лица орган внутренних дел информирует психоневрологический диспансер.

## РАЗДЕЛ 12 ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

### Глава 42. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ О ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Психическое заболевание** является результатом сложных и разнообразных нарушений деятельности органов и систем человека с преимущественным функциональным или органическим поражением головного мозга. В то же время психическое здоровье людей всегда следует оценивать с учетом не только биологических, но и социальных закономерностей, оказывающих опосредованное влияние на состояние психики. Психиатры в процессе изучения развития человека давно уже заметили, что существует определенная зависимость его психического состояния от ряда биологических и социальных факторов (внешней среды, наследственности, уровня интеллекта, типа личности, индивидуальных черт характера, вредных привычек). Именно поэтому, разбирая **причины возникновения психических заболеваний**, необходимо усвоить, что наиболее важное значение в их развитии имеют:

- патологическая наследственность (например, при шизофрении, олигофрении, эпилепсии);
- поражение головного мозга (например, при черепно-мозговой травме, заболеваниях головного мозга, мозговых опухолях различной этиологии, нарушениях мозгового кровообращения и кровоизлияниях в головной мозг, атеросклеротических изменениях сосудов головного мозга);
- психотравмирующие потрясения в семье и обществе, значимые для человека, затрагивающие его личную честь, достоинство, социальный престиж, карьеру, связанные с угрозой личному благополучию, здоровью и жизни;
- острые и хронические интоксикации спиртосодержащими и наркотическими веществами или их суррогатами, никотином, лекарственными препаратами, промышленными ядами;
- перенесенные острые и хронические инфекционные заболевания;
- аутоинтоксикация (самоотравление) как результат нарушения обмена веществ при острых и хронических заболеваниях (например, диабете);
- нарушение генетического механизма (например, при облучении).

Возникновению и прогрессированию психических нарушений способствуют определенные условия, в которых пребывает чело-

век в семье, коллективе и обществе. Эти расстройства усиливаются также при астенических состояниях после длительной умственной или физической работы, перенесенного заболевания, нервно-психического перенапряжения, вынужденной бессонницы, психического потрясения (стресса). Особенности внутренней и внешней среды в зависимости от конкретной ситуации и обстоятельств в значительной степени могут способствовать или, наоборот, затруднять патологическое развитие психических расстройств у человека (например, во время Великой Отечественной войны, когда идея победы преобладала над другими, снизилось число психических заболеваний). Установлено, что элементы, из которых складываются психические расстройства, в зачаточной форме заложены в психике каждого, но они слабо выражены, не дифференцированы, только обозначены. Нужны определенные причины и условия, при которых эти нарушения проявились бы в виде душевного заболевания.

По течению различают **острые** и **хронические психические заболевания**. К острым относят заболевания (расстройства, нарушения, психозы), развивающиеся быстро, скоротечно и обычно заканчивающиеся выздоровлением (например, алкогольные психозы, исключительные состояния); к хроническим — психические заболевания (расстройства, нарушения) с длительным течением, которые отличаются постепенным нарастанием клинических проявлений (прогредиентностью), а затем спадом остроты психопатологических симптомов и синдромов и появлением более или менее длительной и устойчивой ремиссии, т.е. они характеризуются определенной динамикой (стадийностью) болезненного процесса. При этом выделяют следующие стадии течения психического заболевания:

— *предвестники* (предманифестная) — характеризуется появлением ряда симптомов (общих для разнообразных болезней): тревожностью, раздражительностью, головной болью, нарушением сна, недомоганием, беспричинной слабостью и др.;

— *дебют* (манифестная) — это острая фаза собственно заболевания или рецидива (обострения психической болезни), которая развивается постепенно или, наоборот, быстро и остро. Дебют заболевания характеризуется такими симптомами, как бред, галлюцинации, речевое и двигательное возбуждение или торможение. В дальнейшем на этой стадии наблюдается развернутая клиническая картина болезни с определенными закономерностью течения и темпом нарастания болезненных симптомов, который может быть быстрым, злокачественным или медленным, длительным, хроническим с постепенным расширением патологических про-

явлений, обычно приводящих к психическому дефекту в виде слабоумия (например, это типично для шизофрении, эпилепсии и др.); — *исход* (постманифестная) — при этой стадии возможны: выздоровление (например, это характерно для острых психозов, исключительных состояний); ремиссия (улучшение клинического состояния в виде различной по времени и степени компенсации болезни); дефектное состояние (когда преобладает вялотекущая форма болезни, она как бы останавливается, но стойкие необратимые изменения личности и характера, явления нарастающего слабоумия остаются); летальный исход (смерть пациента наступает от присоединившихся соматических осложнений).

Однако в некоторых случаях развитие психического заболевания останавливается, и психиатры констатируют у больных только изменения личности и характера. В то же время повторные приступы психических нарушений приводят к тому, что у больных становятся более заметными патологические признаки психического дефекта и психической инвалидизации. Следует особо отметить, что своевременно начатое лечение уменьшает число тяжелых исходов у психически больных.

От психических заболеваний с прогрессирующим течением (например, шизофрении) необходимо отличать болезненные нарушения психики, при которых нет прогрессирования болезненного процесса и нарастания патологических расстройств (они как бы «застыли»), К таким заболеваниям относятся олигофрения, иногда последствия черепно-мозговой травмы. В то же время психиатры отмечают, что эти состояния у психически больных в процессе жизни могут изменяться в основном в сторону ухудшения (как правило, под воздействием психогенно обусловленных коллизий, алкоголизации, наркотизации, соматических заболеваний).

Современная **классификация психических заболеваний** создана Всемирной организацией здравоохранения. Она учитывает причины возникновения психических расстройств, характер клинических проявлений, течение психического заболевания.

Единая классификация психических заболеваний диктуется не только медицинскими требованиями (однообразием диагностики, учета, документации), но и социальными (единым подходом к реабилитации, оптимальным решениям вопросов инвалидности, пенсионному обеспечению).

Для определения формы и вида заболевания, т.е. при постановке диагноза, учитывают: этиологию (происхождение), симптоматику, клиническое течение, фазу процесса, прогноз и исход заболевания. Только совокупность этих данных позволит установить нозологическую единицу психической болезни, сделать вывод о

необходимости лечения, привлечения к уголовной, гражданской и иной ответственности за совершенное деяние, определить дееспособность, прогноз, трудовые возможности и инвалидизацию пациента.

При рассмотрении классификации психических заболеваний необходимо уяснить, что существует несколько групп психических болезней, в возникновении которых определенную роль играют внутренние и внешние факторы, и их клинические проявления (прогредиентность симптомов и синдромов в процессе течения болезни, осложнения — психический дефект в виде заострения черт характера и слабоумия и т.д.) различны.

Разберем классификацию психических заболеваний более подробно (хотя в этом присутствует определенная условность):

— *группа эндогенных заболеваний*, происходящих от внутренних причин (чаще при патологической наследственности), при этом прогредиентность психических нарушений нарастает, психический дефект (сопровождающий эти заболевания) в большинстве случаев прогрессирует. К этой группе относятся: шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз;

— *группа экзогенных заболеваний*, обусловленных внешними причинами, при этом (так же как и в первой группе) прогредиентность психических расстройств нарастает, психический дефект в большинстве случаев прогрессирует. К этой группе относятся: последствия черепно-мозговых травм, онкологических, инфекционных и соматических заболеваний, интоксикации, а также нарушения психики, возникающие вследствие психической травмы (так называемые психогенные расстройства). В последнем случае из-за их кратковременности заметной прогредиентности в психической патологии после этих состояний нет, психический дефект в виде слабоумия отсутствует, такие лица практически выздоравливают;

— *группа психических расстройств*, вызванных нарушениями развития психики, при них вследствие особенностей их течения видимая прогредиентность клинической симптоматики отсутствует, а психический дефект остается стабильным. К этой группе относятся: умственная отсталость (олигофрения), расстройства характера (психопатия).

В судебной психиатрии принята несколько иная классификация психических заболеваний, которая исходит из медицинского критерия невменяемости (ст. 21 УК РФ). Согласно этой классификации нарушения психической деятельности подразделяются на **хронические и временные психические расстройства, слабоумие и иные болезненные состояния психики.**

При судебно-психиатрическом исследовании особенно важны ретроспективная оценка совершенных действий (поступков), фазы процесса, течения заболевания (в прошлом), особенности развития личности и поведения больного во время деликта и в различных жизненных ситуациях. Указанные сведения могут быть получены судебно-психиатрическими экспертами из материалов, которые должны быть предоставлены следователем (судьей) вместе с постановлением (определением). Это уголовное (гражданское) дело, в котором обязательно должно (вольно или невольно) в той или иной степени описываться психическое состояние подэкспертного во время деликта, медицинские документы: амбулаторная карта из следственного изолятора или психоневрологического диспансера по месту жительства в подлиннике, истории болезни из различных стационаров (психиатрических, наркологических, соматических), медицинские заключения (предыдущих судебно-психиатрических, трудовых экспертиз). Необходимо также предоставление документов (если они были) из военкоматов: военного билета, проходивших медицинских обследований (психиатрического, психологического) при призыве и увольнении из Вооруженных сил России (особенно, если это привело к комиссованию по болезни). Крайне важны материалы, характеризующие личность испытуемого: различные характеристики и аттестации (из школы, с места работы, службы), личные письма и другая переписка, дневники, заметки, рисунки, выяснение обстоятельств свободного времяпровождения (хобби). Следует обязательно уточнить степень социально-трудовой деградации и определить ее причины по фактическому материалу.

Совокупность клинических данных, материалов дела (медицинских и других свидетельств) в таком случае позволит достоверно установить диагноз психического заболевания у испытуемого и дать соответствующую (ретроспективную) оценку его действиям во время криминала. Для правильного понимания и интерпретации экспертных заключений судебных психиатров необходимо иметь представление о методах его обоснования, т.е. о психиатрическом обследовании подэкспертных.

**Психиатрическое обследование** — это комплекс медицинских мероприятий, в который входит сбор анамнеза (истории заболевания и жизни испытуемого), определение психического статуса, различные методы исследования и медицинское наблюдение за ним. При сборе анамнеза врачи обращают внимание прежде всего на сведения о психическом и соматическом (физическом) развитии, состоянии психического здоровья обследуемого в прошлом, данные о наследственности (т.е. о психических заболеваниях и чер-

тах характера близких родственников), становлении личности больного в разные возрастные периоды, отклонениях при этом. Выясняются особенности поведения пациента в детском, подростковом и юношеском возрастах, усвоение им школьной программы, овладение профессиональными навыками и знаниями, его интересы, привычки, увлечения, их постоянство и глубина. Врачей всегда интересует личная жизнь подэкспертного, состояние семейных отношений и трудовая биография. Кроме того, психиатры в своих исследованиях учитывают данные о перенесенных соматических, неврологических и иных заболеваниях, черепно-мозговых травмах, об употреблении алкоголя и наркотиков. Имеют значение и причины отсрочки от призыва в армию, обследования (в прошлом) в психиатрических учреждениях и мотивы их проведения, сведения об асоциальных поступках и судимостях. Собирается подробная информация о психических отклонениях, странностях в поведении, проведенном лечении и консультациях у психиатров и пребывании под наблюдением психоневрологических и наркологических диспансеров.

Сведения, полученные от испытуемого (больного), называются **субъективным анамнезом**, а данные, полученные от лечебных учреждений, врачей, из материалов уголовного дела, — **объективным анамнезом**. Необходимо подчеркнуть, что судебно-психиатрический эксперт может беседовать с родственниками подэкспертного только с разрешения следователя и в исключительных случаях. При проведении судебно-психиатрической экспертизы психиатры большое значение придают различным документам (характеристикам, аттестациям), которые дают представление об испытуемом, его личностных особенностях как в прошлом, так и в период совершенного деяния, особенно если интересующие экспертов данные представлены в подлинниках или медицинских документах.

Определение **психического статуса** в период обследования подэкспертного достигается прежде всего путем бесед с ним психиатра и постоянного наблюдения за его поведением, фиксацией симптомов и синдромов, их динамики. При проведении судебно-психиатрической экспертизы возможно применение других методов, уточняющих черты личности больного и способствующих Установлению диагноза. Среди них важным вспомогательным методом является экспериментальное психологическое исследование, которое дает представление о личностных особенностях обследуемого, характере и глубине его психических расстройств. **При** этом с помощью психологических тестов и методик определяют отдельные стороны психических возможностей обследуемого (восприятие, мышление) и их нарушения.



Обязательным при установлении психического статуса испытуемого является физическое, лабораторное, биохимическое и инструментальное обследование, необходимое для решения лечебных, диагностических и экспертных задач. Это связано с тем, что ряд психопатологических нарушений сопровождается изменениями со стороны соматической и неврологической сферы. Констатация их уточняет диагноз о расстройствах психической деятельности.

### **Глава 43. СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

В основу классификации психических болезней положены психологический принцип и терминология (так исторически сложилось в психиатрии), которые довольно относительно и субъективны. Тем более, как известно, психология, в отличие от психиатрии, изучает нормальные и болезненные проявления психики только при обычном (здоровом) функционировании головного мозга, а не при острых и хронических нарушениях психической деятельности у больных людей.

При конкретном рассмотрении психической деятельности наиболее элементарной ее формой считаются ощущения, при помощи которых в головном мозгу отражаются отдельные свойства и явления объективного мира, непосредственно воздействующие на органы чувств человека. Их следует разобрать подробнее, тем более что особенности этих расстройств и образуют различные качественные признаки (**симптомы**).

Симптомокомплексы (**синдромы**) состояются из отдельных симптомов и наблюдаются в определенной совокупности и внутренне связаны друг с другом. Они, в отличие от симптомов, своей последовательной сменой образуют клиническую картину психического заболевания и отражают закономерности его развития в динамике болезненного процесса.

Различают следующие основные симптомы и синдромы.

#### *Расстройства ощущений, восприятий и представлений*

**Ощущение** — такой вид психической деятельности, который, возникая при непосредственном воздействии предметов и явлений окружающего мира на органы чувств, отражает лишь отдельные свойства этих предметов и явлений.

**Восприятие** — это целостное отражение тех явлений или предметов окружающего мира, которые непосредственно воздействуют на наши органы чувств (человек воспринимает цветок в целом, видит его цвет и форму, чувствует запах, тонкость его лепестков)-

**Представление** — это результат оживления образов или явлений, воспринимаемых ранее, в прошлом.

Ощущения, восприятия и представления относятся к чувственному познанию. Одним из видов ощущения является боль.

Расстройства, относящиеся к нарушениям чувственного познания, называются сенестопатиями.

**Сенестопатии** — патологические ощущения в виде возникающего в различных частях тела или внутренних органах неприятного, а иногда очень тягостного, мучительного чувства покалывания, давления, жжения, скручивания, стягивания, не связанного с какой-либо соматической патологией.

**Алгезия** — расстройство чувства боли. При наличии такого симптома обязательно следует исключить какую-либо неврологическую патологию.

**Анестезия** — потеря чувствительности, исчезновение ощущений, что может касаться как отдельных рецепторов (утрата тактильной чувствительности, чаще всего на отдельных участках тела, утрата зрения или слуха с одной или обеих сторон), так и нескольких сразу (например, выпадение слуха и зрения одновременно).

**Гипестезия** — понижение чувствительности к внешним раздражителям. Звуки воспринимаются приглушенно, как бы «под сурдинку», свет кажется тусклым, краски — какими-то блеклыми, стертymi («все кругом какое-то серое»).

**Гиперестезия** — обостренное, усиленное чувственное восприятие со стороны рецепторов, касающихся как отдельных анализаторов, так и сочетания их (например, и свет, и звук кажутся очень сильными). Гиперестезия сопровождается реакцией раздражения. Например: больной О., 24 лет, студент, после года очень напряженной, без отдыха, учебы стал отмечать, что с трудом переносит любые внешние раздражители: «Воротник рубашки давит, яркий свет приводит в бешенство, обычный разговор в общественном транспорте раздражает настолько, что нередко схожу раньше своей остановки, чтобы немного успокоиться».

**Синестезии** — особенности чувственного восприятия, заключающиеся в том, что внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с какого-то другого или нескольких анализаторов. Например: больной П., 22 лет, сообщил врачу, что у него гласные буквы окрашивались в определенные цвета: «а» — в черный, «и» — в белый, «о» — в голубой.

**Иллюзии** — расстройства восприятия, при которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может иметь место и на фоне полного психического здоровья, когда искаженная пер-

цепция связана с недостатком того или иного органа чувств или с проявлением одного из законов физики. Иллюзии, связанные с нарушением психической деятельности, подразделяют на аффективные, вербальные и парейдолические.

*Аффективные иллюзии* возникают под влиянием сильного чувства, такого аффекта, как крайнее нервное напряжение. Например: больной П., 35 лет, сообщил врачу, что прозрачную штору он воспринимает как качающийся скелет, пальто на вешалке кажется страшным бродягой, галстук на спинке стула — ползущей змеей, в шуме вентилятора ему слышатся угрозы в свой адрес.

*Вербальные иллюзии* выражаются в ошибочном восприятии смысла слов, речей окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит (что обычно также бывает на фоне сильного страха) угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему.

*Парейдолические иллюзии* — расстройства восприятия, когда действительно существующие образы воспринимаются измененными, обычно в причудливо-фантастическом виде. Например, узор на обоях воспринимается больным как большая жаба, тень от торшера — как голова какого-то страшного ящера, узоры на ковре — как прекрасный, никогда прежде не виденный пейзаж, очертания облаков — как живописная группа людей.

**Галлюцинации** — расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушения психической деятельности видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует. Это, как говорят, восприятие без объекта. Все галлюцинации, независимо от того, относятся ли они к зрительным, слуховым или другим обманам чувств, делятся на истинные и псевдогаллюцинации.

*Истинные галлюцинации* всегда проецируются вовне, связаны с реальной, конкретно существующей обстановкой («голос» звучит из-за реальной стены; «черт, помахивая хвостиком», садится на реальный стул, оплетая хвостом его ножки), чаще всего не вызывают у больных никаких сомнений в их действительном существовании, так же ярки и естественны для галлюцинирующего, как и реальные вещи. Истинные галлюцинации иногда воспринимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

*Псевдогаллюцинации* чаще, чем истинные, характеризуются следующими отличительными особенностями: а) в основном проецируются внутри тела больного, главным образом в его голове («голос» звучит внутри головы, внутри головы больной «видит» визитную карточку с написанными на ней неприличными словами и т.д.); б) если даже псевдогаллюцинаторные расстройства проеци-

руются и вне собственного тела (что бывает гораздо реже), то они лишены характера объективной реальности, свойственной истинным галлюцинациям, совершенно не связаны с реальной обстановкой. Более того, в момент галлюцинирования эта обстановка как бы куда-то исчезает, больной в это время воспринимает только свой галлюцинаторный образ; в) появление псевдогаллюцинаций, не вызывая у больного каких-либо сомнений в их реальности, всегда сопровождается чувством деланности, подстроенности, наведенности этих голосов или видений.

*Слуховые галлюцинации* чаще всего выражаются в патологическом восприятии больным каких-то слов, речей, разговоров, а также отдельных звуков или шумов. Словесные (вербальные) галлюцинации могут быть самыми разнообразными по содержанию: от так называемых окликов (больной «слышит» голос, называющий его имя или фамилию) до целых фраз или даже длинных речей, произносимых одним или несколькими голосами.

Наиболее опасны для состояния больных императивные галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер, например, больной «слышит» приказание молчать, ударить или убить кого-то, нанести себе повреждение. Ввиду того что подобные «приказы» являются следствием патологии психической деятельности галлюцинирующего человека, больные с такого рода болезненными переживаниями могут быть очень опасны как для себя, так и для окружающих, а потому нуждаются в особом надзоре и уходе.

*Зрительные галлюцинации* могут быть либо элементарными (в виде зигзагов, искр, дыма, пламени — так называемые фотопсии), либо предметными, когда больной очень часто видит не существующих в действительности зверей или людей (в том числе и тех, кого он знает или знал), животных, насекомых, птиц (зоопсии), предметы или части тела человека.

Подчас это могут быть целые сцены, панорамы, например поле боя, ад с множеством бегающих, кривляющихся, дерущихся чертей. «Видения» могут быть обычных размеров, в виде очень мелких людей, животных, предметов (лилипутские галлюцинации) или в виде очень больших, даже гигантских (гулливерские галлюцинации). В некоторых случаях больной может видеть себя, свой собственный образ (галлюцинации двойника).

*Обонятельные галлюцинации* чаще всего представляют собой мнимое восприятие неприятных запахов (больной ощущает запах гниющего мяса, гари, тления, яда, пищи), реже — совсем незнакомый запах, еще реже — запах чего-то приятного. Нередко больные с обонятельными галлюцинациями отказываются от еды, так как уверены, что «в пищу им подсыпают ядовитые вещества».

*Тактильные галлюцинации* выражаются в ощущении прикосновения к телу, жжения или холода (термические галлюцинации), в ощущении хватания (гаптические галлюцинации), появления на теле какой-то жидкости (гигрические галлюцинации), ползания по телу насекомых. Больному может казаться, будто его кусают, щекочут, царапают.

*Висцеральные галлюцинации* — ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей («в брюшной полости лягушка сидит», «в мочевом пузыре головастики расплодилось», «в сердце змея заползла»).

**Расстройства схемы тела** выражаются в нарушении привычных представлений о размерах и форме своего тела или отдельных его частей, о расположении их или о положении всего тела. Например, больному кажется, что его голова стала огромной, не умещается не только на подушке, но и вообще в комнате, что ноги его начинаются прямо от головы, а туловище исчезло. Другой чувствует, что у него непомерно увеличилась рука — «стала просто пудовой», сам он «становится маленьким или, напротив, огромным, как Гулливер в стране лилипутов», его «руки вытягиваются», «ноги раздвоились и их стало не меньше четырех», «голова отделилась от тела». Под контролем зрения эти измененные представления о форме, размерах и положении собственного тела или отдельных его частей, как правило, исчезают, больной видит свое тело обычным, привычным для него, но стоит ему закрыть глаза, как «голова вновь становится непомерно большой» и т.д.

#### *Расстройства памяти и интеллекта*

**Память** — такой вид психической деятельности, при помощи которого отражается прошлый опыт. Память является необходимым условием для более сложного вида психической деятельности — мышления. Различают кратковременную и длительную, механическую и смысловую (ассоциативную) память.

**Интеллект** — относительно устойчивая структура умственных способностей индивида (способность к рациональному познанию, мышление, ориентировка, критические способности, умение адаптироваться в новой ситуации).

Нарушения памяти рассмотрим на примере амнезии и параамнезии.

**Амнезия** — потеря памяти, отсутствие ее.

*Ретроградная амнезия* — потеря памяти на события, предшествующие расстройству сознания или болезненному психическому состоянию. Может охватывать различный отрезок времени. Например, человек, перенесший травму головы с потерей созна-

ния в течение нескольких часов, придя в себя, никак не мог вспомнить не только как, при каких обстоятельствах это случилось, но и что было в течение трех дней перед этим. Совершенно не помнил, что он в этот период делал, где был, кого видел.

*Антероградная амнезия* — потеря памяти на события, происшедшие непосредственно после окончания состояния расстроенного сознания или болезненного психического состояния. Продолжительность во времени также может быть различной. Так, больной, перенесший серию эпилептических припадков, после окончания их и полного прояснения сознания долго разговаривал с врачом, сообщая ему о самочувствии в данный момент, жаловался на боль в прикушенном языке, на чувство разбитости во всем теле, просил поскорее выписать его домой. Однако когда больной через несколько часов — вечером того же дня встретил врача, то никак не мог вспомнить, что сегодня этого врача уже видел. Совершенно не помнил и содержание беседы, а также все другие события дня (что он ел за обедом, чем занимался).

Нередко встречается и сочетание этих двух видов амнезий, в таком случае говорят о *ретроантероградной амнезии*.

*Парамнезия* — ошибочные, ложные, превратные воспоминания.

*Конфабуляции* — вымышленные воспоминания, совершенно не соответствующие действительности, когда больной сообщает о том, чего в действительности никогда не было. В конфабуляциях часто присутствует элемент фантазии. Больной с возмущением говорил: «Ужасные безобразия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили в клетку, а до этого заставили вылезать три раза на улицу через форточку».

*Криptomнезия* — такого рода парамнезия, при которой человек не может вспомнить, когда было то или иное событие, во сне или наяву, написал ли он стихотворение или просто запомнил когда-то прочитанное, был ли он на концерте известного музыканта или только слышал разговор об этом. Иными словами, забывается источник той или иной информации.

Расстройства интеллектуальной деятельности — изменение процесса рационального познания, умозаключений, суждений, критических способностей.

**Деменция** — приобретенное слабоумие. По особенностям клинической картины различают следующие типы деменций.

*Органическая деменция* — слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга. Органическое слабоумие обычно делят на две группы: тотальное и частичное.

*Тотальное слабоумие* характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций, слабостью суждений, отсутствием критики к своему состоянию. Примером тому может служить так называемая сенильная деменция, а также слабоумие при прогрессивном параличе. Больной, в прошлом очень образованный и культурный человек, не стесняясь присутствующих, ходит голым по палате, затем подходит к молодому врачу и предлагает ей «немедленно выходить за него замуж». Не помнит дат своей жизни, известных исторических дат. Без всякой критики относится к своему состоянию, считает себя вполне здоровым, а факт своего пребывания в отделении психиатрической больницы объясняет желанием «отдохнуть от дел в этой милой обстановке».

*Частичное слабоумие* характеризуется выраженными нарушениями памяти. Остальные интеллектуальные функции страдают главным образом вторично, поскольку нарушаются «входные ворота интеллекта», как иногда называют память. Такие больные сохраняют способность к суждениям, у них наблюдается критическое отношение к своему состоянию. Им трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут у них сохраняться довольно долго. Ввиду критического отношения к себе такие больные понимают свое положение, стараются избегать разговора, в котором они могли бы обнаружить расстройства памяти, пользуются постоянно записной книжкой, пишут заранее, что им надо сказать или сделать. Типичная картина такого частичного слабоумия может наблюдаться при церебральном атеросклерозе или сифилисе головного мозга.

*Олигофрения* — наследственное, врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, выражающееся в общем психическом недоразвитии с преобладанием в первую очередь интеллектуального дефекта и вследствие этого в затруднении социальной адаптации.

#### *Расстройства мышления*

**Мышление** — обобщенное отражение человеком предметов и явлений в их закономерных связях и отношениях. Мыслительные операции включают анализ, синтез, сравнения и обобщения, абстракцию и конкретизацию с последующим переходом к образованию понятий.

Процесс ассоциации может нарушаться самым различным образом в зависимости от характера болезни, типа течения и исхода.

*Ускорение мышления* выражается в ускоренном течении ассоциативных процессов; мысли очень быстро сменяют друг друга, их так много, что больные, несмотря на очень быструю («автоматную») речь, все-таки не успевают их высказывать.

*Замедление мышления* характеризуется бедностью ассоциаций, замедленным течением ассоциативного процесса, заторможенностью его. Больные с такими явлениями жалуются, что у них «часами не бывает в голове никаких мыслей», «ничего не приходит в голову». На вопросы они обычно отвечают очень лаконично, односложно, иногда только словами «да» или «нет», часто после очень долгой паузы, когда у спрашивающего уже может создаться впечатление, что больной не расслышал или не понял вопроса. Сами больные в таком состоянии говорить не начинают, ни к кому, ни за чем не обращаются.

*Патологическая обстоятельность мышления* заключается в чрезвычайной вязкости, тугоподвижности мыслительных процессов; больным очень трудно переключиться с одной темы на другую, они застревают на самых незначительных деталях, им все кажется важным, нужным — каждая мелочь, каждый штрих; они не могут выделить главного, основного, существенного.

*Персеверация мышления* — патологическое застревание, задержка на одних и тех же представлениях, что клинически выражается в повторении (иногда очень длительном) одних и тех же фраз или слов. Чаще всего такие больные могут правильно ответить только на первый вопрос врача, а затем уже однообразно повторяют тот же ответ или части его. Так, больного, страдающего тяжелой формой церебрального атеросклероза, спрашивают, где он лечится. Больной отвечает: «В больнице имени Алексеева». — «Сколько времени Вы здесь находитесь?» — «В больнице имени Алексеева». — «Ваша специальность до болезни?» — «В больнице имени Алексеева». — «Чем вы сегодня занимались?» — «В больнице имени Алексеева».

*Вербигерация* — бессмысленное, нередко ритмическое повторение одних и тех же слов, реже фраз или их обрывков.

*Патологичное мышление* характеризуется отсутствием в мышлении логической связи; выводы, которые делает больной в таких случаях, не только не закономерны, но часто совершенно нелепы: «Я заболел эпилепсией, потому что в детстве мало ел манной каши» или «Я хочу спать, а потому научите меня, пожалуйста, играть на пианино».

*Резонерство* — склонность к пустым рассуждениям, когда «очень много слов и мало мыслей». Такое мышление характеризуется бесплодностью, отсутствием конкретности, целенаправленности: «Вы видите, как это важно, мне бы хотелось сказать и отметить, что это очень важно, важность значительная, это надо обязательно отметить, Вы же не будете думать, что это не важно».



*Бессвязность мышления* характеризуется хаотичностью, бессмысленностью мышления, речь состоит из набора отдельных слов, никак между собой не связанных: «Чудо-чудо... жили-были... ах как холодно... день, пень, лень... до свидания...»

*Бредовые идеи (бред)* — неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность, не соответствующие действительности. По клиническому содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи с известной долей схематизма можно разделить на три большие группы: 1) бредовые идеи преследования; 2) бредовые идеи величия; 3) бредовые идеи самоуничужения (депрессивный бред).

#### *Бредовые идеи преследования*

**Бред отношения** заключается в патологическом убеждении человека, что все имеет к нему отношение: окружающие смеются над ним, перемигиваются по его адресу, он вызывает их насмешливое или даже брезгливое к себе отношение. Такие больные перестают посещать общественные места, пользоваться общественным транспортом, ходить в театр или на лекции, так как убеждены, что стоит им только появиться, как все тут же замечают их, насмешливо улыбаются, как-то подозрительно смотрят, плохо говорят о них.

Больная, увидев на столе журнал с фотографией тигра в клетке, убежденно заявляет: «Все понятно. Специально положили эту картинку, чтоб подсказать, что скоро переправят меня в тюрьму». Другая больная, увидев на одной из студенток розовую кофту, со злобой стала кричать преподавателю: «А, я знаю, Вы нарочно привели ее сюда, чтоб всем студентам стало известно о моей склонности к лесбианству, Вы же знаете, что розовый цвет об этом сигнализирует».

**Бред отравления** заключается в болезненной убежденности человека в том, что его хотят отравить, поэтому он отказывается от еды («Постоянно яд в пищу подсыпают»), не принимает лекарств («Под видом лечения отравить хотят»), не покупает расфасованных продуктов («Я же знаю, что мне дадут бутылку с отравленным молоком»).

**Бред воздействия** может иметь много различных вариантов: больной убежден, что на него на расстоянии воздействуют гипнозом, электричеством, атомной энергией, влияя таким образом на его мышление, поступки, вызывая у него сексуальное возбуждение. Больной сообщает: «Существует преступная группа, которая с помощью особых аппаратов постоянно держит меня под лазерными лучами. Они воруют мои мысли, жгут мои внутренности, создают мне плохое настроение».

**Бред преследования** в собственном смысле означает патологическую убежденность в том, что «преследователи» находятся в непосредственном окружении больного, ходят за ним по улице, подстерегают его под окнами дома, под видом больных проникают вслед за ним в клинику: «Я постоянно чувствую за собой слежку, за мной по пятам идут какие-то подозрительные личности в кепках: куда ни пойду, всюду они меня подстерегают, убить хотят».

**Бред материального ущерба** характеризуется ложной убежденностью в том, что окружающие постоянно обворовывают больного, крадут его вещи и деньги, носят его одежду, получают за него его зарплату или пенсию, портят его имущество, морят его голодом: «Вот так и сплю в шапке и валенках, только снимки — тут же украдут, уже очки украли, все книги растащили, даже кофейник унесли». Бред материального ущерба наиболее типичен для психозов старческого возраста.

**Бред ревности** — больной или больная немотивированно ревнуют жену или мужа, без всякого повода убеждены в супружеской неверности, они в самых невинных вещах видят «неоспоримые доказательства» своей правоты. Больной сообщает: «Жена каждое утро выходит на балкон, чтобы полить цветы, а на самом деле сигнализирует этим любовнику, когда меня не будет дома». Или: «Коврик у дверей сдвинут в сторону, ясно, что без меня здесь был кто-то чужой, ведь и я, и мой муж очень аккуратные люди».

#### *Бредовые идеи величия*

**Бред изобретательства** выражается в убежденности больного, что он сделал выдающееся открытие, изобрел вечный двигатель, открыл причину новообразований, нашел средство для максимального продления человеческой жизни, изобрел «эликсир вечной молодости», «средство для усовершенствования человеческой породы». Близок к этому бреду и **бред реформаторства**, когда больной убежден, что «открыл идею преобразования мира» и совершил «гениальную реформу».

**Бред высокого происхождения** заключается в убежденности больного, что он сын всемирно известного писателя, кинозвезды, «последний отпрыск дома Романовых», а «те, кто считается сейчас родителями, всего лишь воспитатели», «подставные лица», «родители в условном смысле».

**Бред богатства** состоит в убежденности больного, что он «владелец мировых сокровищ», «обладает всеми золотыми запасами на земле», «ему ничего не стоит подарить каждому студенту по автомобилю», «у него в доме триста комнат».

**Любовный бред** заключается в том, что больной или больная твердо убеждены в необыкновенно сильной любви к ним какого-то человека, возможно, даже и незнакомого, который «безумно любит на расстоянии». Такие больные настойчиво добиваются встречи с «любимой», буквально преследуют их, все поведение окружающих и особенно «предмета любви», по их мнению, подтверждает правильность их мысли: «Он делает вид, что мы незнакомы, потому что оберегает меня от нападков своей нелюбимой жены», «Она специально надела зеленое платье и красную блузку, чтобы показать, как сильна ее любовь ко мне», «Он специально женился, чтобы не бросить тень на мою репутацию».

*Бредовые идеи самоуничтожения (депрессивный бред)*

**Бред самоуничтожения, самообвинения** — весьма близкие по клиническому содержанию патологические идеи о своих мнимых ошибках, несуществующих грехах, несовершенных преступлениях («В жизни не сделано ничего хорошего», «Я нигде не годный человек», «Вся моя жизнь — сплошная цепь ошибок и преступлений»). Такие больные очень часто убеждены, что своими ошибками и поступками они погубили не только свою жизнь, но и жизнь своих близких, что они «всем в тягость», «объедают окружающих», «не имеют никакого права даже на кусок черствого хлеба». Для них характерно также ожидание наказания, убежденность в его необходимости или неизбежности («Я — чудовище, не понимаю, как меня земля держит», «Нет такой кары, которая бы соответствовала моим проступкам»), Подобные бредовые идеи особенно характерны для больных с пресенильными психозами.

**Ипохондрический бред** выражается в ошибочных умозаключениях по поводу состояния собственного организма, болезненной убежденности в наличии заболевания (новообразования, гонорея, сифилис, ВИЧ-инфекция). Иногда больные утверждают, что они уже не существуют, у них нет желудка, нет кишечника («Доктор, как я могу есть, когда у меня уже нет желудка, да и кишечник весь сгнил», «Сердце перестало работать, печень исчезла, почки насквозь прогнили»). Такая разновидность ипохондрического бреда носит название бреда отрицания или нигилистического бреда.

*Навязчивые состояния*

**Навязчивые состояния** — это такого рода переживания, когда у человека помимо его воли возникают какие-то мысли, страхи, влечения, сомнения, действия. Несмотря на критическое отношение к подобным явлениям, избавиться от них человек не может.

Навязчивые состояния (навязчивости) не обязательно симптом болезни, они могут встречаться и у здоровых людей.

**Навязчивые мысли** заключаются в появлении совершенно ненужных мыслей (умственная жвачка, мысли-паразиты), например о том, почему у человека две ноги, а у лошади четыре, почему у людей носы разной формы, что было бы, если бы солнце взошло на западе, а не на востоке.

**Навязчивый счет** заключается в непреодолимом стремлении считать все, что попадает на пути: окна в домах, перекладины в заборе, пуговицы на пальто соседа, шаги на том или ином расстоянии. Подобные навязчивости могут также выражаться и в стремлении к более сложным действиям, например в сложении цифр, составляющих номер того или иного телефона, в умножении отдельных цифр номеров машин, в подсчитывании общего числа всех букв на странице книги.

**Навязчивые сомнения**, сопровождаемые обычно неприятным, тягостным чувством, выражаются в постоянных сомнениях по поводу того, правильно ли человек сделал то или иное дело, закончил ли его. Наиболее частый вид данного рода навязчивости — мучительные сомнения: выключил ли человек перед уходом газ, погасил ли свет, запер ли дверь. Нередко страдающий такими навязчивыми сомнениями по несколько раз возвращается домой, чтобы проверить, допустим, закрыл ли он дверь, но стоит ему отойти, как он вновь начинает беспокоиться, завершил ли он это действие, не забыл ли повернуть ключ, вынуть его из замка.

**Навязчивые воспоминания** характеризуются произвольным появлением ярких воспоминаний обычно чего-то очень для человека неприятного, того, что он хотел бы забыть: например, навязчиво вспоминается какой-то тягостный для больного разговор, все детали смешного положения, в которое он когда-то попал, обстановка экзамена, на котором он с позором провалился, где ему было так стыдно.

**Навязчивые страхи** — фобии. Очень мучительны переживания страха, вызываемого самыми различными предметами и явлениями: боязнь высоты, широких площадей или, наоборот, узких улиц, страх совершить что-то неприличное, преступное или недозволенное (например, страх убить своего единственного, горячо любимого ребенка, страх не удержать в общественном месте кишечные газы, страх громко кричать в обстановке торжественной тишины, во время концерта), страх быть пораженным молнией, утонуть, попасть под машину, страх перед подземными переходами, перед спуском по эскалатору метро, страх покраснеть в общественном месте, особенно во время щекотливого разгово-

ра, когда все могут подумать, что у больного «не совсем чистая совесть», страх загрязнения, страх перед острыми, колющими и режущими предметами.

**Навязчивые влечения** выражаются в появлении неприятных для человека желаний (плюнуть в затылок впереди сидящего человека, дернуть за нос встречного, выскочить из машины на большой скорости), всю нелепость и болезненность которых человек понимает. Особенность подобных влечений в том, что они обычно не переходят в действие, но для человека очень неприятны и мучительны.

**Навязчивые действия** характеризуются произвольным выполнением движений, чаще всего совершаемых автоматически: человек во время разговора крутит в руках кусок бумаги, ломает спички, чертит карандашом фигуры, накручивает на палец пряжу волокна, без всякого смысла переставляет предметы на столе, во время чтения грызет ногти, дергает себя за ухо. Сюда же относятся и такие действия и движения, как шмыганье носом, прищелкивание пальцами, покусывание губ, постоянное одергивание пиджака, произвольное потирание рук. В отличие от массы других навязчивостей эти движения и действия совершаются автоматически, выполнение их не сопровождается никакими неприятными чувствами, их просто не замечают. Более того, человек усилием воли может их задержать, помня о них, может их не совершать, но стоит ему чем-то отвлечься, как он снова начинает произвольно крутить в руках карандаш, перебирать лежащие перед ним на столе предметы.

**Ритуалы** — навязчивые действия и движения, совершаемые больными в качестве необходимого обряда при наличии у них фобий или мучительных сомнений. Эти ритуальные движения или действия выполняются больными для защиты от ожидаемого несчастья или успокоения при навязчивых сомнениях. Например, больная с навязчивым страхом загрязнения так часто моет руки, что в день расходует по куску мыла. Во время каждого мытья она намыливает руки не менее десяти раз, считая при этом вслух; если же почему-либо собьется со счета или ее отвлекут, то она тут же должна это число намыливаний утроить, затем вновь и вновь утроить и т.д. Больной с навязчивым страхом пожара время от времени поворачивается трижды вокруг своей оси, испытывая после этого на какой-то период успокоение. Девочка с навязчивым страхом подавиться перед каждым приемом пищи ставит тарелку себе на голову.

#### *Эмоциональные расстройства*

**Эмоции** — реакции в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающих значимость для него воздействующего

раздражителя или результата собственного действия (удовольствие, неудовольствие).

#### *Нарушения эмоционального реагирования*

**Эксплозивность** — повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к бурным проявлениям аффекта, неадекватная по силе реакция. Реакция гнева с агрессией может возникнуть по незначительному поводу.

**Эмоциональное застревание** — состояние, при котором возникшая аффективная реакция фиксируется на длительное время и оказывает влияние на мысли и поведение. Пережитая обида «застревает» надолго у злопамятного человека. Человек, усвоивший определенные догмы, эмоционально для него значимые, не может принять новые установки, несмотря на изменившуюся ситуацию.

**Амбивалентность** — возникновение одновременно противоположных чувств по отношению к одному и тому же человеку.

**Чувство потери чувств** — утрата способности реагировать на происходящие события, мучительное бесчувствие, например при психогенном «эмоциональном параличе».

#### *Симптомы расстройств настроения*

**Гипертимия** — повышенное веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, хорошим, даже прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении всех вопросов, переоценкой собственных возможностей.

**Эйфория** — благодушное, беспечное, беззаботное настроение, переживание полного удовлетворения своим состоянием, недостаточная оценка происходящих событий.

**Гипотимия** — сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и будущее воспринимаются в мрачных тонах.

**Дисфория** — злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими. Часто сопровождается выраженными аффективными реакциями гневливости, ярости с агрессией, отчаяния с суицидальными тенденциями.

**Тревога** — переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу.

**Эмоциональная слабость** — лабильность, неустойчивость настроения, изменение его под влиянием незначительных событий. У больных легко могут возникать состояния умиления, сентиментальности с появлением слезливости (слабодушие). Например, при виде шагающих пионеров человек не может удержать слезы умиления.

**Апатия** — расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью. Больные в таком состоянии не проявляют никаких интересов, не высказывают никаких желаний, не интересуются окружающими, часто не знают, как зовут соседей по палате, лечащего врача, — не из-за нарушений памяти, а из-за безразличия.

#### *Волевые расстройства*

**Воля** — сознательное целенаправленное управление человеком своей деятельностью. Волевая активность присуща только человеку. Поведение животных обусловлено инстинктами и условно-рефлекторными связями.

#### *Нарушения волевых побуждений*

**Абулия** — патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности.

**Гипобулия** — понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться. Эти особенности часто отмечаются при депрессивных состояниях, шизофрении. Ослабление внимания, обеднение мышления, замедление речи могут наблюдаться при состояниях оглушенности.

**Гипербулия** — повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления.

**Парабулия** — извращение, изменение волевой активности. Побуждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращены в связи с имеющимися у больного психопатологическими симптомами: например, слуховые галлюцинации устрашающего характера побуждают к агрессивной деятельности.

#### *Извращение инстинктивных влечений*

**Булимия** — патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе. Оно наблюдается при психических заболеваниях, умственной отсталости, дефектных состояниях при шизофрении.

Анорексия — утрата чувства голода, отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании.

**Полидипсия** — повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда, встречающаяся чаще всего при эндокринных заболеваниях, однако описаны случаи психогенной полидипсии.

**Копрофагия** — стремление к поеданию собственных экскрементов.

#### *Импульсивные влечения и импульсивные действия*

**Дромомания** — импульсивное влечение к перемене мест. Под дромоманией принято понимать влечение к побегам из дома, скитанию и перемене мест, наблюдается при различных психических заболеваниях. В формировании дромомании выделяют реактивный этап — первый уход из дома в связи с психической травмой, затем уходы становятся привычными, фиксированными, на любую незначительную неблагоприятную ситуацию возникает привычная реакция — уход из дома.

**Дипсомания** — влечение к пьянству, непреодолимое, сопровождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами. Влечение к спиртному бывает настолько сильным, что, несмотря на критическое отношение к нему, вначале преодолеть влечение не удается. В этом состоянии больные совершают всевозможные неблагоприятные поступки: обман, воровство, агрессию для того, чтобы получить желаемое спиртное. В ряде случаев удается выявить предшествующее приступу дипсомании изменение настроения.

**Пиромания** — влечение к поджогам, непреодолимое, немотивированное, внезапно возникающее, но не сопровождающееся изменением сознания.

**Мифомания** — непреодолимое влечение к вранью, обману. Иногда это наблюдается у истерических личностей для привлечения к себе внимания.

#### *Психомоторные расстройства*

Под психомоторикой понимают совокупность сознательно управляемых двигательных действий. Симптомы психомоторных расстройств могут быть представлены затруднением, замедлением выполнения двигательных актов (гипокинезии) и полной бездвиженностью (акинезией) либо симптомами двигательного возбуждения или неадекватностью движений.

К симптомам с затруднением двигательной активности относят следующие расстройства:

**каталепсия (восковая гибкость)**, при которой на фоне повышенного мышечного тонуса у больного возникает способность сохранять на длительное время приданную позу;



**симптом воздушной подушки**, относящийся к проявлениям восковой гибкости и выражающийся в напряжении мышц шеи, при этом больной застывает с поднятой над подушкой головой;

**симптом капюшона**, при котором больные лежат или сидят неподвижно, натянув одеяло, простыню или халат на голову, оставив открытым лицо;

**пассивная подчиняемость**, когда у больного не возникает сопротивление изменениям положения его тела, позы, положения конечностей, в отличие от каталепсии тонус мышц не повышен;

**негативизм**, характеризующийся немотивированным сопротивлением больного действиям и просьбам окружающих.

К симптомам с двигательным возбуждением и неадекватностью движений относятся:

**импульсивность**, когда больные внезапно совершают неадекватные поступки, убегают из дома, проявляют агрессию, нападают на других больных;

**стереотипии** — многократное повторение одних и тех же движений;

**эхопраксия** — повторение жестов, движений и поз окружающих;

**парамимия** — несоответствие мимики больного поступкам и переживаниям;

**эхолалия** — повторение слов и фраз окружающих;

**вербигерация** — повторение одних и тех же слов и фраз;

**миморечь** — несоответствие по смыслу ответов задаваемым вопросам.

#### *Нарушения сознания и самосознания*

##### *Симптомы помрачения сознания*

**Анозогнозия** — непонимание или отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект.

**Симптом никогда не виденного** характеризуется тем, что больной неоднократно виденное, хорошо знакомое воспринимает как никогда не виденное, чуждое, виденное впервые.

**Симптом уже виденного** характеризуется тем, что больной новые, незнакомые явления воспринимает как уже знакомые, виденные им ранее. В чужом, незнакомом месте у него остро возникает чувство, что все это уже было ранее, хорошо знакомо.

**Растерянность** — это состояние острого бессмыслия, невозможность или затруднение понимания происходящих событий, мучительная неспособность разобраться в обстановке, последовательно воспринимать происходящее, понять ситуацию в целом, переживание чувства беспомощности, собственной измененности, в связи с этим аффект и мимика недоумения.

#### *Нарушения самосознания*

**Деперсонализация** — нарушение самосознания, выражающееся в отчуждении от самого себя.

*Витальная деперсонализация* — клинически наиболее тяжелая, когда у больного исчезает само чувство жизни: «Я как мертвый», «Не пойму, живу я или нет», «Я вроде бы и не существую совсем».

*Аутопсихическая деперсонализация* — отчуждение психических функций своего «я»: «Я стал каким-то другим, чувствую это, а описать не могу», «Это и я, и не я», «Мысли как в тумане», «Мысли не мои», «Речь свою слышу как бы со стороны», «Не пойму, хочу я спать или нет», «Не пойму, спала я или нет», «Все чувства куда-то исчезли».

*Соматопсихическая деперсонализация* — выражается в виде чувства чуждости собственного тела либо отдельных его частей или даже их исчезновения.

### **РАЗДЕЛ 13 ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЕЕ ОСНОВНЫХ ФОРМ**

#### **Глава 44. ШИЗОФРЕНИЯ**

**Шизофрения** — довольно распространенное заболевание среди населения. Это психическое заболевание с прогрессирующим течением и разнообразной психопатологической симптоматикой вплоть до появления психического дефекта — **шизофренического слабоумия**. Наиболее характерные его клинические признаки выражаются в расстройстве процессов мышления (разорванность речи, неадекватность), эмоциональной сферы (эмоциональная напряженность, тупость и холодность). Кроме того, довольно часты у больных шизофренией слуховые галлюцинации (угрозы, оклики, приказы), бред (преследования, ревности, отравления), которые они могут и нередко пытаются скрывать (диссимулировать). В то же время память больного, его интеллект, полученные ранее знания остаются длительное время без значительных изменений. Но несмотря на это, работоспособность заболевшего постепенно падает.

**Клиническая симптоматика** больных шизофренией характеризуется постепенным снижением психической активности, нарастанием личностных изменений, уходом в свою внутреннюю жизнь,

ранимостью, сужением круга интересов, неживучестью, конфликтностью, оппозицией ко всему, исчезновением прежних привязанностей, равнодушием к близким и их страданиям, бездушием, потерей любознательности и интереса, прогрессирующей вялостью и пассивностью, нарушением адаптации, манерностью, оригинальностью, вздорностью, чудачеством. В то же время у них отмечают раздражительность, злобность, грубость, агрессивность, утрированный педантизм, сутяжничество. Возможна вербигерация в виде повторения одних и тех же слов и фраз.

Психическая несостоятельность у больных шизофренией сопровождается бессистемным изучением философско-мистических и других учений, разработкой собственных методов физического и духовного совершенствования, упорством к изобретательству. Но эти занятия у них поверхностны, не имеют практической значимости, ничем не обогащают личность, и ее развитие приостанавливается. При умственном напряжении и социальных катаклизмах атаки (приступы) шизофрении усиливаются, прогрессивность течения заболевания нарастает, дальнейший прогноз пессимистичен.

По особенностям клинического течения выделяют следующие формы шизофрении: непрерывнотекущая, приступообразно-прогрессирующая, периодическая (рекуррентная). По темпу нарастания психопатологических расстройств шизофрению классифицируют на такие формы, как злокачественная, умеренно прогрессирующая, вялопротекающая. Следует отметить, что в большинстве случаев течение шизофрении носит хронический, но прогрессирующий характер, с рецидивами и ремиссиями и постепенным формированием дефектного состояния (шизофренического слабоумия). Это заболевание редко заканчивается выздоровлением.

Неразрывно с прогрессирующей шизофренией следует рассматривать особенности конкретных клинических психопатологических симптомов и синдромов, а также степень их тяжести, более выраженных в период рецидива заболевания. Прежде всего это:

— *расстройство ассоциативной деятельности* (потеря единства мыслительной деятельности, бессмысленные сочетания, разорванность, соскальзывание речи, резонерство, непродуктивность);

— *амбивалентность* (наличие двойственных противоположных тенденций);

— *аутизм* (погруженность во внутренний мир, недоступность в общении);

— *эмоциональная тупость* (нарастающая вялость и апатия, безразличие к окружающим, исчезновение прежних привязанностей и интересов, черствость, сухость, холодность);

— *наклонность к стереотипности в психической сфере* (манерность, оригинальность, негативизм, оппозиционность ко всему и ко всем, импульсивность).

У больных шизофренией в период рецидива также часто констатируют такие продуктивные симптомы, как: галлюцинации (неприятные обманы органов чувств); бредовые идеи (преследования, воздействия, ревности, реформаторства, высокого социального положения и т.п.), которые нелепы, не систематизированы, бессвязны, отрывочны, переживаемы; аффективные состояния (возбуждения, торможения, напряжения) и многие другие.

Юристы должны знать, что психиатры в клиническом течении шизофрении выделяют:

— обострение (рецидивы, атаки, приступы), при котором диагностируют резкое усиление психопатологических симптомов и констатируют появление новых;

— ремиссии с обратным развитием под влиянием лечения или даже самопроизвольно психопатологических симптомов заболевания;

— дефектное состояние, которое обычно возникает после шизофренического процесса в виде обращающего на себя внимание изменения характера, эмоциональной уплощенности, аутизма, апатии, нарастания слабоумия, которое может также сопровождать и период ремиссии.

Судебные психиатры, давая судебно-психиатрическую оценку деяниям больных шизофренией, всегда обращают внимание юристов на то, что криминогенность данной группы лиц возрастает при обострении психопатоподобных расстройств и бредовых нарушений, когда преобладают двигательное возбуждение и импульсивные действия.

Таким образом, изучение симптоматики и возможных деяний при шизофрении, а также интерпретация заключений судебно-психиатрической экспертизы должны привести к следующим выводам:

— противоправные действия совершаются больными преимущественно на начальном этапе заболевания; чаще они проявляются в виде «хулиганства» или поступков, связанных с расстройством влечений или импульсивными действиями;

— в остром периоде заболевания, при психозах, непрерывно текущем процессе или выраженном шизофреническом дефекте (даже в период ремиссии) постановка диагноза не вызывает сомнения и больные признаются судом невменяемыми;

— при обнаружении шизофренического дефекта и стойких позитивных расстройств (в виде астении, депрессии, маниакальности, паранойяльное™, галлюцинаций, бреда, помрачения сознания) даже в период ремиссии больные признаются судом невменяемыми;

— в качестве психопатоподобных расстройств у больных шизофренией можно рассматривать наличие такого состояния, как отрицание психического заболевания, причем к особенностям болезненного состояния следует отнести и то, что они предпочитают нести уголовную ответственность, чем быть признанными психически больными;

— при деяниях, совершенных в период длительной ремиссии или выздоровления с удовлетворительной социальной адаптацией, такие лица признаются судом вменяемыми;

— лица, находящиеся под следствием и судом, с целью уклониться от уголовной ответственности склонны симулировать шизофрению чаще, чем другие психические заболевания.

## Глава 45. ЭПИЛЕПСИЯ

**Эпилепсия** — хроническое психическое заболевание, в клинике которого отмечают судорожные и бессудорожные припадки (пароксизмы), психозы и специфические изменения личности вплоть до эпилептического слабоумия. Эпилепсия довольно распространена у лиц молодого возраста. В ее происхождении наибольшее значение имеет наследственность (алкоголизация, наркотизация, сифилис родителей), травмы и заболевания головного мозга.

Проявления эпилепсии довольно многообразны. Однако каждому больному, страдающему ею, свойственны достаточно постоянные эпилептические нарушения. Но во всех случаях судорожные и бессудорожные пароксизмы после их возникновения наблюдаются обычно всю жизнь больного, на фоне в той или иной степени выраженности специфических изменений личности. Ухудшение в состоянии здоровья больных эпилепсией бывает самопроизвольным (некоторые это связывают с изменением метеорологических условий), но чаще оно провоцируется воздействием психогенной травмирующей ситуации, приемом наркотиков, черепно-мозговыми посттравматическими изменениями и заболеваниями головного мозга.

Психопатологические проявления эпилепсии позволили психиатрам систематизировать по основным симптомам три ведущие группы этого психического заболевания, хотя одни и те же нарушения (симптомы) могут встречаться менее выражено в каждой из них. Разберем эти группы более подробно, так как во многом их клиника определяет различное поведение правонарушителей.

Группа I — **судорожные** (пароксизмальные) **состояния**. Они делятся на большие и малые эпилептические припадки (группа пароксизмально-судорожных состояний) и эпилептические эквиваленты.

*Большие эпилептические припадки* характеризуются кратковременными судорожными приступами, сопровождающимися расстройством, потерей сознания. Это один из основных симптомов эпилепсии. Он длится 1—3 мин и проявляется последовательной сменой следующих фаз:

— ауры (обычно возникающей за несколько секунд или минут до припадка в основном в виде разнообразных вегетативных психических, сенсорных и двигательных нарушений);

— тонических и клонических судорог на фоне нарушенного сознания (возможно с прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием);

— оглушения сознания либо кратковременного сна.

Следует отметить возможность таких состояний без видимой потери сознания и с незначительными судорогами (атипичные припадки) или без приступов, ограничивающихся только одной из его фаз (абортивные припадки). Больные о случившемся приступе ничего не помнят (амнезия) и узнают о своих судорожных припадках по обнаруженным повреждениям головы, туловища, конечностей, последующей разбитости и головной боли.

В психиатрической практике известна и «симптоматическая эпилепсия», при которой судорожные расстройства являются лишь симптомом основного заболевания (последствий черепно-мозговой травмы, болезни головного мозга, ревматизма, острой и хронической интоксикации алкоголем, наркотиками или их суррогатами).

*Малый эпилептический припадок* обычно диагностируют на фоне кратковременной потери сознания. Ему тоже может предшествовать аура. При этом обращает на себя внимание то, что больные или «застывают» в одной позе, или у них возникают стереотипные движения, произношение одних и тех же фраз, или появляется блуждающий взгляд, либо, наоборот, взгляд, устремленный в одну точку. При данном виде пароксизма могут быть заметными отдельные судорожные подергивания различных групп мышц. В эту же группу эпилептических нарушений входят парциальный припадок и абсанс.

*Парциальный припадок* — это состояние, которое сопровождается развитием клонических и тонических судорог в определенной группе мышц.

*Абсанс* — кратковременная, на несколько секунд, потеря сознания без судорожных проявлений.

Большие и малые припадки могут быть у больных единичными в жизни или неоднократно повторяющимися (серия припадков) в течение дня, недели, месяца. Но во всех случаях они со-

провожаются амнезией о случившемся. Если они повторяются так часто, что между ними не происходит полного прояснения сознания, то говорят об эпилептическом статусе (требующем неотложных медицинских мероприятий в условиях стационара).

*Эпилептические эквиваленты* — непродолжительные психические нарушения, развивающиеся как бы вместо припадка. Они однотипны и чаще проявляются в виде дисфории (расстройства настроения, тоски, страха, раздражительности, злобы, напряженности, подозрительности, готовности к агрессии) и сумеречных помрачений сознания (потери ориентировки, галлюцинаторно-бредового восприятия действительности, аффекта страха, злобы, агрессии).

Варианты сумеречного помрачения сознания при эквивалентах — фуга и транс довольно часты в практике судебной психиатрии. При этом больные в состоянии измененного сознания производят внешне целесообразные, иногда довольно сложные действия в виде спасения, предотвращения опасности, блуждания, путешествия (пешком, бегом, транспортом). Внешне такие лица ничем на себя не обращают внимание, за исключением того, что они как бы сверх необходимого отрешены от действительности, погружены в свои мысли. Продолжительность каждого такого эпизода — от нескольких минут до нескольких дней. У них также фиксируют последующую амнезию.

Группа II — **эпилептические психозы**. Они бывают острыми, затяжными и хроническими. У больных эпилепсией, в отличие от других заболеваний, психозы протекают без видимого помрачения сознания, но в виде различного по времени и остроте бреда (преследования, ревности, отравления, ипохондрии) и других психических изменений.

Необходимо иметь в виду, что эпилептические психозы (как и эквиваленты) у больных чаще появляются на отдаленных этапах заболевания эпилепсией при урежении или даже исчезновении больших пароксизмально-судорожных приступов.

Группа III — **специфические эпилептические изменения личности**. При них типичными являются личностные и интеллектуальные нарушения, постоянно сопровождающие больных и нарастающие по мере длительности течения эпилепсии. Это приводит к мнестическим расстройствам (потере памяти, опустошению запасов памяти, медлительности и тугоподвижности мыслительных процессов, обстоятельной с несущественными деталями речи, употреблению стереотипных оборотов и уменьшительных выражений и т.д.), личностным нарушениям (вплоть до появления психического дефекта и даже слабоумия) и противоречивым характерологическим сдвигам, которые у них сосуществуют (с одной стороны — угодливость,

льстивость, подобострашие, назойливость, педантизм; с другой — эгоцентризм, ханжество, повышенная самооценка и обидчивость, мелочность, склонность к покровительству и нравоучениям, правдоискательство, сутяжничество, озлобленность, придирчивость, конфликтность, жестокость). У больных констатируют и такие особенности, как непредсказуемость действий, задержка интеллектуального развития (близкая по структуре к олигофрении), диспластичность (нарушение пропорциональности телосложения, шестипалость, косоглазие, неловкость и замедленность движений), заикание и другие дефекты произношения.

На этом фоне представляет трудности судебно-психиатрическая оценка их общественно опасных действий.

. Таким образом, давая судебно-психиатрическую оценку эпилепсии, ее симптоматике и возможным поступкам лиц, страдающих этим заболеванием, а также анализу заключений судебно-психиатрической экспертизы, необходимо сделать следующие выводы:

— экспертиза во многом определяется глубиной имеющихся изменений личности больных эпилепсией;

— признаются судом невменяемыми больные эпилепсией за деяния, совершенные при судорожном или бессудорожном приступе, в состоянии психоза, сумеречном помрачении сознания, тяжелой дисфории, выраженной эпилептической деградации личности и слабоумии;

— признаются судом вменяемыми больные эпилепсией в отношении инкриминируемых деяний, совершенных в состоянии ремиссии, вне приступа, при отсутствии грубых расстройств психической деятельности;

— при затруднениях в решении вопроса уголовной ответственности за те или иные действия (поджоги, транспортные аварии) больных эпилепсией необходимо направлять на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу для уточнения выраженности психических нарушений и их возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими;

— среди подэкспертных увеличивается число случаев симуляции эпилепсии здоровыми лицами и аггравации (преувеличения болезненных симптомов) эпилептических судорожных припадков больными эпилепсией.

## **Глава 46. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ**

**Маниакально-депрессивный психоз** — это психическое заболевание с хроническим течением. Заболевание протекает в форме



периодически чередующихся приступов маниакального (повышенного настроения, ускоренного мышления, двигательного возбуждения) и депрессивного (пониженного настроения, замедленного мышления, двигательной заторможенности) состояний. Протяженность этих фаз — от 2 до 6 мес., и они чаще всего разделены интермиссиями (т.е. такими состояниями, при которых исчезают психические расстройства и восстанавливается нормальная психическая деятельность с присущими для данной личности психологическими особенностями, чем эти состояния отличаются от других психических заболеваний, например шизофрении). Однако депрессивные фазы все же более продолжительные.

Именно отсутствие каких-либо характерологических сдвигов (даже после многих лет болезни) составляет наиболее важный критерий ее диагностики. Со второй половины жизни приступы удлиняются и принимают затяжной характер (в течение даже нескольких лет).

При маниакально-депрессивном психозе необходимо уточнить возможность тех или иных деяний при различных его фазах. При маниакальном приступе для больных типичны повышенная психическая деятельность, переоценка своих возможностей и способностей, неоправданный оптимизм и альтруизм, хвастовство, иногда переходящее в бред величия, реформаторства, представление о своем высоком социальном происхождении. В этом состоянии им присуща непродуктивная (нецеленаправленная и неоправданная) занятость. Они находят для себя массу дел, которые сопровождаются дезорганизацией дома и на работе. Возникающие при этом нетерпимость и раздражительность подталкивают больных к непродуманным и даже хулиганским действиям. В этой фазе у них повышаются различные влечения, появляются склонность к алкогольным и сексуальным эксцессам, расточительству, стремление к общению с асоциальными личностями и т.д. Обычно эта фаза наступает в вечернее время.

При депрессивной фазе констатируют подавленное настроение, необоснованную тревогу, плохой сон, вялость, разбитость, неопределенные опасения, неуверенность, тягостные предчувствия, понижение психической деятельности, невозможность сосредоточиться, рассеянность, забывчивость, соматические нарушения, астению, урежение пульса, похудение, запоры и др. При этом снижается работоспособность, наступает двигательное торможение, появляется не объяснимая ничем тоска, а затем и бред (в виде самоуничижения, самообвинения). Утяжеление психической симптоматики происходит обычно в предрассветные часы и рано утром.

Течение маниакально-депрессивного психоза значительно варьируемо по отношению к его классическому варианту. Этот психоз может протекать в виде только приступа маний или только депрессий. В других случаях отмечают сдвоенные по клиническим проявлениям фазы (депрессивная внезапно, без видимого перехода сменяется маниакальной, или, наоборот) и лишь после этого наступает интермиссия.

Но бывает и такой вариант, когда маниакальная фаза сменяется депрессивной без констатации периода интермиссии и такие противоположные приступы сменяют друг друга без видимого светлого промежутка между ними.

Смешанный характер приступов маниакально-депрессивного психоза вызывает у судебных психиатров трудности в диагностике и оценке деяний больных. Но в таких случаях все же преобладают депрессивные состояния, установление которых лучше производить в стационарных условиях.

Разновидностью маниакально-депрессивного психоза является **циклотимия**, для которой характерны более смягченные приступы (фазы) заболевания. Особенностью заболевания является то, что указанные выше фазы сопровождаются соматическими нарушениями.

Таким образом, давая судебно-психиатрическую оценку того или иного инкриминируемого деяния, следует иметь в виду, что решение проблемы вменяемости-невменяемости при маниакально-депрессивном психозе зависит от степени глубины определяющих данный приступ психопатологических расстройств. Судебно-психиатрическая практика указывает, что для больных маниакально-депрессивным психозом характерны:

— в *маниакальной фазе* — особая склонность к возбуждению, нарушению общественной нравственности и социального поведения (растраты, незаконные сделки, сексуальные эксцессы, обострение влечений, альтруизм);

— в *депрессивной фазе* — преобладание торможения, повышенная болезненная возможность самооговоров и оговоров, склонность к агрессии, нанесению вреда своему здоровью, самоповреждениям и самоубийствам и совершению тяжелых, социально значимых криминальных деяний.

Изучение маниакально-депрессивного психоза говорит о том, что при судебно-психиатрической экспертизе очень важен анализ материалов уголовного (гражданского) дела и всех других сведений о психическом состоянии подэкспертного в момент деликта. Необходимо сделать также вывод о том, что больные маниакально-депрессивным психозом признаются судом невменяемыми при совершении деяний в состоянии психоза (острого периода забо-

левания), а вменяемыми при совершении деяния в период интермиссии.

## **Глава 47. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

В судебно-психиатрической практике последствия травматического поражения головного мозга (в виде сформированного психоорганического синдрома) встречаются чаще других психических заболеваний в основном из-за возросшего агрессивного поведения части населения (нередко под влиянием злоупотребления алкоголем), заметного увеличения числа молодых людей, участвующих в военных действиях, занимающихся регулярно боксом, кикбоксингом, каратэ, и в целом роста преступности в стране.

Последствия травматической болезни головного мозга — одна из самых сложных и до конца не решенных проблем медицины, и в частности психиатрии. Ведь симптомы черепно-мозговой травмы по-разному представлены при одной и той же мозговой травме эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическими расстройствами, вызванными необратимыми изменениями в одинаково пораженных травмой и внутричерепными кровоизлияниями участках головного мозга, нарушением циркуляции спинно-мозговой жидкости.

Почти все лица, страдающие посттравматическим поражением головного мозга, испытывают затруднения в адаптации и взаимоотношениях в семье, коллективе, обществе. Необходимо признать, что во многом болезненные нарушения психики зависят от условий жизнедеятельности таких лиц на бытовом и социальном уровнях. В то же время следует помнить, что перенесенные травматические поражения головного мозга не всегда и не у всех протекают с клинически выраженными психическими нарушениями. Судебно-психиатрические эксперты считают, что только при их глубоких степенях, носящих стойкий характер, можно говорить о последствиях черепно-мозговой травмы с психическими расстройствами.

Следует отметить, что симптоматология в посттравматическом периоде определяется большим полиморфизмом и состоит из общемозговых и локальных неврологических, а также психических нарушений. Но несмотря на различные виды черепно-мозговых травм, динамика психических расстройств отличается известным единообразием и тенденцией к постепенному их регрессу, что позволило выделить три основных этапа в посттравматическом периоде:

— *начальный*, следующий непосредственно за травмой и характеризующийся различной степенью утраты сознания (в легких

случаях — непродолжительной, в тяжелых — вплоть до комы), оглушенностью;

— *острый*, сопровождающийся восстановлением сознания и возникновением разнообразных нервно-психических расстройств; в этот период наблюдаются различные формы потери памяти, т.е. **амнезия** (ретроградная, антероградная), выраженная астения с нарушениями сна, вестибулярные и вазовегетативные нарушения (головокружение, тошнота, лабильный пульс и артериальное давление, потливость);

— *отдаленные последствия с полной редукцией* (обратным развитием), имевшей место нервно-психопатологической симптоматики или формирование резидуальных психоорганических и неврологических синдромов (т.е. возможна апраксия и другие расстройства).

Большая часть посттравматических психозов развивается в первые полторы недели острого периода. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах в это время отличаются полиморфизмом и тесно связаны с различными нарушениями сознания и сна.

Наиболее часто возникают **сумеречные состояния** в вечерние часы. Они проявляются в виде амбулаторных автоматизмов, психомоторного возбуждения с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами и агрессивностью, а также в виде состояний сонливости с обездвиженностью.

Довольно часты делириозные состояния, которые развиваются на фоне астенических расстройств или при наличии дополнительной вредности (интоксикации). Делирий сопровождается аффективной напряженностью, тревогой, страхом. Действия больных соответствуют психопатологическим переживаниям, отмечаются даже зрительные галлюцинации, и они несут защитный или агрессивный характер.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы психопатологические и другие болезненные нарушения подвергаются нередко трансформации в психоорганический синдром различной степени выраженности. В нем преобладают: недержание аффектов, нарушение памяти, ослабление восприятия. В его симптоматике доминируют: неустойчивый фон настроения, возбудимость, взрывчатость, несдержанность, напряженность, быстрая истошаемость, слабая концентрация внимания, ухудшение памяти на прошлые и текущие события, забывчивость, сужение круга интересов, обеднение интеллектуальной жизни. Кроме того, в клинической картине последствий черепно-мозговых травм часты нейровегетативные расстройства, деформация личности, изменение ценностных ориентации и способности правильно понимать общественное значение своих действий.

Хотя при черепно-мозговых травмах структура личности может и не разрушаться, но многие исследователи констатируют у таких лиц органические изменения головного мозга и расстройства в психике. Это прежде всего взрывчатость, преобладание негативных реакций недовольства, гневливость, самовзвинченность, истероидность, тугоподвижность, «застреваемость» на каких-либо мыслях, словах, повышенная чувствительность, обидчивость, конфликтность, злопамятность и другие психопатоподобные расстройства. Эти нарушения постепенно могут привести к посттравматическому патологическому развитию личности. Но наиболее криминогенным все-таки является паранойяльное развитие (сверхценные идеи, бред ревности, преследования, сутяжничество, ипохондрия). Течение таких состояний довольно волнообразное с периодами ухудшения и улучшения.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у таких лиц возможны: **посттравматическая энцефалопатия** (с интеллектуально-мнестическим снижением), психопатоподобные расстройства (довольно характерные для таких состояний), посттравматическая эпилепсия (в виде эпилептиформных судорожных и бессудорожных припадков), травматическое слабоумие (в ее различных проявлениях как психический дефект).

Таким образом, судебно-психиатрическая оценка поведения лиц с посттравматическими поражениями головного мозга определяется остротой и тяжестью констатируемых психических расстройств. Значительная часть из них признается судом вменяемыми за инкриминируемые деяния. В то же время нарастание в динамике посттравматических изменений вплоть до травматического слабоумия приводит к выводу о признании таких подэкспертных судом невменяемыми за совершенные общественно опасные деяния.

Следует также считать установленным и то, что лица с последствием черепно-мозговой травмы и паранойяльным (психопатологическим) развитием личности, или галлюцинаторно-бредовыми психозами, тяжелыми дисфорическими нарушениями, а также страдающие эпилептиформными припадками, травматической деменцией, как и при декомпенсации травматической болезни, признаются судом невменяемыми за совершенное деяние.

## **Глава 48. СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Нейросифилис** — специфическое заболевание центральной нервной системы, сравнительно редко встречающееся в практике об-

шей психиатрии, но часто при судебно-психиатрических исследованиях. В происхождении этой группы заболеваний основную роль судебно-психиатрические эксперты отводят перенесенному в прошлом и плохо леченному (или не леченному никогда) сифилису. При этом психопатологические проявления обусловлены местом проникновения в головной мозг возбудителя заболевания — бледной трепонемы и соответствующим поражением паренхимы, нервных клеток и сосудов мозга, воспалением мозговых оболочек либо появлением специфической опухоли (гуммы). Именно по степени деструктивных изменений центральной нервной системы, соматоневрологических и психопатологических осложнений в этой группе заболеваний выделяют сифилис мозга и прогрессирующий паралич.

*Сифилис головного мозга.* Поражение мозга носит очаговый характер, хотя констатация и клинические проявления психических расстройств во многом зависят от целенаправленной и своевременной диагностики, характера сифилитических поражений, интенсивности лечения и возраста больного. Необходимо уточнить формы заболевания (которые выделяют при их прогрессировании по ведущим симптомам): невралгическая, менингеальная, гумозная и др. Их объединяют нарастание головной боли, раздражительность, психическая истощаемость, нарушение сна, вялость, апатия, депрессия, ослабление памяти, появление оглушенности, заострение личностных особенностей, а позднее — эпилептиформные расстройства (например, судороги), начальные признаки деградации психики (слабоумие) и другие заметные для окружающих нарушения.

Лица с данной формой заболевания, как правило, выявляются случайно (при сплошном обследовании осужденных в следственном изоляторе) или на обычном врачебном приеме при жалобах на невралгические расстройства или в связи с незначительным «изменением» личности. При судебно-психиатрической экспертизе лица с подобными нарушениями, как правило, признаются виновными за инкриминируемые им деяния.

Определенные трудности у экспертов возникают при комбинации нейросифилиса с хроническим алкоголизмом. Между тем констатация у таких лиц грубых нарушений интеллекта и даже начальных форм слабоумия, а также выявление психотических состояний в момент общественно опасного деяния требуют признания их невменяемыми.

*Прогрессивный паралич* обычно диагностируют при нелеченом сифилисе через 10—12 лет после заражения. При этом происходит довольно обширное поражение не только головного мозга, но

и организма в целом. Отмечается склонность к прогрессирующему течению. Появляются характерные признаки со стороны внутренних органов (хрупкость костей и т.п.), нервной системы (нарушение реакции глаз, речи, сухожильных рефлексов), крови и спинно-мозговой жидкости. В психической сфере к вышеуказанным при сифилисе мозга симптомам присоединяются неправильное поведение, не соответствующая обстоятельствам эйфория, легкомысленное ко всему отношение, расторможенность влечений (сексуального, пищевого), цинизм, особая нелепость в высказываниях и действиях, утрата критики, нарастающее слабоумие, непостоянные бредовые идеи депрессивного характера, двигательные нарушения.

Юристам необходимо знать, что наряду с субъективной психопатологической симптоматикой объективными признаками заболевания являются данные лабораторной диагностики (анализы крови и спинно-мозговой жидкости) и что своевременное лечение приводит таких больных к благоприятному социальному прогнозу, так как длительное время сохраняются интеллект, возможность руководить своими действиями и осознавать их.

## **Глава 49. СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Судебно-психиатрическое исследование психических нарушений при сосудистых поражениях головного мозга чаще других проводится у лица с мозговым атеросклерозом и довольно часто сопутствующей ему гипертонической болезнью. Рассмотрим клинику и поведение, наблюдаемые у больных с мозговым атеросклерозом сосудов головного мозга и гипертонической болезнью.

*Мозговой атеросклероз.* Это хронически протекающее общее заболевание организма человека, но с преимущественным склеротическим поражением артерий головного мозга. Его возникновению способствуют неблагоприятная наследственность, неоднократные черепно-мозговые травмы, острые и хронические психотравмирующие воздействия, хронические интоксикации (алкоголем, наркотиками), инфекционные заболевания.

В клинике мозгового атеросклероза при психопатологических нарушениях преобладает неврастенический синдром. Отмечается постепенное усиление психоорганических нарушений, которые становятся заметными для окружающих и сопровождаются снижением активности психической деятельности с доминированием интеллектуально-мнестических расстройств (в виде нарушений памяти, внимания и др.), заострением личностных особенностей,

уменьшением работоспособности, нарастанием эмоциональных изменений (раздражительности, слабодушия и др.), эгоистичностью, сужением круга интересов. В то же время у таких лиц умственная способность приобретает ригидный характер (настойчивость, переходящая в патологическое упрямство), мышление теряет легкость и гибкость.

В то же время у лиц с церебральным атеросклерозом основные морально-этические и социальные установки сохраняются длительное время, и они избирательно склонны больше к возникновению психогенно обусловленных реактивных состояний. В основном они вменяемы за деяния, которые совершили. И лишь при злокачественном тотальном развитии мозгового атеросклероза, обширных кровоизлияниях в мозговое вещество или других болезненных процессах в сочетании с черепно-мозговыми травмами и различными интоксикациями, приводящими к прогрессирующему слабоумию, снижению критики, сумеречным расстройствам сознания, бредовым синдромам (ревности, ущерба, реформаторства и др.), психомоторному возбуждению и даже безмотивной агрессии, судебные психиатры настаивают на признании таких больных невменяемыми за совершенные общественно опасные деяния.

*Гипертоническая болезнь.* Ее возникновение и течение довольно часто обусловлены нервно-функциональными нарушениями регуляции сосудистого тонуса и тем прогрессирующим атеросклерозом сосудов головного мозга, который нередко сопровождает это заболевание. Клинические проявления психических изменений находятся в определенной зависимости от деструктивных поражений, их локализации (в головном мозге) и стадии болезненного процесса.

Для юристов наибольший интерес при рассмотрении криминальных деяний представляют лица с мозговой формой гипертонической болезни. Ее возникновению и прогрессированию способствуют прежде всего острые и хронические психотравмирующие воздействия и атеросклеротические изменения. Следует особо подчеркнуть, что уже в первой стадии гипертонической болезни врачи диагностируют нестойкие психические изменения, соответствующие неврозоподобному синдрому (головная боль, снижение памяти), к которым присоединяются навязчивые сомнения и т.д.

Во второй и особенно в третьей стадиях (наряду с соматическими и неврологическими нарушениями) у больных констатируют появление психопатологических расстройств в виде: реактивных состояний с преобладанием аффективных нарушений; гипертонических кризов с нарушением сознания (по типу сумеречных.



делириозных, аментивных расстройств) или оглушенностью. При прогрессировании гипертонической болезни и ее осложнениях (инсультах и постинсультных состояниях) параллельно идет нарастание психоорганических расстройств и психопатологических изменений в виде заострения личностных особенностей, серьезных нарушений памяти, снижения уровня суждений и критических способностей, появления благодушно-эйфорического настроения и деменции (слабоумия).

При интерпретации заключений судебно-психиатрической экспертизы юристам необходимо знать, что в начальной стадии гипертонической болезни у больных сохраняется критика к совершенным действиям. Трудности представляет судебно-психиатрическая экспертиза больных со второй стадией гипертонической болезни, особенно при реактивных состояниях. Эти больные с явлениями слабоумия или сосудистого психоза признаются судом невменяемыми в инкриминируемых деяниях.

## **Глава 50. ПСИХОЗЫ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

В последние годы увеличилось число правонарушений и общественно опасных деяний, совершаемых пожилыми людьми и лицами старческого возраста. Это связано с увеличением продолжительности жизни и соответствующими этому закономерными гормональными нарушениями и патоморфологическими возрастными (инволюционными) процессами, протекающими в той или иной степени у каждого человека старше 60 лет. При этом в практике судебной психиатрии значительно чаще, чем другие психические заболевания, у них встречаются пограничные психические расстройства и психотические нарушения (психозы).

**Пограничные психические расстройства** определяются клиническими проявлениями неврозоподобного синдрома. Кроме того, у таких лиц нередко фиксация на неприятных ощущениях, подавленность настроения, тревожность, раздражительность, преувеличенное внимание к своему здоровью, аффективная неустойчивость, сужение круга интересов, заострение личностных особенностей и др. Эти изменения чаще констатируют у тех пожилых людей, у которых они сочетаются с соматоневрологическими заболеваниями. В основном эта группа лиц правопослушна, вменяема за инкриминируемые деяния и дееспособна.

**Психотические (инволюционные) нарушения** возникают при неблагоприятном течении склеротического процесса у лиц пожилого и старческого возраста. Их констатируют в виде предстарческих (пресенильных) и старческих (сенильных) расстройств (непра-

вильная оценка и восприятие окружающего, нарушение критики, интеллектуально-мнестические особенности), которые часто связаны с определенными хронически протекающими монотонными психотравмирующими обстоятельствами и острыми реальными ситуациями, социально значимыми для таких лиц. Они очень редко появляются спонтанно как естественный, биологически обусловленный гормональный процесс возрастной перестройки организма.

**Предстарческие психозы** возникают чаще у лиц в возрасте 60—65 лет и сопровождаются депрессией, тревогой, тоской, суетливостью, страхом, подозрительностью, ипохондрией, устрашающими галлюцинациями, бредом, двигательным и речевым возбуждением. Из-за особенностей болезненных проявлений психиатры выделяют следующие формы предстарческих психозов: инволюционную меланхолию, инволюционный параноид, инволюционную истерию, инволюционную деменцию. Клиническое их своеобразие определяет поведенческие реакции пожилых людей, страдающих этими заболеваниями. Рассмотрим их более подробно.

*Инволюционная меланхолия* — меланхолия пресенильная (болезнь Крепелина) наиболее распространена. В ее клинических проявлениях преобладают эмоциональные нарушения, чаще в виде тревожной депрессии и ипохондрических переживаний, двигательной заторможенности или, наоборот, возбуждения с аффектом тревоги, страха и беспокойства, вплоть до бредовых идей виновности и преследования.

*Инволюционный параноид* — более тяжелое психическое состояние, в котором уже эпизодически диагностируют бред ревности, преследования, ущерба на фоне тревоги и тоски. Некоторые психиатры отмечают, что в этом состоянии довольно часто наблюдается присоединение к психогенно травмирующей ситуации слуховых и тактильных галлюцинаций, отражающих патологическую интерпретацию реальных событий.

*Инволюционная истерия* характеризуется аффективной неустойчивостью и лабильностью с констатацией у больных бурных эмоциональных реакций по незначительным поводам и даже так называемых истерических стигм (спазмов в горле, функциональных припадков, истерических парезов) и вегетативных нарушений (покраснения, побледнения, заикания).

*Инволюционная деменция* развивается вследствие деструктивных атрофических процессов в головном мозге в виде «очагов размягчения в коре». Они характеризуются прогрессированием локальных психопатологических нарушений, постепенным их расширением, прогрессирующей необратимостью течения и нарастанием слабоумия.

Начало этих психозов обусловлено психогенными причинами и протекают они со стойкими психопатологическими проявлениями. В то же время судебные психиатры не всегда констатируют распад основных психических свойств личности. И лишь присоединение прогрессирующего атеросклеротического процесса в головном мозге приводит к появлению вначале заострения личностных особенностей и патологических изменений черт характера, затем пресенильной деменции, а позднее и сенильных психозов.

**Старческий психоз** протекает на фоне патологического старения организма и возникают уже с 70-летнего возраста. При этом у таких лиц отмечают затруднение процессов восприятия, опустошение запасов памяти, нарушение мышления, наивность суждений, суетливость, эгоистичность, бессонницу и даже бред ущерба и виновности. Не так уж редко у них и слабоумие. Психиатры именно по остроте психопатологических проявлений диагностируют у них старческое (сенильное) слабоумие с достаточной сохранностью привычных форм поведения, но необратимыми интеллектуальными расстройствами, провалами памяти в отношении текущих событий (амнезии фиксации) и сохранением памяти о давно прошедших эпизодах и ситуациях, прогрессирующей амнезией, конфабуляциями, расторможенностью инстинктов, и собственно старческие психозы (чаще при ухудшении соматического состояния), с бредом и галлюцинациями, связанными с конкретной ситуацией и обстановкой, а иногда и с реальными фактами.

Таким образом, оценивая результаты судебно-психиатрических экспертиз лиц с предстарческим или старческим психозом, юристу всегда нужно учитывать в их деяниях ряд обстоятельств, связанных с возрастом и степенью развития инволюционных процессов. Так, больные с инволюционной меланхолией чаще других совершают самоубийства и даже убийства близких во избежание своей и их предполагаемой мучительной смерти; лица, страдающие инволюционным слабоумием, забыв выключить газ или электроплиту, могут вызвать пожар; при старческих психозах возможна реализация бреда (преследования, ущерба, виновности, ревности) и попытки убийства мнимого врага, преследователя, соперника и т.д. Поэтому диагностика пресенильного и сенильного психозов (как в форме слабоумия, так и депрессивных, галлюцинаторных, параноидных переживаний) является основанием для признания таких испытуемых судом невменяемыми.

У пожилых и особенно у лиц старческого возраста часто возникает необходимость проведения судебно-психиатрической эк-

спертизы в гражданском процессе (в связи с совершением сделок, составлением завещаний, актами дарения). Вместе с тем само по себе психическое (соматическое) признание старческой дряхлости не исключает дееспособности (если при этом нет слабоумия и продуктивной психопатологической симптоматики).

## **Глава 51. АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ И ТОКСИКОМАНИЯ**

В группе психических нарушений, возникающих при употреблении психоактивных веществ (т.е. таких, которые даже при однократном приеме вызывают благоприятные и желаемые для потребителя эйфорию, возбуждение, активность и другие психоэмоциональные состояния, а при злоупотреблении ими — психическую и физическую зависимость), особо выделяют хронический алкоголизм, наркоманию, токсикоманию. Это прежде всего связано с тем, что психические изменения, вызванные этими заболеваниями, заметно нарушают социальную стабилизацию общества. Недаром доля испытуемых, совершивших противоправные действия в состоянии опьянения и проходящих в связи с «неправильным поведением» судебно-психиатрическую экспертизу, достигает одной трети всех преступлений. При этом наиболее криминогенно значимо асоциальное поведение при простом и патологическом алкогольном опьянении, запущенных формах хронического алкоголизма, алкогольных и наркоманийных психозах.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания — это прогрессирующие хронические психические заболевания непсихотической этиологии, искусственно вызываемые и имеющие широкое распространение.

При рассматриваемых заболеваниях общим у таких лиц является то, что у них постепенно появляется психическая зависимость от психоактивных веществ, к которой присоединяется физическая зависимость, затем и патологическое влечение к их приему и изменение реактивности организма, а при отсутствии возможности повторного приема данных веществ — тяжело переносимое **абстинентное состояние** (синдром «похмелья»),

У больных постепенно формируются вегетососудистые, соматоневрологические и психопатологические нарушения, специфические изменения личности и соответствующие им поведенческие реакции. Среди последних преобладают стремление достать и принять алкоголь (наркотики) или другие вещества, игнорирование моральных и материальных интересов семьи и нравственно-эти-

ческих ограничений общества. В конечном итоге у таких лиц наблюдаются нарастание социально-трудовой дезадаптации, что в значительной мере способствует росту правонарушений и их тяжести. На отдаленных этапах по мере прогрессирования алкоголизма, наркомании и токсикомании психиатры констатируют у данной группы больных (как результат длительного и хронического интоксикационного воздействия на организм алкоголя, наркотиков и токсических веществ) органическое поражение головного мозга и вследствие этого нарастающее слабоумие.

Юристам следует знать, что наибольшие трудности представляет установление диагнозов простого или патологического опьянения, которое определяется в основном по клиническим проявлениям, в то время как лабораторные исследования имеют лишь вспомогательное значение.

*Простое опьянение.* Его основу составляют определенные психические и соматоневрологические расстройства, возникающие вследствие приема даже небольшой дозы алкоголя. Алкоголь избирательно угнетает прежде всего центральную нервную систему, нарушает нормальное течение физиологических процессов торможения и возбуждения, определяя этим поведение человека. Степень опьянения зависит не столько от количества принятого алкоголя, сколько от состояния организма, функциональных возможностей головного мозга, привыкания к спиртосодержащим напиткам, способа его введения в организм и ряда других причин.

Простое алкогольное опьянение имеет определенную психическую, неврологическую и соматическую динамику, по клиническим особенностям которой судебные психиатры дают медицинское заключение.

Таким образом, простое опьянение часто встречается в судебно-психиатрической экспертной практике, и решение вопроса о вменяемости не вызывает затруднений. Это связано с тем, что у таких лиц контакты с внешними раздражителями длительное время сохраняются так же, как и способность критически воспринимать ситуацию, осознавать характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. У них не развиваются психотические состояния (в виде сумеречного помрачения сознания, бреда, галлюцинаций), и поэтому они подлежат уголовной ответственности (ст. 23 УК РФ).

*Патологическое опьянение.* Возникает лишь в отдельных случаях у лиц, как правило, не пьющих регулярно алкоголь, в прошлом перенесших травмы или заболевания головного мозга и считающихся психически здоровыми лицами, в условиях эмоционального напряжения, переутомления, хронического недосыпания, неуве-

ренности, боязливости. В его происхождении принимают участие довольно сложные психофизиологические механизмы, в том числе и на интрамолекулярном уровне. Это качественно иное болезненное состояние психики, чем вызванное простым алкогольным опьянением, и требующее иного помимо медицинского и правового подхода. Данный вид опьянения возможен спустя буквально через несколько минут после приема алкоголя и протекает обычно вне зависимости от принятой дозы. Судебные психиатры в своих ретроспективных исследованиях, как правило, устанавливают, что опьяневший через некоторое время после приема алкоголя неожиданно для окружающих стал тревожным, растерянным, отрешенным, недоступным к каким-либо контактам. Движения и поза имели выраженный защитный вариант вследствие того, что действительность приобрела для него характер безотчетного ужаса.

В результате извращенной острой алкогольной интоксикации у такого лица наступает кратковременно протекающее психотическое расстройство с глубоким сумеречным помрачением сознания, бредовыми и галлюцинаторными переживаниями и вытекающим из этого неадекватным поведением, во многом зависящим от характерологических особенностей индивида. Но двигательное возбуждение обычно внезапно (через несколько минут) заканчивается, переходит в состояние физической слабости, а затем и в сон с последующей амнезией происходящих событий.

Таким образом, при судебно-психиатрической экспертизе врачи, анализируя патологическое опьянение, диагностируют его как быстро протекающее психотическое расстройство в виде психоза.

*Хронический алкоголизм.* В социальном плане это заболевание рассматривается как неумеренное употребление спиртных напитков, приводящее к нарушениям норм поведения в быту и обществе, приносящее заметный ущерб здоровью, морально-нравственному и материальному благосостоянию семьи. Алкоголизм в медицинском плане — болезнь, которая приводит к патологическим изменениям внутренних органов (печени, сердца, поджелудочной железы), нервной системы и избирательно головного мозга. На психическую сферу алкоголь оказывает релаксирующее (расслабляющее, снимающее напряжение), эйфоризирующее и отчасти седативное (успокаивающее) действие. Потребность в таком эффекте чаще всего у лиц, плохо адаптированных, с невротическими и психопатологическими характерологическими особенностями. При этом имеют значение микросреда, воспитание, традиции, психическое и физическое перенапряжение, психотравмирующие ситуации. К причинам алкоголизма также относят (условно) наследственность, разнообразные метаболические (обменные) нару-

шения внутренних органов, некоторые физиологические расстройства, прежде всего вегетативной нервной системы. В его развитии отмечают три последовательные стадии: начальная (компенсированная) — с неврастенической симптоматикой и психической зависимостью от алкоголя; средняя (субкомпенсированная) — с присоединением к функциональным изменениям органических симптомов, появлением физической зависимости от алкоголя, абстинентного (похмельного) синдрома (при этом уже возможны алкогольные психозы); тяжелая (декомпенсированная) — с необратимыми соматоневрологическими нарушениями (слабоумие и распад личности), явлениями психической и социальной деградации, появлением хронических галлюцинаций и других психопатологических расстройств.

При анализе заключений судебно-психиатрических экспертиз больных алкоголизмом юристам необходимо обратить внимание на то, что в основе совершенных ими деяний лежит активизация инстинктивных механизмов (примитивизм в их реализации), повышенная подозрительность (приобретающая болезненный характер), заострение личностных особенностей (прямолинейность, правдоискательство), привнесение ряда новых, до алкоголизма несвойственных им черт (лживость, алкогольный юмор, цинизм, жестокость и др.), которые заметно влияют на умысел и характер совершения действий (часто агрессивных, бессмысленных и непредсказуемых).

Таким образом, судебно-психиатрическая оценка больных хроническим алкоголизмом несложна. Ввиду того что само заболевание (алкоголизм) не лишает их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими, эти лица признаются судом виновными за совершенные деяния (к ним применимы ч. 1 ст. 97 и ч. 2 ст. 99 УК РФ). Исключения представляют те случаи, когда алкоголизм сочетается с тяжелым атеросклерозом сосудов головного мозга или возрастными инволюционными изменениями, принявшими характер выраженного слабоумия (деменции).

*Алкогольные психозы.* Алкогольный психоз является осложнением хронического алкоголизма. Его могут спровоцировать: различные психогении (в том числе и криминогенная ситуация, арест, следствие, содержание в следственном изоляторе и т.д.); вынужденное воздержание от привычного и регулярного приема спиртосодержащих напитков; в более редких случаях массивная алкогольная интоксикация на «высоте» запоя. Наиболее часто в юридической практике встречаются (в зависимости от преобладающих симптомов) следующие остропротекающие алкогольные психозы: делирий (белая горячка), острый галлюциноз и парано-

ид. При судебно-психиатрической оценке необходимо учитывать поведение таких больных во время психозов, которое обусловлено спутанностью сознания и протекает адекватно галлюцинаторно-бредовым переживаниям, определяющим характер их двигательной активности и способным вызвать опасения за их жизнь и жизнь окружающих. В таком состоянии осознание фактического характера и общественной опасности своих действий и возможности руководить ими (т.е. критика и воля) у них отсутствует. Поэтому лица, перенесшие алкогольные психозы в период инкриминируемых деяний, признаются судом невменяемыми.

В судебно-следственной практике встречаются лица и с таким вариантом алкогольной болезни, как **истинный запой (дипсомания)**. Это приступообразно возникающее болезненное и непреодолимое влечение к алкоголю и его суррогатам, к которому могут присоединиться тоска, параноидная настроенность, обонятельные галлюцинации и другие психопатологические симптомы, приводящие к агрессии.

Таким образом, при судебно-психиатрическом анализе дипсомании нужно считаться с возможностью острой атаки врожденной биологической зависимости (недостаточности) от эндогенного этанола (производимого организмом) и признания таких больных во время приступа судом невменяемыми, а вне запоя — вменяемыми за совершенные деяния.

*Наркомания.* Это группа заболеваний, объединенных болезненным привыканием (пристрастием), как правило, к немедицинскому приему наркотических средств, т.е. к тем веществам, которые отнесены Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации к списку наркотических веществ. В Российской Федерации наибольшее распространение получили морфин, омнопон, кодеин, соломка мака, конопля, синтетические заменители (промедол, фентанил, ЛСД), стимуляторы (первентин, кофеин). Они оказывают специфическое воздействие (стимулирующее, эйфоризирующее, седативное, галлюцинаторное и т.д.) на центральную нервную систему. Лекарственные и другие химические вещества, не включенные в этот список (в том числе и так называемые «народные» средства), относят к токсическим, а вызываемые ими заболевания — к токсикоманиям; несмотря на то, что они обладают рядом наркотических свойств, социальная опасность их употребления не столь высока. Это деление довольно условно и носит в основном правовой характер.

Наркомания характеризуется неблагоприятными психическими, соматическими и социальными последствиями. Особенно это проявляется в период вынужденного воздержания от привычно-



го приема наркотиков. У наркоманов выявляется психическая и физическая зависимость от наркотиков, стремление увеличить дозу (повысить толерантность) для получения еще большей эйфории, благодушия, повышенного настроения, прилива сил, легкости, отрешенности от окружающего мира и возникающих проблем. Отсюда болезненная потребность в повторном приеме наркотиков и активные действия, направленные на их приобретение. Все это приводит к заострению черт личности, соматоневрологическим и психическим расстройствам, а затем и к психической, биологической и социальной деградации. Нередко при этом психиатры диагностируют у наркоманов психотические состояния с сумеречным помрачением сознания, бредом, галлюцинациями и другими проявлениями нарушений психики.

Психиатрами также установлено, что наркотики вызывают заметные изменения в устной речи. При их приеме и острой интоксикации и соответственно приятном возбуждении и эйфории наблюдаются склонность к быстрому темпу речи, употребление жаргонных выражений, маниакальное усиление дефектов в произношении, плоский юмор, цинизм, шутовство и др. При абстинентных явлениях (во время вынужденного воздержания от привычных доз) и соответственно подавленности отмечаются замедление темпа речи, злобная реакция на замечания (неадекватная по форме и интенсивности), «тяжелая речь».

Другим немаловажным диагностическим критерием являются дефекты письменной и устной речи у наркоманов. Криминалистами-экспертами замечено, что их почерку присущи вполне определенные изменения, состоящие из общих и частных признаков. Так, при действии наркотиков — ощущении «благодушия и эйфории» — отмечается заметное улучшение почерка, когда же действие препарата прекращается (наступают абстинентные изменения), он «портится», становится неровным, «нервным», резким, с наличием большого количества нарушений целостности бумаги, помарок, клякс и т.д. В то же время расстройство (изменение) почерка под влиянием наркотических средств зависит также и от типа высшей нервной деятельности и психического состояния человека и, кроме того, от предварительного приема снотворных и успокаивающих лекарственных препаратов. Как установлено, последние расслабляют психомоторные и мышечные анализаторы и оказывают этим определенное влияние на качественные и количественные признаки почерка.

Основным объективным методом определения наркотических веществ и их алколоидов (как и алкоголя и других сильнодействующих веществ) является хроматографический и спектральный ана-

лиз, а также радиоиммунохимический метод. В наркологических учреждениях органов здравоохранения для определения наркотиков в сухом виде применяют экспресс-метод. Кроме того, для диагностики наркотической интоксикации у людей, подозреваемых в приеме наркотиков или токсических веществ, в этих учреждениях используют новые импортные и отечественные приборы, с помощью которых определяют количественно и качественно наличие наркотических средств, содержащихся в крови и моче обследуемых. В связи с этим распознавание наркоманов с использованием указанных выше критериев (по внешнему виду, изменениям устной и письменной речи, клиническим данным, результатам лабораторных исследований) имеет ведущее значение для совершенствования оперативно-разыскной деятельности, разработки следственных версий, построения обвинения или защиты в суде. Констатируемые сотрудниками следствия, прокуратуры, суда и адвокатуры (в процессе личного контакта или наблюдения) болезненные признаки наркомании следует рассматривать как субъективные, имеющие вспомогательное значение, так как для постановки диагноза наркомании необходимо обследование только у психиатра-нарколога. Диагностика клинических симптомов в процессе динамического течения (а не в статике) психического заболевания непсихотической этиологии (наркомании) является объективным исследованием и признается судами как вид доказательства.

При анализе судебно-психиатрических заключений лиц, совершивших преступления в состоянии опьянения наркотическими средствами, в соответствии со ст. 23 УК РФ, как правило, признают судом вменяемыми. Случаи деяний, связанные непосредственно с острой интоксикацией наркотиками, встречаются все-таки крайне редко (из-за тяжелого соматического и психического состояния наркоманов в это время и их беспомощности при этом).

Следует также указать и на социальные осложнения, привносимые лицами, страдающими алкоголизмом и наркоманией, в брачно-семейные, жилищные и имущественные сделки. В гражданском процессе экспертиза их дееспособности представляет определенные трудности. Поэтому гражданское законодательство допускает возможность ограничения их дееспособности (ст. 30 ГК РФ) и установления попечительства. Суд, вынося определение об этом, все вопросы решает индивидуально с учетом поведения этих лиц, данных, представляемых психиатрами-наркологами, об их психическом состоянии, степени деградации и возможности медико-социальной реабилитации.

*Токсикомания.* Эта проблема также имеет большое социальное значение, так как в настоящее время уже почти половина город-

ских жителей более или менее систематически принимает «народные» медикаментозные средства, особенно транквилизаторы (седуксен, элениум, тазепам и др.), стимуляторы (кофеин, пиркофен, цитрамон и др.) и снотворные (нембутал, барбамил, берлидорм, люминал). Все эти препараты в конечном счете вызывают привыкание, требуют увеличения дозы примерно каждые четыре недели в зависимости от физиологических и биохимических особенностей организма для получения прежнего эффекта, расшатывают нервную систему и отрицательно влияют на психическую деятельность человека.

Только при злоупотреблении этими препаратами, когда наступает психическая и физическая зависимость от них, можно говорить о токсикомании как о заболевании и давать судебно-психиатрическую оценку деяниям таких лиц. Токсикоманы, совершившие преступления в состоянии опьянения одурманивающими веществами, признаются судом вменяемыми, за исключением тех случаев, когда у них устанавливают (что очень редко) психотические изменения (бред, галлюцинации и т.д.), наступившие при злоупотреблении (отравлении) лекарственными и «народными» средствами.

## Глава 52. ОЛИГОФРЕНИЯ

**Олигофрения** (малоумие, умственная неполноценность) — это группа врожденных или очень рано приобретенных в детском возрасте болезненных состояний психики. Для нее характерны такие общие клинические признаки, как нарушение восприятия, внимания, памяти, мышления, расстройства моторики, речи, эмоционально-волевой сферы.

При олигофрении как биологической патологии на первое место становятся умственная отсталость и первоначальное недоразвитие интеллекта. Они стабильны, и само заболевание в отличие от других не имеет своего развития и динамики течения патологического процесса, т.е. психический дефект — слабоумие остается таким, каким оно было с детства, на всю жизнь без изменений, не имея ни положительной, ни отрицательной динамики.

Причины возникновения олигофрении — это патологическая наследственность, асоциальная отягощенность существования родителей (особенно при зачатии), неполноценное (несбалансированное) питание матери и ребенка, интоксикация плода алкоголем, наркотиками, никотином или их суррогатами, поражение (врожденное, травматическое и иное) головного мозга плода или ребенка (особенно при его раннем развитии — до 2 лет), тяжелое заболевание матери или ребенка и др.

Особый интерес представляет классификация олигофрении, основанная на степени выраженности врожденного слабоумия. При этом выделяют идиотию, имбецильность и дебильность. Знание их особенностей позволит учитывать возможность совершения тех или иных деяний данными лицами с разной степенью олигофрении.

**Идиотия** — тяжелая степень врожденного слабоумия. В судебно-следственной практике лица с такой глубиной малоумия не встречаются из-за своей врожденной беспомощности (физической и психической). У большинства из них тяжелые соматоневрологические и умственные нарушения. Эти дефекты указывают на аномальное развитие центральной нервной системы. Идиоты обращают на себя внимание уже своим внешним видом (уродливой головой, полуоткрытым ртом, тупым выражением лица), склонностью к простым стереотипным движениям (хлопанью в ладоши, сосанию пальцев), неспособностью к осмысленному самостоятельному передвижению, плановым двигательным актам. Их поведение внешне не мотивированное. У них возможны хаотичное возбуждение и даже жестокая агрессия, манипуляции с половыми органами, отсутствуют членораздельная речь, понимание смысла обращений к ним, фиксация внимания на предполагаемом усилии, характерен очень скудный запас слов. Идиоты не соблюдают элементарных правил личной и общественной гигиены (страдают недержанием кала и мочи), не осознают своего психического дефекта и нуждаются в постоянном постороннем уходе и надзоре.

**Имбецильность** — средняя степень врожденного слабоумия (тупоумие). Она встречается у каждого десятого больного олигофренией. У таких лиц уже обнаруживают элементарные умственные понятия, ориентировку в бытовой обстановке, разнообразное реагирование на привычные условия и ситуации. Однако имбецилы совершенно теряются в новых ситуациях. Речь у них примитивна, косноязычна, аграмматична, словарный запас небольшой. Они понимают и употребляют несложные фразы и даже делают элементарные обобщения, но в пределах бытовых знаний. При этом их мышление и действия прямолинейны и конкретны. Механическая память у них способствует усвоению навыков, стереотипно применяемых в привычной ситуации. Они с трудом усваивают систему моральных и нравственных запретов и норм общественного поведения. У имбецилов уже можно установить индивидуальные характерологические отличия, дифференцированное отношение к окружающим, избирательную привязанность к близким.

Но такие лица из-за своей безынициативности и повышенной внушаемости склонны к слепому повиновению и подражанию (чем и пользуются лидеры преступных группировок), асоциальному поведению и пьянству. Причем их действия обусловлены в основном инстинктивными побуждениями (самосохранением, сексуальным, пищевым и др.), что приводит к хулиганству, агрессивным поступкам, убийствам, сексуальным эксцессам, кражам, поджогам и т.д. Имбецилов приводит к таким деяниям отсутствие осознанности характера и общественной опасности своих деяний и понимания их ответственности. Учитывая все это, судебно-психиатрическая экспертиза в случае с имбецилами проводится редко и только по формальным соображениям. Такие лица всегда за совершенные деяния признаются невменяемыми в уголовном процессе и недееспособными при рассмотрении гражданских дел.

**Дебильность** — легкая степень врожденного слабоумия. Это самая распространенная форма олигофрении. По степени выраженности умственной недостаточности (психического дефекта) у таких лиц различают дебильность глубокую, умеренную и легкую. Поступки дебилов характеризуются сочетанием слабости побуждений с импульсивностью поведения, повышенной внушаемостью и упрямством, пассивной подчиняемостью, недостаточностью контроля над собой и низкой способностью подавлять свои влечения. Поэтому они часто являются объектом сексуальных посягательств. Не так уж редки у них возбуждения и агрессия или вялость и заторможенность, безразличие.

И все-таки при некоторой целостности осмысливания своих действий часть из них может критически оценивать свое поведение в зависимости от изменяющихся условий и динамики ситуации и предвидеть последствия своих действий. Лица с дебильностью могут справляться даже с требованиями семейной жизни, воспитанием детей. Они легче адаптируются к трудовой деятельности. Необходимо учитывать при этом возможность влияния социальных и психологических условий жизни, быта и труда на формирование личности лиц, страдающих дебильностью (в силу их повышенной внушаемости и подражательства). При одном и том же психическом дефекте, но доброжелательном отношении у них чаще обнаруживают услужливость, преданность, исполнительность, старательность, положительные результаты медико-социальной реабилитации. Такие лица обычно осознают свою ущербность и стараются устроиться на рабочее место, не требующее самостоятельности, инициативы и переключения на незнакомые операции. Они стремятся компенсировать свою умственную недостаточность прилежным трудом. При негативных микросоци-

альных условиях жизнедеятельности у дебилов отмечают еще большую задержку психического развития, усиление социальной и педагогической запущенности и образование асоциальных установок к учебе, труду, быту, обществу и соблюдению общепринятых норм поведения. Именно эти лица легко вовлекаются в криминальные группы, часто совершают противоправные поступки как исполнители агрессивных и жестоких преступлений. Они склонны к конфликтам, дракам, употреблению алкогольных напитков и наркотических средств.

При оценке судебно-психиатрических заключений необходимо учитывать возможность временных ухудшений психического состояния дебилов, которые характеризуются не только расстройством настроения, головной болью и другими симптомами, но и появлением кратковременных психотических состояний (галлюцинаций, бреда, психомоторного возбуждения, дисфорий). Подобные декомпенсации у них могут возникать спонтанно или под влиянием неблагоприятных факторов в семье, коллективе, обществе. Но особенно криминогенны в их деяниях страх, испуг, острая тоска, тревога, внутреннее беспокойство, нечеткое восприятие ситуации, психогенно травмирующие коллизии, изменение привычного стереотипа быта и труда. У таких лиц отмечают субъективное стремление к упрощению (разрядке) ситуации и возврату к привычным условиям. У дебильных личностей, кроме того, могут быть истерические и непредсказуемые реакции, тревожно-депрессивные и даже кататоподобные приступы, пуэрильное (детское) поведение и реактивные психозы.

При интерпретации заключений судебно-психиатрической экспертизы лиц, страдающих олигофренией в степени дебильности, юристам необходимо с пониманием относиться к ее причинам и отсутствию динамики в развитии врожденного слабоумия, и главное, к определению экспертами-психиатрами глубины умственного дефекта в сопоставлении с их способностью усваивать морально-нравственные нормы и социально значимого в обществе стереотипа поведения. Следует признать, что экспертиза правонарушителей с дебильностью довольно сложна, так как далеко не так очевидны (как представляется неспециалистам) глубина их умственной неполноценности, интеллектуально-волевая недостаточность, неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими. Однако при установлении этого дебильные личности признаются судом невменяемыми. Но если экспертам удастся проследить формирование у испытуемых асоциальных тенденций и констатировать, что совершаемые лицами с дебильностью антиобщественные

ственные поступки отражали реальные события, а принятие ими решений исходило из понимания противоправности и возможности наказания, то такие лица признаются судом вменяемыми.

## Глава 53. ПСИХОПАТИИ

**Психопатия** — этот вид психической патологии имеет особое социальное значение. Оно заключается в том, что психопатии не столько заболевания, сколько стойкие аномалии личности, характеризующиеся прежде всего дисгармонией, нарушением эмоциональной и волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным, мышлением (т.е. отклоняющимся от нормального варианта типом характера и темперамента). Психопатические особенности таких лиц формируются в детстве и юности, как правило, проходят стадию акцентуации характера и развиваются на фоне биологической неполноценности (анормальности) в первую очередь головного мозга (травм и заболеваний) и заканчиваются к концу пубертатного периода (полового созревания). Эти особенности без заметных изменений сохраняются в течение всей жизни, ослабевая в пожилом возрасте. Они пронизывают личность, определяя ее структуру и характер, препятствуя полноценному приспособлению и адаптации к окружающей среде.

Психопатии диагностируют на основании трех основных критериев: 1) нарушения адаптации (вследствие выраженных психопатологических особенностей); 2) тотальности психопатологических расстройств; 3) стабильности, т.е. практически малой обратимости психопатологических нарушений.

Возникновение психопатий обусловило ее классификацию по этиологии: ядерные (врожденные, конституциональные), краевые (вследствие патологического влияния среды, недостатков в воспитании), органические (воздействие травм и заболеваний головного мозга). Но в психиатрической практике принята иная классификация. В ее основу положены клинические особенности аномальных черт характера, и они подразделяются как возбудимая, истерическая, паранойяльная, тормозная, шизоидная, неустойчивая и др. Криминогенные действия лиц, страдающих этими формами психопатий, различны и своеобразны, что и обуславливает необходимость рассмотрения клинической симптоматики.

*Возбудимая психопатия.* Ведущими клиническими симптомами у личностей с данным диагнозом являются повышенная возбудимость, взрывчатость, злобность, напряженность, раздражительность, злопамятность, эгоистичность, склонность к колебаниям настроения и непредсказуемость. Они всегда недовольны.

придирчивы, нетерпимы к чужому мнению. Для них характерен брутальный аффект по ничтожным поводам, нежелание ни с чем считаться, даже с интересами родных и близких.

*Истерическая психопатия.* Данной группе лиц свойственны эгоцентризм (т.е. необходимость быть в центре событий или обратить на себя внимание), демонстративность, театральность, стремление к оригинальности, психическая незрелость, инфантилизм и пуэрилизм. Их чувства поверхностны и неглубоки, эмоциональные привязанности нестойки, суждения противоречивы. Довольно часты колебания настроения, быстрая смена симпатий и антипатий. Для них типично сочетание внешней доброжелательности с внутренней эмоциональной холодностью. Они повышено внушаемы, склонны к фантазированию и выдумкам и лишь в всплесках волевых усилий в делах.

В трудных ситуациях у них легко возникают невротические расстройства в виде бурных аффективных реакций с рыданиями, криками, воплями, нанесением себе повреждений и даже агрессией в отношении окружающих.

*Паранойяльная психопатия.* Улиц, страдающих данным видом психопатий, отмечают особую склонность к сверхценным образованиям, сочетающуюся с малой пластичностью психики, подозрительностью, повышенной самооценкой, прямолинейностью, тенденцией к лидерству и самоутверждению, обидчивостью и злопаметностью, безапелляционностью суждений. Они чрезвычайно ранимы и особенно чувствительны к игнорированию их мнения, точки зрения, суждений.

С возрастом такие лица становятся более консервативными, ригидными, эгоистичными, подозрительными. Они «борются за справедливость» по малозначительным поводам и склонны к доминирующим идеям, касающимся аффективно значимых переживаний. Это сочетается у них со сверхконкретностью и узостью мышления, наивностью и поверхностностью представлений, суждений и высказываний, однозначной оценкой реальной действительности и интерпретацией различных событий в плане подтверждения собственной точки зрения.

У паранойяльных психопатов возможно сутяжно-паранойяльное развитие личности, а в неблагоприятных условиях и паранойяльный бред ревности, реформаторства, высокого положения в обществе и т.д.

*Тормозная психопатия.* У личностей с данной психопатологией ведущее место занимают астенические, психастенические и даже шизоидные особенности с преобладанием пассивных (тормозных) реакций на различные психотравмирующие факторы,



чувства собственной неполноценности, выраженные колебанием работоспособности. Часто обнаруживается склонность к навязчивым сомнениям, стремление к постоянному самоанализу и самоконтролю, формирование различных фобий и ипохондрий.

У них постоянным является раздражительная слабость в виде вспышек аффекта при любом непосильном для них напряжении, угнетенный фон настроения, тревожность, робость, застенчивость, усталость, нерешительность, неуверенность, малодушные страдания, слабость влечений и даже аномальная сексуальность (импотенция, гомосексуализм, педофилия и другая патология), соматические расстройства (головные боли, плохой аппетит, нарушение сна, неприятные ощущения в области сердца, печени, желудка), плохая адаптация в коллективе, повышенная конфликтность, и в связи с этим нередки психопатологические реакции.

*Шизоидная психопатия.* У личностей с шизоидной психопатией, наряду с ранимостью, робостью, застенчивостью, некоторой инертностью в жизненных ситуациях, констатируют такие симптомы, как интравертированность (необщительность, замкнутость, постоянный самоанализ действий и высказываний), склонность к фантазированию, отсутствие чувства юмора, мечтательность, чуждаковатость, затруднения в контактах, холодность и сухость, излишняя серьезность и сентиментальность, чопорность и пафос в поведении. Однако их увлечения не оторваны от жизни, но они «нестандартны» и необычны (философско-религиозные и восточные верования, телепатия, экстрасенсорика, авангардистские музыка, живопись, литература). Они довольно часто меняют работу, профессию, место жительства для «максимального самоудовлетворения», без стремления к материальному росту или славе. Также неровно складываются у них и семейные отношения из-за «отсутствия общих интересов» с брачным партнером.

*Неустойчивая психопатия.* Для группы лиц с данной формой психопатии характерны неустойчивость интересов, привязанностей, решений, неспособность к длительной сосредоточенности и однообразной деятельности, необычная внушаемость и легкость попадания под чужое влияние. Во многом клинические проявления неустойчивой психопатии обусловлены социальной средой жизнедеятельности этих личностей: при негативном окружении они легко вовлекаются в азартные игры, в злоупотребление алкоголем, наркотиками и их суррогатами, в сексуальные эксцессы и даже в нестандартные общественные деликты. Неустойчивые психопаты склонны к истерическим и возбудимым проявлениям.

Есть и другие клинические формы психопатий, но они довольно редки в судебно-психиатрической практике. И все-таки необ-

холомо еще раз подчеркнуть, что у психопатов часто встречаются расстройство влечений (сексуальные извращения, изнасилования, бродяжничество), прямолинейные и примитивные решения возникающих проблем и ситуаций (правдоискательство, агрессивность, кражи, поджоги и т.д.).

Оценивая заключения судебно-психиатрических исследований лиц, страдающих психопатией, необходимо помнить об их повышенной чувствительности к различного рода внешним (окружающей среды) и внутренним (биологическим) воздействиям в процессе жизнедеятельности. Эти факторы во многом обуславливают клиническую картину психопатий, ее динамику и этапы течения, обострения (декомпенсации) и ремиссии (компенсации). Причем социально значимы и опасны деяния таких лиц именно на этапе психопатической декомпенсации, когда обнажаются основные патологические свойства личности (в основном при нарушении социальной адаптации). При этом возможны психопатологические реакции (кратковременные аффективные разряды) и патологическое развитие (длительное по времени).

Таким образом, при интерпретации результатов судебно-психиатрических экспертиз следует обращать внимание на оценку экспертами клинического течения и симптоматики психопатий, поскольку в зависимости от этого возможны различные варианты поведения таких лиц и этим определяется их уголовная ответственность. Последние признаются судом невменяемыми за совершенные деяния в состоянии декомпенсации, при психопатических реакциях с потерей компенсаторных свойств, тотальных психопатических расстройствах и отсутствии социальной адаптации.

## **Глава 54. РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

**Реактивные (психогенные) состояния** — это временные, обратимые расстройства психической деятельности, обычно возникающие как реакция на тяжелые для конкретной личности психические переживания или травмы (арест, следствие, суд, оскорбление и т.д.). Для уточнения возможных деяний при этих состояниях необходимо знать основные группы этих расстройств — неврозы и реактивные психозы, их отличие и клинические проявления.

*Неврозы.* При их рассмотрении следует обратить внимание на то, что возникновение неврозов связано с длительно существующими психотравмирующими условиями жизнедеятельности, а их развитие влияет на те особенности личности, которые отражают слабость высшей нервной деятельности, низкий предел физиоло-

гической выносливости к различным по силе психогениям и т.д. В эту группу входят истерический невроз, невроз навязчивых состояний и неврастения, клинические проявления которых довольно различны.

*При истерическом неврозе* констатируют вегетативные, двигательные, сенсорные и психические расстройства. Их следует рассмотреть более подробно, так как они бывают в судебно-психиатрической практике.

Вегетативные нарушения отмечаются в виде спазма гладкой мускулатуры (ком в горле), ощущения непроходимости пищевода, чувства недостатка воздуха. Возможны также истерическая рвота, жидкий стул и другие вегетативные проявления (побледнение или покраснение кожи и т.д.).

Двигательные расстройства фиксируют чаще как истерические припадки (обусловленные двигательным возбуждением, сопровождаемым криками и слезами), но могут быть и истерические параличи (отказ находиться в положении стоя или в движении при сохранном опорно-двигательном аппарате), истерические афонии (утраты голоса), истерический отказ от речи (немота при сохранности понимания речи окружающих и отсутствии поражения центров речи в головном мозгу).

Особого внимания из-за своей социальной значимости заслуживают истерические припадки, которые возникают остро, после психогений, конфликтов и т.д. Припадку может предшествовать безудержный плач или хохот. Он никогда (в отличие от эпилептического) не возникает во сне или неожиданно для больного, при нем отсутствуют ушибы, увечья (так как такие лица, предчувствуя его наступление, успевают лечь или сесть), нет судорог, прикусывания языка, непроизвольного мочеиспускания и дефекации.

Сам истерический припадок определяется бурными хаотичными движениями, криками, плачем, размахиванием руками, выгибанием туловища (истерическая дуга), катанием по полу, царапанием себя, разрыванием на себе одежды и т.д. Движения носят демонстративный характер, мимика у таких лиц разнообразна и отражает то страх, то гнев, то отчаяние с изменением цвета лица (побледнением, покраснением).

Во время припадка наблюдается лишь частичное выключение сознания (удается получить ответную реакцию на окрик, болевое раздражение), сохраняется реакция зрачков на свет. В других случаях такие лица плотно сжимают веки или закатывают глаза. Длительность истерического припадка достигает 10—30 мин, затягиваясь при скоплении и суете окружающих больного людей.

Сенсорные изменения обычно отмечают в виде расстройств кожной чувствительности и нарушения деятельности отдельных органов (чаще это истерическая слепота и глухота).

Психические нарушения представлены колебаниями настроения, подавленностью, депрессиями, страхами, ипохондрическими проявлениями, фобиями и т.д.

Истерический невроз обычно сопровождается театральностью, патетикой, экспрессивностью, эгоцентризмом, эгоизмом, поверхностными эмоциями и т.д. При судебно-психиатрическом исследовании у личностей с диагностированным истерическим неврозом установлена такая особенность, как избирательная склонность к преувеличению имеющихся у них болезненных симптомов (аггравация).

*При неврозе навязчивых состояний* преобладает навязчивость с преимущественно образным и многообразным тягостным для конкретной личности аффективным содержанием переживаний, сомнений, представлений, воспоминаний, страхов и действий. Судебно-психиатрическая практика говорит о том, что такие больные обычно не совершают криминальных деяний вследствие сохранившейся у них критики к проявлениям навязчивости.

*При неврастении* выделяют на фоне хронического утомления и длительных психогенных травмирующих условий жизнедеятельности повышенную болезненную возбудимость, развитие депрессии, невозможность сосредоточиться, психическое и физическое истощение, невыносимость обычных раздражителей, головную боль, рассеянность, снижение творческой активности, нарушение сна и т.д. Эти астенические проявления продолжаются довольно длительно, никогда не сопровождаются психотической симптоматикой, и при нормализации ситуации состояние таких лиц возвращается к исходному.

Таким образом, в судебно-психиатрической практике неврозы встречаются довольно редко, потому что у таких испытуемых судебные психиатры не выявляют психотических расстройств (психоза, бреда, галлюцинаций, сумеречного помрачения сознания) и всегда устанавливают у них возможность осознать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими, т.е. такие лица признаются судом вменяемыми.

*Реактивные психозы.* К этой группе психических расстройств относятся разнообразные по клинической картине и интенсивности проявлений состояния, которые объединяются следующими общими признаками: 1) возникновение психоза непосредственно после психогении или через небольшой период после нее (минуты, часы, реже дни); 2) соответствие содержания психотических

переживаний характеру психической травмы; 3) обратимость психоза по мере прекращения действия психотравмирующего фактора; 4) значительная выраженность в клинической симптоматике различных аффективных расстройств, возникающих в стрессовых ситуациях (когда доминирующим переживанием становится страх за свою жизнь).

При рассмотрении реактивных психозов необходимо обратить внимание на характер клинической картины, остроту и длительность течения. Именно по этим признакам происходит деление на острые шоковые, подострые и затяжные реактивные психозы.

*Острые шоковые реактивные психозы* возникают под влиянием внезапной и сильной психогенной травмы (представляющей угрозу жизни, например: пожар, катастрофа, землетрясение и др.) или тяжелых потрясений (неожиданных известий, смерти близкого человека, ареста) и т.д. Причем они могут длиться минуты или часы, принимая в одних случаях форму психогенной заторможенности вплоть до ступора (с выраженными вегетативными нарушениями, сумеречным помрачением сознания, снопоподобной оглушенностью с последующей амнезией) или в других — резкого психомоторного возбуждения с внезапно наступившим страхом, паническим, хаотичным двигательным беспокойством, бесцельным движением, криками, бессмысленным бегством, а в тяжелых случаях — нарушения сознания вплоть до сумеречного. При этом выявляются обильные вегетативные расстройства (резкое побледнение или, наоборот, покраснение кожных покровов, перепады артериального давления, учащенное сердцебиение, потливость, чувство удушья, расстройство мочеиспускания и др.), которые обязательно сопровождают острое психотическое состояние. Это является важным признаком реактивного психоза. Многие психиатры рассматривают все многообразие психических расстройств при шоковых реакциях в плане их принадлежности к истерическим нарушениям с вовлечением в психоз окружающих и возможностью возникновения среди них («психическая индукция») паники. Подобное возбуждение может также переходить в глубокую заторможенность.

*Подострые реактивные психозы* (наиболее частая форма) — могут длиться от 2 до 12 недель. К ним относят (по ведущему клиническому признаку) психогенные депрессии, психогенный параноид, психогенный галлюциноз и истерический психоз.

По ведущим клиническим синдромам реактивные психозы классифицируются на:

— психогенные депрессии — при этом преобладает выраженный депрессивный синдром с аффектом тоски, уныния, апатии и общей психомоторной заторможенности;

— психогенный паранойд — протекает с развитием бреда отношения, преследования, внешнего воздействия и т.д., прямо или косвенно связанных с психотравмирующей ситуацией (арестом, судебно-следственными действиями, нахождением в следственном изоляторе);

— психогенный галлюциноз — довольно часто констатируют со слуховыми, а иногда и зрительными обманами восприятия, связанными с тематикой бреда и психотравмирующей ситуацией, сопровождаемыми аффектом страха.

*Затяжные реактивные психозы* — длятся 6 мес. и более, сохраняя в качестве ведущего психопатологического синдрома пугливость, псевдодеменцию, бредаподобные фантазии и др.

Давая судебно-психиатрическую оценку совершенным общественно опасным деяниям лиц в состоянии реактивного психоза, следует знать, что они признаются судом невменяемыми в отношении инкриминируемых действий. При этом, учитывая то, что такие психозы могут привести к длительным психопатологическим сдвигам, необходимо в ряде случаев в соответствии с ч. 2 ст. 21 УК РФ применить принудительные меры медицинского характера.

## **Глава 55. ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

Эта группа нарушений психической деятельности стоит отдельно в классификации психических заболеваний и относится к кратковременным психическим расстройствам. При рассмотрении причин их возникновения нужно учитывать, что эти психические нарушения являются своеобразной реакцией на внезапное (острое) психогенно обусловленное внешнее воздействие, лично значимое для конкретного человека. Такие транзиторные психозы обычно возникают у практически здоровых людей, но все же чаще у перенесших травму или заболевание головного мозга. Считается, что именно вследствие этих органических изменений в головном мозгу создаются предпосылки и условия для развития временных психических расстройств. Исключительные состояния (патологическое опьянение, сумеречное помрачение сознания, патологическое просоночное состояние, патологический аффект, реакция «короткого замыкания») в подавляющем большинстве случаев возникают у лиц с хроническими астеническими состояниями, при недосыпании, переутомлении. Эти психопатологические нарушения характеризуются следующими общими клиническими признаками: внезапное начало, непродолжительное течение (минуты),

обязательное присутствие расстроенного, преимущественно сумеречного помрачения сознания (иногда с двигательным возбуждением), отсутствие какого-либо контакта с окружающими, внезапное прекращение психоза, обратимость психотической симптоматики, переходящая в резкое психическое и физическое истощение либо в сон с последующим запоминанием происшедших событий.

Разберем эти состояния более подробно, так как они имеют особую социальную значимость в связи с участвовавшими в обществе коллизиями, военными конфликтами и катастрофами.

**Патологическое опьянение** развивается на фоне негативных внешних и внутренних условий жизнедеятельности буквально через несколько минут после приема алкоголя или его суррогатов (что чаще) или даже на фоне предшествующего алкогольного простого опьянения (что значительно реже). В отличие от последнего данное состояние обуславливается качественно иной психопатологической симптоматикой (но обязательно спровоцированной спиртными напитками) и прежде всего констатацией сумеречного помрачения сознания, которое обычно сопровождается аффектом страха смерти, а не банальным суммарным усилением симптомов простого опьянения. Причем патологическое опьянение может быть и с галлюцинациями и бредовыми расстройствами устрашающего характера, а в других случаях — с преобладанием резкого двигательного беспокойства, как правило, носящего оборонительный характер. При этом временном психическом расстройстве психопатологическая диагностика довольно затруднена, клиническая картина восстанавливается ретроспективно (как, кстати, и при других видах исключительных состояний) по материалам уголовного дела, показаний очевидцев и, прежде всего, констатации нарушенного восприятия реальной действительности и окружающего, галлюцинаторно-бредовых переживаний, автоматизированного характера действий, наличия аффекта страха, но главное — по установлению факта помрачения сознания. При его диагностике подэкспертный признается судом невменяемым.

**Сумеречное помрачение сознания** (не являющееся симптомом какого-либо хронического психического заболевания) — помимо указанной выше симптоматики чаще, чем при других видах временных психических расстройств, констатируют: частичную или полную отрешенность от окружающего, различную степень дезориентировки в месте, времени и ситуации, нарушение мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений и запоминанием происшедших событий. В более острых случаях отмечают утяжеление психотической симптоматики, развитие галлюциноза, бреда, аффекта злобы, тоски, страха, неис-

тового возбуждения, склонность к агрессивным действиям, нередко крайне жестоким, вандализму или, наоборот (что значительно реже), внешне упорядоченное поведение, но обязательно с развитием амнезии на происшедшие события. При выявлении сумеречного помрачения сознания как самостоятельного вида временного психического расстройства эти лица судом признаются невменяемыми.

**Патологическое просоночное состояние** (опьянение сном) возникает, как правило, в период патологического пробуждения от глубокого физиологического сна, который сопровождался яркими (кошмарными) сновидениями, но может быть и в период засыпания. При оценке результатов судебно-психиатрического исследования нужно иметь в виду, что при таком состоянии у пробудившегося человека реальная действительность воспринимается как продолжение сновидения, которое, в свою очередь, переплетается у него с неправильным восприятием окружающего. Вследствие этого возникают патологические переживания и опасные для окружающих действия (агрессия). Такое состояние заканчивается последующим глубоким сном. При установлении патологического просоночного состояния подэкспертный признается судом невменяемым за инкриминируемые деяния.

**Патологический аффект** — при этом констатируют воздействие внезапной и интенсивной психической травмы с кратковременным появлением трех фаз: подготовительной, взрыва и заключительной. В подготовительной фазе под влиянием психогенно обусловленной травмы (например, оскорбления) происходит резкое нарастание аффективной напряженности с потерей способности критически оценивать и осознавать происходящее. В фазе взрыва отмечают напряженность, которая перерастает в глубокое помрачение сознания, а затем и в аффект гнева или исступления с резким двигательным возбуждением, агрессией и вегетативными нарушениями (побледнением или покраснением лица, изменение ритма дыхания и др.). Для заключительной фазы характерно резкое истощение психических и физических сил (безразличие к содеянному и окружающему) вплоть до сна или прострации. Воспоминаний о происшедшем нет или почти нет. При судебно-психиатрической оценке патологического аффекта такое лицо освобождается судом от уголовной ответственности за совершенное общественно опасное действие.

**Реакция «короткого замыкания»** характеризуется длительным аффективным напряжением с преобладанием тоскливого настроения или отчаяния и воздействием мгновенно изменившейся ситуации. При этом кратковременно остро нарушается сознание (по



типу сумеречного помрачения) и резко нарастает возможность импульсивных действий. Это приводит к агрессии, аутоагрессии (самоповреждениям), суицидальным действиям с последующей прострацией вплоть до сна с частичной или даже полной амнезией. Суды таких подэкспертных лиц признают невменяемыми.

Особенностью судебно-психиатрических экспертиз при установлении у лиц временных психических расстройств должно быть четкое указание судебно-психиатрических экспертов на сочетание признаков, образующих клиническую картину транзиторных психозов (а не их изолированная констатация), которые позволят работникам следствия, прокуратуры, суда и адвокатуры судить о правомерности диагноза. Но главным при этом является доказательство существования острого помраченного сознания (как симптома) у подэкспертных в момент совершения инкриминируемых деяний, что является основанием для признания таких лиц судом невменяемыми.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судебная медицина и психиатрия, как видно уже из самого названия, являясь одной из медицинских дисциплин, имеет целью давать научно-практические сведения органам дознания, следствия, прокуратуры и суда. В данном случае она способствует правосудию, установлению истины в уголовном и гражданском процессе.

Ввиду органической связи судебной медицины и психиатрии с юриспруденцией на развитие и прогресс судебной медицины и психиатрии оказывают влияние не только прогресс медицинской мысли и успехи медицинских знаний, но и поступательный ход юридической науки и кодификации российского права.

Автор не ставил себе целью создание всеобъемлющего учебника с рассмотрением многочисленных случаев следственной, судебной, судебно-медицинской и судебно-психиатрической практики, поскольку ограниченный объем издания позволил представить читателю лишь наиболее часто встречающиеся случаи, а также выдвигаемые практикой вопросы и явления, которые могут учитываться как материал для уяснения элементарных положений и требований в работе судебно-медицинского и судебно-психиатрического экспертов при исполнении ими своих обязанностей. Конечно, и в пределах этих вопросов многое могло бы быть представлено в более широком казуистическом материале, воздержаться от чего пришлось по указанным выше причинам.

*Датий Алексей Васильевич*

*СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И ПСИХИАТРИЯ*

*Учебник*

Подписано в печать 01.10.2006.  
Формат 60х90/16. Гарнитура Newton.  
Бумага типографская № 2. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 20,0. Уч.-изд. л. 21,32.  
Доп. тираж 4000 экз. Заказ № 3044.  
Цена свободная.

Издательский Дом РИОР  
127282, Москва, ул. Полярная, д. 31 в.  
info@rior.ru  
www.rior.ru

Отпечатано с электронных носителей издательства.  
ОАО "Тверской полиграфический комбинат". 170024, г. Тверь, пр-т Ленина, 5.  
Телефон: (4822) 44-52-03, 44-50-34. Телефон/факс: (4822) 44-42-15  
Home page - www.tverpk.ru Электронная почта (E-mail) - sales@tverpk.ru

\*