



# **СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

**Могилев**

**МГУ имени А. А. Кулешова**

**2018**

*Электронный аналог печатного издания:*

Судебная медицина и судебная психиатрия

сост.: В. И. Петров, А. Ю. Рыжанков

Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2018. – 212 с.

ISBN 978-985-568-401-6

Учебно-методический комплекс предназначен для оказания помощи преподавателям в организации и проведении семинарских (практических) занятий, обеспечения контроля знаний, а также реализации самоподготовки учащихся по дисциплине «Судебная медицина и судебная психиатрия».

Издание содержит планы прохождения учебной дисциплины, краткий конспект лекций, глоссарий, планы семинарских занятий, комплекс ситуационных задач, тестовые задания, вопросы к зачету по дисциплине, перечень тем эссе и дипломных работ, а также методические рекомендации по их написанию.

Учебно-методический комплекс адресован преподавателям и студентам специальности «Правоведение» дневной и заочной форм получения образования, а также слушателям ИПК специальности «Правоведение».

**УДК 340.6(075.8)**

**ББК 58.1**

Судебная медицина и судебная психиатрия [Электронный ресурс] : учебно-методический комплекс / сост.: В. И. Петров, А. Ю. Рыжанков. – Электрон. данные. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2018. – Загл. с экрана.

212022, г. Могилев  
ул. Космонавтов, 1  
тел.: 8-0222-28-31-51  
e-mail: alexpzn@mail.ru  
<http://www.msu.by>

- © Петров В. И., Рыжанков А. Ю.,  
составление, 2018
- © МГУ имени А. А. Кулешова, 2018
- © МГУ имени А. А. Кулешова,  
электронный аналог, 2018

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебный курс «Судебная медицина и судебная психиатрия» является одним из важнейших в системе правовых дисциплин. Он изучается в тесной связи с такими юридическими дисциплинами, как гражданско-процессуальное, уголовно-процессуальное, уголовное, административное, уголовно-исполнительное право, криминалистика и другие.

Знания судебной медицины и судебной психиатрии будущим правоведом необходимы по следующим причинам:

1. Во-первых, они должны уметь качественно проводить осмотр места происшествия, при расследовании преступления, своевременно определять основания для назначения судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы в случаях, предусмотренных законодательством.

2. Во-вторых, им необходимо грамотно оформить постановление о назначении экспертиз и правильно сформулировать в нём вопросы для специалистов судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз.

3. В-третьих, полученные знания позволят студентам оценить выводы судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз применительно к конкретному криминальному событию.

4. В-четвёртых, отсутствие глубоких знаний основ судебной медицины и судебной психиатрии может повлечь ошибки в дальнейшей правоохранительной и судебной деятельности, будет препятствовать формированию должной доказательной базы при расследовании преступления, осложнит возможность предварительного определения наличия или отсутствия критериев вменяемости/невменяемости лица, совершившего общественно-опасное деяние.

**Основными целями и задачами курса «Судебная медицина и судебная психиатрия»** при более подробном рассмотрении являются:

- усвоение студентами теоретических основ судебной медицины и судебной психиатрии (общие понятия, характеристика предмета, метода, системы, задач и др.);
- уточнение организационной структуры Государственного комитета судебных экспертиз, предназначения его областных управлений, роли в правоохранительной деятельности;
- формирование у обучаемых знаний по судебно-медицинской татологии, судебно-медицинской травматологии, судебно-медицинской экспертизе живых лиц, трупов, вещественных доказательств биологического происхождения, по материалам дел, освидетельствования и др.;

- овладение студентами достижениями современной судебной медицины и развития у них умения определить современные тенденции совершенствования этой науки;
- приобретение студентами навыками работы с нормативно-правовыми актами, практикой их толкования и применения по вопросам в области судебной медицины и судебной психиатрии;
- развитие практических навыков и умений по квалифицированному решению вопросов, связанных с применением знаний из различных разделов судебной медицины, а также в работе с судебно-медицинской документацией;
- получение навыков самостоятельно организовать первоначальные процессуальные и иные правовые действия при различных событиях, требующих познаний в судебной медицине (осмотр места происшествия, трупа, освидетельствование, получение образцов биоматериала и пр.) и юридически правильно их зафиксировать;
- преодоление страха, брезгливости при обнаружении, изучении, упаковке и транспортировке «шокирующих объектов», возникших в связи с преступными посягательствами, формирование психологической устойчивости в связи с особенностями профессиональной деятельности;
- приобретение базовых психиатрических знаний по оценке состояния психики человека, её нарушений, особенностей функционирования психических процессов виновного лица в момент общественно-опасного деяния;
- получение сведений о строении нервной системы, особенностях получения информации о внешнем мире, взаимосвязи психических процессов и их роли в возможности осознавать индивидуальные действия и руководить ими;
- формирование знаний по проблемам вменяемости, дееспособности, дифференцировке противоправных действий, которые можно (или нельзя) вменить в вину в связи с криминальным событием;
- уточнение основных клинических проявлений хронических и временных психических расстройств, слабоумия, иных болезненных расстройств психики, как возможности соотнесения их с наличием медицинского критерия невменяемости;
- получение сведений о возможности правовой социальной защиты населения от психических больных, представляющих общественную опасность, в виде недобровольной госпитализации, применении принудительных мер безопасности и лечения;

- распознавание случаев симуляции, аггравации, сверх- и метасимуляции в практике судебно-психиатрической экспертизы как попытки уйти от уголовной ответственности и избежать заслуженного наказания;
- расширение общечеловеческого и юридического кругозора студентов, повышение их правовой культуры.

**Структура и содержание курса** отвечают поставленным целям и задачам и подразделяются на 18 тем таким образом, чтобы сформировать у студентов целостное представление о предмете «Судебная медицина и судебная психиатрия», о роли и возможностях судебно-медицинских экспертов и судебных психиатров-экспертов в деле защиты прав и законных интересов граждан, раскрытии, рассмотрении и разрешении уголовных и гражданских дел, дел об административных правонарушениях, с учетом возможностей психической деятельности на момент совершения общественно-опасных деяний. Особое внимание уделяется превенции (профилактике) правонарушений и преступлений.

**Формами изучения курса «Судебная медицина и судебная психиатрия»** являются:

- лекции;
- семинары;
- практические занятия;
- подготовка дипломных работ;
- организация «круглых столов» по изучаемой тематике;
- самостоятельная контролируемая работа студентов.

В настоящий учебно-методический комплекс **по курсу «Судебная медицина и судебная психиатрия»** для заочной и дневной форм получения образования включены по специальности 1-24 01 02 «Правоведение»:

- план прохождения дисциплины по семестрам для дневной и заочной формы получения;
- краткий конспект лекций;
- рекомендуемая литература и перечень нормативно-правовых актов по дисциплине;
- глоссарий с терминологическим аппаратом;
- задания к семинарским (практическим) занятиям и тесты;
- перечень эссе и учебно-методические рекомендации по их написанию;
- вопросы к зачету по дисциплине;
- перечень дипломных работ с указаниями по их подготовке.

По окончании изучения курса «Судебная медицина и судебная психиатрия» студенты должны уметь:

- описать современную организационную структуру учреждений Государственного Комитета судебных экспертиз Республики Беларусь;
- находить, толковать и применять нормативно-правовые акты по вопросам судебной медицины и судебной психиатрии;
- строго соблюдать положения законодательных и других нормативно-правовых актов при решении текущих профессиональных задач в рамках судебной медицины и судебной психиатрии;
- четко оценивать степень тяжести телесных повреждений лиц, пострадавших от общественно-опасного деяния, уметь их грамотно описать и зафиксировать в протоколе освидетельствования;
- грамотно проводить осмотр места происшествия, наружный осмотр трупа на месте его обнаружения, других объектов, квалифицированно фиксировать результаты осмотров;
- обнаруживать, фиксировать (процессуально оформлять), изымать, упаковывать, обеспечивать их сохранность и своевременное направление на судебно-медицинское исследование вещественных доказательств биологического происхождения;
- уметь строить диалог с участниками уголовного процесса с целью получения полезной информации о состоянии психического здоровья собеседника, особенностей функционирования его психики до, в момент, после совершения общественно-опасного деяния;
- максимально использовать возможности судебной медицины и судебной психиатрии для восстановления нарушенных прав и законных интересов граждан, профилактики правонарушений и преступлений.

**Учебная программа курса «Судебная медицина и судебная психиатрия» включает:**

- специальность 1-24 0102 «Правоведение» дневная форма получения образования: всего часов – 52 , в том числе: 36 часов – лекции; 16 часов – практические (семинарские) занятия;
- специальность 1-24 0102 «Правоведение» заочная форма получения образования: всего часов – 14 , в том числе: 14 часов – лекции; 16 часов – практические (семинарские) занятия.

Время на изучение курса определяется учебным планом, который утверждается учёным советом образовательного учреждения.

Изучение курса «Судебная медицина и судебная психиатрия» завершается сдачей зачёта.

## СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

### **Тема № 1: Предмет и задачи судебной медицины. Процессуальные и организационные основы СМЭ в Республике Беларусь.**

Исторические аспекты возникновения и формирования судебной медицины как теоретической и прикладной науки. Судебная медицина – как медицина в праве. Предмет и задачи науки, содержание и возможности практической реализации. Связь судебной медицины с юридическими и другими науками. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь. Организационная структура учреждений ГКСЭ Республики Беларусь. Обязанности, права и ответственность государственного судебного медицинского эксперта. Содержание составных частей заключения эксперта, требования к его оформлению и сроки вынесения заключения.

### **Тема № 2: Танатология как наука о смерти. Осмотр трупа на месте происшествия. Судебно-медицинское исследование трупа.**

Смерть как категория судебной медицины. Танатология как учение о смерти. Описание динамики умирания. Судебно-медицинское значение ранних и поздних трупных изменений. Общие положения по осмотру трупа на месте происшествия, а также примерный перечень вопросов, решаемых судебно-медицинским экспертом при осмотре трупа на месте обнаружения. Методика и особенности судебно-медицинского исследования трупа в случаях насильственной смерти от различных причин. Методика установления прижизненности или посмертности, давности телесных повреждений.

### **Тема № 3: Судебно-медицинская травматология.**

Общие понятия о травматизме. Судебно-медицинская классификация повреждений, их характеристика и механизм образования. Особенности травм при падении на плоскости и с высоты. Особенности принимаемых повреждений в зависимости от определённой разновидности транспортного происшествия, оценка механизма их возникновения. Использование возможностей СМЭ при расследовании транспортных происшествий и авиационных катастроф, оценка особенностей осмотра мест транспортных происшествий. Перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.

#### **Тема № 4: Повреждения острыми орудиями (оружием).**

Судебно-медицинская классификация повреждений, причинённых острыми орудиями, их характерные признаки и механизм образования. Общая характеристика острых орудий (оружия), особенности наносимых ими ран. Методика изучения и интерпретации следов крови на месте преступления. Причины смерти потерпевших, динамика кровопотери от острых орудий (оружия) и возможности спасения человеческой жизни. Способы установление индивидуальных особенностей орудия по повреждениям на теле потерпевшего. Характерные особенности повреждений при самоубийстве, членовредительстве, гетероагрессии и возможности СМЭ при решении вопроса насильственной смерти и установлении обстоятельств причинения телесных повреждений. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.

#### **Тема № 5: Огнестрельные повреждения.**

Понятие огнестрельного повреждения. Общая характеристика огнестрельного оружия. Разновидности повреждений в зависимости от применяемого оружия. Основные элементы пулевых огнестрельных ранений из разных типов оружия и возможности установления дистанции и последовательности выстрелов. Нетипичный полёт пули, рикошет: случаи из судебно-медицинской экспертной практики. Особенности повреждений при взрыве, его повреждающие факторы. Возможности СМЭ в случаях огнестрельных повреждений при решении вопроса о роде насильственной смерти. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ в случаях огнестрельных повреждений.

#### **Тема № 6: Механическая асфиксия.**

Сведения о механической асфиксии, её разновидности. Динамика асфиксии и общие признаки смерти от неё при наружном и внутреннем исследовании трупа. Характерные повреждения при повешении, давлении петлём и руками человека, при сдавлении грудной клетки и закрытии дыхательных путей инородными предметами. Утопление как разновидности обтурационной асфиксии, его характерные признаки. Возможности определения давности нахождения трупа в воде и значение лабораторных исследований для установления или исключения факта утопления. Возможности СМЭ при решении вопроса о роде насильственной смерти и примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.

### **Тема № 7: Расстройство здоровья и смерть от других внешних физических воздействий.**

Действие высокой температуры на тело человека, характерные термические повреждения, признаки прижизненного воздействия пламени. Судебно-медицинское исследование обгоревших трупов. Действие низкой температуры на человека и характерные изменения на теле пострадавшего. Особенности СМЭ в случаях смерти от переохлаждения организма. Действие технического и атмосферного электричества и характерные признаки поражения от него на теле потерпевшего. Расстройства здоровья и смерть от резкого изменения атмосферного давления, действия лучистой энергии, характерные морфологические изменения от действия ионизирующих излучений. Приведен примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.

### **Тема № 8: Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.**

Основание и методы проведения СМЭ живых лиц (нормативная база). Экспертные критерии определения степени тяжести телесных повреждений и утраты общей трудоспособности. СМЭ возраста, состояния здоровья, симуляции, искусственных болезней и членовредительства. Возможности СМЭ при половых преступлениях, особенности проведения судебно-медицинского освидетельствования потерпевшей и подозреваемого в случаях изнасилования. Судебно-медицинские экспертизы заражения венерическими болезнями и СПИДом, исследования по делам о спорном отцовстве (материнстве) и замене детей. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ, освидетельствований и исследований.

### **Тема № 9: Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств.**

Судебно-медицинская классификация вещественных доказательств. Объекты биологического происхождения и порядок их исследования, в том числе, выявление, изъятие и направление на СМЭ вещественных доказательств биологического происхождения. Правила взятия образцов для сравнительного исследования, особенности изъятия при осмотре места происшествия, освидетельствовании жертвы преступления и подозреваемого, исследовании трупа. Примерный перечень решаемых на СМЭ вопросов при исследовании пятен крови, спермы, слюны, мочи, пота и других биологических следов.

**Тема № 10: Предмет и задачи судебной психиатрии. Организационно-правовое обеспечение СПЭ.**

История возникновения и формирования судебной психиатрии как теоретической и прикладной науки. Объект и предмет изучения этой науки, её содержание и задачи. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические нарушения человека связи с его противоправным поведением. Определение судебно-психиатрической экспертизы, виды и основания для назначения экспертного исследования. Организационная структура судебно-психиатрических экспертных учреждений Республики Беларусь. Обязанности и права судебных психиатров-экспертов, составные части заключения судебно-психиатрической экспертизы и сроки проведения.

**Тема № 11: Симптомы психических заболеваний, методика исследования психически больных лиц.**

Строение нервной системы человека и организация его психической деятельности. Понятие о безусловных и условных рефлексах, первой и второй сигнальной системах. Рефлекторный механизм психической деятельности, роль психики в отражении окружающего мира и внутренних состояний человека, регуляции произвольного поведения. Основные психические (познавательные) процессы в норме и патологии: ощущение, восприятие, внимание, память, мышление, эмоции, воля и сознание. Соматические (телесные) и неврологические симптомы, синдромы психических расстройств.

**Тема № 12: Хронические расстройства психической деятельности человека. Их судебно-психиатрическая оценка.**

Исторические аспекты возникновения шизофрении как отдельной нозологической формы психиатрии. Клинические шизофрении и особенности его течения. Судебно-психиатрическая экспертиза шизофрении как одна из наиболее частых форм экспертного исследования в связи с ООД. Эпилепсия и эпилептические эквиваленты, а также хронические изменения психики при этом расстройстве. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии. Клинические признаки и течение биполярного расстройства (МДП) применительно к судебно-психиатрической практике. Критерии невменяемости душевнобольных и их удельный вес по нозологиям в совершении общественно-опасных деяний.

**Тема № 13: Острые и хронические расстройства психической деятельности человека, связанные с потреблением психоактивных веществ (ПАВ). Их судебно-психиатрическая экспертная оценка.**

Клинические особенности простого и патологического алкогольного опьянения, алкогольной зависимости и алкогольных психозов. Их судебно-психиатрическая оценка. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, зависимых от алкоголя. Понятие наркомании и токсикомании. Классификация наркотической зависимости, клинические проявления и динамика хронической интоксикации наркотиками и токсическими веществами. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психики, возникающих в результате потребления наркотических веществ и токсикоманических средств.

**Тема № 14: Временные расстройства психической деятельности человека. Их судебно-психиатрическая экспертная оценка.**

Классификация временных расстройств психической деятельности. Общие понятия о реактивных и исключительных состояниях. Особенности их возникновения и криминальная направленность. Отдельные клинические формы реактивных и исключительных состояний. Судебно-психиатрическая оценка временных расстройств психики, возможности применения принудительных мер безопасности и лечения. Примеры, подтверждающие социальную опасность данной категории больных при возникновении болезненного процесса.

**Тема № 15: Хронические расстройства психической деятельности человека, не исключющие вменяемости.**

Расстройства зрелой личности (психопатии). История вопроса, причины возникновения и разновидности. Общие признаки расстройств зрелой личности, особенности протекания отдельных форм. Ядерные и краевые психопатии, психологические особенности психопата как фактор возможного криминального поведения. Судебно-психиатрическая оценка ООД, совершённых лицами с расстройствами личности. Расстройства волевой деятельности, основные виды нарушений (парабулии). Парафилии как разновидность волевых нарушений (педофилия, эксгибиционизм, садизм, мазохизм и др.) и их судебно-психиатрическая оценка.

**Тема № 16: Слабоумие в рамках судебной психиатрии. Психические расстройства вследствие аномального развития, действия внешних и внутренних причин.**

Врожденное (олигофрения) и приобретенное (деменция) слабоумие. Причины его возникновения. Разновидности интеллектуальной недостаточности. Характеристика отдельных видов олигофрении в социальном и правовом контексте, их судебно-психиатрическое значение и оценка. Деменция как приобретенное слабоумие. Травматические, сосудистые и старческие поражения головного мозга, в том числе, атеросклероз сосудов головного мозга, артериальная гипертензия, атрофические процессы мозговой ткани как факторы психических нарушений. Их судебно-психиатрическая оценка. Понятие черепно-мозговая травма, описаны психические и правовые последствия травматизации головного мозга. Судебно-психиатрическая экспертная оценка травматических поражений головного мозга.

**Тема № 17: Притворное поведение в судебно-психиатрической практике.**

Понятия симуляция, аггравация, диссимуляция, причины их возникновения и виды. Притворное поведение в правоохранительной призмe как попытка избежать уголовного наказания. Основные проявления симуляции и способы её выявления, притворное поведение в местах лишения свободы. Методы распознавания притворного поведения, в том числе, при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Возможности психиатрии и психологии в диагностике симуляции, негативные стороны притворного поведения как возможность возникновения психических расстройств у ранее здоровых лиц.

**Тема № 18: Социальная опасность психически больных и меры профилактики общественно-опасных деяний применительно к ним.**

Причины и условия совершения общественно-опасных деяний психически больными лицами. Меры социальной защиты от противоправной активности душевнобольных, в том числе, недобровольная госпитализация. Показания и организация правовых и лечебно-профилактических мероприятий. Рассмотрены принудительные меры безопасности и лечения как фактор профилактики рецидивной преступности психически больных (организация и правовая база), а также критерии выбора режима наблюдения в психиатрических больницах специального типа, показания к прекращению принудительных лечебных мер. Порядок взаимодействия ОВД и психиатрических служб по профилактике преступлений психически больных.

**ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ  
«СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ»  
для дневной формы получения образования**

Семестр/ курс	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов			Форма аттестации (зач/экз)
		Лек- ции	Практические (семинарские) занятия	Лабора- торные занятия	
7 сем. / 4 курс	Предмет и задачи судебной меди- цины. Правовые основы СМЭ.	2	2		
	Танатология как наука о смерти. Осмотр и судебно-медицинское исследование трупа.	2	2		
	Судебно-медицинская травмато- логия.	2			
	Повреждения острыми орудиями (оружием).	2			
	Огнестрельные повреждения.	2			
	Механическая асфиксия.	2			
	Расстройство здоровья и смерть от других внешних физических воздействий.	2			
	Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.	2	2		
	Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств.	2	2		
	Предмет и задачи судебной пси- хиатрии. Организационно-право- вое обеспечение СПЭ.	2			
	Симптомы психических заболе- ваний, методика исследования психически больных лиц.	2			
	Хронические расстройства психи- ческой деятельности человека. Их судебно-психиатрическая оценка.	2	2		
	Судебно-психиатрическая оценка расстройств психической деятель- ности человека, связанных с употре- блением психоактивных веществ	2	2		
	Временные расстройства психи- ческой деятельности человека. Их судебно-психиатрическая оценка.	2			
	Хронические расстройства психи- ческой деятельности человека, не исключающие вменяемости.	2			

Окончание таблицы

Семестр/ курс	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов			Форма аттестации (зач/экз)
		Лек- ции	Практические (семинарские) занятия	Лабора- торные занятия	
	Слабоумие и иные психические расстройства вследствие аномального воздействия внешних и внутренних причин.	2	2		
	Притворное поведение в судебно-психиатрической практике.	2			
	Социальная опасность психически больных и меры профилактики общественно-опасных деяний применительно к ним.	2	2		
<b>ВСЕГО:</b>		<b>36</b>	<b>16</b>		<b>зачет</b>

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

**ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ  
«СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ»  
для заочной формы получения образования 4 года обучения**

Семестр/ курс	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов			Форма аттестации (зач/экз)
		Лекции	Практические (семинарские) занятия	Лабораторные занятия	
6 сем. / 3 курс	Предмет и задачи судебной медицины. Правовые основы СМЭ.	2			
	Танатология как наука о смерти. Осмотр и судебно-медицинское исследование трупа.	2			
	Судебно-медицинская травматология. Повреждения острыми орудиями (оружием). Огнестрельные повреждения. Механическая асфиксия. Расстройство здоровья и смерть от других внешних физических воздействий.	2			
	Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.	2			
	Процессуальные и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы. Меры медицинского характера по предупреждению общественно-опасных действий психически больных лиц.	2			
<b>Всего за семестр</b>		<b>10</b>			
7 сем. / 4 курс	Симптомы психических заболеваний, методика исследования психически больных лиц.	2			
	Психические расстройства при шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе, олигофрении.	2			
	Наркомания, токсикомания, алкоголизм.	2			
<b>Всего за семестр</b>		<b>4</b>			
<b>ВСЕГО:</b>		<b>14</b>			<b>зачет</b>

**ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ  
«СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ»  
для заочной формы получения образования 5 лет обучения**

Семестр/ курс	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов			Форма аттестации (зач/экз)
		Лек- ции	Практические (семинарские) занятия	Лабораторные занятия	
8 сем. / 4 курс	Предмет и задачи судебной медицины. Правовые основы СМЭ.	2			
	Танатология как наука о смерти. Осмотр и судебно-медицинское исследование трупа.	2			
	Судебно-медицинская травматология. Повреждения острыми орудиями (оружием). Огнестрельные повреждения. Механическая асфиксия. Расстройство здоровья и смерть от других внешних физических воздействий.	2			
	Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.	2			
	Процессуальные и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы. Меры медицинского характера по предупреждению общественно-опасных действий психически больных лиц.	2			
	Симптомы психических заболеваний, методика исследования психически больных лиц. Психические расстройства при шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе, олигофрении.	2			
	Наркомания, токсикомания, алкоголизм.	2			
<b>ВСЕГО:</b>		<b>14</b>			<b>зачет</b>

# КРАТКИЙ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

## По судебной медицине

### Тема 1. Предмет и задачи судебной медицины. Правовые основы СМЭ

**Судебная медицина** – это специальная медицинская дисциплина, представляющая собой систему научных знаний о закономерностях возникновения, способах выявления, методах исследования и принципах оценки медицинских фактов, являющихся источником доказательств, при расследовании уголовных дел и рассмотрении их в суде.

**Предметом** судебной медицины являются теория и практика судебно-медицинских исследований.

Содержание предмета судебной медицины включает следующие разделы:

- организационно-процессуальные положения (порядок назначения судебно-медицинских исследований (СМИ), реализация прав и обязанностей эксперта, оценка заключений судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) и др);
- судебно-медицинская танатология (учение о смерти – изучает её динамику, давность наступления, трупные явления и др.);
- судебно-медицинское учение о повреждениях (характер, механизм возникновения, исходы травм, степени тяжести телесных повреждений и др.);
- судебно-медицинская оценка состояния здоровья и физических особенностей (наличие болезней, определение возраста, решение спорных половых вопросов, исследования при половых преступлениях);
- судебно-медицинская токсикология (учение о ядах, клинике отравлений, их последствий, криминологическое значение и др.);
- исследование вещественных доказательств биологического происхождения (определение биологического происхождения и родства объектов и др.);
- судебно-медицинская экспертиза по идентификации личности, орудий нанесения телесных повреждений;
- судебно-медицинские исследования по материалам уголовных и гражданских дел;
- судебно-медицинские исследования в случаях профессиональных правонарушений медработников и вопросы правового регулирования медицинской деятельности.

**Метод судебной медицины** – это система приемов, правил и рекомендаций по изучению конкретных объектов, явлений, предметов и фактов.

К общенаучным методам относятся наблюдение, измерение, описание, сравнение, эксперимент, моделирование, математическая обработка.

В судебной медицине разработаны и специальные методы, свойственные именно этой науке:

1) методы других наук, но используемые в судебно-медицинских целях: гистологические, биохимические, спектральные, фотографические и др.;

2) судебно-медицинские методы, не имеющие аналогов в других науках: методики определения давности смерти, определения прижизненности и посмертности телесных повреждений, идентификации травмирующих орудий по повреждениям на теле человека и др.

**Судебно-медицинская экспертиза** – это научно-практическое исследование, которое проводится государственными судебно-медицинскими экспертами в целях разрешения вопросов медико-биологического характера, возникающих у органов предварительного расследования в связи с возбуждением и производством предварительного следствия по уголовным делам и у суда при рассмотрении уголовных, гражданских дел и дел об административных правонарушениях.

**Объектами** судебно-медицинской экспертизы являются:

- живые лица: потерпевшие, подозреваемые, обвиняемые и др.;
- трупы;
- вещественные доказательства (органы, ткани, выделения человека; орудия преступления; биологические следы, отражённые в следах их воздействия на теле, одежде и обуви человека; биообразцы для сравнительного исследования);

- материалы уголовных, гражданских дел и дел об административных правонарушениях, другие документы, содержащие медицинскую информацию.

**Цель** СМЭ – установление фактических данных и разрешение поставленных вопросов на основе применения медицинских знаний при соблюдении всех требований закона.

**Задачи** судебно-медицинских экспертиз:

1. Идентификационные задачи (определение индивидуальной или групповой принадлежности объекта: по крови – идентификация лица; по полу, возрасту, состоянию зубов, переломам костей – идентификация неопознанного трупа; по повреждениям на теле трупа – идентификация травмирующего предмета).

2. Диагностика свойств объекта и выявление причин, по которым объект приобретает определённые свойства (выявление телесных повреждений и почему на момент осмотра они такие: ссадины, кровоподтёки, раны).

3. Реконструкция события (определение условий и механизма нанесения травм, например вследствие падения, ДТП, выстрела).

4. Установление времени события (например, давности наступления смерти, возникновения кровоподтёка).

5. Установление причинных связей (например, телесного повреждения и смерти).

В уголовном процессе обязательное назначение и проведение экспертизы предусмотрено ст. 228 УПК, которая проводится для установления:

1) причины смерти, характера и степени тяжести телесных повреждений;

2) возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы о возрасте отсутствуют или вызывают сомнение;

3) психического или физического состояния подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение по поводу их способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе;

4) психического или физического состояния потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания.

#### **Виды судебно-медицинских экспертиз:**

1. По очередности проведения:

- первичная,
- дополнительная (проводится в случае возникновения новых вопросов в отношении ранее исследованных объектов),
- повторная (проводится в случае сомнения в обоснованности и правильности заключения эксперта).

2. По количеству экспертов, участвующих в проведении экспертизы:

- единоличная,
- комиссия (проводится несколькими экспертами одной специальности),
- комплексная (проводится несколькими экспертами разных специальностей).

3. По способам исследования: экспертиза живого лица; экспертиза трупов; медико-криминалистическая; биологическая; генетическая; гистологическая; химическая; биохимическая; цитологическая; экспертиза по материалам дела.

Основанием для проведения экспертизы является постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, выносимое в уголовном процессе лицом производящим дознание, следователем (в судопроизводстве по гражданским делам экспертиза назначается определением суда), в котором указываются:

- время, место назначения экспертизы, кто назначил экспертизу (должность, Ф.И.О.);
- основания назначения экспертизы (кратко обстоятельства дела и ссылка на статьи законов, определяющих назначение СМЭ);
- фамилия эксперта (экспертов), которому поручено производство или наименование учреждения, в котором должна быть проведена экспертиза;
- вопросы, поставленные перед экспертом;
- материалы, представляемые предоставляемые для проведения экспертизы.

Судебно-медицинские экспертизы проводятся специальным субъектом: судебно-медицинским экспертом. *В связи с проведением экспертизы эксперт имеет право:*

- 1) знакомиться с материалами, относящимися к предмету экспертизы и выписывать из них необходимые сведения;
- 2) заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, о привлечении к проведению экспертизы других экспертов, о принятии мер по обеспечению его безопасности, членов семьи, близких родственников, а также имущества;
- 3) с разрешения органа, ведущего уголовный процесс, участвовать в производстве следственных и других процессуальных действий, задавать допрашиваемым и другим лицам, участвующим в этих действиях, вопросы, относящиеся к предмету экспертизы;
- 4) давать заключения как по поставленным вопросам, так и по входящим в его компетенцию обстоятельствам, выявившимся при производстве экспертизы (право экспертной инициативы);
- 5) подавать жалобы на действия органа, ведущего процесс, если они ограничивают его права при проведении СМЭ;
- 6) у лица, назначившего экспертизу, уточнять смысл задаваемых вопросов;

7) реализовывать иные права, предусмотренные процессуальным законом.

Эксперт не вправе помимо органа, ведущего уголовный процесс, вести переговоры с участниками уголовного процесса по вопросам, связанным с проведением экспертизы; самостоятельно собирать материалы для использования; проводить исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов экспертизы.

*На эксперта возложены следующие обязанности:*

1) дать обоснованное и объективное заключение в письменной форме по поставленным перед ним вопросам;

2) отказаться от дачи заключения, когда имеются законные основания для отвода эксперта (самоотвод эксперта), если поставленные вопросы выходят за пределы его специальных знаний или если представленные ему материалы недостаточны для ответа на эти вопросы, а также отказаться от дальнейшего проведения экспертизы, если он придет к выводу о невозможности дачи заключения, о чем письменно уведомить лицо, поручившее ему производство экспертизы, с обоснованием этого отказа;

3) явиться по вызову органа, ведущего уголовный процесс, для представления его участникам уголовного процесса и дачи ответов на их вопросы, а также для разъяснения содержания данного им заключения;

4) соблюдать порядок при производстве следственных действий и во время судебного заседания;

5) не участвовать в производстве повторной экспертизы в случаях проведения им предыдущих экспертных исследований;

6) представлять документы, подтверждающие его специальную квалификацию, сообщить о своём профессиональном опыте и отношениях с лицами, участвующими в процессе;

7) предоставить органу, ведущему процесс, смету расходов на производство СМЭ, а также отчёт о понесенных расходах;

8) не разглашать сведения об обстоятельствах уголовного дела и иные сведения, ставшие ему известными в связи с проведением экспертизы, если он был предупрежден об этом органом уголовного преследования или судом, а также сохранять врачебную тайну;

9) соблюдать иные обязанности, предусмотренные законодательством.

Органом, осуществляющим проведения экспертиз от имени государства, является Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (далее ГКСЭ), образованный Указом от 22 апреля 2013 года. Функционировать ГКСЭ начал с 1 июля 2013 года.

Судебная медицина – это «медицина в праве», которая реализуется на практике в виде судебно-медицинской экспертизы, проводимой с учётом требований законодательства Республики Беларусь.

## **Тема 2. Танатология как наука о смерти. Осмотр и судебно-медицинское исследование трупа**

**Танатология** (*thanatos* – смерть, *logos* – учение) – наука, изучающая смерть как явление, причины ее наступления, процесс умирания, а также изменения тела после наступления смерти.

Умирание представляет собой превращения человека в труп. Оно происходит в несколько стадий (терминальных состояний):

1. Предогональное состояние – характеризуется значительным снижением жизненно важных функций: пульс слабый, артериальное давление снижено; сознание отсутствует или затемнено; снижение или отсутствие реакции на внешние раздражители.

2. Терминальная пауза – остановка дыхания на несколько секунд перед агонией.

3. Агональный период – активация ресурсов организма в борьбе за жизнь: повышение мышечного тонуса; учащенное и глубокое дыхание; повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений. Длится агония до нескольких минут, после чего происходит угасание функций организма до итоговой остановки сердца.

4. Клиническая смерть – остановка жизненно важных функций организма: прекращение деятельности нервной системы, нарушение дыхания, остановка сердца. Длительность ее около 5–6 минут по истечении которых для организма наступает биологическая смерть. В судебной медицине смерть классифицируют по категориям, родам и видам. В основу разделения положены объект воздействия, приведший к смерти (внешний или внутренний фактор), наличие или отсутствие преступного умысла, роковое стечение обстоятельств или личная неосторожность, разновидность травмирующего фактора или наличие старческой дряхлости, физического недоразвития, конкретной формы заболевания.

**Биологическая смерть** – необратимое прекращение деятельности дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Является юридическим фактом.

Констатация биологической смерти осуществляется на основании вероятностных признаков и достоверных признаков смерти. К первым

относят отсутствие сердцебиения, дыхания, реакции на внешние раздражители и т.п. Ко вторым относят комплексные трупные изменения, наступающие в результате смерти (признак Белоголазов, пятна Лярске, аутолиз и т.д.).

К ранним трупным изменениям относят: трупное охлаждение, трупное высыхание, трупные пятна, трупное оконечение, аутолиз. Поздние трупные изменения представлены разрушающими (гниение, скелетирование, разрушение трупа животными) и консервирующими (мумификация, жировоск, торфяное дубление) трупными изменениями.

**Трупное охлаждение** связано с прекращением образования тепла в организме. Падение температуры происходит в среднем  $1^{\circ}\text{C}$  за 1 час, в течении первых 6 часов после смерти, а затем на  $1^{\circ}\text{C}$  каждые 1,5–2 часа. Первыми остывают руки (через 1 час), потом лицо (2 часа) и остальные участки тела непокрытые одеждой ( в течении 4–5 часов). К концу первых суток температура уравнивается с температурой окружающей среды. Трупное охлаждение выступает абсолютным признаком смерти и позволяет определить ориентировочное время наступления смерти.

**Трупное высыхание** наступает из-за испарения влаги с поверхности отдельных участков поверхности тела. Быстрее всего высыхают губы, открытые слизистые оболочки, а также иные непокрытые одеждой участки тела. Интенсивность высыхания трупа определяется внешними условиями. Быстрее высыхание происходит при пониженной влажности (во влажной среде высыхания не происходит) и повышенной температуре. Трупное высыхание является абсолютным признаком смерти, а также позволяет установить нахождения труп (наличия пятен Лярске у трупа, обнаруженного с закрытыми глазами, свидетельствует о закрытии век трупа спустя некоторое время после смерти).

**Трупные пятна** представляют собой пятна цвета крови трупа, возникающие в результате стекания крови под действием своей тяжести в нижележащие части трупа и просвечивающиеся сквозь кожу. Например, если труп лежит на спине, трупные пятна образуются на задней поверхности туловища, шеи, конечностей. Если участки тела прижаты (например, весом самого трупа), то из-за сдавленности сосудов, на этих участках пятна не образуются. В возникновении и развитии трупных пятен выделяют следующие стадии:

1. *Трупный натек (гипостаз)*. Возникает спустя 1,5–2,5 часа после смерти. Если надавить на трупное пятно оно исчезает, но через минуту появляется вновь того же цвета. При изменении позы трупа пятна образуются в другом месте.

2. *Трупный стаз (диффузия)*. Начинается в течение 12–24 часов после смерти. При надавливании на пятно оно полностью не исчезает, при переворачивании трупа старые пятна становятся бледнее, но не исчезают, а появившиеся новые пятна являются слабоокрашенными.

3. *Имбибиция (пропитывание)*. Проявляется после 24 часов. При надавливании трупные пятна не исчезают и не меняют окраску. При изменении положения трупа новые пятна не образуются.

Осмотр трупных пятен позволяет определить положение нахождения трупа, давность смерти, повреждающий фактор. Трупные пятна – абсолютный признак смерти.

**Трупное окоченение** – это процесс посмертного уплотнения и укорочения мышц, без усиления рельефа. Развивается по следующим стадиям: 1) стадия расслабления мышц ( длится в течении первых 2–4 часов после смерти) – мышцы в состоянии покоя; 2) стадия развития трупного окоченения ( от 4 до 12 часов после смерти) – сначала начинают коченеть мышцы челюсти, шеи, голеностопного и тазобедренного сустава, затем остальные мышцы; 3) стадия выраженного трупного окоченения (с конца первых по начало третьих суток) – окоченение выражено максимально и затрагивает большинство мышц; 4) трупное окоченение исчезает (начиная с четвертых суток). Трупное окоченение является абсолютным признаком смерти и позволяет установить давность ее наступления, а поза трупа свидетельствует об обстоятельствах посмертного нахождения тела.

**Аутолиз** – это разрушение тканей и органов трупа без вмешательства микроорганизмов под действием собственных ферментов. Больше других органов подвержены аутолизу желудок, печень, поджелудочная железа. Признаки аутолиза следует отличать от прижизненных телесных повреждений.

Поздние трупные изменения начинают развиваться к концу 1-х и началу 2-х суток. Они делятся на разрушающие и консервирующие изменения.

К разрушающим трупным изменениям относят: гниение, скелетирование, разрушение трупа животными.

**Гниение** – это процесс разложение тканей трупа из-за деятельности микроорганизмов. Первые внешние проявления появляются на 2-3 сутки после смерти в виде участков зеленоватой кожи (*трупная зелень*). На 3–4 сутки гниение крови приводит к образованию *гнилостной венозной сети* (сосуды на поверхности тела становятся буро-зеленоватыми). К 8–10 дню в теле начинают скапливаться *трупные газы*, в результате чего лицо раздувается, губы выворачиваются, вздувается живот, увели-

чивается объем конечностей. Процесс гниения продолжается до 1-3-х лет и заканчивается **скелетированием трупа** (исчезновение мягких тканей трупа с костей в результате гниения и поедания насекомыми). Труп также может разрушаться представителями животного мира: насекомыми, птицами, животными, обитателями водоёмов и др.

К консервирующим трупным изменениям относят: мумификацию, жировоск и торфяное дубление.

**Мумификация** – общее высыхание трупа. Возможно через 6-12 месяцев после смерти. Мумификация позволяет проводить опознание трупа по внешним признакам, а также исследование телесных повреждений (например, странгуляционной борозды).

**Жировоск** – состояние, при котором жировые структуры трупа подвергаются омылению. Возникает в условиях повышенной влажности и отсутствия кислорода, при нахождении в них в течение от нескольких месяцев до года (у взрослого от 8 месяцев до года). Позволяет проводить опознание по внешним признакам, а также определять наличие и вид телесных повреждений.

**Торфяное дубление** – консервация тканей трупа за счет воздействия гумусовых кислот в торфяных болотах и почвах. Происходит уплотнение тканей трупа, они становятся темно-бурые, а кости гибкими. На таких тканях четко различимы повреждения и их особенности.

Судебно-медицинское значение трупных изменений заключается в следующем:

1. Биологическая смерть человека при наличии трупных изменений определяется достоверно.

2. Трупные изменения позволяют установить давность наступления смерти (в определённом диапазоне точности).

3. Трупные изменения могут указывать на причину и условия наступления смерти.

4. Консервирующие поздние трупные изменения позволяют выявлять повреждения и заболевания при больших сроках давности наступления смерти.

5. Характер трупных изменений позволяет определять условия пребывания трупа, изменение этих условий; изменения положения трупа после смерти, его перемещения.

6. Разрушающие поздние трупные изменения меняют внешние данные трупа, затрудняют установление личности умершего.

7. Консервирующие поздние трупные изменения позволяют устанавливать личность умершего в достаточно большие сроки после смерти.

С целью установления причин и обстоятельств смерти лица проводится осмотр трупа на месте его обнаружения. Выделяют наружный осмотр и внутреннее исследование трупа. При первичном осмотре трупа обращают внимание на следующие обстоятельства:

- местоположение трупа в отношении окружающих предметов и на чём он находится (ложе трупа);
- поза трупа (общее положение тела и взаиморасположение его частей – головы, рук и ног, а также орудий совершения преступления и вещественных доказательств), которая бывает характерной для определённого вида смерти: повешение, переохлаждение;
- повреждения и пятна крови, загрязнения на коже, татуировки на трупе;
- состояние одежды и обуви трупа (находятся в порядке или беспорядке, соответствуют сезону или нет, повреждения на одежде и т.д.);
- состояние карманов одежды, наличие документов;
- наличие предметов на трупе, под ним и в непосредственной близости от него, в одежде;
- наличие, характер и особенности трупных явлений, признаки переживания тканей.

При непосредственном осмотре трупа могут быть высказаны *предварительные суждения* по следующим моментам: предположительная причина смерти; если предполагается насильственная смерть, то имело ли место убийство, причинение смерти по неосторожности, самоубийство или несчастный случай; предположительный механизм и давность телесных повреждений, наличие причинной связи с наступившей смертью; данные, характеризующие умершего (при отсутствии паспортных сведений); давность наступления смерти; перемещался ли труп или смерть наступила в том месте, где он обнаружен.

После осмотра места происшествия труп направляется в морг экспертного учреждения для проведения СМЭ трупа. При производстве судебно-медицинский эксперт следующие вопросы:

1. Какова причина смерти?
2. Имеются ли на теле умершего телесные повреждения, степень их тяжести, механизм образования, локализация, время причинения, давность образования, и не находятся ли они в причинной связи с наступившей смертью?
3. Какими заболеваниями страдал покойный, и не находятся ли они в причинной связи с наступившей смертью?
4. Не принимал ли умерший незадолго до смерти алкогольные напитки?

Из дополнительных могут быть вопросы о давности наступления смерти, выделении прижизненных и посмертных повреждений, возможности их получения при конкретных обстоятельствах (падение, автотравма и др.), от конкретных предметов, возможности совершения активных действий после получения повреждений, употреблении покойным перед смертью наркотических, психотропных лекарственных средств и др.

В ходе внутреннего исследования в обязательном порядке вскрываются три полости: грудная, брюшная и полость черепа. Подходы к методике внутреннего исследования трупа различны: органы могут исследоваться без их извлечения из полостей; после извлечения в виде комплексов или исследования каждого органа в отдельности. На проведение СМЭ трупа отводится до 30 дней. Результаты судебно-медицинского исследования оформляются в виде акта в 2-х экземплярах и являются элементом доказательной базы при рассмотрении криминальных событий правоохранительными органами.

### Тема 3. Судебно-медицинская травматология

**Травматология** (от греч. *trauma* – рана, *logos* – учение) – это учение о повреждениях, их возникновении и течении, диагностике, лечении и профилактике.

Судебно-медицинская травматология – является разделом травматологии как науки о телесных повреждениях, но используется для решения вопросов, связанных с противоправной активностью.

Знания судебно-медицинской травматологии необходимы: а) для решения задач при обнаружении трупа с признаками травмы; б) исследовании живых лиц при наличии у них повреждений.

Нарушения структуры и функции тканей (механические повреждения) возникают от действия энергии движения тел. Сначала наступает деформация тканей, затем – их разрушение (зависит от упругости и прочности тканей). Травмирующий предмет сам может находиться в движении или человек получает повреждения при его движении и ударе тела или его частей с неподвижным травмирующим предметом.

Повреждения, которые выявляются при осмотре тела человека, называются *наружными* (например, ссадины, кровоподтёки, раны, размоложения тканей, посттравматические деформации частей тела, отчленение, роасчленение). Повреждения, которые не выявляются при таком

осмотре – *внутренними* (переломы костей, повреждения внутренних органов и тканей, скопления крови в тканях: кровоизлияния и гематомы), отрыв внутренних органов).

При судебно-медицинском исследовании механических повреждений устанавливают: наличие повреждений; их морфологические особенности; каким предметом они могли быть причинены, механизм образования, прижизненность или посмертность нанесения, последовательность; давность происхождения повреждений; влияние повреждений на состояние здоровья, жизни пострадавшего (причинную связь между повреждением и расстройством здоровья, смертью); степень тяжести повреждений.

**Виды** повреждений в зависимости от способа причинения:

- повреждения, нанесенные тупым предметом;
- повреждения, причиняемые невооруженным человеком;
- повреждения при падении с высоты;
- спортивная травма;
- транспортная травма (автомобильная, мотоциклетная, тракторная, железнодорожная, авиационная);
- повреждения острыми орудиями;
- огнестрельные повреждения;
- повреждения при взрывах.

Также повреждения подразделяют на виды в зависимости от морфологических особенностей: ссадины; кровоподтеки; раны; переломы костей; вывихи; растяжения; разрывы и разможнение внутренних органов и отделение частей тела.

**Ссадины** – механическое поверхностное повреждение с нарушением целостности эпидермиса (надкожицы – поверхностного слоя кожи) или слизистых оболочек. Ссадины образуются главным образом вследствие скольжения, а травмирующая сила всегда действует под углом к поверхности кожи. Нередко очертание ссадин полностью или частично отражают форму предмета: от действия ногтей, образуются типичные серповидные ссадины, от дульного конца ствола ружья – кольцевидная, от пряжки ремня – «Е», «Т», «П»-образные.

Вначале ссадина влажная, красно-коричневая, ниже уровня окружающей кожи, через 6–12 часов она подсыхает, спустя 12–24 часа – сравнивается с окружающей кожей за счет образования типичной для прижизненных ссадин корочкой. С 3–4 дня корочка начинает отслаиваться и к 7–12 дню отпадает. После нее остается розовая (нет кожного пигмента), нежная поверхность, которая сохраняется до 30 дней.

Наличие ссадин это показатель применения насилия. Иногда можно определить вид насилия, характер травмирующего предмета, направление движения травмирующего предмета. По степени заживления судят о давности. Ссадины обычно относятся к легким телесным повреждениям без расстройства здоровья.

**Кровоподтеки** возникают вследствие травматического разрыва кровеносных сосудов и скопления крови в коже, слизистых оболочках и подкожной клетчатке. Кровь может пропитывать ткани (кровоизлияние) либо скапливаться в межтканевых пространствах или в полости (гематома) образуя кровоподтек. Кровоподтеки отображают форму травмирующего предмета, если он имеет ограниченную травмирующую поверхность. Кончики пальцев оставляют овальные кровоподтёки, зубы человека – кольцевидные, состоящие из отдельных звеньев, при ударе палкой – в виде полос.

Свежие кровоподтеки (первые 1–4 часа) – багровые, затем их цвет становится синеватым. На 4–8 день они становятся зеленоватыми, а затем постепенно желтеют (на 7–15 день). Кровоподтеки проходят без следов.

Значение кровоподтёков – показатель насилия, по форме иногда можно установить вид травмирующего предмета, в отдельных случаях идентифицировать его. Локализация и вид могут помочь определить вид насилия, а по цвету можно судить о давности. Кровоподтёки обычно относятся к легким телесным повреждениям без расстройства здоровья, иногда – с расстройством.

**Рана** – механическое повреждение кожи или слизистых оболочек с нарушением их целостности через все слои. По характеру предмета и механизму причинения повреждения различают:

- раны от твердых тупых предметов – ушибленные, рваные, ушибленно-рваные;
- раны от острых предметов – резаные, колотые, колото-резаные, рубленые, пиленые;
- раны от огнестрельного оружия (огнестрельные) – пулевые, дробовые, раны от взрывов.

Раны от тупых предметов возникают, когда травмирующая сила превышает прочность кожи. Они возникают от удара, сдавливания кожи между двумя твердыми предметами и называются *ушибленными*. Возможен разрыв кожи при её сдавливании и растяжении, что приводит к образованию *рваных, лоскутных или скальпированных ран*. Как вариант раны от тупого предмета – *рана от укуса*. Форма ран от тупых предметов – разнообразная и зависит от характера травмирующего предмета. Ушибленные раны

имеют неровные, нередко лоскутные или с надрывами, разможенные, кровоподтечные, осаднённые, отслоенные от костей края.

**Разрывы** появляются если в механизме воздействия тупого предмета преобладает не давление, а растяжение, то в результате чрезмерного растяжения кожи возникает разрыв. Значение – это показатель насилия, указывают на место насилия и свидетельствуют о воздействии значительной силы. По форме раны можно определить направление травмирующей силы.

**Переломы** – это полное или частичное нарушение целостности костей. Повреждение костей свидетельствует о грубом насилии, о воздействии большой силы. При судебно-медицинской диагностике морфологические особенности переломов костей позволяют определить вид и механизм травмы, свойства повреждающего предмета, направление и силу его воздействия.

**Повреждения внутренних органов** могут появиться после удара в виде кровоизлияний, отрывов и разрывов отдельных органов или частей тела, а также их разможения.

Повреждения от действия тупых предметов возникают при воздействии *травмирующей поверхности предмета*. Она может быть преобладающей (по размерам больше травмируемой части тела) и ограниченной (соответственно – меньше). Травмирующее действие тупых предметов по механизму возможно от удара, сдавливания, растяжения или их комбинации. При воздействии предмета с ограниченной поверхностью возникшее повреждение может отображать особенности травмирующей поверхности тупого предмета.

Телесные повреждения человека могут возникать как ауто- и гетеротравма. В практическом плане следует различать телесные повреждения, наносимые собственной или посторонней рукой. В практике СМЭ травмы чаще возникают как признак насилия. Их характерные особенности позволяют предположить вид травмирующего орудия (оружия) и, таким образом, ограничить круг подозреваемых, выявить бесспорные улики в установлении виновного лица.

#### **Тема 4. Повреждения острыми орудиями (оружием)**

Повреждения острыми орудиями (оружием) относятся к механическим телесным повреждениям, которые в практике СМЭ встречаются наиболее часто.

**Повреждения острыми предметами** – это повреждения предмета, которые воздействуя острыми концами, краями оказывают различное действие на ткани: прокалывают, рассекают, разрезают, разрубают, раздвигают или расщепляют их, не вызывая деформации.

Острыми можно назвать любые предметы, орудия, имеющие острый конец (остриё) или край (лезвие). В зависимости от назначения и механизма действия острые предметы подразделяются на: 1) *колющие*; 2) *режущие*; 3) *колюще-режущие*; 4) *рубящие*; 5) *тилящие*.

**Повреждения колющими предметами.** Колющие предметы и орудия имеют узкую, удлиненную форму и острый конец (шило, гвоздь, нож и пр.).

Механизм действия колющих предметов – прокалывание и раздвигание тканей. Действуют они главным образом острым концом, который погружается в кожу и подкожную клетчатку, раздвигая и расщепляя ткани. Особенности колотой раны:

1) сравнительно небольшое входное отверстие, форма и размеры которого обусловлены формой и размерами поперечного сечения колющего предмета, а также эластичностью и сократимостью кожи;

2) края колотых ран обычно ровные, могут быть осаднены (по краям колотой раны – кольцеобразная ссадина в виде «пояска осаднения», возможны разрывы);

3) колющие предметы могут образовывать зону обтирания, чаще на одежде, выраженную в большей степени со стороны острого угла погружения;

4) значительная, по сравнению с размерами раны, длина раневого канала, который может заканчиваться слепо или выходным отверстием;

5) при значительной силе удара колющий предмет может повредить кость, с возникновением отверстия, соответствующего размерам, форме, контуру его поперечного сечения на уровне погружения;

6) отсутствие или незначительное наружное кровотечение, наличие внутреннего кровотечения.

В зависимости от профиля колющего предмета они также могут быть овальной, звёздчатой или другой формы.

**Повреждения режущими предметами** возникают при протягивании по поверхности тела с одновременным давлением лезвия (острого края) режущего предмета. К режущим относятся любые предметы, имеющие острый повреждающий край: острый нож, бритва, топор, кусок стекла и т.д. Механизм действия режущих предметов – рассечение кожи и глубже лежащих тканей. Особенности резаных ран:

1) резаные раны длинные и узкие, чаще прямолинейные, реже дугообразные, в виде ломаной линии, а также лоскутные, в зависимости от того, как двигался повреждающий предмет;

2) края резаных ран ровные, гладкие, неосадненные, без разрывов и кровоподтеков. По краям раны могут быть насечки;

3) концы раны всегда острые;

4) длина раны преобладает над глубиной;

5) глубина резаной раны меньше ее наружных размеров, дно ровное, расположение дна возле концов раны ближе к поверхности кожи, чем по центру;

6) резаные раны обильно кровоточат, поскольку при разрезании пересекаются кровеносные сосуды, просвет которых зияет.

Если резаная рана причинена тупым лезвием, имеющим зазубрины и дефекты, края раны могут быть неровными и осадненными, как при действии ребра тупого предмета, однако анализ всех характерных признаков позволяет дифференцировать эти виды ран.

**Повреждения колюще-режущими предметами.** Они образуются от действия предметов, обладающими одновременно колющими и режущими свойствами. К таким предметам относят ножи, штыки, кинжалы, кортики.

Механизм действия колюще-режущего орудия: острым концом оно прокалывает ткани, проникая вглубь, а затем клинок разрезает их.

Особенности колото-резаных ран:

1) имеют веретенообразную, щелевидную, клиновидную, дугообразную, угловатую форму (ее определяют, сближая края раны);

2) края раны ровные, неосадненные;

3) глубина раны (длина раневого канала) всегда превышает ее длину;

4) имеют один или два острых конца (зависит от типа ножа);

5) один конец раны может быть закруглён, П- или М-образным, а другой – острым (при действии одностороннее острого оружия, имеющего «обушок», когда рёбра спинки образуют два надрыва кожи за счет растяжения тканей);

6) кроме основного разреза, образующегося от погружения клинка в тело, имеется дополнительный разрез, расположенный под углом к основному (возникает при извлечении ножа под углом);

7) характерно обильное кровотечение.

Колющие предметы с лезвием не только расщепляют ткани острым концом, но и разрезают ткани лезвием, однако оно скользит не по поверхности кожи, а перпендикулярно к ней. Насечки, надрезы в таких

ранах не возникают. В глубине раны может находиться обломившийся о кости конец лезвия.

**Повреждения рубящими предметами.** К таким предметам относят топоры, ледорубы, мотыги, лопаты, сабли и др. Отличительным свойством рубящих орудий является наличие более или менее острого лезвия и сравнительно большой массы. Повреждения возникают от острого края или острого конца рубящего предмета, имеющего лезвие с утяжелённой основой.

Механизм действия рубящих предметов – рассечение и сдавливание кожи и подлежащих тканей. Особенности рубленых ран:

1) глубокие, щелевидные раны, значительной длины, с массивным разрушением тканей, напоминающие повреждения от режущих предметов;

2) чаще располагаются на голове;

3) края ран при визуальном осмотре – ровные, при исследовании с помощью лупы – с зазубринами, неровностями, выраженность которых зависит от остроты топора;

4) в области краёв могут наблюдаться полосовидные осаднения;

5) концы рубленых ран определяются особенностями рубящего предмета, положением орудия в момент образования раны и от глубиной погружения его в ткани – могут быть острыми либо с разрывами;

6) отличаются нарушением целостности костей – в виде надрубов, врубов, разрубов, отрубов;

7) поверхность повреждения в костях от лезвия рубящего предмета ровная, называется «шлифом» и часто имеет индивидуальные особенности;

8) сопровождаются обильным кровотечением.

Значительная сила воздействия и глубина повреждения обуславливают повреждение костей: щелевидные и оскольчатые переломы, насечки.

**Повреждения, наносимые пилящими предметами.** Возникают от действия зубцов пилы при её поступательном движении. Повреждения пилящими предметами оставляют прямолинейные раны с неровными, несколько зазубренными и осаднёнными краями; с перемычками тканей на дне; с отрывами кусочков тканей, находящимися в глубине раны и на коже вокруг неё; на концах раны – царапины и насечки. По трассе на коже от последнего по счету зубца пилы можно определить конкретный экземпляр по его характерным признакам.

Повреждения острыми орудиями (оружием) оставляют характерный «след», что даже визуально позволяет предположить разновидность ранящего предмета. Это помогает следователю целенаправленно прово-

дить поиск орудия преступления. Более тонкие СМИ позволяют точно идентифицировать это орудие (оружие), обнаружить «следы» биоматериала жертвы на их поверхности. В судебной практике эти данные часто являются наиболее вескими доказательствами вины.

## Тема 5. Огнестрельные повреждения

Огнестрельные повреждения возникают в связи с доступностью и применением оружия в нашей повседневной жизни. Под **огнестрельными повреждениями** понимают такие виды механических травм, которые происходят в результате выстрела из огнестрельного оружия, взрывов снаряда или взрывчатых веществ.

Повреждающими факторами при этом могут быть: снаряд (пуля, дробь) и его части; продукты сгорания пороха (зерна, газы, копоть); продукты сгорания капсульного заряда; мельчайшие частицы оружия; смазка оружия; воздушная волна.

Механизм образования повреждений:

- пуля при попадании в тело наносит сильный удар;
- удар сжимает и разрывает пострадавшие участки;
- пуля частично выбрасывает прилежащие мягкие ткани в сторону и по ходу полета;
- ударная волна распространяется в стороны и вызывает повреждения тканей и органов, расположенных вблизи раневого канала.

При попадании в кость пуля вызывает дополнительные повреждения в мягких тканях. При ранении органов, содержащих жидкость, проявляется гидродинамическое действие.

В зависимости от количества кинетической энергии и морфологических особенностей ранения различают следующие виды воздействия пули:

- разрывное – пуля разрывает края повреждений;
- пробивное – пуля выбивает и уносит часть тканей, в результате чего образуется отверстие с дефектом;
- клиновидное – пуля вытягивает кожу и подкожную клетчатку и разрывает их, образуя щелевидную рану без дефекта;
- контузионное – действует лишь ушибающе, вызывая ссадину или кровоподтек.

Одновременно с пулей вслед за ней из канала ствола оружия при выстреле вылетают продукты сгорания пороха, пламя, газы, копоть, порошинки, т.е. дополнительные факторы выстрела. Они летят на разное

расстояние (от 5,0 см до 1,0 метра) и, достигая поражаемой поверхности, откладываются в области входного огнестрельного отверстия, создавая определенную морфологическую картину.

Огнестрельные ранения бывают:

- сквозные (входное отверстие, раневой канал и выходное отверстие);
- слепые (входное отверстие, раневой канал в конце которого – пуля);
- касательные (открытый раневой канал);
- тангенциальные (входное и выходное отверстия располагаются рядом);
- опоясывающие (пуля, встречая преграду, изменяет направление и выходит на стороне входа).

### **Основные элементы огнестрельных ранений:**

- 1) *входное отверстие;*
- 2) *раневой канал;*
- 3) *выходное отверстие.*

**Входным отверстием** называется повреждение, причиненное пулей в момент входа в тело человека образующее дефект кожи и тканей. Признаками его являются:

- круглая или овальная форма на 1,5–3,0 мм меньше диаметра пули, дефект ткани, зубчатость края, выраженная тем больше, чем меньше кинетическая энергия пули и чем тупее ее конец;
- ободок осаднения – по краям узкое 2–3 мм воронкообразное углубленное кольцо, вызванное скольжением и трением боковой поверхности пули;
- ободок обтирания – серовато-черное узкое кольцо 2–3 мм за счет обтирания боковой поверхности пули и отложения находящихся на ней частиц копоти, окислов металла, оружейной смазки. По форме и локализации соответствует пояску осаднения;
- кольцо высыхания обнаруживается только на трупе;
- кольцо металлизации – отложение мельчайших частиц металла по краю входного отверстия.

**Раневой канал** это путь, пройденный пулей в теле, представляющий собой сумму пулевых отверстий в различных тканях и органах. Пуля при формировании раневого канала образует отверстие с дефектом ткани. Выбитые частицы ткани пуля (ранящий снаряд) несет впереди себя, что приводит к расширению канала. По направлению раневого канала можно решить вопрос о направлении полета пули и ответить на другие вопросы о положении в момент выстрела, о месте, откуда произведен выстрел.

**Выходное пулевое отверстие** – это место выхода пули из тела человека. Свойства зависят от энергии пули. Чаще представляет собой образует рану с дефектом, но меньшем, чем во входном отверстии. В выходном отверстии нет ободков осаднения, обтирания.

Исследование огнестрельного ранения позволяет определить расстояние, с которого произведен выстрел, основываясь на выраженности дополнительных факторов выстрела в области входного пулевого отверстия. Дополнительные факторы выстрела оказывают воздействие на разном расстоянии:

- *предпулевой воздух* – до нескольких сантиметров;
- *пороховые газы* – до нескольких десятков сантиметров;
- *копоть* до 40,0 см;
- *тяжелые частицы (порошинки, кусочки металла)* – до 1,0–2,0

*метров.*

При выстреле в часть тела, прикрытую одеждой, дополнительные факторы задерживаются на ней, поэтому исследование одежды при огнестрельных повреждениях обязательно.

При оценке дистанции выстрела выделяют:

**Выстрел в упор** характеризуется тем, что дульный конец оружия плотно прилегает к поражаемой поверхности: коже или одежде. Дополнительные факторы выстрела устремляются в раневой канал. Признаками выстрела в упор являются:

- отложение копоти, порошинок (несгоревшего пороха), металла, оружейной смазки на стенках по ходу раневого канала;
- отпечаток на коже («штанцмарка») дульного конца оружия в виде кровоподтека, осаднения, отложения копоти или лишнего копоти участка, вдавления – по форме полностью или частично повторяющего дульный конец;
- относительно узкий, до 1,0 см в диаметре, но интенсивно окрашенный серовато-черный пояс копоти по краям входного отверстия;
- разрыв краев входного отверстия в одежде, а при выстреле в область, где близко подлежит кость, и в коже, или большая величина отверстия 0,7–1,0 см в диаметре в следствии действия пробивного газа (повреждения кожи и одежды причиняются первоначально предпулевым воздухом);
- розоватая окраска краев входного пулевого отверстия за счет химического воздействия газов.

**Выстрел частично в упор.** Дульный срез оружия касается поражаемой поверхности только одной стороной, частичный отпечаток дульного конца оружия (лишь с одной стороны).

**Выстрел на очень близком расстоянии.** Характеризуется действием дополнительных факторов выстрела на кожу вокруг входной огнестрельной раны:

- осаднение кожи (от действия предпулевого воздуха);
- довольно широкий пояс отложения копоти, металла, пороха, оружейной смазки по краям входного пулевого отверстия;
- кровоподтек, разрывы краев входной раны из-за действия пороховых газов;
- розоватая окраска за счет действия пороховых газов;
- опаление ворса одежды, кожи (в ней же – химические изменения) и волос.

**Выстрел на близком расстоянии.** При таком выстреле остаются копоть и порошинки в виде широкого кольца, иногда двух колец по краю входного пулевого отверстия, возможно лучистое или иное отложение копоти, характерное для определенного вида оружия. Отсутствие признаков действия газов и пламени.

**Выстрел на неблизком расстоянии.** В области входного пулевого отверстия какие-либо следы дополнительных факторов выстрела отсутствуют. Исключение составляет *признак Виноградова*: отложение частичек копоти с обратной стороны внутреннего слоя одежды вокруг входного пулевого повреждения при дальней дистанции выстрела из-за переноса частичек копоти в завихрениях воздуха вслед за пулей.

**Повреждения при рикошете** (отражение огнестрельного снаряда при взаимодействии с преградой) связаны с изменением скорости и направления полета пули, ее деформацией и фрагментацией, что приводит к образованию ран необычной формы (щелевидной, треугольной и др.), множественных ран.

Судебно-медицинское значение изучения огнестрельных ран состоит в том, что зная закономерности возникновения данного вида повреждений и динамику их обратного развития (заживления) можно установить каким орудием (оружием) оно было нанесено, давность происхождения, механизм образования, прижизненность повреждения.

**Взрывная травма** возникает при взрывах боеприпасов и взрывчатых веществ. В судебно-медицинской практике иногда встречаются повреждения от взрыва тротила, аммонала, динамита, авиабомб, мин, гранат и др.

**Взрыв** – это импульсное (быстрое) выделение большого количества энергии в результате физических или химических превращений вещества, значительного расширения объема исходного вещества и (или) продуктов его превращения.

Повреждающими факторами взрыва являются:

- ударная волна взрывных газов (зона высокого давления);
- высокая температура взрывных газов;
- осколки снаряда (оболочки);
- вторичные снаряды (осколки, перемещающиеся предметы).

**Ударная волна взрыва** способна причинить осаднения и разрывы кожи, кровотечения из слуховых проходов и носа, закрытые переломы, повреждения одежды. От ее действия возникают неврологические расстройства (контузии). При давлении во фронте ударной волны  $0,3 \text{ кг/см}^2$  – разрывы барабанных перепонок, при давлении около  $1 \text{ кг/см}^2$  – смертельные повреждения внутренних органов, свыше  $1,2 \text{ кг/см}^2$  может вызвать отрыв конечностей, расчленение. Ударная волна вызывает общую контузию, акустическую травму и другие закрытые повреждения.

От **действия высокой температуры** при взрыве образуются ожоги различной степени на открытых одеждой участках тела. Ожоги могут возникать и от горячей одежды. При взрыве в непосредственной близости от человека возможны закапчивания и опаления одежды и волос.

При относительно близких расстояниях взрыва возникают **ранения осколками самого снаряда и вторичных снарядов**, а также от воздействия на тело ударной волны. Осколки стального снаряда летят на расстояние больше размера осколка в 8 тысяч раз, а от алюминиевого снаряда – в 2,5 тысячи раз. Как и от ударной волны, повреждения от осколков возникают обычно на той части тела, которая обращена к месту возникновения взрыва (эпицентру). Это могут быть любые механические повреждения, но чаще возникают раны, напоминающие рубленые, реже – резаные. Осколки нередко приводят к множественным открытым переломам костей. Телесные повреждения при взрыве также образуются при падении тела с ударом о поверхности, его отбрасывании в сторону подвижных и неподвижных предметов.

Особенностью повреждений тела при взрыве является их *множественность* с преобладанием того или иного повреждающего фактора взрыва (взрыв бензина > ожоги, взрыв осколочного снаряда > повреждение осколками).

Таким образом, СМИ огнестрельных повреждений позволяют визуально определить дистанцию выстрела (по наличию или отсутствию его дополнительных факторов), предположить взаиморасположение стрелявшего и жертвы, позу пострадавшего, вид применяемого оружия и др. Осмотр места происшествия при применении огнестрельного оружия включает осмотр оружия при его наличии, поиск специфических объектов, характерных для данного вида травматизации: гильз, пуль, пыжей и др.

## Тема 6. Механическая асфиксия

**Механическая асфиксия** – это нарушение дыхания и прекращение поступления кислорода с кровью в головной мозг от механических причин.

В зависимости от механизма и условий травматического воздействия механического фактора (способа удушения) судебные медики различают следующие виды механической асфиксии:

1. *Странгуляционная асфиксия* – чаще бывает от сдавления органов шеи петлей при повешении, сдавлении петлей, удушении руками.

2. *Обтурационная асфиксия* – наступает от закрытия, закупорки дыхательных путей и отверстий (носа и рта) различными предметами, кляпом, пищей, желудочным содержимым и жидкостями.

3. *Компрессионная асфиксия* – возникает от сдавления органов грудной клетки и живота объемными сыпучими веществами или массивными предметами.

4. *Позиционные асфиксии* – возникает при фиксации тела человека в положениях, затрудняющих дыхание и нарушающих кровообращение.

Механическая асфиксия, как правило, наступает при нарастании острого кислородного голодания, развивающегося в результате физических воздействий, которые препятствуют дыханию, и сопровождающегося (вторично) острым расстройством функции центральной нервной системы и органов кровообращения. Ее клинические признаки развиваются в виде быстрой потери сознания, судорог, непроизвольного мочеиспускания, акта дефекации, прекращения деятельности сердца.

Различают следующие **4 фазы асфиксии**:

1-я фаза, **инспираторной одышки**, характеризуется она удлинением и усилением вдоха вследствие раздражения дыхательного центра накапливающейся в крови углекислотой (около 1 минуты). Повышается венозное давление. Сознание затемнено или потеряно. Нарастает мышечная слабость. Выражен цианоз кожи лица.

2-я фаза, **экспираторной одышки**, характеризуется преобладанием выдыхательных движений (около 1 минуты). Наступает полная прострация. Усиливаются судороги мышц, происходит непроизвольное выделение мочи, кала, семенной жидкости (у мужчин). Видимые слизистые синюшные. Чувствительность и рефлексы отсутствуют.

3-я фаза, **кратковременной остановки дыхания** (около 1 минуты).

4-я фаза, **терминальных или агональных дыханий**, характеризуется редкими судорожными дыхательными движениями на протяжении 1–5 минут. АД снижается до критического уровня. Угасание всех реф-

лексов, расширение зрачков, расслабление мышц. Развиваются сильные судороги. После этого наступает стойкая остановка дыхания.

Перечисленные патофизиологические явления влекут за собой соответствующие патологоанатомические проявления, обнаруживаемые при наружном и внутреннем исследовании трупа. Основными из них являются:

1) обильные, разлитые, интенсивно окрашенные трупные пятна (появляются через 30,0–60,0 минут после смерти, они сине-багровые или багово-фиолетовые);

2) одутловатость, цианоз кожных покровов лица, шеи (развившийся при судорогах во время одышки);

3) мелкоточечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз (возникают во время одышки при резком повышении артериального давления);

4) непроизвольные дефекация, мочеиспускание, извержение спермы;

5) темная и жидкая кровь в трупе (следствие гиперкапнии);

6) переполнение кровью правой половины сердца (вызвано затруднением оттока крови из малого круга и первичной остановкой дыхания), полнокровие внутренних органов, застойные явления в них;

7) венозное полнокровие внутренних органов;

8) субплевральные и субэпикардальные кровоизлияния (**пятна Тардье** – обусловлены повышением проницаемости стенок капилляров, резким перепадом давления в капиллярной системе во время одышки, присасывающим действием грудной клетки).

К **странгуляционным** асфиксиям относят: повешение (сдавнение органов шеи петлей за счет тяжести самого тела или его частей), сдавление петлей (сдавнение шеи петлей за счет сторонних сил), руками, сдавление шеи различными предметами. Во всех случаях на шее остается странгуляционный след (странгуляционная борозда). Характер странгуляционной борозды указывает на характеристики сдавливающего шею предмета и механизм сдавливания. Например, типичная при повешении странгуляционная борозда – в верхней части шеи, косо восходящая к узлу, незамкнутая, неравномерная по глубине. При сдавлении петлей, напротив, типичная странгуляционная борозда – в нижней части шеи, поперечная по отношению к шее, замкнутая, равномерная по глубине. При сдавливании шеи пальцами рук на шее возникают кровоподтеки в местах давления пальцев, полулунные ссадины от ногтей.

К **обтурационным** асфиксиям относят:

1) *закрытие (обтурацию) дыхательных отверстий рта и носа.* При закрытии рта и носа смерть наступает через 5,0 – 7,0 минут вследствие

кислородного голодания головного мозга. Выявляют ряд особенностей убийства, совершенного путем закрытия отверстий рта и носа:

- наличие ссадин и кровоподтеков на лице, особенно в области щек, носа, губ, а также на слизистой губ и десен;
- при закрытии носа и рта мягкими предметами (подушкой, одеждой) и в случае, когда жертва находится в беспомощном состоянии, повреждений может и не быть (устанавливаются лишь общие признаки асфиксии);
- при исследовании дыхательных путей (даже при obturации мягкими предметами), нередко обнаруживают на слизистой горла, трахеи и крупных бронхов ворсинки шерсти, пушинки и волосинки тканей;

2) *закрытие просвета дыхательных путей инородными телами, сыпучими материалами, жидкостями (аспирация жидкостей)*. Механизм смерти может быть двояким. В одних случаях развивается типичная асфиксия с ее фазным течением (4,0 – 6,0 минут) и «общими признаками асфиксии». В других случаях смерть может наступить в течение нескольких секунд вследствие резкого раздражения гортани и спазма голосовых связок, что приводит к раздражению верхнегортанного нерва и рефлекторной остановке сердца. В подобных случаях «общие признаки асфиксии» не успевают развиваться;

3) *аспирация рвотных масс*. При аспирации пищевых и рвотных масс смерть наступает при попадании содержимого желудка при рвоте в легкие, вследствие закрытия просвета дыхательных путей и быстро развивающегося отека легких, что соответственно является реакцией тканей легких на кислоту желудочного содержимого;

4) *утопление*. Представляет собой отдельный вид obturационных асфиксий, под которым понимают obturацию жидкостью при условии пребывания тела или его частей в этой же жидкости.

Утопление – это отдельный вид obturационных асфиксий, под которым понимают obturацию жидкостью при условии пребывания тела или его частей в этой же жидкости (практически всегда – в воде). Причины утопления: закрытие водой дыхательных путей; влияние низкой температуры жидкости; воздействие гидростатического давления воды на погруженное тело; психоэмоциональный стресс.

Утопление происходит в водоемах или емкостях с другими жидкостями (бензином, молоком, пивом, вином, нефтью, маслом). Утопление возможно как несчастный случай, убийство, самоубийство или как попытка сокрытия совершенного ранее убийства, изнасилования, нанесения телесных повреждений, автонеезда.

В настоящее время выделяют четыре основных типа утопления: аспирационный; асфиксический (спастический); рефлекторный (синкопальный); смешанный.

**Аспирационный тип утопления**, его еще называют истинным утоплением, характеризуется заполнением водой дыхательных путей и альвеол в значительном количестве. При наружном исследовании трупа отмечается бледность кожных покровов вследствие спазма капилляров кожи. Иногда кожа имеет вид «гусиной». Трупные пятна имеют фиолетовый цвет с серым оттенком и розоватым окрашиванием по периферии. Мелкопузырчатая стойкая розовато-белая пена вокруг отверстий рта и носа сохраняется до двух суток после извлечения трупа из воды. После высыхания ее на коже часто видна сетчатая пленка грязно-серого цвета.

При внутреннем исследовании наблюдается резко выраженная эмфизема легких, на отечной ткани легких видны отпечатки ребер. С поверхности разрезов легких стекает красноватая пенная жидкость. Под висцеральной плеврой обнаруживаются кровоизлияния розово-красного цвета – пятна Лукомского – Рассказова – Пальтауфа. Причина этих кровоизлияний – разрывы подплевральных капилляров при остром вздутии легких. В желудке содержится большое количество жидкости. В плевральных и брюшной полостях содержится увеличенное количество трансудата (до 100,0 мл) – признак Моро. В пазухе клиновидной кости находят до 5,0 мл жидкости (признак А.В. Свешникова). Для диагностики утопления важны лабораторные исследования, особенно метод обнаружения планктона – диатомеи.

**Асфиксический тип утопления** наблюдается в тех случаях, когда вода, достигнув верхних отделов дыхательных путей, вызывает стойкий ларингоспазм. Такой тип утопления может иметь место при утоплении в воде, загрязненной химическими примесями или частицами мелкого песка. Ложные дыхательные движения при закрытой голосовой щели вызывают раздувание легких, нарушение их целостности, острую легочную недостаточность. По возникшим легочно-сосудистым шунтам в период развития острой эмфиземы легких воздух может проникать в легочные сосуды, в левую половину сердца (в объеме до 5,0 мл), вызывая воздушную эмболию левого отдела сердца.

**Рефлекторный тип утопления** наблюдается в тех случаях, когда смерть человека наступает от первичной остановки сердечной деятельности и дыхания сразу после попадания его в воду. При действии холодной воды на тело развивается спазм сосудов кожи, гортани, глотки, легких. Происходит сокращение дыхательных мышц, ослабевает дыхание и сердечная деятельность. Развивается гипоксия мозга и далее – смерть

(еще до развития самого утопления). Этот тип утопления может развиваться при наличии болезней сердца, легких.

**Смешанные типы утопления** наблюдаются в тех случаях, когда начавшееся утопление по одному типу прерывается и заканчивается по другому типу.

**Компрессионная асфиксия** наступает при сдавливании живота или грудной клетки твердым массивным предметом. Асфиксия развивается вследствие затруднения полноценных дыхательных движений и нарушения кровообращения. Это приводит к кислородной недостаточности и смерти от удушья. Предмет массой в 50,0 кг приводит к остановке дыхания через 3,0 часа. При действии более тяжелых предметов возможно наступление смерти уже через несколько минут.

**Позиционная асфиксия** возникает в случаях, когда тело фиксируется в неподвижном положении, затрудняющем дыхательные движения и приводящем к нарушению кровообращения.

При механической асфиксии важно установить, что имел место факт самоубийства, несчастного случая или убийства, что позволяет выяснить осмотр и экспертиза трупа, а также осмотр обстановки в которой был обнаружен труп.

Механическая асфиксия и ее разновидности приводят к быстрому наступлению смерти, что имеет свои особенности при внешнем осмотре трупа и внутреннем исследовании мертвого тела. Следовательно необходимо различать признаки, возникающие в связи с самоубийством, убийством, смертью по неосторожности и вследствие несчастного случая. Знание особенностей странгуляционной борозды, в частности, помогает предположить обстоятельства наступления смерти даже при визуальном осмотре ее на месте обнаружения трупа.

## **Тема 7. Расстройство здоровья и смерть от других внешних физических воздействий**

В практике СМЭ часто приходится давать медицинские заключения о повреждениях, смерти, в случаях действия на человека крайних (высоких и низких) температур, технического и атмосферного электричества, лучистой энергии и ионизирующих излучений. Такие травмы оцениваются как травмы от действия физических факторов внешней среды.

Действие температурного фактора на организм проявляется в виде общих и местных признаков. Общее действие высокой температуры на

организм может сопровождаться тепловым или солнечным ударами, которые могут приводить к смерти вследствие общего перегревания тела и отека головного мозга с остановкой сердечной деятельности и дыхания.

Местное действие **высокой температуры** на кожу и прилежащие внутренние органы диагностируют как *термические ожоги*. Они могут быть причинены пламенем, раскаленными предметами, горячими жидкостями, смолами, газами, паром.

В зависимости от внешних признаков и выраженности патологического процесса различают четыре степени ожогов: I, II, IIIA, IIIB, IV.

- **ожог 1-й степени** возникает при кратковременном воздействии высокой температуры. Характеризуется покраснением и припуханием кожи. Проходит через несколько дней не оставляя следов. Полученные перед смертью ожоги 1 степени на трупе могут не обнаруживаться.

- **ожог 2-й степени** фиксируют при более длительном воздействии высокой температуры. Проявляются в виде пузырей с прозрачным сероватым содержимым. Проходят через 7–10 дней без образования шрама. На трупе пузыри могут лопаться. Тогда их дно становится плотным, буроватым, напоминает ссадины.

- **ожог 3-й степени** констатируют тогда, когда наступает омертвление кожи.

*Ожог 3A степени* проявляется в виде пузырей с темным, красным или коричневым содержимым (за счет попадания в отечную жидкость элементов крови). Заживает в течение 3-х недель, шрама не образует, на месте ожога длительно (несколько месяцев) держится коричневая пигментация.

*Ожог 3B степени* является *ожоговыми ранами*, имеет вид коричневого или серого струпа (происходит некроз тканей). Заживает в течение 1–2 месяцев с образованием шрама. На трупе такие ожоги, полученные перед смертью, длительное время сохраняют свой вид.

- **ожог 4-й степени** образуется под воздействием пламени или раскаленных предметов на кожу. Он характеризуется разрушением всей толщи кожи, глубоким омертвлением всех прилежащих к источнику высокой температуры мягких тканей и даже обугливанием костей.

У взрослых считаются смертельными:

- ожоги 2-й степени с поражением 1/2 поверхности тела;
- ожоги 3-й степени с поражением 1/3 поверхности тела.

Кроме того, ожоги выше 2 степени и площадью около 15,0% и более вызывают длительно текущее осложнение – ожоговую болезнь, включающую в себя нарушение обмена веществ и инфекционные осложнения.

При судебно-медицинской экспертизе на *прижизненность ожогов* указывают: неповрежденная кожа на складках лица при зажмуривании глаз «гусиные лапки»; отложение копоти на слизистой дыхательных путей при вдыхании дыма; ожоги слизистой рта, глотки, трахеи, гортани; артериальные тромбы в поврежденных областях; жировая эмболия сосудов; наличие в минимальных количествах угля в кровеносных сосудах внутренних органов; в жидкостях пузырей содержится большое количество белка.

При судебно-медицинской экспертизе на *прижизненность ожогов* указывают:

- неповрежденная кожа на складках лица при зажмуривании глаз «гусиные лапки»;
- отложение копоти на слизистой дыхательных путей при вдыхании дыма;
- ожоги слизистой рта, глотки, трахеи, гортани;
- артериальные тромбы в поврежденных областях, жировая эмболия сосудов;
- наличие в микроколичества угля в кровеносных сосудах внутренних органов;
- констатация карбоксигемоглобина в крови: в полости сердца, печени и др.;
- в жидкостях пузырей содержится большое количество.

**Влияние низких температур на организм человека.** При температуре окружающей среды, равной  $+5...+7^{\circ}\text{C}$  могут наступить переохлаждение, патологические изменения и даже смерть.

В судебно-медицинской практике всегда различают общее и местное действие низкой температуры. При общем действии низкой температуры происходит усиленная невосполнимая теплоотдача. Особенно быстро общее охлаждение наступает в холодной воде. При падении температуры тела уже до  $+35^{\circ}\text{C}...+34^{\circ}\text{C}$  у человека появляются озноб, слабость, мышечная дрожь, усталость, «гусиная кожа» (из-за мелкого дрожания мышц), ускорение обмена веществ, сужение периферических кровеносных сосудов, сонливость, которая постепенно переходит в сон и бессознательное состояние. При этом угнетаются все функции организма (падает артериальное давление, снижается частота сердцебиения и дыхания, прекращаются обменные процессы) и при температуре  $+24^{\circ}\text{C}$  наступает биологическая смерть. Тело остывает и при отрицательной температуре замерзает.

Местное действие холода (отморожение) связано со значительным понижением температуры отдельных частей тела при сохранности на

достаточном уровне температуры внутренних органов и головного мозга. В зависимости от выраженности отморожения различают четыре его степени:

- отморожение 1-й степени (ознобление) – проявляется в виде покраснения кожи (затем синеватого оттенка), ее отека, болей, которые постепенно стихают; при заживании отмечают лишь шелушение и зуд надкожицы на 3–7-й день;

- отморожение 2-й степени – характеризуется появлением пузырей, наполненных желтоватой жидкостью (нередко в виде желеобразного содержимого), которые легко лопаются, кожа вокруг них синюшная. При прекращении действия холода пузыри постепенно (через 10–20 дней) заживают без образования рубцов, но чувствительность поврежденного участка к холоду сохраняется еще длительное время;

- отморожение 3-й степени – при этом констатируют появление пузырей с бурым содержимым, которые быстро лопаются и образуются раны с некротизированными (отмершими) краями. Отек тканей распространяется далеко вокруг отмороженных участков. Раны покрываются струпом и заживают около 2 месяцев и более с образованием шрамов;

- отморожение 4-й степени – проявляется глубоким повреждением тканей, вплоть до кости. Кожа и глубже лежащие ткани чернеют, отмирают. Некротическая ткань впоследствии отторгается, поврежденные участки заживают медленно, оставляя глубокие, грубые рубцы.

В судебно-медицинской практике встречаются экспертизы, связанные с поражением людей **электрическим током** (электротравмы), вызванные энергией технического и атмосферного электричества. Степень повреждения зависит от характеристик электрического тока, от условий его действия на организм, от характера одежды и состояния самого организма.

Повреждающее действие тока связано с преобразованием электрической энергии в другие ее виды, что проявляется суммой тепловых (термических), механических и электрохимических, эффектов, сопровождающихся резким расстройством сердечной деятельности и дыхания, а также возникновением шоковых реакций.

**1. Термическое действие** тока (за счет образования тепла в тканях) проявляется ожогами, вплоть до обугливания. За счет этого действия возникают *электрометки* на теле – места входа и выхода тока, обугливания на одежде, оплавления металлических частей (пуговиц), расплавления металлических частей каблуков.

**2. Механическое действие** тока проявляется сильным сокращением мышц. Это может приводить к остановке сердца, параличу дыхания, разрывам мышц и переломам костей конечностей.

**3. Электролитическое действие** тока приводит к нарушениям химического состава тканей в электрометках и по ходу прохождения тока в тканях и органах, нарушает их функции и структуру.

При электротравме человек одновременно получает следующие повреждения: *ожоги; механические травмы; электролиз жидкостей организма*. При судебно-медицинском исследовании трупа или живого человека, пострадавшего от воздействия электротока, находят ряд *признаков электротравм*:

- электрометки в месте входа и выхода как следствие кратковременного воздействия высокой температуры и ожог кожи 3-й степени с явлениями обугливания либо опаления волос на голове и волосистых участках;

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

- при судебно-медицинской экспертизе трупов лиц, погибших от электротравмы, нередко констатируют разнообразные переломы костей и вывихи в суставах (как следствие сокращения мышц во время судорог);

- расплавление костей с образованием характерных шариков — «жемчужин» (от действия высокого напряжения);

- разрывы внутренних органов и их полнокровие;

- отек головного мозга и мелкоточечные кровоизлияния в его оболочки;

- некроз стенки сосудов (в месте приложения контактов электротока);

- мышцы, напоминающие по виду «вареное мясо».

При электротравмах следует придавать большое значение осмотру одежды и обуви, нередко выявляют побуревшие, обуглившиеся или обгоревшие участки.

Воздействие различных видов **лучистой энергии** также может быть травматично. Неблагоприятные последствия облучения возникают в результате кратковременного высокоинтенсивного облучения и в результате длительного облучения малыми дозами. Тяжесть лучевого поражения зависит от дозы поглощенной энергии (в рентгенах). Факторы облучения – альфа и бета-частицы, гамма-лучи, рентгеновские лучи и нейтроны.

Через определенный скрытый период, зависящий от дозы облучения, возникает **острая** или **хроническая лучевая болезнь**. Причиной ее является либо облучение значительных частей тела ионизирующей радиацией, либо поступление в организм радиоактивных изотопов. При одноразовом облучении в дозах, превышающих 400 рентген, возможен смертельный исход вследствие глубокого нарушения кровообращения и инфекционных осложнений. *Острая лучевая болезнь* протекает в четыре фазы:

1) *первичная общая реакция* (спустя минуты, часы и до 2–3 недель): наблюдается недомогание, расстройство ЖКТ, гиперемия, изменения со стороны крови;

2) видимое клиническое благополучие (*латентная форма*): на фоне улучшения самочувствия наблюдается резкое уменьшение числа лейкоцитов. Длится период 2–4 недели. При типичной форме острой лучевой болезни смерть наступает на 3–4 неделе облучения;

3) *выраженные клинические проявления*: резкое ухудшение состояния, повышение температуры и расстройство желудочно-кишечного тракта с сопутствующими кровоизлияниями в кожные покровы, слизистые оболочки, во внутренние органы. Развивается сепсис. Резко меняется соотношение клеток крови;

4) *восстановительный период* длится месяцами, с периодами ухудшения.

**Хроническая лучевая болезнь** возникает в результате длительного воздействия малых доз ионизирующих излучений и характеризуется постепенным развитием, протекает длительно и волнообразно. Радиоактивные вещества избирательно поглощаются тканями внутренних органов в соответствии с их радиоактивностью. Смерть при хронической лучевой болезни наступает от различных осложнений и присоединившихся заболеваний – миокардита, заболеваний крови, пневмонии.

В практике судебной медицины действие других внешних факторов на организм человека чаще является следствием несчастного случая или травматизации по личной неосторожности, реже – это самоубийство, а еще реже – убийство как реализация преступного замысла. Знание механизмов травматизации от действия других внешних физических факторов позволяет следователю предположить обстоятельства наступления смерти.

## Тема 8. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц – это СМЭ лиц, которые после воздействия травмирующего фактора остались живыми. В правоох-

ранительной практике часто возникает необходимость СМЭ живых лиц. Физические лица, которые могут быть подвергнуты экспертизе, – это:

1) в уголовном процессе потерпевший, подозреваемый, обвиняемый, свидетель; это также физическое лицо, в отношении которого осуществляется экспертиза до возбуждения уголовного дела;

2) в гражданском процессе – истец, ответчик;

3) в административном процессе – потерпевший, физическое лицо, в отношении которого ведется административный процесс, свидетель.

СМЭ физических лиц проводится, когда:

- возникает необходимость в исследовании состояния здоровья;
- налицо потребность в исследовании полученных травм;
- возникает необходимость в исследовании других медицинских показателей в отношении проходящих по делу физических лиц;
- требуется оценка результатов проведенных исследований с применением специальных медико-биологических знаний;
- проводится освидетельствование состояния человека.

Экспертиза живых лиц является одной из наиболее сложных экспертиз. Наиболее часто экспертизы назначаются:

1) при исследовании телесных повреждений и болезненных состояний для установления их характера, механизма возникновения, давности, степени тяжести, орудия травмы, определения симуляции, диссимуляции, аггравации, искусственных болезней и самоповреждений;

2) при экспертизах половых состояний и в случаях половых преступлений, для установления половой принадлежности субъекта, девственности, бывшего полового сношения, половой способности, беременности, аборта, изнасилования, других насильственных действий сексуального характера;

3) для установления возраста, тождества личности, установления или исключения отцовства, материнства и др.

Основанием для проведения экспертизы является постановление лица, производящего дознание, следователя, прокурора, должностного лица органа, ведущего административный процесс, а также определение (постановление) суда.

Местом проведения экспертиз могут быть структурные подразделения и учреждения Комитета судебных экспертиз, поликлиники, стационары и лаборатории лечебно-профилактических учреждений, помещения правоохранительных органов и т.п.

Судебно-медицинскую экспертизу производят путем медицинского освидетельствования потерпевших, обвиняемых и др. В исключитель-

ных случаях допускается проведение экспертизы только по медицинским документам (карта стационарного больного, амбулаторная карта). Это может быть в тех случаях, когда по каким-либо уважительным причинам подэкспертного не представляется возможным доставить на освидетельствование или произошло выздоровление потерпевшего, полное заживление повреждений.

В ходе проведения экспертизы судебный эксперт описывает их, называет *характер повреждения, анатомическую область тела, расстояния от опознавательных антропометрических точек, форму, размеры, цвет, объективные признаки и их особенности.*

При экспертизе телесных повреждений в **заключении эксперта** должны быть отражены следующие вопросы:

- 1) наличие телесного повреждения и его медицинская характеристика;
- 2) механизм образования повреждения, орудие или средство, причинившее его;
- 3) давность нанесения повреждения;
- 4) степень тяжести телесного повреждения.

**Экспертные критерии определения степени тяжести телесных повреждений** определены Инструкцией о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений (далее Инструкция). Инструкция утверждена Постановлением Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь № 16 от 24 мая 2016 г.

Под **телесным повреждением** понимаются возникшие в результате травмирующего воздействия физических, химических, биологических, психических и других факторов внешней среды объективно установленные нарушения анатомической целостности и (или) физиологических функций тканей, органов и (или) систем организма человека.

Степенью нарушения анатомической целостности или физиологической функции органа и тканей и определяется степень тяжести телесного повреждения применительно к статьям Уголовного кодекса Республики Беларусь. По степени тяжести телесных повреждений различают тяжкие, менее тяжкие и легкие (в УК Республики Беларусь) соответственно ст. ст. 147, 149 и 153). Данная классификация телесных повреждений по степени их тяжести является *юридической*. Критерии для отнесения повреждений к определенной степени тяжести являются *медицинскими* и определением тяжести повреждений занимаются судебно-медицинские эксперты.

## Классификация телесных повреждений

Тяжкое телесное повреждение (ст. 147 УК РБ)	Менее тяжкое телесное повреждение (ст. 149 УК РБ)	Легкое телесное повреждение (ст. 153 УК РБ)
1. Повреждение, опасное для жизни. 2. Повлекшее за собой: а) потерю зрения, речи, слуха, какого-либо органа или утрату органом его функций; б) прерывание беременности; в) психическую болезнь; г) иное расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на 1/3; д) вызвавшее расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета, на срок свыше четырех месяцев; е) выразившееся в неизгладимом обезображивании лица и шеи.	1. Повреждение не опасное для жизни и не повлекшее последствий, предусмотренных ст.147 настоящего кодекса. 2. Повреждение, вызвавшее длительное расстройство здоровья на срок до четырех месяцев (22 -122 дня). 3. Повреждение, вызвавшее значительную стойкую утрату трудоспособности менее чем на 1/3 (от 10,0 до 33,0%).	1. Повреждение, повлекшее за собой: а) кратковременное расстройство здоровья (7–21 день); б) незначительную стойкую утрату трудоспособности (до 10%). 2. Повреждение, не повлекшее за собой: кратковременное расстройство здоровья (до 6 дней включительно); б) незначительную стойкую утрату трудоспособности (до 10%).

Статьей 153 УК Республики Беларусь предусмотрена уголовная ответственность за «Умышленное причинение легкого телесного повреждения, то есть повреждения, повлекшего за собой кратковременное расстройство здоровья либо незначительную стойкую утрату трудоспособности».

В упомянутой выше Инструкции указано, что:

- кратковременным следует считать расстройство здоровья, непосредственно связанное с повреждением, продолжительностью *более шести дней, но не свыше 3-х недель (21 дня)*;
- под незначительной стойкой утратой трудоспособности подразумевается стойкая утрата общей трудоспособности *до 10 процентов*.

Не влечет уголовной ответственности причинение **легкого телесного повреждения, не повлекшего за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности**. Инструкцией к таким повреждениям относятся повреждения, повлекшие незначительные скоропроходящего последствия для здоровья, длившиеся не более шести дней.

## **Тема 9. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств**

СМЭ вещественных доказательств, являющихся объектами биологического происхождения, очень распространена и занимает более половины из проводимых СМЭ при расследовании преступлений и общественно-опасных деяниях неменяемых.

Вещественные доказательства (ВД) – это предметы, которые послужили орудиями преступления или сохранили на себе следы преступления либо были объектами преступных действий, а также все другие предметы, которые могут служить средствами к обнаружению преступления, установлению фактических обстоятельств дела, выявлению виновных либо к опровержению обвинения или смягчению вины обвиняемого.

Экспертиза ВД производится только штатными судебно-медицинскими экспертами, имеющими соответствующую лицензию и врачебную категорию, и только на основании постановления работников следствия, суда или прокуратуры. Иногда к проведению такой экспертизы приходится привлекать специалистов других профессий. Объектом СМЭ ВД являются ткани внутренних органов, мышцы, кости и выделения человека – кровь, слюна, сперма, пот, слезная жидкость, а также волосы, ногти и т.д. СМЭ выявляет следы таких биологических объектов, для идентификации которых требуются медицинские знания. В сельской местности приходится проводить СМЭ крови, шерсти и костей животных с целью дифференцирования следов, которые могли быть оставлены как человеком, так и животным. Наконец исследованию могут быть подвергнуты и токсины, т.е. ядовитые вещества, вырабатываемые различными микроорганизмами.

ВД могут быть изъяты на месте происшествия, а также при судебно-медицинском вскрытии трупа: кровь, моча, части внутренних органов и ткани, которые направляются для определения групповой принадлежности, для установления наличия или отсутствия в них ядовитых веществ, мазки с выделениями, фрагменты тканей из области огнестрельного ранения для определения в них вторичных факторов выстрела и т.п. Кроме того, мы можем получить ВД и от живого лица (кровь, сперму, слюну, мочу и др.). Следы могут находиться на самых разных предметах, но их важно уметь найти, правильно изъять, правильно запаковать, правильно оформить и отправить на судебно-медицинское исследование. Для этого существуют специальные правила изъятия, упаковки и транспортиров-

ки ВД. Их неправильное изъятие и направление в лабораторию могут привести к утрате значимости ВД для расследования преступления или происшествия.

Изъятие ВД является обязанностью следователя, который проводит осмотр места происшествия. Он их должен обнаружить, изымать и все это оформлять соответствующим протоколом. Обнаруженные на месте происшествия ВД надо сфотографировать и составить схему их расположения, соотнести схемы с местом расположения трупа и его позой. В протоколе необходимо указать, какой фиксатор и как использовали для фиксации следов. Изъятые ВД и предметы носители, на которых они обнаружены, упаковывают и опечатывают, на бирке или упаковке указывают место их обнаружения и другие данные, после чего надпись заверяют своими подписями следователь и судебно-медицинский эксперт. Все эти действия отражаются в протоколе осмотра места происшествия, который подписывают следователь, судебно-медицинский эксперт и понятые. Это общие правила осмотра и изъятия ВД. Но в работе с каждым биоматериалом есть свои особенности.

В качестве объектов (ВД) биологического происхождения в СМЭ в целом исследуются любые материальные объекты, которые являются частицами тканей человеческого тела и отделены от него либо являются выделениями человека. Чаще других СМЭ подвергаются: кровь; кости; мягкие ткани и отдельные части тела; фрагменты кожи и других тканей; сперма; волосы; слюна; влагалищная слизь; пот и другие биоматериалы, происходящие от человека.

При экспертном исследовании достоверно устанавливают:

- 1) наличие определенного биологического объекта (кровь, сперма, волос и др.);
- 2) видовое происхождение объекта (от человека или животного);
- 3) принадлежность к предполагаемому индивидууму (идентифицируют) по половым и другим групповым показателям;
- 4) заболевания неустановленного лица по показателям биологического объекта с места происшествия (диагностика).

Крайне важно выявить объекты биологического происхождения на месте происшествия, которые после изъятия затем приобщаются к делу как ВД. Биологический объект может быть изъят самостоятельно (например, фрагмент отрезанного пальца, волосы, след крови путем его соскабливания или смыва) или вместе с предметом или фрагментом предмета, на котором он находится (например, окровавленное полотенце).

В уголовном процессе ВД биологического происхождения являются одними из доказательств по криминальному событию, а, следовательно, их обнаружение выступает одной из первоочередных задач осмотра.

Для выявления следов крови применяют предварительные пробы на наличие крови:

- 1) реакция с 3,0% раствором перекиси водорода;
- 2) бензидиновая проба;
- 3) реакция хемилюминесценции.

Для обнаружения пятен крови также применяют *фильтровальные ультрафиолетовые лучи*, при этом кровь не флюоресцирует – пятна темные, бархатистые.

При обнаружении следов крови их необходимо зафиксировать в протоколе осмотра. По форме и расположению следов крови можно установить механизм их возникновения, перемещения людей с кровотечением.

При вытекании крови из поврежденных сосудов она образует *капли, брызги, пятна, потеки, лужи и струйки крови, отпечатки и помарки*.

При падении *капель* крови перпендикулярно на горизонтальную поверхность с высоты до 1,0 метра они будут округлой формы с ровными краями, с увеличением высоты падения от пятен начинают отходить лучи и появляются в окружности этого пятна дополнительные мелкие пятна от разбрызгивания крови.

При падении *капель* крови на наклонную поверхность (под углом) образуются пятна от *брызг* крови; имеют форму восклицательного знака, направление острого конца указывает направление полета брызги.

Стекание крови под действием силы тяжести по вертикальной или наклонной поверхности образует *потек* крови. Они имеют продолговатую форму. В нижней части потека образуется скопление крови и поэтому он обычно окрашен более интенсивно, иногда имеет булавовидное утолщение.

К следам растекания относят *лужи* крови (при высыхании – пятна от луж). Они образуются при сильном кровотоке из крупных сосудов, сердца, а также при длительном кровотоке из мелких сосудов.

При соприкосновении окровавленного предмета, части тела с какой-либо поверхностью образуются *отпечатки* крови – когда форма следа соответствует окровавленной поверхности.

При скольжении окровавленного предмета по поверхности образуются *мазки (помарки)* крови.

При обнаружении следов, похожих на сперму, осматриваются одежда, тело потерпевшего и обвиняемого, а также предметы. Если ткань

не впитывает *следы спермы*, то они имеют неопределенную форму с извилистыми краями, в виде блестящих наложений серо-белого цвета, иногда с желтоватым оттенком. По своей плотности пятна напоминают крахмальные. На темных тканях пятна спермы имеют беловатый цвет, а на светлых – они сероватого цвета с желтоватым или коричневатым цветом.

Обнаружение объектов, похожих на *волосы*, производят при хорошем освещении, при этом обнаруженные объекты изымаются пальцами руки в чистых резиновых перчатках или пинцетом с мягкими резиновыми наконечниками, которые надеваются на бранши пинцета. Каждый обнаруженный объект кладется в отдельный бумажный конверт с указанием, с какого места он был изъят.

СМЭ волос также имеет свои особенности, может помочь идентификации лиц, проходящих по делу. Нередко волосы обнаруживают на месте происшествия при несчастных случаях, например при автокатастрофах, при половых преступлениях, убийствах, в делах о похищении ценностей, краже животных и др.

Волосы могут находиться на трупе, на окружающих его предметах, в подногтевом содержимом, на орудиях, наносивших повреждения и т.п. СМЭ волос позволяет ответить на вопросы о том, являются ли представленные ВД волосами, принадлежат ли волосы человеку или животному, если да, то какому, какой части тела принадлежат волосы, каков был механизм их отделения, могут ли волосы принадлежать определенному лицу.

По волосам можно установить пол хозяина волос, его расовую принадлежность, определить, каким воздействиям подвергались волосы, например завивке, окраске и т.п. Это сложная экспертиза, так как волосы, взятые с разных участков одного человека, могут существенно отличаться друг от друга. Вместе с тем, волосы разных людей могут быть сходны. Поэтому в волосах приходится определять изосерологические группы по системе АВ0 и другим системам. В экспертном заключении либо утверждается, что волосы не сходны между собой и происходят от разных людей, либо говорится о сходстве волос, но не об их тождестве.

*Пятна слюны* чаще обнаруживаются на сигаретах, папиросах, носовых платках, иногда на других предметах, которыми пытались закрыть рот. Иногда слюна обнаруживается на конвертах и почтовых марках. Пятна слюны выявляются на одежде, обуви по групповым антигенам. В одном случае высказывается предположение о принадлежности одежды определенному лицу.

Существует определенный порядок изъятия ВД, их фиксация и направление на дальнейшее исследование. После обнаружения и осмотра биологических объектов их фотографируют, делают схематические зарисовки. При этом оформляется протокол осмотра или освидетельствования, в который заносятся следующие сведения: где обнаружен предмет, точная локализация, форма, размеры и прочее. Изъятие следов биологического объекта (например, крови) как ВД осуществляется одним из 4-х методов: *1 – целиком; 2 – вырезанием фрагмента предмета со «следом»; 3 – посредством смыва; 4 – посредством соскоба.*

При вырезании фрагмента носителя, смыве, соскобе вместе с объектом дополнительно на экспертизу отправляется: 1) контрольный образец материала – фрагмент носителя, на котором следа крови нет; 2) фрагмент марли, на который смыв не производили; 3) соскоб с поверхности рядом с пятном вещества, похожего на кровь.

В качестве сравнительных образцов на исследование желательно направлять *биологические субстраты того же вида*, что и изъятые на месте происшествия:

**Кровь.** При возможности незамедлительной доставки в лабораторию, ее желательно направлять в жидком виде в количестве 2,0 – 3,0 мл из пальца руки, помещенную в чистый флакон с указанием номера дела и фамилии донора. При невозможности направления крови в жидком виде, а также для возможного дублирования исследований, обязательно представление образцов *на марлевом тампоне.*

**Слюна.** Прополоскать рот донора водой, положить под язык марлевый тампон, после обильного пропитывания слюной извлечь его пинцетом, высушить при комнатной температуре, упаковать.

**Сперма, влагалищное содержимое.** На исследование направляют как мазки на предметных стеклах, так и тампоны, высушенные при комнатной температуре.

**Волосы.** Единичные волосы изымают и помещают в отдельные конверты, пучок волос помещают в конверт целиком. Для сравнения волосы срезают пучками примерно по 10–20 волосинок с *пяти областей головы*, как можно ближе к корням: со лба, висков, темени, затылка. Следует помнить, что длина волос – один из диагностических признаков

Упаковывать ВД необходимо так, чтобы не повредить следы при их транспортировке. На одежде и на других мягких предметах следы крови обшивают чистым листом бумаги или ткани.

Судебно-медицинское исследование «биологических следов» позволяют установить обстоятельства преступления, отличить биоматери-

ал преступника и жертвы, идентифицировать принадлежность биоматериала определенному лицу, что позволяет формировать убедительную доказательную базу. Методы СМЭ постоянно совершенствуются и уже сегодня исследования проводятся на генно-молекулярном уровне, что определяет их бесспорную доказательность при расследовании противоправной деятельности.

## По судебной психиатрии

### Тема 10. Предмет и задачи судебной психиатрии. Организационно-правовое обеспечение СПЭ

**Судебная психиатрия** – это междисциплинарная, медико-правовая наука, разрабатывающая проблемы судебно-психиатрической экспертизы, медицинские признаки критериев невменяемости и недееспособности, правовое положение психически больных лиц и медицинские меры их защиты.

**Объектом** судебной психиатрии (и ее основного раздела – судебно-психиатрической экспертизы, далее СПЭ) может быть как психически больной, так и психически здоровый человек, но при этом, он должен выступать как подозреваемый, подследственный, обвиняемый, подсудимый, потерпевший, свидетель, истец, ответчик.

Предметом судебной психиатрии являются: а) состояние психического здоровья субъектов, б) психические нарушения, в) психическая деятельность как во время совершения деликта (проступка), так и проведения СПЭ либо ретроспективно по материалам дела, информации свидетелей, данным документов (медицинских, служебных, личных), представленных следователем и судом.

**Задачи** судебной психиатрии позволяет выделить следующие из них:

1. Экспертное освидетельствование и дача заключений о психическом состоянии лиц («вменяемости/невменяемости»), привлекаемых к уголовной ответственности, в случаи сомнение в их психическом здоровье у следственных органов и суда, как на период совершения преступления, так и на момент производства следственных действий.

2. Предупреждение ООД психически больных, в том числе – путем применения «принудительных мер безопасности и лечения» в отношении невменяемых, уменьшенно вменяемых, страдающих зависимостью

от психоактивных веществ (далее ПАВ: алкоголя, наркотиков, токсикоманических препаратов) и заболевших после совершения преступления.

3. Освидетельствование и дача экспертного заключения по вопросу о «дееспособности/недееспособности» лиц, вызывающих сомнение в их психическом здоровье у суда в гражданском процессе.

4. Определение в необходимых случаях психического состояния свидетелей и потерпевших.

5. Определение психического состояния лиц, обнаруживших психические расстройства в период отбывания наказания, и дача заключения о необходимости применения медицинских мер безопасности и лечения в отношении них.

6. Оказание помощи в определении следственных действий (планировании расследования, выдвижении версий и т. п.) и методики расследования отдельных видов правонарушений.

7. Разработка предложений по совершенствованию законодательства, касающегося психически больных лиц.

8. Проведение психопрофилактических мероприятий в отношении осужденных, имеющих нарушения психики.

9. Разработка критериев экспертной оценки отдельных психических заболеваний.

**Судебно-психиатрическая экспертиза** – это экспертное освидетельствование государственными медицинскими судебными психиатрами-экспертами (далее, психиатрами-экспертами) лиц, участников уголовного процесса, гражданского и административного производства.

Согласно ст. 228 УК Республики Беларусь, СПЭ обязательно назначается в уголовном процессе для установления:

- психического или физического состояния подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе;

- психического или физического состояния потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания.

Виды судебно-психиатрической экспертизы по месту нахождения испытуемого:

- 1) амбулаторная;
- 2) стационарная;
- 3) экспертиза в судебном заседании;
- 4) заочная (по материалам дела).

В материале дела направляемого вместе с постановлением (определением) о проведении судебно-психиатрической экспертизы должны быть представлены:

- справки о нахождении (не нахождении) под наблюдением или получении помощи в психиатрических (наркологических) кабинетах поликлиник, психоневрологических (наркологических) диспансерах, психиатрических больницах;

- амбулаторные карты и истории болезни из вышеперечисленных учреждений;

- амбулаторные карты из территориальных поликлиник и истории болезни из больниц общего профиля, в случае лечения там лица, по поводу тяжелой ЧМТ;

- характеристики с места жительства и места работы;

- протоколы допросы свидетелей с обязательным описанием характера употребления подэкспертным лицом спиртных напитков;

- копии заключения стационарных СПЭ, если таковые ранее проводились;

- копии свидетельства о болезни из военкомата, которым призывался подэкспертный, если это лицо было комиссовано из армии по психическому заболеванию;

- при разрешении вопроса, касающиеся зависимости от алкоголя (наркомании, токсикомании) должны быть материалы, содержащие сведения о характере употребления;

- при назначении СПЭ несовершеннолетним в деле обязательно должны быть характеризующие сведения со всех мест учебы, работы, ИДН, КДН, протоколы допросов родителей, законных представителей, школьных психологов, педагогов с отражением психических особенностей подэкспертного.

По результатам проведения экспертизы выносится заключение судебно-психиатрической экспертизы, которое состоит из 3-х основных частей: введения, исследовательской и заключительной частей (выводов и их обоснования).

Введение включает наименование органа и должностного лица, которыми назначена СПЭ; основания для ее назначения; перечислены члены экспертной комиссии с перечислением их должностей, квалификационных категорий, ученых степеней и званий; время и место проведения СПЭ; ее вид (первичная, дополнительная, комплексная и др.); Ф.И.О., год рождения обследуемого, его отношение к делу (обвиняемый, свидетель, истец...); суть уголовного или гражданского дела;

вопросы, поставленные на разрешение СПЭ; данные предшествующих СПЭ, если таковые производились.

Исследовательская часть состоит из истории (анамнеза) жизни; истории болезни подэкспертного; описания его физического, неврологического, психического состояния; результатов специальных и лабораторных исследований; объективных данных, полученных при проведении СПЭ.

Выводы в заключении СПЭ – это ответы экспертов на вопросы поставленные в постановлении о производстве СПЭ. Приводится развернутый **медицинский диагноз** в соответствии с классификацией болезней (МКБ-10), а при решении вопроса о «вменяемости/невменяемости» также его соответствие (**медицинский критерий «невменяемости»**) применительно к одному из признаков невменяемости (хроническое или временное психическое расстройство, слабоумие, иное болезненное расстройство психики). После этого дается судебно-психиатрическая оценка данных экспертизы в форме утверждения о наличии или отсутствии соответствующего **юридического критерия** (мог или нет осознавать общественную опасность своих действий или бездействия и руководить ими...).

Государственные судебные психиатры-эксперты имеют права, обязанности и несут ответственность за выполненное ими исследование, оформляемое в виде заключения СПЭ, которое имеет форму акта судебно-психиатрической экспертизы. Он носит для суда рекомендательный характер и позволяет судье решить главный вопрос по рассмотрению общественно-опасного деяния: «Кто перед ним, преступник или душевнобольной?».

## **Тема 11. Симптомы психических заболеваний, методика исследования психически больных лиц**

Под **психикой** человека понимают сложный внутренний мир человека со всеми его познавательными процессами, индивидуально-психологическими особенностями личности и системой восприятия окружающего мира. Под **психическими свойствами личности** понимают устойчивые и постоянно проявляющиеся характеристики личности, обуславливающие особенности ее поведения и деятельности.

Нормальное состояние психики человека в совокупности составляют несколько основных, постоянно взаимодействующих, видов психических процессов:

*Ощущение* – это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств, предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при воздействии раздражителей на соответствующие рецепторы.

*Восприятие* – это наглядно-образное отражение действующих в данный момент на органы чувств вещей, предметов в целом, а не отдельных их свойств и признаков.

*Внимание* – это направленность психической деятельности человека на избирательное восприятие отдельных предметов и явлений.

*Память* – это психический процесс запечатления, сохранения и последующего воспроизведения прошлого личностного опыта.

*Мышление* – это форма отражения в сознании окружающей действительности с помощью которой устанавливается взаимосвязь, взаимозависимость, общность и различия предметов и явлений.

*Эмоции* – это психические процессы и состояния в форме непосредственного переживания человеком действительности.

*Воля* – способность регулировать поведение, управлять собой.

*Сознание* – высший уровень психической деятельности, проявляющийся способностью отдавать себе ясный отчет об окружающем в настоящем и прошлом времени, позволяющий предвидеть будущее и управлять, в соответствии с этим, своим поведением.

**Психическое расстройство** – это нарушение или аномалия психической деятельности. Причины психических расстройств многообразны. Ими могут быть:

- внутренние факторы (эндогенные) – наследственно-конституциональные, в частности, патологическая наследственность, нарушения мозгового кровообращения в результате атеросклероза сосудов головного мозга, кровоизлияния в мозг (инсульт), опухоли, атрофических процессов головного мозга;

- внешние факторы (экзогенные) – инфекции, интоксикации, воздействие различных вредных веществ на головной мозг плода во внутриутробном периоде, ЧМТ (ушиб, сотрясение, ранение или сдавление головного мозга);

- психотравмы (психогенные) – стрессы, конфликты и др.

Психические расстройства проявляются в нарушениях познавательных процессов и психических свойств. Основные виды нарушений следующие:

Основные виды **нарушения ощущений**: *анестезия* (утрата чувствительности) – потеря способности ощущать различные виды ощущение-

ний; *гипоестезия* – снижение чувствительности к различным видам раздражителей; *гиперестезия* – повышение чувствительности к различным видам раздражителей; *синестезия* – возникновение ощущения в одном из анализаторов после раздражения другого анализатора (укол ощущается в симметричной уколу точке); *парестезия* – это появление неприятных ощущений (покалывания, онемения, жжения, ползания мурашек) в разных частях тела при отсутствии раздражителей;

**Расстройства восприятия** включают: *иллюзии* – это искаженное восприятие реально существующих предметов (например, висящая одежда воспринимается как человеческая фигура); *галлюцинации* – это ложное восприятие несуществующих раздражителей, ложное восприятие без реального объекта (зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, осязательные галлюцинации).

К **расстройствам внимания** относятся: *ослабление внимания* (уменьшение сосредоточения); *сужение объема внимания* (снижение числа объектов одновременного наблюдения); *снижение концентрации внимания* (невозможность сосредоточения на определенной информации); *трудности переключения внимания*; *истощаемость внимания* (снижение интенсивности внимания со временем наблюдения); *лабильность концентрации внимания* (периоды сосредоточения внимания чередуются с его отсутствием).

**Расстройства памяти:** *амнезия* (потеря памяти) – это расстройства памяти в виде нарушения способности запоминать, хранить и воспроизводить информацию (примером выступают ретро-, антероретроградные амнезии – нарушения запечатления получаемой информации соответственно до эпизода нарушенного сознания; после него; до и после эпизода); *парамнезии* – это нарушения памяти по содержанию и воспроизведению правильной хронологии событий.

Различают несколько видов **расстройств мышления:** *ускорение темпа* – скачка идей с вихрем мыслей и представлений; *замедление темпа мышления*; *обстоятельность мышления* – застревание на несущественных деталях; *разорванность мышления* – утрачивается логическая связь суждений и высказываний, речь бессмысленна.

С мышлением тесно связан интеллект. Выделяют 2 вида снижения интеллекта (слабоумия): врожденное и приобретенное. Олигофрения – это врожденное слабоумие (малоумие). Деменция – это приобретенное слабоумие, причины: атрофические процессы головного мозга, эпилепсия, злокачественные формы шизофрении, ЧМТ.

Бред (бредовые идеи) – это ложное умозаключение, основанное на неправильных выводах о внешних явлениях и неподдающееся разубеждению. Бред – это всегда признак психического расстройства.

**Расстройства эмоций:** *депрессия* – пониженное, мрачное настроение (тоска, сочетающаяся с двигательной заторможенностью и замедлением мыслительного процесса); *мания* – повышенное радостное настроение, сочетающаяся с двигательным возбуждением и ускорением мышления; *эйфория* – повышенное беззаботное, неадекватно веселое настроение; *дисфория* – злобно-гневливое настроение; *амбивалентность* – одновременное сосуществование противоположных эмоций; *тревога* – чувство внутренней напряженности, которое связано с ожиданием угрожающих событий; и иные расстройства эмоций.

**Расстройства воли:** 1) *расстройства связанные с извращенными влечениями и побуждениями:* дромомания – патологическое влечение к бродяжничеству; пиромания – влечение к поджогам; 2) *расстройства сексуального характера* – парафилии; 3) *двигательно-волевые расстройства:* кататонический синдром, включающий: кататоническое возбуждение и кататонический ступор.

**Расстройства сознания** можно разделить на количественные (от легкого оглушения до полного ухода от действительности) и качественные (с дезориентировкой, бредом и галлюцинациями).

Расстройства во время совершения ООД бывают **психотические** и **непсихотические**. *Психотическое состояние* – это психическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением: а) психических функций, б) контакта с реальной действительностью, в) дезорганизацией деятельности (обычно до антисоциального поведения) и г) грубым нарушением критики. *Непсихотические расстройства* – симптомы и синдромы, сопровождающиеся а) критикой к ситуации, б) адекватной оценкой окружающей действительности, в) его поведение находится в рамках социально принятых норм. Примером нарушений непсихотического уровня могут быть простое алкогольное опьянение, кратковременная депрессивная реакция, расстройства внимания.

Основной метод исследования психически больных – это собеседование (клиническое интервью), дополняемое при необходимости наблюдением, анализом деятельности подэкспертного, методами экспериментально-психологического исследования. В сложных диагностических случаях амбулаторной СПЭ бывает недостаточно и проводится стационарная судебная экспертная оценка в условиях психиатрической больницы.

## Тема 12. Хронические расстройства психической деятельности человека. Их судебно-психиатрическая оценка

Хронические расстройства психической деятельности – это одна из составляющих медицинского критерия невменяемости. К ним относятся шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, сокращенно МДП (по современной классификации – биполярное расстройство).

**Шизофрения** (от греч. *schizo* – расщепляю, *phren* – душа, ум, рассудок) – это психическое заболевание неустановленной этиологии, протекающее хронически в виде приступов или непрерывно и приводящее к характерным изменениям личности и различными по степени выраженности другими психическими расстройствами, часто приводящими к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. Больные могут испытывать галлюцинации (ложное восприятие), бред (ложное убеждение).

Первые проявления шизофрении обычно наблюдаются в возрасте от 18 до 35 лет. Первые проявления шизофрении обычно наблюдаются в возрасте от 18 до 35 лет. Выделяют 3 стадии болезни: продромальную, активную и резидуальную (остаточную).

Теории причинности возникновения шизофрении:

1) биологический подход: наследственное заболевание с дефектом генов; биохимические аномалии и аномальная структура мозга; вирусная теория;

2) психологический подход: психодинамическая, когнитивная, социокультурная и другие теории.

Структура шизофренического синдрома может быть разбита на 3 категории: *позитивные симптомы* (избыток мыслей, эмоций и действий), *негативные симптомы* (дефицит мыслей, эмоций и действий) и *психомоторные симптомы*.

*Позитивные симптомы* – это симптомы шизофрении, кажущиеся избытками, причудливыми дополнениями к нормальному мышлению, чувствам или поведению. Это – бред, дезорганизованное мышление и речь, обостренное восприятие и галлюцинации, эмоциональная неадекватность. При шизофрении чаще всего встречается бред преследования (мечтается заговоры, шпионаж, предвзятое отношение, нанесение вреда).

*Негативные симптомы* – признаки шизофрении, кажущиеся дефицитом нормального мышления, чувств или поведения. Это – алогия («бедность речи»), эмоциональная тупость и эмоциональное уплощение, абулия («дефицит воли») и социальная изоляция.

*Психомоторные симптомы* шизофрении проявляются в скованности движений больных, воспроизведении странных гримас и жестов. Наиболее наглядно выражены в кататонии, в формах: кататонического ступора и кататонического возбуждения.

Основные клинические признаки: расщепление психической деятельности; эмоционально-волевое нарушение; прогрессирующее течение болезни.

**Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих шизофренией:** в уголовном процессе признаются невменяемыми, а в гражданском процесс – недееспособными. Однако при длительной ремиссии заболевания, а также отдельных формах шизофрении, могут признаваться вменяемыми.

**Эпилепсия** (от греч. *epilepsia* – схватываю) – хроническое прогрессирующее неврологическое заболевание, выражающееся в судорожных и бессудорожных приступах, психозах и специфических изменениях личности больного.

Эпилепсия может проявляться в виде эпилептических припадков (больших и малых) и эпилептических психических эквивалентов, возникающих внезапно или развивающиеся постепенно.

Большой эпилептический припадок имеет определенные фазы, которые условно во временной последовательности можно расположить следующим образом:

1. *Предвестники припадка* (характерны беспокойство, раздражительность, нарушения обоняния и вкуса).

2. *Аура* («дуновение»). Пациент с эпилепсией часто ощущает прохладное дуновение. Сенсорная же аура, в частности, выражается в появлении каких-либо ощущений в органах чувств (например, зрительная – больные видят различные предметы, вспышки). Продолжительность – секунды.

3. *Фаза тонических судорог* (длится около 30 секунд). Происходит потеря сознания с последующим тоническим сокращением всей мускулатуры тела.

4. *Фаза клонических судорог* (продолжается 1-2 минуты) проявляется поочередными, резкими сокращениями сгибательной и разгибательной мускулатуры конечностей («типа движения маятника»), туловища, следующими друг за другом.

5. *Постприпадочная стадия* (длится 1-2 часа). Сознание больного помрачено, речь бессвязна, взгляд блуждающий, а далее наступает глубокий сон. После приступа больной ничего не помнит (полная амнезия).

6. *Фаза восстановления.* Больной приходит в себя, он доступен для общения, хотя характерные изменения личности присутствуют. В тяжелых случаях течения эпилепсии большой припадок может завершиться эпилептическим статусом, когда приступы следуют один за другим, а между приступами пациент не приходит в сознание.

*Малый эпилептический припадок* не имеет такой характерной фазности течения. Он проявляется кратковременной, на доли секунд, потерей сознания с небольшими судорожными компонентами (без падения).

#### **Психические эквиваленты эпилепсии:**

- *эпилептические эквиваленты припадков:* нарколептический припадок; каталептический припадок; дисфория;
- *эпилептические психозы:* сомнамбулизм; сумеречное расстройство сознания;
- *эпилептические изменения личности:* эгоцентризм, мнительность, агрессивность, упрямство (вплоть до ригидности), злопамятность, угодливость, олигофазия (использование уменьшительно-ласкательных слов).

**Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих эпилепсией,** неоднозначна и зависит от условий протекания болезни и обстоятельств совершения больными ООД: если в период совершения правонарушения у больного отмечался судорожный припадок или эпилептические эквиваленты (дисфория или сумеречное расстройство сознания), а также при наличии выраженных изменений личности или эпилептического слабоумия – они признаются невменяемыми. В иных случаях лица могут быть признаны вменяемыми.

**Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)** – это заболевание, которое протекает в виде маниакальных и(или) депрессивных фаз, разделенных чаще всего интермиссиями (состоянием с полным исчезновением психических расстройств и сохранением присущих до болезни индивидуальных личностных особенностей).

Возраст пациентов чаще колеблется от 30 до 60 лет. Продолжительность приступов различна (от одной недели до нескольких месяцев и более). Расстройство не вызывает у больных слабоумия и изменений личности.

Для **депрессивной фазы** биполярного расстройства характерна следующая «классическая триада»: 1) угнетенное, тоскливое настроение; 2) заторможенность мыслительных процессов; 3) скованность двигательной сферы.

**Маниакальная фаза** является полной противоположностью депрессивной. Для маниакальной фазы биполярного расстройства также характерна следующая «классическая триада»: 1) повышенное настроение; 2) ускорение течения мыслительных процессов; 3) психомоторное возбуждение (повышенная двигательная активность).

**Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих биполярным расстройством** определяется наличием или отсутствием острой психотической симптоматики. Лица, совершившие ООД в период приступа (маниакального или депрессивного), признаются невменяемыми и направляются на лечение в психиатрическую больницу. Если преступление совершено в межприступный период интермиссии, они в отношении содеянного признаются вменяемыми.

### **Тема 13. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психической деятельности человека, связанных с употреблением психоактивных веществ**

**Психоактивные вещества** (далее ПАВ) – это вещества вызывающие изменение психики, влияющие на нормальное функционирование головного мозга и организма в целом. К ним относят:

- психотропные вещества;
- наркотические вещества;
- алкоголь, табак, кофеин и т.д.

Влияния алкоголя на организм выделяют в двух формах: острого алкогольного опьянения (краткосрочное влияние) и алкогольной зависимости (долговременное влияние).

**Простое (острое) алкогольное опьянение имеет степени:**

- легкая степень опьянения –  $0,5-1,5\%$ ;
- средняя степень опьянения –  $1,5-2,5\%$ ;
- тяжелая степень опьянения – свыше  $2,5-3,0\%$ .

Концентрация алкоголя в крови свыше  $0,5\%$  (или  $5\%$ ) в большинстве случаев вызывает смерть человека.

*Легкая* степень опьянения характеризуется приятными ощущениями тепла и расслабления, комфорта, повышенного настроения, ложного оптимизма, хвастливости. Суждения становятся неточными, неконкретными. Критика к оценке своего состояния и окружающей обстановки искажается.

*Средняя* степень опьянения проявляется эйфорией, усиливается двигательное возбуждение, появляется раздражительность. Речь стано-

вится однообразной, стереотипной, артикуляция уже не выразительна. Нарушается координация движений и равновесие. Возможны импульсивные поступки, заострение личностных черт.

*Тяжелая* степень опьянения характеризуется оглушенным расстройством сознания, движения некоординированы, речь отрывиста, невнятна. Возможны эпилептиформные приступы, непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Имеет место полная амнезия происходящего в период опьянения.

**Зависимость от алкоголя** – это заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртному, психической и физической зависимостью от него.

**1. Неврастеническая:** увеличивается устойчивость (толерантность) организма к алкоголю, *утрачивается защитный рвотный рефлекс*. Имеется психологическая зависимость от спиртного. Теряется контроль над количеством выпитого. *Симптом опережения*. Меняется картина опьянения: вместо эйфории являются раздражительность, эксплозивность, угнетенность. Начинают появляться болезненные черты личности: лживость, хвастовство, назойливость, болтливость.

**2. Наркоманическая:** характерен *синдром похмелья* (абстинентный синдром): характерны дрожание конечностей, головная боль, потливость, боли в сердце, дискомфорт, снижение аппетита, тошнота, бессонница, рвота, поносы. Имеют место запои (дипсомания) до 4-10 дней, которые ученые связывают с наличием депрессии. Наступает *алкогольная деградация личности*, которая проявляется снижением памяти и интеллекта.

**3. Энцефалопатическая стадия:** характеризуется снижением толерантности (устойчивости) организма к алкоголю. Выраженное опьянение уже возникает от небольших доз спиртного. Развивается глубокая социальная, психическая и физическая деградация личности.

На 2-3 стадии зависимости от алкоголя развиваются алкогольные психозы, которые относятся к острым психотическим состояниям и характеризуются утратой способности у больного реально оценивать ситуацию, бессвязностью мышления, дезорганизацией поведения, амнезиями периода нахождения в психозе:

1. *«Белая горячка»* («дрожящий делирий»). Характерны зрительные иллюзии и галлюцинации, которые носят устрашающий характер, имеют место отрывочные бредовые идеи, психомоторное возбуждение. Характерны следующие симптомы: *Симптом Райхардта* (симптом «чистого листа»); *Симптом Ашаффенбурга* (симптом «мнимого телефо-

на»); *Симптом Липмана* – обострение зрительных галлюцинаций при надавливании на глазные яблоки.

2. *Алкогольный галлюциноз*. Протекает от нескольких дней, недель до нескольких месяцев и лет. Характерны слуховые (вербальные) галлюцинации при формально ясном сознании. На основе галлюцинаций возникают бредовые идеи преследования, самообвинения. Больные склонны к суициду.

3. *Алкогольный паранойд*. Протекает в виде бредовых идей ревности, преследования, отравления, слуховых иллюзий и галлюцинаций. Длится месяцами.

При **судебно-психиатрической оценке лиц** с синдромом алкогольной зависимости первой и второй стадии они признаются вменяемыми. Лица с синдромом алкогольной зависимости третьей стадии признаются невменяемыми только если присутствует грубая деградация личности, выраженными интеллектуальными и эмоционально-волевыми расстройствами. Алкогольное опьянение признается отягчающим вину обстоятельством. Лица, совершившие преступление в состоянии алкогольных психозов, признаются невменяемыми

**Наркомания** – это патологическое влечение к ряду натуральных или синтетических нейротропных веществ, из Республиканского перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь.

**Токсикомания** – это зависимость от препаратов, не включенных в вышеуказанный перечень, но вызывающих болезненное привыкание.

В современной классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 все состояния вследствие употребления ПАВ включены в одну главу F1.

**Опиоиды или опиаты**. Это препараты, включающие опий (свернувшийся млечный сок опийного мака) и его производные (морфин, героин, кодеин, омнопон), а также синтетические препараты с морфиноподобным действием (промедол, метадон и др.). Они вызывают спокойствие и удовольствие, устраняют боли, снимают напряжение. Из побочных действий – тошнота, сужение зрачков («точечные зрачки»), запоры.

**Каннабиоиды (каннабис)**. Препараты (марихуана, гашиш) из группы конопли при курении оказывают смешанное галлюциногенное, успокаивающее и стимулирующее действие. В малых дозах от них чувство радости, в больших – интоксикацию: покраснение глаз, головокружение, повышение давления, увеличение аппетита и сухость во рту.

**Седативные и снотворные вещества.** Они понижают активность ЦНС, снимают состояние напряжения, внутренние сдерживающие факторы, нарушают мышление, двигательную активность и концентрацию. Эти средства вызывают расслабленность и сонливость, в малых дозах успокаивающее действие, в высоких – снотворное.

**Кокаин и другие психостимуляторы.** После приема кокаина возникает эйфорический прилив бодрости и чувство самоуверенности. При интоксикации нарушения мышечной координации, ослабление здравого смысла, агрессия, страх и спутанность сознания. Возможны галлюцинации и бред. После окончания действия испытывают «ломку»: упадок сил, депрессию, головную боль, головокружение, обмороки.

**Галлюциногены и комбинации ПАВ.** Галлюциногены вызывают бред и галлюцинации в сенсорном восприятии.

При **судебно-психиатрической оценке** лица, страдающие наркоманией, как правило, признаются вменяемыми. Лица, совершившие преступления в состоянии опьянения, вызванного употреблением наркотических или других одурманивающих веществ, признаются вменяемыми. Лица, страдающие наркоманией, признаются невменяемыми, если в период совершения ООД они находились в психотическом состоянии или если имеются глубокие интеллектуально-мнестические и личностные нарушения.

#### **Тема 14. Временные расстройства психической деятельности человека. Их судебно-психиатрическая оценка**

**Временные психические расстройства** – это большая группа острых и преходящих, длящихся, как правило, непродолжительное время психотических (с помрачением сознания, бредовыми и галлюцинаторными симптомами) нарушений, которые в итоге заканчиваются выздоровлением.

Временные психические расстройства возникают остро, текут непродолжительно, с двигательным возбуждением или заторможенностью, обязательно присутствие расстроенного сознания, часто с бредом и галлюцинациями, нередко у практически здоровых лиц. Имеет место обратимость психотической симптоматики с последующей полной или частичной потерей памяти.

Временные психические расстройства принято делить на две группы: исключительные состояния и реактивные состояния.

К исключительным состояниям относят:

- 1) патологическое опьянение;
- 2) патологический аффект;
- 3) сумеречное состояние сознания;
- 4) патологическое просоночное состояние.

Исключительные состояния (ИС) могут возникнуть у лиц, подверженных эмоциональному напряжению, изнуряющим психологическим и физическим нагрузкам, другим истощающим воздействиям внешних и внутренних факторов.

Общие схожие признаки ИС:

- внезапное начало;
- непродолжительность протекания по времени: чаще минуты, реже – часы;
- наличие расстроенного сознания;
- присутствие частичной или полной потери памяти;
- возможность возникновения у лиц, не страдающих психическими расстройствами;
- редкие повторы этих состояний.

**Патологический аффект** – кратковременное расстройство сознания, возникновение которого связано с действием психотравмирующих факторов. Характерно помрачение сознания с отрывом от действительности; искаженное восприятие окружающего мира; сознание ограничено непосредственным раздражителем; Протекает стадийно в виде подготовительной стадии, «взрыва» и заключительной стадии.

**Сумеречное расстройство** сознания сопровождается с дезориентировкой в месте, времени и ситуации, полным отрывом от действительности. Имеют место болезненно искаженное восприятие окружающего, способность к сложным автоматизированным действиям. Нарушается мышление, с амнезией происшедших событий. Поведение человека содержанием его бреда и галлюцинаций, эмоциями страха, ярости, злобы, тоски.

**Патологическое опьянение** – это острое, кратковременно протекающее психическое расстройство, возникающее в результате приема алкоголя. Для патологического опьянения характерно внезапное начало (после приема как малых, так и больших, доз алкоголя), помрачение сознания, бред и галлюцинации, что вызывает переживания, связанные с болезненной трактовкой окружающего.

**Патологическое просоночное состояние** – это состояние неполного пробуждения после глубокого физиологического сна, который сопровождается яркими сновидениями, с неравномерным переходом от сна к

бодрствованию отдельных систем головного мозга, когда и может быть совершено ООД. Поведение человека носит неосмысленный характер. Имеют место отдельные автоматические поступки или целостные двигательные акты, отражающие болезненные переживания.

Лица, совершившие ООД в исключительных состояниях, признаются невменяемыми.

Реактивные состояния – это временные, обратимые нарушения психической деятельности, которые возникают под влиянием экзогенных, психогенных расстройств, субъективно тяжело психически переживаемых, но носящих функциональный характер, т.е. не сопровождающихся органическими изменениями ГМ, а выражающихся только в расстройстве его функций. К реактивным состояниям относят: 1) реактивную психозы; 2) реактивные неврозы.

**Реактивные психозы** могут быть короткими и исчисляться несколькими часами-днями (например, аффективно-шоковые реакции, истерические неврозы), а могут принимать затяжную форму (на недели-месяцы) и проявляться реактивной депрессией, развитием бреда и галлюцинаций (реактивным параноидом). Клинически они проявляются в 2-х вариантах:

- *реактивный ступор* (невозможность человека двигаться, отвечать на вопросы, предпринимать действия в угрожающей жизни ситуации);
- *реактивное возбуждение* (характерна хаотичная активность, крики, метание, паника, «реакция бегства»).

**Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) или травматический невроз.** Для возникновения ПТСР человек должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера. В течение 6 месяцев после стрессогенной реакции возникают следующие симптомы: стойкие воспоминания или «оживления» стрессора в навязчивых воспоминаниях, снах («обратные кадры»); затруднение засыпания или частое пробуждением, раздражительностью или вспышками гнева, затруднением концентрации внимания, усилением ориентировочных реакций (рефлекс «сторожевого пса»).

**Расстройство адаптации** – это снижение продуктивности в повседневных делах и нарушение социального функционирования после стрессовой ситуации или значительных изменений в жизни. Клинические проявления: раздражительность, эмоциональная конфликтность с повышенной истощаемостью, фиксация на психогенных аспектах неприятного события.

**Диссоциативные (конверсионные) расстройства.** Имеют место функциональные, обратимые нарушения психической деятельности, основанные на самовнушении и конверсии (переносе) внутренней тревоги в яркие, демонстративные (истерические) формы поведения.

Выделяют несколько форм этих расстройств: *диссоциативная амнезия; диссоциативная fuga; диссоциативный ступор; транс и утрата идентичности личности; диссоциативные двигательные и сенсорные расстройства; синдром Мюнхгаузена; сомато-вегетативные нарушения; синдром Ганзера; синдром одичания; пуэрилизм; псевдодеменция; истерические психозы.*

*Истерические психозы* непродолжительны, тесно связаны с актуальностью психотравмирующей ситуации, в итоге – всегда заканчиваются полным выздоровлением (причем, даже без участия врача), за исключением реактивной депрессии и реактивного параноида.

Как разновидность реактивных состояний возможно развитие *соматоформных расстройств* («сома» – тело), которые проявляются различными ложными телесными нарушениями, которые якобы имеют место.

Реактивные состояния могут протекать с *синдромом дереализации-деперсонализации*. Дерееализация – это ощущение больным измененности окружающего мира: «нереальный», «чуждый», «подстроенный». Деперсонализация – это болезненное переживание пациентом собственной измененности, утраты идентичности, раздвоения или потери своего «Я».

**Судебно-психиатрическая оценка реактивных состояний:** лица, страдающие временными реактивными состояниями, в отношении инкриминируемых им деяний, в большинстве случаев, признаются вменяемыми.

## **Тема 15. Хронические расстройства психической деятельности человека, не исключющие вменяемости**

К хроническим расстройствам психической деятельности, не исключаяющим вменяемость, можно отнести ряд расстройств, в частности расстройства характера (старое название «психопатии», новое – «расстройство зрелой личности»), парабулии – расстройства волевой деятельности и др.

Под расстройствами зрелой личности понимаются стойкие врожденные или приобретенные характерологические расстройства (иными словами, «дрянной», скверный характер) при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям межличностных отношений и

адаптации к окружающему. Распространенность их среди населения по разным данным составляет 2,0–15,0%. На учете в психиатрических диспансерах таких пациентов около 5,0%. Соотношение мужчин и женщин с расстройствами зрелой личности – 2:1. С учетом более привычного старого названия РЗЛ, будем употреблять в дальнейшем термин «психопатии».

На сегодняшний день нет общепризнанной теории психопатий. Развитие личности определяется действием комплекса факторов, которые дают многозначные эффекты. Тем не менее, установлено, что если лица с дефектами нервной системы воспитывались в неблагоприятной среде, у них чаще развивались патологические (отклоняющиеся) формы поведения. При воспитании в благоприятных условиях происходила компенсация имеющегося дефекта характера.

Психическая дисгармоничность при психопатии зависит от большей выраженности одних черт (свойств) и недоразвития других: например, повышенная эмоциональная ранимость развивается при слабом волевом контроле за поведением; тревожность – при неадекватной оценке окружающего; эгоцентризм («Я – центр вселенной...») – при отсутствии к чему-то реальных способностей. Выраженность психических расстройств человека с патологией характера может быть различной, от легких проявлений до полной социальной дезадаптации, свидетельствующей о наличии психопатии.

Возможность адаптации к жизни у психопата зависит от двух причин: выраженности дисгармоничности личности; влияния внешних факторов.

Психопатическая личность в благоприятных условиях может быть хорошо адаптирована (компенсация), в неблагоприятных – дезадаптирована с яркой выраженностью психопатических черт (декомпенсация). Неблагоприятными факторами могут быть соматические (телесные) и инфекционные заболевания, интоксикации, эмоциональные стрессы. Следует заметить, что психопатические личности часто сами и создают патогенные (конфликтные) для себя ситуации, которые отдельным из них позволяют себя чувствовать более комфортно в «зоне конфликта», нежели за ее пределами.

При психопатии нет снижения интеллекта, но есть «относительная интеллектуальная недостаточность». Эти личности обладают специфическим складом мышления в отношении собственного «Я», понимания своей роли в межличностных отношениях. Таким образом, имеется тенденция к одностороннему отбору информации, т.е. той, которая соответ-

ствуется установкам личности. То, что не соответствует им, отвергается. В итоге возникает ошибочная оценка себя и своей роли в межличностных отношениях. По этой же причине больные психопатией не извлекают уроков из своих ошибок. При психопатии наибольшие изменения отмечаются в эмоциональной и волевой сферах. Психопаты то чрезмерно возбудимы, то чрезмерно тревожны. Это дало повод К. Шнайдеру считать психопатами тех лиц, от особенностей которых страдают окружающие и они сами.

Больные психопатией, совершившие преступление, чаще признаются виновными, при декомпенсации психопатии – вопрос решается индивидуально.

Лица со скверным (патологическим) складом характера составляют значительную долю среди подэкспертных СПЭ. При определении их уголовной ответственности суд учитывает выраженность психических расстройств, а также особенности совершенных ООД. Большинство из них – лица с возбудимой, истерической и параноической формами психопатий.

Существует определенная взаимосвязь (корреляция) между вариантами психопатий и характером противоправного поведения: хулиганство чаще присуще лицам с истерической и возбудимой психопатиями, агрессивные, целенаправленные действия – лицам с параноической психопатией.

При глубокой декомпенсации параноической психопатии она может быть приравнена к психотическому состоянию. В данном случае важно отграничить параноические идеи от сверхценных, так как в зависимости от квалификации этих идей определяется судебно-психиатрическое заключение, то есть испытуемый при наличии у него параноических идей признается невменяемым.

Дееспособность лиц, страдающих психопатиями, редкий повод для назначения СПЭ. Необходимость в ней возникает в особых случаях параноической психопатии при оценке дееспособности психопатической личности в состоянии глубокой декомпенсации на момент заключения сделки. Здесь учитывается психическое состояние на определенный отрезок времени, а не вообще, поскольку такие состояния бывают проходящими.

Расстройства волевой деятельности у лиц с психическими расстройствами многообразны. У душевнобольных часто нарушается мотивация к деятельности, для них характерны «мимовольные поступки»: импульсивные, непродуманные действия и влечения. Они могут бес-

причинно ломать мебель, бегать по проезжей части улицы, ударить в лицо первого встречного, раздеваться прилюдно, сесть в поезд и уехать неизвестно куда... Часть из них, при наличии депрессии, склонны к самоубийству, самоистязанию, отказу от приема пищи.

*Пиромания* имеет особую социальную актуальность. Нередко сочетается с другими нарушениями влечений (дромо-, клептоманией, сексуальными перверсиями). Чаще выступает как форма расторможенности влечений, чем как сформировавшееся импульсное влечение, которое реализуется без борьбы мотивов. В формировании пиромании участвует комплекс факторов: психопатологических, психологических и социальных. Точные данные о распространенности пиромании неизвестны, считается, что из числа лиц, совершивших поджоги, психически больные составляют не более 40,0%. Большинство из них имеют органическое поражение ГМ, зависимость от ПАВ. Пироманы обычно постоянные зрители на пожарах. Они безразличны к их трагическим последствиям, злорадствуют по этому поводу. Мотивом поджога в этих случаях никогда не становится обида, месть или материальная выгода. Вследствие этого бытовое обозначение пиромании – «поджог без причин». Больные отрицают свою причастность к поджогам и отказываются от ответственности.

*Клептомания* или патологическое воровство проявляется в расстройстве влечения, цель которого – хищение, выражающееся в воровстве предметов, не представляющих особую ценность и ненужных для личного потребления. Клептомания, как правило, начинается в детском возрасте, течение болезни длительное, хроническое. Она более характерна для лиц женского пола. Похищенный предмет может отдаваться кому-либо, скрываться или возвращаться тайно на место. Влечение импульсивно, никогда не используются сообщники. После акта клептомании у больных возникает облегчение. В то же время могут проявляться тревога, чувство вины, но не чувство мести как предвестник совершения кражи. Здесь следует различать здоровых лиц, симулянтов и лиц с психическими расстройствами. Например, кражи могут совершаться больными шизофренией из-за бредовых мотивов или императивных галлюцинаций, а также больными с эмоциональными (аффективными) расстройствами.

*Расстройства сексуального предпочтения (парафилии)*. Для парафилий характерно: повторно возникающие, интенсивные по своей силе, сексуальные импульсы и фантазии, связанные с необычными (ненормальными) предметами и поведением, которые определяют поступки и действия личности; они не сопровождаются субъективными страданиями.

ями; возникают вследствие хромосомных и гормональных нарушений, неврологических расстройств; больные редко обращаются за медпомощью; изменения подобного рода наблюдаются не менее чем полгода.

Парафилии не являются редкостью. В поле зрения педофилов, а позже правоохранителей, попадают до 20,0% всех детей в возрасте до 18 лет. Около 80,0% всех взрослых женщин становятся объектами вуайеристов и эксгибиционистов.

*Эксгибиционизм* – это удел мужчин. Основной признак – возникновение сексуального возбуждения при ожидании демонстрации незнакомым лицам, обычно противоположного пола, своих гениталий. Оргазм достигается мастурбацией во время демонстрации или после нее. Специфическим является то, что имеется устойчивое желание неожиданно демонстрировать свои гениталии, обычно лицам противоположного пола, почти всегда связанная с сексуальным возбуждением и мастурбацией, при этом у больного не возникает желания или попыток полового акта с жертвой.

*Педофилия* – это парафилия, которая проявляется в устойчивом предпочтении сексуальных действий с детьми. Она может быть и самостоятельным психическим расстройством. Педофилия может реализовываться в эротических сновидениях и фантазиях. Чаще встречается у лиц с остаточными явлениями органического поражения ГМ. Выделяют несколько вариантов педофилии (навязчивый, компульсивный, импульсивный, псевдорационалистический), которые могут проявляться навязчивыми мыслями, действиями, возникать импульсивно. Один из вариантов протекания – псевдорационалистический характеризуется тем, что лица, проводящие сексуальные манипуляции с детьми, объясняют свои действия обучением и подготовкой детей к их дальнейшей жизни.

*Садомазохизм* – это парафилия, для которой характерно предпочтение сексуальных действий в активном (садизм) или пассивном (мазохизм) качестве или в обоих. Цель этих действий – причинение боли и унижения, подчинение. Садомазохистские действия являются важнейшим источником сексуального возбуждения или необходимым для сексуального удовлетворения.

Следует отметить, что вопрос о критериях вменяемости лиц с патологическими расстройствами влечений разработан недостаточно. В судебно-психиатрической практике наиболее частыми проявлениями расстройства привычек и влечений являются патологическая склонность агрессивно-садистического характера, клепто-, пиромании и реже – патологическая склонность к азартным играм (лудомания).

При судебно-психиатрической оценке лиц с агрессивно-садистическим поведением исходят из степени выявленных психопатологических расстройств, при которых совершались деликты. Большинство таких больных проявляют признаки остаточных явлений органического поражения ГМ, при этом более редкими являются психопатические личности и больные шизофренией. Характерным является не изолированность расстройств влечений, а их разнообразие. Имеет место полиморфизм проявлений у одного и того же лица, сочетание их с другими психопатологическими синдромами, что подтверждает системный характер патологии сферы влечений.

Экспертная оценка лиц с парафилией должна проводиться с учетом как нозологии психической патологии, так и проявлений болезненных влечений.

При навязчивом характере педофилий с сохранностью у испытуемых критики девиантных действий, отсутствии нарушений сознания и незначительных эмоциональных отклонениях в отношении них целесообразно заключение о вменяемости, лишь в отдельных случаях может идти речь о ее ограничении.

При компульсивном и импульсивном вариантах педофилий с расстройствами регуляции поведения, а также при расстройствах сознания испытуемые признаются невменяемыми.

Меры медицинского характера при педофилии определяются наличием и комплексом в структуре синдрома агрессивно-садистических проявлений и его динамикой. При выраженности агрессивно-садистического компонента влечения, а также с прогрессированием расстройств необходимо применение принудительного лечения в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением. В остальных случаях рекомендуется принудительное лечение в условиях психиатрической больницы с усиленным или обычным наблюдением. Предпочтительнее решать экспертные вопросы в рамках комплексной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы.

## **Тема 16. Слабоумие и иные психические расстройства вследствие аномального воздействия внешних и внутренних причин**

Основной признак слабоумия – это низкий интеллект человека, который зачастую дополняется другими аномалиями развития. Олигофрения – это врожденное слабоумие. Деменция – это приобретенное слабо-

умие, возникшее в процессе жизни человека от ряда причин, распад которого изначально соответствовал норме.

**Олигофрения** (греч. *oligos* – малый, *phren* – ум) – это врожденное умственное недоразвитие. Это патологическое состояние, обусловленное поражением ГМ во время родов или на 1-м году жизни, расстройствами метаболизма, врожденными уродствами, а также хромосомными аномалиями, в клинике которых проявляется синдром относительно стабильного интеллектуального недоразвития, ведущий к нарушению социально-трудовой адаптации. Олигофренией страдает до 1,0–3,0% жителей нашей планеты. Следует отличать от деменции – утраты имевшейся ранее интеллектуальной состоятельности.

Психические расстройства при олигофрении стабильны на протяжении всей жизни. Олигофрения – это недоразвитие психики в целом с преимущественной недостаточностью интеллекта. Человек, отстает в развитии, плохо развивается речь, дети начинают ходить с 3–4 лет или не ходят вообще. Мимика однообразна, действия некоординированы.

Виды олигофрении по факторам ее возникновения:

1. Умственная отсталость *эндогенной природы* (в связи с неполноценностью генеративных клеток родителей), наследственно обусловленная: микроцефалия; энзимопатическая олигофрения; кретинизм; Болезнь Дауна; Синдром Кляйнфельтера; Синдром Шерешевского-Тернера.

2. Олигофрении, связанные с *экзогенным (внешним) фактором*: алкоголизм родителей, токсоплазмоз, вирусные заболевания матери; резус-конфликт (гемолитическая болезнь новорожденных), когда имеется антигенная несовместимость крови матери и плода; заболевания, возникшие сразу после рождения и в первые месяцы жизни (родовая травма, травма головы, асфиксия новорожденного, нейроинфекция: менингиты, энцефалиты); гидроцефалия – к ней приводит избыток продукции церебральной жидкости и нарушения проходимости ликворных путей.

По глубине и тяжести психических расстройств различают 3 степени психического недоразвития (олигофрении):

1. **Идиотия** (греч. *idioteia* – невежество) – наиболее тяжелая и глубокая форма олигофрении. Характерная черта – недостаточная реакция на окружающее. Они пассивны, безучастны. У больных отсутствует речь, они издают только звуки и плохо понимают речь, обращенную к ним. Воспринимается только интонация. Их движения хаотичны, стереотипны, поступки немотивированы. Эмоции больных примитивны, для них характерна неадекватная ситуационная реакция

на окружающий мир. Налицо грубые физические дефекты в виде диспластичности, деформации черепа, скелета, парезы и параличи, судорожные пароксизмы.

2. **Имбецильность** (лат. *imbecillus* – слабый, незначительный) – средняя (умеренная) степень олигофрении. Мышление у больных скудное, овладевают речью, но она развита слабо. Их словарный запас от 10 до 300 слов. Речь аграмматична, косноязычна. Мышление конкретное. Суждения больных примитивны. Ограничена способность к механическому запоминанию, арифметическим действиям. Суждения бедны. Могут овладеть отдельными операциями трудового процесса.

3. **Дебильность** (лат. *debilis* – хилый) – это самая легкая степень умственного недоразвития. В ряде случаев отмечается достаточный запас слов, неплохая механическая память, усидчивость. Им доступны чтение и письмо, простейшие обобщения. Характерно преобладание конкретного мышления, абстрактное же – развито слабо. Выделяют легкую, среднюю и выраженную (глубокую) степень дебильности.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих олигофренией, следующая: начиная от тяжелой степени дебильности и далее по глубине снижения интеллекта – невменяемы и недееспособны. Лица, страдающие дебильностью легкой или средней степени, – вменяемы, могут быть как дееспособными, так и ограниченно дееспособными.

**Черепно-мозговая травма (ЧМТ)** – это совокупность разнообразных видов механического повреждения мозга и костей черепа.

Большинство расстройств личности и поведения спровоцированы последствиями травматического поражения ГМ. Кратковременные психические расстройства имеют место уже сразу после травмы и в течение 6 месяцев после нее. Спустя полгода и более уже формируются отдаленные последствия ЧМТ.

Механизм ЧМТ складывается из прямого удара с местным повреждением черепа и мозга и противоудара. При противоударе возникает ушиб ГМ о костные внутрочерепные образования вследствие его смещения в полости черепа в сторону, противоположную месту приложения травмирующей силы. Роль отводится гидравлическому удару, который связан с перемещением спинно-мозговой жидкости в желудочках ГМ и путях ее прохождения. При ЧМТ имеют место повышение внутричерепного давления и отек головного мозга.

Выделяют открытые (с повреждением кожи и мягких тканей черепа) и закрытые (без их повреждения) ЧМТ. Открытые ЧМТ бывают проникающими и непроникающими.

Выделяют следующие клинические формы закрытой ЧМТ:

- сотрясение мозга;
- ушиб мозга (легкой, средней и тяжелой степени);
- сдавление мозга.

*Сотрясение мозга* – это преимущественно функциональная, обратимая и легкая, форма ЧМТ. Ее признаки – отсутствие или кратковременная потеря сознания и быстро проходящая неврологическая симптоматика.

*Ушиб мозга легкой степени* характеризуется тем, что сознание сохранено или отключается на секунды (минуты) в виде легкой степени затуманивания (обнубиляции). Возможна тошнота, однократная рвота.

*Ушиб мозга средней степени* связан с исключением сознания от нескольких десятков минут до 6 часов после ЧМТ. Может наблюдаться многократная рвота, преходящие расстройства жизненно важных функций: редкий или ускоренный пульс, повышение артериального давления, учащение дыхания. Придя в себя, больные жалуются на выраженную головную боль, головокружение, астению, расстройства интеллектуальных способностей и памяти, адинамию (снижение двигательной активности). Имеют место подергивание глазных яблок при взгляде вверх, вниз или в сторону (нистагм), признаки раздражения мозговых оболочек.

*Ушиб мозга тяжелой степени* характеризуется исключением сознания более 6 часов после ЧМТ. В отдельных случаях возможно двигательное возбуждение. Чаще наблюдаются сопор или кома продолжительностью несколько суток. Наблюдаются тяжелые нарушения жизненно важных функций организма: кровообращения, дыхания, терморегуляции. Характерны плавающие движения глазных яблок, расширение или сужение зрачков, подергивание глазных яблок, нарушение глотания, меняющийся мышечный тонус. Типичны ретро-, антероградные, фиксационные амнезии.

*Сдавление мозга* характеризуется жизненно опасным нарастанием общемозговых симптомов сразу или через некоторое время после ЧМТ.

Психические расстройства, обусловленные ЧМТ, имеют следующие особенности: формируются поэтапно; характерен полиморфизм (множественность) психических синдромов; как правило, имеют обратное (регрессивное) развитие.

В течении ЧМТ условно выделяют 4 этапа (периода):

- 1) начальный (до 3-х суток после ЧМТ);
- 2) острый (от 1–3 суток до 2-х и более месяцев);

3) подострый (либо происходит выздоровление, либо состояние стабилизируется на определенном уровне симптоматики);

4) отдаленных последствий (спустя 6 месяцев после травмы и далее).

**Начальный период ЧМТ** охватывает время непосредственно после травмы. Общемозговая симптоматика: головная боль, головокружение, тошнота и др. В дальнейшем наблюдаются колебания уровня сознания по глубине (от обнубиляции до комы) и разной длительности (от нескольких минут и часов до нескольких дней), что зависит от тяжести ЧМТ.

**Острый период ЧМТ** характеризуется восстановлением сознания и исчезновением общемозговых расстройств. Типичный признак этого периода – слабость нервной системы (астения) с выраженными двигательными, вегетативными (возможны потливость, сердцебиение, повышение температуры) и вестибулярными расстройствами. Больные раздражительны, обидчивы, слабодушны, фон их настроения снижен.

В начальном и остром периоде ЧМТ возможно развитие острых психозов, обычно в форме помрачения сознания по сумеречному, делириозному или онейроидному типам.

**Подострый период ЧМТ** характеризуется стабилизацией на определенном уровне болезненных признаков. Могут проявляться отдельные признаки изменений личности, начинает формироваться психоорганический синдром, для которого характерно:

- общая психическая беспомощность;
- снижение памяти, сообразительности;
- ослабление воли;
- эмоциональная (аффективная) неустойчивость;
- снижение трудоспособности;
- уменьшение способности к адаптации.

Этот синдром является стержневым расстройством личности после ЧМТ.

**Период отдаленных последствий ЧМТ** характеризуется стойкими и малообратимыми психическими расстройствами. Они формируются спустя несколько месяцев или лет после ЧМТ и не подвергаются полному обратному развитию. Проявляются разнообразными формами нарушения психики, от слабости и утомляемости до психозов и слабоумия. Выделяют несколько характерных клинических форм:

1. **Посттравматическая церебрастения** – это симптомокомплекс в виде утомляемости, повышенной физической и психической истощаемости, гневливости, раздражительности, гиперестезии. Больные плохо

переносят жару, езду в транспорте, испытывают затруднения при переключении с одного вида деятельности на другой.

2. *Травматическая энцефалопатия*: чаще проявляется усилением явлений эксплозивности (взрывчатости эмоций), дисфории. Имеют место сутяжничество и кверулянтство. У больных растормаживаются влечения, что порождает чрезмерную алкоголизацию. Возможны истерические припадки, сумеречное расстройство сознания. Больных отличает не критичность, переоценка себя. На этом фоне возникают сексуальные расстройства, перверзии, склонность к бродяжничеству и потреблению ПАВ.

3. *Посттравматическая эпилепсия*. Возникает не ранее, чем через 6 месяцев после ЧМТ, а то и через годы, появляются судорожные припадки и эпизодически возникающие расстройства сознания.

4. *Аффективные* (связанные с нарушением эмоций) *травматические психозы*: маниакальные и депрессивные синдромы, галлюцинаторно-бредовые синдромы, у больных возможны ощущения «открытости» их мыслей, якобы окружающие читают их мысли, мантизма или насильственного мышления – кто-то извне навязывает больному свои мысли, слуховые галлюцинации.

5. *Травматическое слабоумие* (дементный синдром). Характерно снижение интеллекта, памяти, безинициативность.

При **судебно-психиатрической** оценки учитывается: острота психического расстройства; глубина изменения личности; наличия и глубина слабоумия. Чаще, при наличии галлюцинаторно-бредовых переживаний, а также глубоких эмоционально-волевых и интеллектуально-мнестических нарушений в момент совершения ООД больные признаются невменяемыми.

## **Тема 17. Притворное поведение в судебно-психиатрической практике**

В практике СПЭ встречаются случаи (1,0-2,0%), когда психическое расстройство демонстрируется лицом, совершившим общественно-опасное деяние, при его отсутствии, реже – когда скрывается при его наличии.

**Симуляция психического расстройства** – это поведение, преследующее определенную цель – изобразить или искусственно вызвать (например, с помощью медикаментов) несуществующие психические нарушения.

Симулировать могут как здоровые (истинная симуляция), так и психоаномальные лица (патологическая симуляция).

Патологическая симуляция формируется уже при наличии каких-либо психических расстройств. Выделяют:

- **аггравация** – сознательное и умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенного в прошлом психического расстройства (чаще встречается у олигофренов, больных с сосудистыми заболеваниями ГМ, последствиями ЧМТ, у психопатических личностей), она может быть умышленной (сознательной) и неумышленной (неосознанное желание больного вызвать сочувствие медперсонала, в частности олигофрены могут начинать преувеличивать свою интеллектуальную недостаточность). Аггравантам свойственны две особенности: сохранность личности и наличие осознания своего дефекта;

- **метасимуляция** – сознательное продление заболевания или целевое изображение уже исчезнувших психопатологических симптомов, например, перенесенного реактивного психоза (например, больной психозом указывает на наличие уже исчезнувших галлюцинаторно-бредовых переживаний с целью не выписываться из стационара по каким-то личным причинам);

- **сюрсимуляция** (сверхсимуляция) – изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (часто имеет место при шизофрении в виде грубого амнестического синдрома, поведение может носить карикатурный характер). Иногда врач провоцирует пациента для внесения в его поведение симптомов, нехарактерных для симулируемого им заболевания признаков, что впоследствии подтверждает притворство.

В зависимости от временного фактора (хронологический аспект) выделяют 3 вида симуляции:

1. *Предварительная симуляция* (перед совершением преступления). Цель – доказать наличие психического расстройства в прошлом.

2. *Симуляция в момент преступления* (для сокрытия его истинных мотивов). Цель – убедить всех, что преступление совершено в болезненном состоянии.

3. *Симуляция после совершения преступления* (в виде защитного поведения с целью уклониться от ответственности). Самый частый вариант на СПЭ.

Причины (цели) симуляции в этих случаях следующие: изменить ход следствия и затянуть ход судебного разбирательства; получить не-

обходимую информацию; предугадать следственные мероприятия; навязать следствию свою версию деяния; добиться направления на СПЭ; добиться преимуществ, положенных только психически больным; смягчить остроту последствий криминальных действий; создать впечатление, что преступление было вызвано болезненными мотивами и избежать уголовной ответственности.

*Способы симуляции:*

- с помощью речи и поведения;
- посредством приема лекарственных средств;
- использованием симуляции анамнестических данных – применяется чаще, чем симуляция болезненных состояний (излагали события прошлой жизни, болезни с указанием о якобы имевшем место психическом расстройстве или указывали, что родственники кончали жизнь самоубийством, страдали психическими расстройствами);
- подготовкой родственников, чтобы те сообщали сведения, подтверждающие версию психической болезни у подэкспертного.

Симуляция психических расстройств обычно осуществляется в форме изображения отдельных болезненных симптомов (например, галлюцинации, бред, расстройства памяти, мутизм) или синдромов (ступор, возбуждение, депрессия) и значительно реже в виде воспроизведения отдельных форм психических заболеваний.

Критерии для подтверждения симуляции:

- 1) понятный мотив симуляции;
- 2) изменчивость преподнесения симптоматики, что проявляется как минимум одним из следующих признаков:
  - выраженное несоответствие поведения при осмотре и вне ситуации осмотра;
  - непоследовательность в описании психотических симптомов;
  - противоречия между сообщаемым анамнезом заболевания и медицинской документацией;
- 3) изображение несуществующих симптомов, что проявляется, по меньшей мере, одним из следующих признаков:
  - детальное описание симптомов, не имеющих отношения к пространственным темам идей величия, параноидного или религиозного бреда;
  - внезапное появление симптоматики, объясняющей асоциальные формы поведения;
  - атипичные бредовые идеи или галлюцинации;

4) Подтверждение факта симуляции психоза следующими данными:

- госпитализация после попытки разоблачения;
- убедительная, подкрепляющая мнение о симуляции, информация, например данные психометрических тестов или объективного анамнеза.

Основным методом распознавания симуляции является клинико-психопатологический, а также соматоневрологическое, электрофизиологическое, экспериментально-психологическое исследования.

Судебно-психиатрическую экспертизу лиц, подозреваемых в симуляции психических расстройств, следует проводить в условиях стационара. В этих случаях полезно использовать комплексную психолого-психиатрическую экспертизу. СПЭ здоровых лиц, обнаруживших симуляцию, не представляет сложности: они вменяемы. СПО лиц, страдающих психическими заболеваниями (расстройствами), индивидуально и зависит от течения болезни (расстройства) и конкретных обстоятельств совершения ООД.

От симуляции следует отличать **диссимуляцию** – это преднамеренное (сознательное) утаивание (сокрытие) наличия психических расстройств.

Распознавание диссимуляции предполагает выделение ее клинических и психологических признаков, т. е. поиск указаний на перенесенные человеком в прошлом психотические эпизоды, оценка особенностей внешнего вида, поведения, эмоций, манеры ответов на вопросы во время беседы.

Для диссимуляции свойственны фрагментарность и внутренняя противоречивость поведения, его стереотипность, ригидность и ограниченность способов диссимуляции. В плане диссимулятивного поведения информативны признаки эмоциональной напряженности, внутренней недоступности, диссоциации поведения (например, противоположные формы общения среди больных и с медперсоналом), стереотипности поведения и высказываний больных, характерной динамики под влиянием психотропных средств.

Выделяют *полную диссимуляцию* (больные отрицают у себя какие бы то ни было психические расстройства как на момент обследования, так и в прошлом) и *частичную диссимуляцию* (когда скрываются отдельные клинические проявления болезни).

Судебно-психиатрическая оценка лиц, уличенных в диссимуляции, индивидуально с характера и глубины психического расстройства.

Следует знать, что лицо, ранее симулировавшее психическое расстройство, позже может реально им заболеть. В сложных диагностиче-

ских случаях судебно-психиатрическую экспертизу возможной симуляции психических расстройств лучше проводить в условиях психиатрического стационара.

## **Тема 18. Социальная опасность психически больных и меры профилактики общественно-опасных деяний применительно к ним**

Психические нарушения при их выраженности делают пациентов несотрудничаящими, неуправляемыми, опасными и часто требующими мер стеснения в условиях психиатрического стационара.

*Причины, способствующие возникновению и совершению ООД:* наличие у человека психического расстройства, протекающего с элементами ауто- и гетероагрессии; особенности психопатологии с элементами отклоняющегося поведения; несвоевременная диагностика этого расстройства; частая «коморбидность» психических расстройств, т.е. их сочетание, например, шизофрении и зависимости от алкоголя; отсутствие проведения профилактических мер для предотвращения ООД со стороны работников здравоохранения и ОВД; отсутствие выполнения пациентом лечебной программы; особенности протекания отдельных видов психопатологии; возможность симуляции и диссимуляции психических нарушений; хронический характер протекания ряда психических расстройств и возможность рецидива противоправных действий.

*Условия совершения ООД:* неустроенность быта психически больного, его финансовое неблагополучие; стигматизация (порицание) со стороны социального окружения; отсутствие трудозанятости и возможности получения средств к существованию; общая агрессивность современного общества, неумение социального окружения правильно построить диалог с психически больным (провокация конфликтных ситуаций); неправильная оценка окружающими внешнеповеденческих признаков агрессии психически больного; доступность для больных оружия и спиртных напитков; несоблюдение населением элементарных правил личной безопасности; ограниченность коечного фонда психиатрических стационаров для проведения планового превентивного (профилактического) лечения; несовершенство законодательной базы в вопросах организации проведения СПЭ.

В криминалистической характеристике лиц, склонных к совершению ООД, целесообразно выделить следующие элементы в ее структуре:

- 1) специфические *внешнеповеденческие признаки*;
- 2) *особенности личности* лиц с психическими отклонениями;
- 3) характеристика преступления: обстоятельства совершения, *особенности способа совершения ООД*.

Под **внешнеповеденческими признаками** понимается совокупность признаков внешности человека и его одежды, речевых свойств, эмоциональных признаков, выраженных в индивидуально-типологических особенностях. Так, больной шизофренией или депрессией может быть неряшлив, у пациента с эпилепсией на одежде могут быть следы физиологических отправлений, у лица, перенесшего ЧМТ, следы от повреждений кожи и оперативных вмешательств. Для психоаномальных лиц, склонных к совершению ООД, характерны нарушения речевых свойств и аномалии речевой продукции, например: а) шепелявость; б) повторения одних и тех же слов, в том числе, случайно услышанных (эхалалия); в) нечленораздельность речи (идиотия, имбецильность); г) замедленность, скудость, вязкость, обстоятельность речи (она свойственна больным эпилепсией); д) скороговорка и избытие неологизмов; е) мутизм (отказ от речи) – чаще у страдающих шизофренией, а также иные речевые нарушения.

Под **особенностями личности** психически больных понимают определенные варианты личностных свойств, которые реализуются в отклоняющемся от привычных социальных норм поведении. Например, повышенная возбудимость по малейшему поводу у психопата, заторможенность и злопамятность у эпилептика, нестандартность поведения и речевой продукции у больного шизофренией. Анатомические и функциональные признаки, которые должны настораживать в плане наличия психиатрической патологии: а) диспластичность, непропорциональность телосложения; б) двигательное возбуждение; в) нарушение координации движений; г) замедленность движений (при депрессиях различного генеза); д) пуэрилизм; е) чрезмерный эротизм, сексуальность.

Лица с психическими расстройствами, способные к совершению ООД, зачастую отличаются особой жестокостью. Среди других **признаков совершения преступлений**, кроме особой жестокости, лицами рассматриваемой категории также можно выделить:

- отсутствие предварительной подготовки и попыток контакта с жертвой;
- примитивизм преступного поведения;
- совершение однородных преступлений с элементами прямолинейности;

- использование для нанесения повреждений нестандартных орудий;
- крайняя дерзость, граничащая с безрассудством;
- учинение циничных надписей кровью жертвы, надругательство над трупом;
  - избыточность повреждений, несоответствующая реальному сопротивлению;
  - разбрасывание внутренних органов;
  - порча одежды, обрезание волос;
  - бесцельные поджоги, раскапывания могил и иные обстоятельства, дающие основания полагать, что деяние совершено лицом, имеющее явное отклонение психики.

К медицинским мерам безопасности и лечения по предупреждению ООД психически больных лиц относятся *неотложная госпитализация и принудительные меры безопасности и лечения.*

*Принудительная госпитализация* – это одна из важных форм психиатрической помощи, связанная с помещением лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием) в психиатрический стационар в недобровольном порядке, что сопоставимо с лишением свободы. Прежде всего, обязательными условиями для осуществления принудительной госпитализации являются:

- наличие психического расстройства (заболевания);
- нуждаемость пациента по состоянию психического здоровья или характеру течения его психического расстройства в постоянном, круглосуточном наблюдении врача-специалиста и интенсивном лечении, т.е. только в психиатрической помощи в стационарных условиях;
  - наличие одного из трех критериев: 1) *непосредственная опасность пациента для себя и (или) иных лиц;* 2) *беспомощность пациента;* 3) *возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи;*
- уклонение от лечения.

Принудительные меры безопасности и лечения применяются в отношении лиц, совершивших предусмотренные уголовным законом противоправные деяния в болезненном состоянии и признанных невменяемыми; в отношении лиц, совершивших правонарушение во вменяемом состоянии, но заболевшим психическим расстройством во время следствия или рассмотрения дела в суде (психическое расстройство делает невозможным назначение наказания или его исполнение), а также в от-

ношении осужденных, психическое расстройство у которых возникло в период отбывания наказания в МЛС. Суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- амбулаторное принудительное лечение у психиатра-нарколога;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре с обычным режимом наблюдения;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре с усиленным режимом наблюдения;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре со строгим режимом наблюдения.

Принудительные меры безопасности и лечения назначаются и прекращаются судом. Суд не устанавливает его сроков – они зависят от течения заболевания и психического состояния больного. Принудительное лечение прекращается либо изменяется по определению суда, выносимого им на основании заключения комиссии психиатров-наркологов обычно той больницы, в которой находится больной.

Суд может не принять во внимание медицинское заключение судебных психиатров-экспертов. Сроки содержания больных в психиатрических больницах специального типа за совершение общественно-опасных деяний схожи по продолжительности со сроками отбывания наказания за аналогичные преступления в местах лишения свободы.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА И НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

### Нормативные правовые акты и иные официальные документы

1. Конституция Республики Беларусь 1994 г. (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г.) [Электронный ресурс] // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 /ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2017.

2. Об оказании психиатрической помощи [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь от 7 января 2012 г., №349-З : с изм. и доп. от 24 декабря 2015 г. № 331-3 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

3. Об утверждении Инструкции о порядке доставления и помещения в экспертные подразделения органов Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь лиц для проведения судебно-психиатрических экспертиз, а также их содержания в таких подразделениях и выписки из них [Электронный ресурс]: постановление Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь, 26 фев. 2016 г., № 12 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

4. Об утверждении Инструкции о порядке проведения на платной основе экспертиз по обращениям граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц [Электронный ресурс]: постановление Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь, 2 фев. 2016 г., № 8 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

5. Об утверждении Инструкции о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений [Электронный ресурс]: постановление Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь, 24 мая 2016 г., № 16 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

6. О Государственном комитете судебных экспертиз Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь от 15 июня 2015 г., № 293-З : с изм. и доп. от 19 июля 2016 г. №408-3 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

7. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-ХП : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10. 2016 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

8. О надзоре за качеством оказания медицинской помощи организациями здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности [Электронный ресурс]: постановление Государственного комитета

судебных экспертиз Респ. Беларусь, 18 июля 2014 г., № 10 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

9. О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогов [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 13 июля 2012 г., № 408-3 : в ред. Закона Респ. Беларусь от 18.07.2016 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

10. О некоторых вопросах осуществления судебно-экспертной деятельности [Электронный ресурс]: постановление Государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь, 15 мая 2014 г., № 7 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

11. О судебной практике по делам об умышленном причинении тяжкого телесного повреждения [Электронный ресурс] : постановление Пленума Верховного Суда Республики Беларусь, 29 марта 2006 г, № 1 : в ред. от 26.03.2015 г. // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информации Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

12. Уголовно-процессуальный Кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс]: 16 июля 1999 г., № 295-3 : принят Палатой представителей 24 июня 1999 г. : одобр. Советом Респ. 30 июня 1999 г. : в ред. Закона Респ. Беларусь от 20.04.2016 г. // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2016.

13. Уголовный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс] : 9 июля 1999 г., № 275-3 : принят Палатой представителей 2 июня 1999 г. : одобр. Советом Респ. 24 июня 1999 г. : в ред. Закона Респ. Беларусь от 19.07.2016 г. // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

## Основная литература

1. Агиевец, С. В. Медицинское право: учебное пособие для студентов вузов / С. В. Агиевец. – Гродно : Гродненский гос. ун–т, 2003. – 167 с.

2. Балашов, А. Д. Основные принципы назначения судебно-психиатрической, судебно-психологической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз в уголовном процессе и гражданском судопроизводстве : методические рекомендации / А. Д. Балашов. – Минск : Государственная служба медицинских судебных экспертиз, 2007. – 17 с.

3. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и медицинских психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М. : МПСИ Модэк, 2006 – 624с.

4. Судебная медицина: учебник для средних специальных учебных заведений МВД СССР / И. В. Виноградов, В. В. Томилин. – М. : Юрид. лит., 1991. – 239 с.

5. Волков, В. Н. Судебная психиатрия : учебник / В. Н. Волков. – Москва : БЕК, 1998. – 404 с.
6. Гольдинберг, Б. М. Судебно-психиатрическая экспертиза в правоохранительной практике / Б. М. Гольдинберг, М. Т. Кузнецов, А. Ф. Свиб. – Минск : Право и экономика. – 2009. – 480 с.
7. Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности «Юриспруденция» и направлению «Юриспруденция» / А. В. Датий. – 2-е изд. – Москва : РИОР: ИНФРА-М, 2012. – 298 с.
8. Дерягин, Г. Б. Судебная психиатрия : курс лекций для юридических факультетов / Г. Б. Дерягин. – Москва : Щит-М, 2010. – 296 с.
9. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия : учебник / Н. М. Жариков [и др.]. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : Норма: ИНФРА-М, 2011. – 624 с.
10. Калемина, В. В. Основы судебной медицины и психиатрии : учебное пособие / В. В. Калемина, Г. Р. Колоколов. – Москва : Дашков и К<sup>о</sup>, 2012. – 356 с.
11. Кирпиченко, А. А. Психиатрия : учебник для студентов вузов / А. А. Кирпиченко. – 4-е изд., перераб. и доп. – Минск : Выш. шк., 2001. – 606 с.
12. Коммер, Р. Клиническая психология / Р. Коммер. – Санкт-Петербург , 2002.
13. Кустов, А. М. Судебная медицина в расследовании преступлений : курс лекций / А. М. Кустов, С. С. Самишенко. – Москва : Москов. психолого-социальный институт, 2002. – 448 с.
14. Кухарьков, Ю. В. Судебно-медицинские исследования потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других физических лиц : пособие для студентов юридических факультетов, обучающихся по специальности 1-24 01 02 «Правоведение» / Ю. В. Кухарьков. – Минск : БГУ, 2010. – 100 с.
15. Кухарьков, Ю. В. Судебная медицина : курс интенсивной подготовки / Ю. В. Кухарьков, А. О. Гусенцов, М. Ю. Кашинский. – Минск : ТетраСистемс, 2012. – 157 с.
16. Медико-криминалистическая идентификация : настольная книга судебно-медицинского эксперта / под ред. В. В. Томилина. – Москва : НОРМА-ИНФРА , 2000.
17. Молчанов, В. И. Огнестрельные повреждения и их судебно-медицинская экспертиза / В. И. Молчанов, В. Л. Попов, К. Н. Калмыков. – Ленинград : Медицина, 1990.
18. Мережко, Г. В. Судебно-медицинская экспертиза в вопросах следователя : учебное пособие / Г. В. Мережко. – Минск : Академия МВД Республики Беларусь, 2005. – 64 с.
19. Лакосина, Н. Д. Клиническая психология : учебник для студентов медицинских вузов / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
20. Медицинская психология : курс лекций / В. И. Петров. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2012. – 367 с.

21. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / В. Д. Менделевич. – Москва : Медпресс, 2001. – 592 с.
22. Осмотр трупа на месте его обнаружения : руководство для врачей / под ред. А. А. Матышева. – Ленинград : Медицина, 1989.
23. Петров, В. И. Судебная психиатрия : учебно-методические материалы / В. И. Петров. – Могилев : МГУ им. А. А. Кулешова, 2015. – 67 с.
24. Петров, В. И. Ситуационные задачи по определению характера и степени тяжести телесных повреждений : методические рекомендации по судебной медицине / В. И. Петров. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2014. – 27 с.
25. Пучков, Г. Ф. Судебно-медицинская танатология и экспертиза трупа: учебное пособие / Г. Ф. Пучков, Ю. В. Кухаров, А. Е. Гучок. – Минск : Академия МВД Республики Беларусь, 2003. – 160 с.
26. Психиатрия и наркология : учебник для вузов / под общ. ред. А. А. Кирпиченко. – Минск : Выш. шк., 2005. – 574 с.
27. Сердюков, М. Г. Судебная гинекология и судебное акушерство / М. Г. Сердюков. – Москва, 1964. – 302 с.
28. Судебная медицина : курс лекций / сост. В. И. Петров. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2015. – 277 с.
29. Судебная медицина : учебник для вузов / под ред. В. В. Томилина. – Москва, 1997.
30. Судебно-медицинская травматология / под ред. А. П. Громова, В. Г. Наumenко. – Москва : Медицина, 1977.
31. Судебная медицина : учебник / под ред. В. Н. Крюкова. – Москва : Медицина, 1998.
32. Судебная психиатрия : учебник / под ред. Б. В. Морозова. – Москва : Юрид. лит., 1990. – 256 с.
33. Судебная психиатрия : учебное пособие / Т. Б. Дмитриева [и др.]. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2008. – 752 с.
34. Судебная психиатрия : курс лекций / сост. В. И. Петров. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2014. – 211 с.
35. Судебная медицина для юриста: пособие для студентов, обучающихся по специальности «Правоведение» / под ред. Ю. В. Кухарькова. – Минск : Тетралит, 2014. – 167 с.
36. Судебная медицина : курс лекций / сост. В. И. Петров. – Могилев : МГУ им. А. А. Кулешова, 2015. – 277 с.
37. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств / В. В. Томилин, Л. О. Барсеянц, А. С. Гладких. – Москва : Медицина, 1989.
38. Туманов, А. К. Основы судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств / А. К. Туманов. – Москва : Медицина, 1975.
39. Тришин, Л. С. Судебная психиатрия : учебное пособие / Л. С. Тришин. – Минск : Изд-во Гревцова, 2014. – 312 с.
40. Хохлов, В. В. Судебная медицина: руководство / В. В. Хохлов, Л. Е. Кузнецов. – Смоленск, 1998. – 800 с.

41. Хохлов, В. В. Судебная медицина (учебник-практикум) / В. В. Хохлов, А. Б. Андрейкин. – Смоленск, 2003.
42. Чудновский, В. С. Основы психиатрии / В. С. Чудновский, Н. Ф. Чистяков. – Ростов-на-Дону : Москва : Феникс : Зевс, 1997. – 448 с.
43. Яблонский, М. Ф. Курс лекций по судебной медицине / М. Ф. Яблонский. – Витебск : ВГМУ, 2005. – 301 с.

### Дополнительная литература

1. Актуальные вопросы судебной психиатрии и судебной психологии : материалы международной научно-практической конференции, Минск, 10-11 декабря 2015 г. / ред. совет А. И. Швед [и др.]; Гос. ком. судеб. экспертиз Респ. Беларусь. – Минск : Право и экономика, 2010. – 129 с.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – Москва : Медицина, 1993. – 400 с.
3. Березин, Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене / Ф. Б. Березин. – Москва, 1976. – 186 с.
4. Бехтерева, Н. П. Здоровый и больной мозг человека / Н. П. Бехтерева. – Ленинград, 1980.
5. Буль, П. К. Основы психотерапии / П. К. Буль. – Ленинград : Медицина, 1985. – 235 с.
6. Волков, В. Т. Личность пациента и болезнь / В. Т. Волков [и др.]. – Томск, 1995. – 328 с.
7. Гайдук, Ф. М. Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии / Ф. М. Гайдук. – Минск : МГИ, 1996. – 127 с.
8. Гиндин, В. П. Психиатрия: мифы и реальность / В. П. Гиндин. – Москва : ПЕРСЭ, 2006. – 128 с.
9. Грачев, Ю. М. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека / Ю. М. Грачев. – Ленинград, 1976.
10. Гриньков, И. Н. Откровения судебного медика / И. Н. Гриньков. – Москва : АСТ, 2014. – 379 с.
11. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. – Минск : Беларусь, 2001. – 426 с. : ил.
12. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – Москва : Медицина, 1980. – 448 с.
13. Клиническая психиатрия. Детский возраст : учебное пособие / Е. И. Скугаревская [и др.]; под ред. проф. Е. И. Скугаревской. – Минск : Выш. шк., 2006. – 463 с.
14. Комяк, Н. А. Проституция и половые извращения : юридические, медицинские и психологические аспекты / Н. А. Комяк, Я. Ф. Комяк. – Минск : Право и экономика, 2010. – 190 с.
15. Кондрашенко, В. Т. Общая психотерапия : учебное пособие / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С. А. Игумнов. – Минск : Выш. шк., 2012. – 496 с.

16. Кралько, А. А. Актуальные эτικο-правовые проблемы психиатрии : материалы республиканской научно-практической конференции «Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи» / А. А. Кралько, Т. В. Короткевич, В. И. Петров, 29.10.2013. – Минск, 2013. – С. 37-40.

17. Кузнецов, М. Т. Социология и психобиология самоубийства / М. Т. Кузнецов [и др.]. – Минск : Право и экономика. – 2006. – 238 с.

18. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуация характера у подростков / А. Е. Личко. – Ленинград, 1983. – 254 с.

19. Магазаник, Н. А. Искусство общения с больными / Н. А. Магазаник. – Москва : Медицина, 1991. – 87 с.

20. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – Москва : Медицина, 1987. – 168 с.

21. Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи : материалы республиканской научно-практической конференции, Минск, 29 октября 2013 г. / МЗ Республики Беларусь, РНПЦ психического здоровья. – Минск : Профессиональные издания, 2013. – 106 с.

22. Пауков, В. С. Судебная медицина / В. С. Пауков. – Москва : Норма : ИНФРА – Москва, 2015. – 288 с.

23. Петров, В. И. Возможности распознавания симуляции психических расстройств как способа уклонения от уголовной ответственности / В. И. Петров [и др.] // Военная медицина. – 2014. – №2 (31). – С. 132-136.

24. Петров, В. И. «Огнестрельная травма» как актуальная проблема современности: случаи из практики судебно-медицинской экспертизы / В. И. Петров [и др.] // Военная медицина. – 2017. – № 4. – С. 122-127.

25. Петров, В. И. Олигофрения как фактор риска общественно-опасных деяний / В. И. Петров [и др.] // Военная медицина. – 2016. – № 1(38). – С. 132–137.

26. Петров, В. И. Особенности психических процессов у пациентов с расстройствами личности как фактор противоправного поведения / В. И. Петров [и др.] // Военная медицина. – 2016. – № 2. – С. 110-115.

27. Петров, В. И. Принудительные меры безопасности и лечения как профилактика повторных общественно-опасных деяний психически больных : методическое пособие / В. И. Петров, Н.В . Пантелеева. – Могилев : МГУ им. А. А. Кулешова, 2016. – 40 с.

28. Петров, В. И. Судебная медицина : учебно-методические материалы / В. И. Петров. – Могилев : МГУ имени А.А. Кулешова, 2016. – 70 с.

29. Савченко, В. И. Психофизиологические процессы и закономерности / В. И. Савченко // Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. – 2000. – № 6. – С. 49–51.

30. Современный психологический словарь / сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. – Москва : АСТ ; Санкт-Петербург : ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2007. – 490 с.

31. Судебная психиатрия : учебное пособие для студентов вузов обучающихся по специальности «Юриспруденция» / З. О. Горгадзе [и др.] ; под ред.

З. О. Горгадзе. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ЮНИТИ-ДАТА: Закон и право, 2010. – 235 с.

32. Фурман, М. А. Внимание: сексуальная агрессия (анатомия преступлений на сексуальной почве) / М. А. Фурман, В. В. Хохлов. – Смоленск, 2000. – Ч. 1. – 124 с.

33. Фурман, М. А. Преступника назовет судмедэксперт / М. А. Фурман, В. В. Хохлов. – Смоленск, 2000. – Ч. 2. – 149 с.

34. Фурман, М. А. Новеллы о криминалистике / М. А. Фурман, В. В. Хохлов. – Смоленск, 2000. – Ч. 3. – 146 с.

35. Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – 4-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2007. – 496 с.

36. Энгельгардт, М. А. Прогресс как эволюция жестокости / М. А. Энгельгардт. – Минск : БелЭН, 2006. – 608 с.

# ГЛОССАРИЙ

## Основные определения раздела судебной медицины

**1. Судебная медицина** – это «медицина в праве», это специальный, самостоятельный раздел медицины, требующий специальных знаний, который изучает медико-биологические объекты, факты и явления применительно к специальным задачам уголовного, гражданского и административного производства, представляет собой систему научных знаний о закономерностях возникновения, способах выявления, методах исследования и принципах оценки медико-биологических фактов, являющихся источником доказательств при расследовании противоправных действий и рассмотрении их в суде.

**2. Судебно-медицинская экспертиза** – это практическая реализация судебно-медицинских знаний в виде предусмотренного и регламентированного законом научно-практического исследования, проводимого судебным медицинским экспертом и предпринимаемого для решения конкретных медицинских вопросов, возникающих при конкретном расследовании.

**3. Смерть** – необратимое и закономерное завершение жизни, которой предшествует постепенное прекращение функционирования систем и органов человека.

**4. Труп** – тело мертвого человека (в специальной литературе иногда используется термин «кадавр»).

**5. Танатология** – наука, учение о смерти (*thanatos* – смерть, *logos* – учение).

**6. Ранние трупные изменения** – это посмертные изменения тканей умершего человека, возникающие в первые часы после наступления смерти (являются достоверным признаком биологической смерти).

**7. Поздние трупные изменения** – это посмертные изменения тканей умершего человека, возникающие к концу первых, началу 2-3 суток после смерти и достигают полного развития спустя недели, месяцы и годы.

**8. Эксгумация** – это извлечение мертвого тела из земли (места захоронения) с целью проведения судебно-медицинских экспертных исследований.

**9. Эксперт** – слово означает «сведущий», т.е. это лицо, обладающее специальными знаниями в науке, технике, искусстве, ремесле и иных сферах деятельности, которому поручено производство экспертизы.

**10. Электрометка** – это место входа и выхода электротока в тело человека в виде характерных повреждений кожных покровов.

## Основные определения раздела судебной психиатрии

**1. Судебная психиатрия** – это «психиатрия в праве», это специальный, самостоятельный раздел психиатрии, который изучает психические заболевания применительно к требованиям специальных задач уголовного и гражданского процесса.

**2. Судебно-психиатрическая экспертиза** – это регламентированное действующим законодательством экспертное освидетельствование государственными медицинскими судебными психиатрами-экспертами лиц, участников уголовного процесса, гражданского и административного производства.

**3. Юридическая ответственность** – это установленные законом меры воздействия на правонарушителя, содержащие неблагоприятные для него последствия, применяемые государственными органами в порядке, также установленном государством.

**4. Правонарушения** – это виновные противоправные общественно-опасные деяния деликтоспособных людей, влекущие за собой юридическую ответственность.

**5. Психотические расстройства (психозы)** – это грубые нарушения психической деятельности человека, проявляющиеся утратой реального восприятия и контакта с окружающим миром, бессвязностью мышления, дезорганизацией поведения с отсутствием критики, частичной или полной амнезией (потерей памяти) на произошедшие события.

**6. Непсихотические расстройства** – это негрубые нарушения психической деятельности человека с сохранением реального восприятия себя и окружающего мира, без выраженных нарушений мышления и поведения, с присутствием критики, без нарушений памяти на произошедшие события.

**7. Интеллектуально-мнестическое снижение** – это выраженные нарушения интеллекта и памяти у больных в связи с наличием психического расстройства.

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

**9. Правоспособность** – это способность гражданина пользоваться гражданскими правами и выполнять гражданские обязанности.

**10. Недееспособность** – это утрата человеком способности разумно вести свои дела, пользоваться гражданскими правами и выполнять гражданские обязанности.

**11. Шизофрения** (от греч. *schizo* – расщепляю, *phren* – душа, ум, рассудок) – это психическое заболевание, проявляющееся дисгармонией психических процессов, протекающее хронически в виде приступов или непрерывно и приводящее к характерным изменениям личности и различными по степени выраженности другими психическими расстройствами, часто приводящими к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности.

**12. Эпилепсия** (от греч. *epilepsia* – схватываю) – это хроническое прогрессирующее неврологическое заболевание, выражающееся в судорожных и бессудорожных приступах, психозах и специфических изменениях личности больного.

**13. Маниакально-депрессивный психоз (биполярное расстройство)** – это психическое расстройство, которое характеризуется периодическим возникновением и сменяемостью типов течения: депрессивных и маниакальных состояний, между которыми наблюдаются различной длительности светлые промежутки (интермиссии).

**14. Психопатия (расстройство зрелой личности)** – это врожденная или приобретенная патология характера, когда отдельные психологические черты проявляются у человека постоянно, их реализация нарушает социальную коммуникацию и адаптацию больных, причем, психическое расстройство не сопровождается снижением интеллекта.

**15. Олигофрения** – это врожденная умственная отсталость (греч. *oligos* – малый, *phren* – ум), обусловленная поражением ГМ во время родов или на 1-м году жизни, расстройствами метаболизма, врожденными уродствами, а также хромосомными аномалиями, в клинике которых проявляется синдром относительно стабильного интеллектуального недоразвития, ведущий к нарушению социально-трудовой адаптации.

**16. Реактивные состояния** – это временные психические расстройства обратимого плана, возникающие как реакция человека на стрессовые события и проходящие по мере дезактуализации действия стрессора.

**17. Исключительные состояния** – это временные расстройства психики психотического плана, возникающие внезапно, чаще у здоровых лиц, на фоне нервно-психического истощения, общей усталости,

психоэмоционального стресса или потребления небольшого количества спиртного.

**18. Воля** – это способность человека произвольно регулировать свое поведение, управлять собой.

**19. Симуляция психического расстройства** – это притворное демонстративное поведение, преследующее определенную цель – изобразить несуществующие психические нарушения, совершаемое с целью избежать наказания.

**20. Диссимуляция психического расстройства** – это преднамеренное (сознательное) утаивание (сокрытие) наличия психических нарушений.

**21. Аггравация психического расстройства** – это сознательное и умышленное преувеличение признаков имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенного в прошлом психического расстройства.

**22. Принудительные меры безопасности и лечения** – это меры, применяемые к лицам, освобождаемым в связи с психическим расстройством от уголовной ответственности (невменяемость), но психические нарушения которых связаны с опасностью для себя и иных лиц, а также с возможностью причинения иного существенного вреда.

**23. Недобровольная госпитализация** – одна из форм психиатрической помощи, связанная с помещением лица, страдающего психическим расстройством в психиатрический стационар в недобровольном порядке (без его согласия) в связи с наличием одного из трех критериев: 1) непосредственная опасность пациента для себя и (или) иных лиц; 2) беспомощность пациента; 3) возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

## ПЛАНЫ СЕМИНАРСКИХ (ПРАКТИЧЕСКИХ) ЗАНЯТИЙ

### **Тема № 1: Предмет и задачи судебной медицины. Процессуальные и организационные основы СМЭ в Республике Беларусь**

1. История развития судебной медицины. Предмет, содержание, система и задачи судебной медицины.
2. Структура судебно-медицинских экспертных учреждений Республики Беларусь. Проведение первичной, дополнительной и повторной экспертиз. Права, обязанности и ответственность судебно-медицинского эксперта.
3. Основания для назначения СМЭ, организация и объекты исследования (нормативная база). Оформление документации при назначении экспертных исследований.
4. Требования к заключению СМЭ и сроки ее выполнения. Требования, предъявляемые к заключениям эксперта и его выводам. Оценка заключения эксперта.

#### **Темы рефератов:**

1. Исторические аспекты развития судебной медицины.
2. Перспективные направления развития судебной медицины.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Что такое судебно-медицинская экспертиза?
2. Как называется документ о назначении СМЭ?
3. Обязательно ли проводится СМЭ для установления причины смерти, характера и степени тяжести телесных повреждений?
4. Какова структура Государственного комитета судебных экспертиз?
5. Каковы основные задачи ГКСЭ Республики Беларусь?
6. Могут ли лица, проходящие по делу, давать отвод эксперту?
7. Назовите Виды СМЭ в Республике Беларусь.
8. Назовите возможные объекты СМЭ.
9. Назовите виды СМЭ по способам исследования.
10. Имеет ли право эксперт знакомиться с материалами дела?
11. Обязан ли эксперт участвовать в проведении повторной экспертизы в случае проведения ими предыдущей?
12. Может ли эксперт повреждать или уничтожать объект СМЭ?
13. Может ли эксперт самостоятельно собирать материал для СМЭ?

14. Является ли основанием для отвода эксперта его родственная связь с участниками процесса?
15. За что эксперт несет ответственность?
16. Что такое «Заключение эксперта»?
17. Из каких частей состоит «Заключение эксперта»?
18. Каковы требования к выводам эксперта?
19. Каков срок проведения СМЭ?
20. В скольких экземплярах оформляется «Заключение эксперта»?

**Задача:**

В больницу скорой помощи был доставлен гражданин Емельянов, у которого осмотром было установлено перелом ключицы и множественными кровоподтеки и ссадины. Сотрудники милиции прибыли по сообщению диспетчера приемного отделения больницы. В процессе опроса Емельянов пояснил, что телесные повреждения он получил в ходе ссоры со своим соседом Волошиным, который разозлившись на отказ Емельянова одолжить денег, нанес ему несколько ударов кулаком по лицу. После того как Емельянов упал на землю, Волошин нанес ему несколько ударов ногами в область груди. В больнице Емельяновым было написано заявление о преступлении.

*Есть ли основания для проведения судебно-медицинской экспертизы в отношении потерпевшего? Какие вопросы должны быть поставлены перед судебно-медицинским экспертом? Каким правовым актом оформляется ход и результаты проведенной экспертизы?*

**Тема № 2: Танатология как наука о смерти. Осмотр трупа на месте происшествия. Судебно-медицинское исследование трупа**

1. Смерть как категория судебной медицины. Судебно-медицинское значение ранних и поздних трупных изменений.

2. Общие положения по осмотру трупа на месте происшествия. Примерный перечень вопросов, решаемых судебно-медицинским экспертом при осмотре трупа на месте происшествия.

3. Оценка выявленных на трупе телесных повреждений. Описание результатов осмотра трупа в протоколе осмотра места происшествия.

4. Методика и особенности судебно-медицинского исследования трупа в случаях насильственной смерти от различных причин. Установление прижизненности или посмертности, давности телесных повреждений.

### **Темы рефератов:**

1. Смерть как физиологическое явление.
2. Судебно-медицинское значение трупного аутолиза.

### **Контрольные вопросы:**

1. Что такое танатология?
2. Какие явления относят к ранним трупным изменениям. Каково их судебно-медицинское значение.
3. Какие явления относят к поздним трупным изменениям. Каково их судебно-медицинское значение.
4. Являются ли признаки насильственной смерти обязательным основанием для вызова СОГ?
5. Можно ли кому-либо изменять положение и позу трупа до приезда СОГ?
6. Может ли патологоанатом продолжать вскрытие трупа при обнаружении признаков насильственной смерти?
7. Может ли экспертом быть высказана предположительная причина смерти при осмотре трупа на месте происшествия?
8. Какое количество карманов одежды у трупа необходимо осматривать?
9. Чем завершается наружный осмотр трупа на месте происшествия?
10. Считаются ли сексуальными убийствами случаи изнасилования с последующими убийствами с целью сокрытия преступления?
11. Является ли пот биологическим объектом?
12. Какие варианты изъятия следов крови Вы знаете?
13. Должен ли эксперт отвечать на вопрос о причинной связи повреждений и наступлении смерти при вскрытии трупа?
14. Какие два условия необходимы при исследовании волос на месте преступления?
15. Каким методом исследует эксперт пятна, похожие на сперму?
16. Не ранее какого времени после смерти разрешается вскрытие трупа?
17. Из чего состоит СМЭ трупа?
18. Сколько полостей, как минимум, должно вскрываться при внутреннем исследовании трупа?
19. Обязательное условие проведения СМЭ трупа неизвестного лица?
20. Что производят при неузнаваемости лица трупа неизвестного?

### **Задача:**

Около 6-ти утра 29 июля 2017 г. в городской парковой зоне был обнаружен труп пенсионера Щукина. При осмотре трупа на месте происшествия судебный медик обнаружил повреждения на теле в виде гематом и ссадин в области лица, затылка, передней поверхности груди, живота, ссадин тыльных поверхностей кистей. Также медик отметил наличие ярко выраженного трупного окоченения в области суставов нижних конечностей трупа при полном отсутствии этого явления в суставах плечевого пояса, в области рук и сохраненного в слабой степени в области шейного отдела позвоночника. На спине трупа обнаружены многочисленные трупные пятна, которые, при надавливании на них, исчезают. Температура трупа была определена в районе 29 градусов.

*Определите род и вид смерти? Какое ориентировочное время наступления смерти? Какими медицинскими фактами оно подтверждается?*

### **Тема № 3: Судебно-медицинская травматология**

1. Общие понятия о травматизме. Судебно-медицинская классификация повреждений, их характеристика и механизм образования.
2. Повреждения при падении на плоскости и с высоты. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.
3. Особенности причиняемых повреждений в зависимости от определенной разновидности транспортного происшествия, оценка механизма их возникновения.
4. Использование возможностей СМЭ при расследовании транспортных происшествий и авиационных катастроф. Особенности осмотра мест транспортных происшествий. Перечень вопросов при назначении СМЭ.

### **Темы рефератов:**

1. Механизм и морфологическая характеристика травмы при падении из движущейся автомашины
2. Травматизм внутри транспортного средства при ДТП.

### **Контрольные вопросы:**

1. Что включает понятие «травма»?
2. Являются ли понятия «травма» и «телесные повреждения» синонимами?

3. Что означает слово «травма» в переводе с греческого?
4. Какие внешние травмирующие факторы Вы знаете?
5. Устанавливают ли при СМЭ давность механических повреждений?
6. Какие виды травм от действия механического фактора Вы знаете?
7. Назовите виды механических повреждений в зависимости от морфологии.
8. Что такое ссадины?
9. Что такое кровоподтеки?
10. Что такое раны?
11. Какие раны Вы знаете?
12. Что такое переломы костей?
13. Чем опасны переломы?
14. Какие виды переломов Вы знаете?
15. Чем проявляются повреждения внутренних органов после удара?
16. В чем особенность падения навзничь с точки зрения получения телесных повреждений?
17. Назовите основные виды транспортной травмы.
18. Что напоминают повреждения от водного транспорта?
19. В чем особенность осмотра места происшествия в случае железнодорожной травмы?
20. Что надо учитывать при осмотре места происшествия в случае авиационной травмы?

**Задача:**

Гражданин Савина около 12 часов дня обратилась в милицию с заявлением об избиении ее мужем в ходе состоявшейся предыдущем вечером ссоры, который ударил потерпевшую кулаком по лицу, нанес несколько ударов в область груди, а также один раз ударил ногой в область живота.

В ходе оперативно произведенного освидетельствования врачом на теле потерпевшей Савиной были обнаружены: три неглубокие красно-бурые влажные ссадины, размерами 30x10 мм в области шеи, а также два багровых кровоподтека в области груди, размерами 50x60 мм и 46x38 мм.

*Оцените соответствие показаний потерпевшей телесным повреждениям, обнаруженным у нее на теле? Какое ориентировочное время их нанесения?*

## Тема № 4: Повреждения острыми орудиями (оружием)

1. Судебно-медицинская классификация повреждений, причиненных острыми орудиями, их характерные признаки и механизм образования.

2. Общая характеристика острых орудий (оружия). Особенности наносимых ими ран. Интерпретация следов крови. Причины смерти потерпевших, динамика кровопотери и возможности спасения жизни.

3. Установление индивидуальных особенностей орудия по повреждениям на теле потерпевшего. Характерные особенности повреждений при самоубийстве, членовредительстве, гетероагрессии.

4. Возможности СМЭ при решении вопроса насильственной смерти и установлении обстоятельств причинения телесных повреждений. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.

### Темы рефератов:

1. Морфологические признаки повреждений, причиненных осколками стекла.

2. Повреждения от воздействия метательного оружия.

### Контрольные вопросы:

1. Что включает понятие «острый предмет»?
2. Назовите группы острых предметов.
3. В чем состоит механизм действия колющих предметов?
4. Назовите основные свойства колотой раны.
5. В чем состоит механизм действия режущих предметов?
6. Назовите основные свойства резаной раны.
7. В чем состоит механизм действия колюще-режущего предмета?
8. Назовите основные свойства колото-резаных ран.
9. В чем состоит механизм действия рубящих предметов?
10. Назовите основные свойства рубленых ран.
11. Как возникают повреждения от действия пилящих предметов?
12. Назовите особенности ран от пилящих предметов.
13. В чем состоит судебно-медицинское значение повреждений острыми предметами?
14. На какой почве чаще наносятся повреждения острыми предметами?
15. Назовите особенности нанесения повреждений собственной рукой.
16. Назовите особенности нанесения повреждений посторонней рукой.

17. Назовите основные виды колющих предметов.
18. Назовите основные виды режущих предметов.
19. Назовите основные виды рубящих предметов.
20. Что такое «шлиф»?

**Задача:**

В морг экспертного учреждения поступил труп неопознанного мужчины средних лет. На голове в левой теменной области – зияющая продолговатой формы рана 12x0,6 см, с ровными краями. Задневерхний угол раны П-образный, передне-нижний острый. В глубине раны видна поврежденная теменная кость и вещество головного мозга. Рана проникает на глубину 5 см. Направление раны косопоперечное: сверху вниз, сзади наперед, несколько справа налево.

*Классифицируйте орудие, которым нанесено повреждение. Охарактеризуйте обнаруженные телесные повреждения. Укажите количество ударов, которым были нанесены повреждения.*

**Тема № 5: Огнестрельные повреждения**

1. Понятие «огнестрельные повреждения». Общая характеристика огнестрельного оружия, разновидности повреждений в зависимости от применяемого оружия.

2. Основные элементы пулевых огнестрельных ранений из разных типов оружия. Установление дистанции и последовательности выстрелов. Рикошет в практике СМЭ.

3. Особенности повреждений при взрывах. Повреждающие факторы взрыва.

4. Возможности СМЭ в случаях огнестрельных повреждений при решении вопроса о роде насильственной смерти. Использование данных осмотра места происшествия и одежды потерпевшего при экспертизе огнестрельных ранений. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.

**Темы рефератов:**

1. Особенности повреждений при выстреле из дробового оружия.
2. Особенности телесных повреждений, нанесенных специальными типами пуль.

### **Контрольные вопросы:**

1. Что включает понятие «огнестрельные повреждения»?
2. Является ли воздушная волна повреждающим фактором огнестрельного оружия?
3. Какие виды огнестрельных ран Вы знаете?
4. Назовите основные элементы огнестрельных ран.
5. Какие виды воздействия пули Вы знаете?
6. Назовите признаки входного пулевого отверстия.
7. Что такое раневой канал?
8. Назовите признаки выходного пулевого отверстия.
9. На каком расстоянии от оружия при огнестрельном повреждении можно обнаружить копоть на теле потерпевшего (трупа)?
10. Как на практике классифицируют расстояние выстрела?
11. Что такое «штанцмарка»?
12. Чем характеризуется выстрел на очень близком расстоянии?
13. Характерно ли отсутствие признаков действия газов и пламени при выстреле на близком расстоянии?
14. В чем особенности выстрела на неблизком расстоянии?
15. В чем заключается признак Шавиньи при пулевых ранениях черепа?
16. Чем являются с точки зрения эксперта огнестрельные ранения?
17. Что такое взрыв?
18. Назовите повреждающие факторы взрыва.
19. Назовите основные повреждения от ударной волны при взрыве.
20. В чем особенность осмотра места происшествия в случае смерти от огнестрельного повреждения?

### **Задача:**

Труп Шишкова был доставлен в морг с округлой раной груди, проникающей в грудную полость тела. Края раны осаднены. На коже около раны отмечалось вкрапление буроватых и синеватых частиц диаметром до 0,2 см. Вокруг пулевого отверстия обнаружены следы копоти. Края рубашки возле раны обгорелые, с дефектами ткани.

*К какому типу повреждений относятся раны трупа? Укажите орудие и обстоятельства нанесения повреждений, исходя из особенности раны.*

## Тема № 6: Механическая асфиксия

1. Механическая асфиксия, определение и разновидности. Динамика асфиксии. Общие признаки смерти от асфиксии при наружном и внутреннем исследовании трупа.

2. Характерные повреждения при повешении, удушении петлей и руками человека, при сдавлении грудной клетки и закрытии дыхательных путей инородными предметами.

3. Утопление и его характерные признаки. Определение давности нахождения трупа в воде. Значение лабораторных исследований для установления или исключения утопления.

4. Возможности СМЭ при решении вопроса о роде насильственной смерти. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.

### Темы рефератов:

1. Значение диатомового планктона в судебно-медицинской диагностике утопления.

2. Установление прижизненности странгуляционной борозды.

### Контрольные вопросы:

1. Что включает понятие «механическая асфиксия»?
2. Назовите основные причины асфиксии.
3. Какие виды механической асфиксии Вы знаете?
4. Назовите фазы асфиксии.
5. Что такое «пятна Тардьё»?
6. Назовите виды странгуляционной асфиксии.
7. Что такое странгуляционная борозда?
8. Какой вид имеет странгуляционная борозда при повешении?
9. Что приводит к смерти при повешении? Основные причины?
10. Почему в судебно-медицинской практике исследованию узла придают такое большое значение?
11. По каким признакам устанавливается прижизненность повешения при наружном осмотре трупа?
12. Удушение петлей чаще признак убийства или самоубийства?
13. Какие виды обтурационных асфиксий Вы знаете?
14. Поясните понятие «утопление».
15. Можно ли считать утоплением отдельные случаи, когда в жидкость погружается только лицо с последующим закрытием дыхательных путей этой жидкостью и наступлением асфиксии?

16. Какие типы утопления Вы знаете?
17. Что такое пятна Лукомского – Рассказова – Пальтауфа?
18. Что такое признак Мора?
19. Что такое признак А.В. Свешникова?
20. Что имеет наибольшее значение в лабораторной диагностике утопления?

### **Задача:**

Следственно-оперативная группа была вызвана в гаражный массив № 9 в связи с обнаружением трупа гражданина Чиликова. Тело было обнаружено висящим на веревке, привязанной к потолочной балке гаража, ноги находились в смотровой яме. При предварительном исследовании тела, в средней и верхней трети шеи трупа обнаружена двойная, замкнутая, неравномерно выраженная, горизонтальная странгуляционная борозда с кровоизлияниями в промежуточных валиках и подкожной жировой клетчатке.

*Какова предположительная причина смерти? Было совершено самоубийство или гражданин Чиликов был убит? Какие факты подтверждают версию?*

### **Тема № 7: Расстройства здоровья и смерть от других внешних физических воздействий**

1. Действие высокой температуры и характерные термические повреждения. Признаки прижизненного воздействия пламени. Судебно-медицинское исследование обгоревших трупов.

2. Действие низкой температуры и характерные изменения на теле пострадавшего. СМЭ в случаях смерти от переохлаждения организма.

3. Действие технического и атмосферного электричества и характерные признаки на теле потерпевшего.

4. Расстройство здоровья и смерть от резкого изменения атмосферного давления, действия лучистой энергии. Телесные повреждения и характерные морфологические изменения от действия ионизирующих излучений. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ.

### **Темы рефератов:**

1. Лучевая болезнь как следствие воздействия ионизирующих излучений.

2. Действие пламени: судебно-медицинское установление прижизненного и посмертного характера травмы.

### **Контрольные вопросы:**

1. Перечислите физические факторы возможной травматизации человека.
2. Какие температуры тела смертельны для человека?
3. Может ли тепловой удар привести к смерти?
4. Что может привести к смерти при солнечном ударе?
5. Оставляют ли ожоги 1–2 степени след на коже?
6. От чего зависит исход ожогов в судебно-медицинской практике?
7. Каковы основные причины смерти при ожогах?
8. Является ли жировая эмболия сосудов признаком прижизненности ожогов?
9. Можно ли в бытовых условиях кремировать труп?
10. Повышает ли кровопотеря чувствительность организма к низкой температуре?
11. Какова поза человека, умершего от охлаждения?
12. Назовите особенность смерти от переохлаждения в состоянии сильного алкогольного опьянения.
13. Можно ли вскрывать труп человека, умершего от охлаждения тела без предварительного оттаивания?
14. Что такое пятна Вишневого?
15. Оставляют ли отморожения 3 степени следы на теле?
16. Объясните понятие «электротравма».
17. Какое действие оказывает ток на организм?
18. Возможна ли мнимая смерть при поражении электрическим током?
19. Какова особенность реанимации при поражении электрическим током?
20. Что может происходить с одеждой и обувью при поражении молнией?

### **Задача:**

На садовом участке обнаружен труп гражданки Тимофеевой. Известно, что поливала цветы, используя электронасос. На передней поверхности правого бедра повреждение ткани (в виде термического ожога), резко ограниченное от окружающей ткани, без пузырей, дно серовато-коричневое, с валикообразными краями, волосы спиралевидно скручены, обуглены. В области около термического ожога стенки подвержены некрозу. Правая стопа вывихнута.

*В результате воздействия каких факторов наступила смерть Тимофеевой? Какие медицинские факты это подтверждают?*

## **Тема № 8: Судебно-медицинская экспертиза живых лиц.**

1. Основания и методы проведения СМЭ живых лиц (нормативная база). Экспертные критерии определения степени тяжести телесных повреждений и утраты трудоспособности.

2. СМЭ возраста, состояния здоровья, симуляции, искусственных болезней и членовредительства.

3. СМЭ при половых преступлениях. Особенности проведения судебно-медицинского освидетельствования потерпевшей и подозреваемого в случаях изнасилования.

4. Экспертиза заражения венерическими болезнями и СПИДом. СМЭ по делам о спорном отцовстве (материнстве) и замене детей. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении СМЭ, освидетельствований и исследований.

### **Темы рефератов:**

1. Судебно-медицинские исследования при истязаниях.
2. Судебно-медицинские исследования при половых преступлениях.

### **Контрольные вопросы:**

1. Перечислите лиц, в отношении которых может быть проведена СМЭ.

2. Является ли необходимость оценки состояния человека основанием для СМЭ?

3. Что является основанием для проведения экспертизы?

4. Вправе ли следователь присутствовать при всех действиях и исследованиях эксперта?

5. Допускается ли проведение СМЭ только по медицинским документам?

6. Перечислите требования к медицинским документам, представляемым на СМЭ.

7. Чем определяется степень тяжести телесного повреждения применительно к статьям Уголовного кодекса Республики Беларусь?

8. Можно ли описывать телесные повреждения при СМЭ вместе?

9. Указывается ли в заключении эксперта давность нанесения телесного повреждения?

10. Какова зависимость между сроком освидетельствования в связи с телесным повреждением временем его возникновения?

11. Является ли опасным для жизни повреждение, которое без оказания медпомощи может закончиться смертью?

12. Является ли предотвращение смерти медрботником при наличии тяжкого телесного повреждения основанием не считать его тяжким?
13. Чем отличаются общая и профессиональная трудоспособность?
14. Можно ли проводить определение утраты трудоспособности до определения исхода повреждения?
15. Как определяют процент утраты общей трудоспособности?
16. Что такое «истязание»?
17. Что такое «мучения», определяет ли их эксперт?
18. Объясните понятие «диссимуляция»?
19. Объясните понятие «изнасилование»?
20. В чем особенности судебно-медицинского освидетельствования потерпевшей и подозреваемого в случаях изнасилования?

### **Задача:**

Гражданину Жигунову в ходе хулиганского нападения нанесли боковой удар ножом по лицу с повреждение правого крыла носа и части носовой перегородки. Потерпевший находился на стационарном лечении в течение 2 месяцев. По результатам лечения здоровье потерпевшего находится в следующем состоянии: функции носа не нарушены, носовое дыхание, обоняние, ясность произношения слов сохранены, однако на правом крыле носа и правой щеке, около носогубной складки, образовался заметный линейный рубец розового цвета длиной 4,5 см

*Какой степени тяжести повреждения были нанесены потерпевшему? В чьей компетенции находится вопрос обезображивания лица?*

### **Тема № 9: Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств**

1. Судебно-медицинская классификация вещественных доказательств. Объекты биологического происхождения и порядок их исследования.

2. Выявление, изъятие и направление на СМЭ вещественных доказательств. Взятие образцов для сравнительного исследования. Особенности изъятия при осмотре места происшествия, освидетельствовании жертвы преступления и подозреваемого, исследовании трупа.

3. Назначение СМЭ при исследовании вещественных доказательств с учетом возможностей и достижений современных научных экспертных исследований.

4. Примерный перечень решаемых вопросов при исследовании пятен крови, спермы, слюны, мочи, пота и других выделений организма.

### **Темы рефератов:**

1. Следы крови как источник доказательств.
2. Генетические исследования в судебной медицине.

### **Контрольные вопросы:**

1. Что исследуется в качестве объектов вещественных доказательств (ВД) биологического происхождения при производстве СМЭ?
2. Что делает эксперт при установлении происхождения исследуемого объекта от животного?
3. Чем являются ВД биологического происхождения в уголовном процессе?
4. Что можно установить по форме и расположению следов крови?
5. Что используется при обнаружении следов, похожих на сперму?
6. Как изымаются объекты, похожие на волосы?
7. Какие субстраты лучше направлять на СМЭ ВД для сравнения?
8. С какого количества областей следует брать волосы для СМЭ?
9. Могут ли предметы, пересылаемые для СМЭ быть влажными?
10. Каковы сроки сохранности сперматозоидов в половых путях живых женщин?
11. Как срезаются ногтевые пластинки для отправки на СМЭ?
12. Что является доказательством наличия следов крови как ВД?
13. В чем суть геннодактилоскопического теста в случаях оспариваемого отцовства?
14. На чем основано установление половой принадлежности крови?
15. На чем основано установление принадлежности крови взрослому или младенцу?
16. Как определяют ориентировочное количество излившейся крови?
17. Каковы характерные признаки волос человека?
18. Чей волос тоньше, человека или животного?
19. Как различить выпавшие и вырванные волосы?
20. Чем подтверждается наличие слюны человека?

### **Задача:**

Выехавшая по вызову следственно-оперативная группа приступила к осмотру квартиры, в которой был обнаружен труп ранее судимого Гаврилова. Помещение было оборудовано шкафом, кроватью и обеденным столом, стоящим вплотную у окна. Труп с проникающим ранением груди был обнаружен лежащим на кровати возле правой от входа стены, покрытой обоями желтого цвета. В кулаке правой руки трупа был зажат

клок волос черного цвета. На правой от входа стене на расстоянии одного метра от кровати, на высоте полутора метров были обнаружены брызги крови. На столе около окна следователями найдена початая бутылка водки и три граненых стакана. Следователями был обнаружен также кусок ткани красного цвета, с клетчатым рисунком, размера 2x4 см.

*Какие вещественные доказательства биологического происхождения следует изъять с места преступления? Какие методы необходимо для этого применить?*

### **Тема № 10: Предмет и задачи судебной психиатрии. Организационно-правовое обеспечение СПЭ**

1. История развития судебной психиатрии. Судебная психиатрия как «психиатрия в праве». Объект, предмет, содержание и задачи судебной психиатрии, ее связь с другими науками.

2. Структура учреждений СПЭ Республики Беларусь. Виды экспертиз, основания для их назначения. Обязанности и права государственных судебных психиатров-экспертов.

3. Проблема и критерии вменяемости. Общественно-опасные деяния и поведенческие особенности психически больных.

4. Формирование дела для СПЭ, основные стандартные вопросы следователя к эксперту. Заключение СПЭ, его составные части, сроки проведения, процессуальные требования при вынесении экспертного заключения.

#### **Темы рефератов:**

1. Исторические аспекты развития судебной психиатрии.
2. Место судебной психиатрии в кругу медицинских и юридических наук.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Объясните понятие «психиатрия».
2. Может ли быть объектом судебной психиатрии здоровый человек?
3. Поясните термин «вменяемость».
4. В чем основное назначение судебной психиатрии (СП)?
5. Считаются ли ООД психически больных преступлением?
6. Какое время следует считать началом развития психической мощи в России?

7. Назовите руководящие принципы СП (и ее основного раздела – СПЭ).

8. Когда был образован Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь?

9. Кто возглавляет Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь?

10. Сколько видов экспертиз производит Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь?

11. Какие экспертные подразделения вошли в состав Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь?

12. Какой метод обследования психических больных является основным?

13. Предусматривает ли законодательство уголовную и иную ответственность медицинских работников за нарушение законных интересов и прав граждан при оказании и неоказании им психиатрической помощи?

14. За какое преступление могут быть наказаны медработники?

15. Какие признаки позволяют выделить психоаномальных лиц, склонных к ООД?

16. Характерны ли нарушения речи для психически больных лиц, склонных к совершению ООД?

17. Имеются ли особенности совершения преступлений психоаномальными лицами?

18. В каких случаях местные ОВД обязаны оказывать содействие медицинским работникам, при их обращении, в неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность?

19. В течение какого времени и каким количеством врачей освидетельствуют психически больных, подвергнутых госпитализации?

20. Может ли больной, не имеющий близких и постоянного жилья, быть выписан из психбольницы?

### **Задача:**

Тридцатилетний гражданин Иванов в вечернее время совершил нападение на возвращавшуюся с работы гражданку Куприянову. В ходе нападения он ударил потерпевшую несколько раз кулаком по лицу, разорвал куртку, сорвал и растоптал наручные часы. При обследовании установлено, что несколько лет назад Иванов перенес гнойный менингит. Лечился в стационаре. Через год после выписки стал замечать ухудше-

ние памяти, головные боли, раздражительность. Сменил несколько мест работы, стал употреблять спиртные напитки.

*Есть ли основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы? Какие вопросы должны быть поставлены перед судебным психиатром экспертом? Составьте проект постановления о назначении судебно-психиатрической экспертизы.*

### **Тема № 11: Симптомы психических заболеваний, методика исследования психически больных лиц**

1. Строение нервной системы. Роль мозга как морфологического субстрата психики, ее разновидности.

2. Понятие о безусловных и условных рефлексах. Процессы возбуждения, торможения, анализа и синтеза. Первая и вторая сигнальные системы.

3. Понятие о психической деятельности человека, основных ее функциях: ощущение, восприятие, внимание, память, мышление, эмоции, двигательльно-волевая сфера и сознание.

4. Расстройства психических функций как фактор возможности противоправных действий. Бредовые идеи и галлюцинации. Соматические и неврологические симптомы. Синдромы психических расстройств.

#### **Темы рефератов:**

1. Современные методы исследования психически больных лиц.
2. «Больной или преступник?» – вечный вопрос прошлого и современности.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Сколько человек на Земле страдает тяжелыми психическими заболеваниями?
2. Какова основная функция нервной системы (НС)?
3. Что составляет морфологическую основу НС?
4. Какую природу имеет наша психика?
5. Из каких частей состоит нейрон?
6. На какие две основные части делится НС?
7. Как быстро движется электрический импульс по НС?
8. Дайте определение «психике».
9. Какие виды рефлексов Вы знаете?

10. Какую сигнальную систему (по И.П. Павлову) используют животные?
11. Как отражает действительность человек, активно или пассивно?
12. Назовите 1 и 2 сигнальные системы, основные составляющие схемы рефлекторного функционирования психики.
13. Чем известен Зигмунд Фрейд?
14. Чем известен Петр Кузьмич Анохин?
15. В чем разница между ощущением и восприятием?
16. Что такое дромомания?
17. Что такое гомицидомания?
18. Как в психиатрии называют расстройства сексуального характера?
19. Что такое бред?
20. Поддаются ли коррекции бредовые идеи?
21. В чем отличие бреда от галлюцинаций?

#### **Задача:**

Гражданин Николаев несколько месяцев назад стал ощущать постоянный неприятный запах, исходящий от его тела. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...». В связи с этим он стал мыться каждые несколько часов, постоянно менял белье, однако запах не исчезал. Все попытки убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

*По вашему мнению, присутствует ли у лица психическое расстройство? Какие психические процессы у больного нарушены? В чем это выражается?*

#### **Тема № 12: Хронические расстройства психической деятельности человека. Их судебно-психиатрическая оценка**

1. Хронические психические расстройства в судебно-психиатрической экспертной практике.
2. История и эпидемиология шизофрении. Клинические признаки шизофрении, особенности ее течения. Судебно-психиатрическая шизофрения.

3. Клиника эпилепсии. Эпилептические эквиваленты и их роль в противоправной активности. Хронические изменения психики при эпилепсии. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

4. Основные клинические признаки и течение биполярного расстройства (МДП). Классическая триада мании и депрессии. Судебно-психиатрическая оценка биполярного расстройства (МДП).

#### **Темы рефератов:**

1. Современные представления о причинах развития шизофрении.
2. Бессудорожная эпилепсия.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Что отличает разорванность мышления у больного шизофренией?
2. Как расширяется понятие «шизофрения»?
3. Что формируется в итоге заболевания у больного шизофренией?
4. Может ли больной шизофренией поправиться?
5. Что такое неологизмы?
6. Какие группы симптомов выделяют при шизофрении?
7. Какие признаются на СПЭ, как правило, больные шизофренией?
8. Как переводится слово «эпилепсия»?
9. Назовите другие названия эпилепсии.
10. Представляет ли опасность для жизни классический приступ эпилепсии?
11. Какой стадийностью представлен судорожный эпилептический приступ?
12. Что такое эпилептический статус?
13. Какое настроение характерно для больных эпилепсией?
14. Какие эпилептические эквиваленты Вы знаете?
15. Какие признаются на СПЭ, как правило, больные эпилепсией?
16. В чем проявляется маниакально-депрессивный психоз?
17. Чем опасна депрессивная фаза МДП?
18. В чем выражается фаза интермиссии при МДП?
19. Какое поведение характерно для лица в маниакальной фазе МДП?
20. Дайте судебно-психиатрическую оценку МДП.

#### **Задача:**

Гражданин Савин с утра отправился на работу, находящуюся недалеко от дома. Однако на работе в установленное время не появился, был обнаружен в расположенной между домом и работой лесополосе в

состоянии глубокого сна. Рядом с ним обнаружен труп мужчины, с пробитой головой. Около тела лежал окровавленный камень.

При пробуждении больной С. был вялым, сонным, жаловался на головную боль и разбитость. Во время осмотра на языке обнаружены старые следы от прикусов и также один свежий след от прикуса языка.

*Какая ваша оценка с медицинской и юридической точек зрения совершенного ООД? Какие меры должны быть приняты в отношении личности больного Савина?*

### **Тема № 13: Острые и хронические расстройства психической деятельности человека, связанные с потреблением психоактивных веществ (ПАВ). Их судебно-психиатрическая оценка**

1. Этиология и эпидемиология алкогольной зависимости. Острое и патологическое алкогольное опьянение, их судебно-психиатрическая и правовая оценка.

2. Зависимость от алкоголя. Алкогольная деградация личности. СПЭ алкогольной зависимости, алкогольных психозов.

3. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, зависимых от психоактивных веществ.

4. Наркомания и токсикомания. Виды наркомании. Клиника, динамика, СПЭ хронической интоксикации наркотиками и токсикоманическими препаратами.

#### **Темы рефератов:**

1. Патологическое алкогольное опьянение.
2. Патофизиологические аспекты токсикомании.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Какие вещества относятся к «психоактивным веществам» (ПАВ)?
2. В чем измеряется концентрация алкоголя в крови?
3. Какие стадии алкогольного опьянения Вы знаете?
4. Какая концентрация алкоголя в крови вызывает смерть?
5. В каких стадиях протекает острое алкогольное опьянение?
6. Как физиологические и поведенческие признаки характерны для различных стадий алкогольного опьянения?
7. Чем характеризуется зависимость от алкоголя (хронический алкоголизм)?

8. Осознает ли больной себя в состоянии белой горячки?
9. В чем выражается симптом Райхардта?
10. В чем выражается симптом Ашаффенбурга?
11. В чем выражается симптом Липмана?
12. Назовите стадии зависимости от алкоголя.
13. Судебно-психиатрическая оценка алкогольного опьянения и алкогольных психозов?
14. Что определяет отличие наркотиков от токсикоманических средств?
15. Назовите основные виды наркотических веществ.
16. Назовите внешний характерный признак интоксикации опиатами?
17. Назовите внешний характерный признак интоксикации каннабисом.
18. Поясните понятие «полинаркомания» и «политоксикомания».
19. Дайте судебно-психиатрическую оценку лицам, страдающим потреблением наркотических и токсикоманических средств?
20. Могут ли лица, страдающие потреблением наркотических и токсикоманических средств, признаваться невменяемыми?

**Задача:**

Гражданка Сидорова, последние несколько лет страдающая зависимостью от алкоголя, внезапно начала испытывать непонятную тревогу, беспокойство. Ей казалось, что ее комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спала, видела, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают черти, по стенам ползут змеи. Слышала стук в окно, крики и вопли ужаса. В страхе начала звать на помощь, звонить в милицию с просьбой спасти. Прибывший наряд милиции вызвал бригаду скорой психиатрической помощи, которая и доставила гражданку Сидорову в психиатрическую больницу.

*Охарактеризуйте состояние больной Сидоровой. Какие причины возникшего психотического расстройства?*

**Тема № 14: Временные расстройства психической деятельности человека. Их судебно-психиатрическая оценка**

1. Понятие «временные психически расстройства». История открытия этих нозологических форм. Классификация временных расстройств психической деятельности.

2. Реактивные и исключительные состояния, причины возникновения и общая характеристика.

3. Отдельные формы реактивных и исключительных состояний, их особенности и опасность возникновения противоправной активности.

4. Судебно-психиатрическая оценка временных расстройств психики применительно к возможности профилактики рецидива преступлений.

### **Темы рефератов:**

1. Психические расстройства военного времени.

2. Феномен исключительных состояний в криминологической практике.

### **Контрольные вопросы:**

1. Что включает в себя понятие «временные психические расстройства»?

2. Что такое исключительные состояния с точки зрения судебной психиатрии?

3. Назовите основные виды исключительных состояний.

4. Какие исключительные состояния могут повторяться?

5. Что является кардинальным признаком всех исключительных состояний?

6. Какие факторы чаще всего провоцируют возникновение исключительных состояний?

7. Дайте определение патологическому аффекту.

8. Назовите стадии патологического аффекта.

9. Чем отличается физиологический аффект от патологического?

10. Что является пусковым моментом в возникновении патологического опьянения?

11. В чем суть патологического просоночного состояния?

12. Как воспринимается мир при сумеречном состоянии сознания?

13. Дайте судебно-психиатрическую оценку исключительным состояниям.

14. Могут ли реактивные состояния определять невменяемость?

15. Применяются ли принудительные меры безопасности и лечения к лицам, совершившим ООД в исключительных состояниях?

16. Что отличает реактивные состояния по глубине поражения психики?

17. Как еще называется «острая реакция на стресс»?

18. Какой должна быть психотравма для формирования ПТСР?

19. В чем проявляется расстройство адаптации?

20. В чем состоит сущность конверсии, конверсионных расстройств?

### **Задача:**

Гражданин Миронов, будучи солдатом, участвовал в боевых действиях. После получения тяжелого ранения, получил увольнение со службы по состоянию здоровья. По прошествии 6-ти месяцев после ранения начал испытывать тревогу, беспокойство, затрудненное засыпание. По словам близких, Миронов стал подвержен внезапным вспышкам гнева и агрессии. При резких и громких звуках бросался на землю, закрывал голову руками.

*Оцените состояние больного Миронова? Чем вызвано это психическое расстройство?*

### **Тема № 15: Хронические расстройства психической деятельности человека, не исключающие вменяемости**

1. Расстройства зрелой личности (психопатии). История вопроса. Этиология и разновидности. Общие признаки расстройства зрелой личности.

2. Ядерные и краевые психопатии. Психологические особенности психопата как фактор возможного криминального поведения. Судебно-психиатрическая оценка ООД, совершенных лицами с расстройствами личности.

3. Расстройства волевой деятельности. Понятие волевой деятельности и ее роль в регуляции произвольного поведения. Структура волевого акта. Формирование воли в ходе онтогенеза.

4. Основные виды расстройств волевой деятельности (парабулии). Парафилии как разновидность волевых нарушений (педофилия, эксгибиционизм, садизм, мазохизм и др.). Судебно-психиатрическая оценка парабулий и парафилий.

### **Темы рефератов:**

1. Динамика психопатий (расстройств личности).
2. Расстройства полового влечения.

### **Контрольные вопросы:**

1. Что такое психопатия?
2. Какова распространенность психопатий среди населения?
3. Присутствует ли снижение интеллекта при психопатии?
4. Чем характеризуется «относительная интеллектуальная недостаточность» при психопатии?

5. Какие основные виды психопатий выделяют?
6. Назовите основные признаки психопатий.
7. Что отличает сексуальных психопатов?
8. Дайте судебно-психиатрическую оценку психопатиям.
9. Что такое воля?
10. Назовите особенности волевой деятельности.
11. Какие поведенческие особенности возникают у лиц с расстройством волевой деятельности?
12. В чем состоит общественная опасность пиромании?
13. Какое преступное поведение характерно для kleптоманов?
14. Дайте расшифровку термину «парафилия».
15. Что характерно для парафилии?
16. Для лиц какого пола преимущественно характерно такое расстройство волевой деятельности как эксгибиционизм?
17. Какое влечение характерно для садомазохизма?
18. Дайте судебно-психиатрическую и уголовно-правовую оценку педофилии.
19. Какие медицинские меры принимаются в отношении лиц, страдающих педофилией?
20. Укажите судебно-психиатрическую оценку расстройств волевой деятельности.

### **Задача:**

В магазин «Премиум» был вызван наряд милиции. По прибытии охранник магазина сообщил о попытке украсть пару латунных чайных ложечек и проводил наряд милиции в комнату охраны, где находилась гражданка Сидорова. Последнюю задержали и доставили в РОВД для составления протокола. Проведя личный обыск задержанной, сотрудница милиции Иванова обнаружила очки, похищенные, по словам задержанной, из комнаты охраны. Причины выбора предметов хищения Сидорова объяснить не смогла, также как и целей хищения. Указала лишь, что «после этого становится легче». По результат обыска ее жилища был обнаружен спрятанный ящик, в котором находилось множество небольших предметов, как правило, не представляющими большой имущественной ценности.

*Есть ли основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы? К каким выводам, по Вашему мнению, придет судебный психиатр-эксперт по результатам исследования?*

## **Тема № 16: Слабоумие в рамках судебной психиатрии. Психические расстройства вследствие аномального развития, действия внешних и внутренних причин**

1. Врожденное (олигофрения) и приобретенное (деменция) слабоумие. Олигофрения, причины возникновения и разновидности.

2. Характеристика отдельных видов олигофрении в социальном и правовом контексте. Судебно-психиатрическое значение и оценка олигофрении.

3. Деменция как приобретенное слабоумие. Травматические, сосудистые и старческие поражения головного мозга. Атеросклероз головного мозга, артериальная гипертензия, атрофические процессы мозговой ткани как факторы психических нарушений и их судебно-психиатрическая оценка.

4. Понятие о черепно-мозговых травмах (ЧМТ) и их психические последствия. СПЭ травматических поражений головного мозга.

### **Темы рефератов:**

1. Генетическая патология в генезе умственной отсталости.
2. Деменция при болезни Альцгеймера.

### **Контрольные вопросы:**

1. Что такое олигофрения?
2. Что такое деменция?
3. Назовите степени олигофрении.
4. Дайте судебно-психиатрическую оценку олигофрении.
5. Что такое черепно-мозговая травма (ЧМТ)?
6. Какие Вы знаете ЧМТ?
7. Назовите виды закрытой ЧМТ.
8. Какие периоды выделяют в течение ЧМТ?
9. Что отличает ушиб ГМ средней степени тяжести?
10. Какие психические расстройства характерны для ЧМТ?
11. Назовите особенности психических расстройств при ЧМТ.
12. Дайте судебно-психиатрическую оценку ЧМТ.
13. Назовите характерные признаки органического поражения ГМ.
14. Для каких сосудистых заболеваний характерны нарушения психики?
15. Могут ли сосудистые заболевания ГМ быть причиной психозов?
16. Дайте судебно-психиатрическую оценку сосудистым заболеваниям ГМ.

17. Вменяемы ли лица старческого возраста при выраженном слабоумии?

18. Что отличает болезнь Альцгеймера от болезни Пика?

19. Какие нарушения психики характерны для старческого слабоумия?

20. В чем выражается симптом Клейста?

### **Задача:**

Больной Аверьянов, двадцати лет, по просьбе одного из соседей-алкоголиков, проживающих совместно с его семьей на одной лестничной площадке многоквартирного дома, похитил газонокосилку со двора коттеджа, расположенного недалеко от дома. На следующий день был задержан милицией.

Из объяснения родных следует, что Аверьянов с детства страдает умственной отсталостью. Был отдан в начальную школу, но учиться там не смог. В последующие года нигде не учился, занимался только уборкой дома. Легко внушаем и подчиняем. Дурашлив, часто находится в состоянии эйфории. По результатам дознания было возбуждено уголовное дело, а больной Аверьянов был направлен на СПЭ.

*Как Вы считаете, каким психическим заболеванием страдает больной Аверьянов? Дайте судебно-психиатрическую оценку действиям Аверьянова.*

### **Тема № 17: Притворное поведение в судебно-психиатрической практике**

1. Понятие о симуляции, аггравации, диссимуляции. Причины возникновения и виды симуляции.

2. Притворное поведение в «правоохранительной призме» как попытка избежать уголовного наказания. Основные проявления симуляции и способы ее выявления. Притворное поведение в местах лишения свободы.

3. Методы распознавания притворного поведения при проведении судебно-психиатрической экспертизы.

4. Возможности психиатрии и психологии в диагностике симуляции. Негативные стороны притворного поведения как возможность возникновения психических расстройств у ранее здоровых лиц.

### **Темы рефератов:**

1. Возможности распознавания симуляции психических расстройств как способа уклонения от уголовной ответственности
2. Формы патологической симуляции.

### **Контрольные вопросы:**

1. Раскройте содержание термина «симуляция».
2. Как часто встречается симуляция в психиатрической практике?
3. В чем отличие симуляции от диссимуляции?
4. Аггравация – это?
5. Основание отграничения метасимуляции от аггравации?
6. Назовите синоним термина «сюрсимуляция». Что характерно для сюрсимуляции?
7. Назовите основные виды симуляции психических расстройств в хронологического фактора.
8. Каковы цели симуляции психических расстройств?
9. Какие выделяют способы симуляции психических расстройств?
10. Какие существуют критерии для подтверждения симуляции?
11. Назовите основной метод распознавания симуляции.
12. Что характерно для картины болезни при симуляции?
13. От чего зависит выбор симулируемых симптомов?
14. Какие признаки заболевания относятся к несимулируемым симптомам?
15. В амбулаторных или стационарных условиях необходимо проводить СПЭ лиц, подозреваемых в симуляции психических расстройств?
16. От чего зависит СПО лиц, уличенных в симуляции?
17. Какие признаки характерны для диссимуляции психического расстройства?
18. Какие особенности поведения характерны для лиц, подозреваемых в диссимуляции психического заболевания?
19. Какие формы диссимуляции выделяют?
20. Может ли лицо, симулировавшее психическое расстройство, впоследствии действительно им заболеть?

### **Задача:**

Гражданка Милонова с детства состоит на учете с диагнозом: олигофрения в легкой степени дебильности. В подростковом возрасте злоупотребляла алкогольными напитками, совершала мелкие кражи. В 18 лет была поймана при попытке кражи ювелирного украшения из магазина.

После возбуждения уголовного дела была направлена на СПЭ. В ходе обследования выяснено, что Милонова правильно ориентируется в окружающей ее обстановке, взаимодействует с персоналом больницы и пациентами. Во время бесед с врачами заметно волнуется. Нарочито не отвечает или отвечает неправильно на самые простые вопросы (не называет дней недели, число пальцев на руке и т.д.). При этом объясняет, что больна, ее все называют «дурочкой», поэтому ее надо лечить.

*Находилась ли гражданка Милонова в момент совершения преступления в состоянии душевного расстройства, исключающего вменяемость?*

### **Тема № 18: Социальная опасность психически больных и меры профилактики общественно-опасных деяний применительно к ним**

1. Причины и условия совершения общественно-опасных деяний психоаномальными лицами.

2. Меры социальной защиты от противоправной активности душевнобольных. Недобровольная госпитализация. Показания и организация правовых и лечебно-профилактических мероприятий.

3. Принудительные меры безопасности и лечения как фактор профилактики рецидивной преступности психически больных. Критерии выбора режима наблюдения в психиатрических больницах специального типа, показания к прекращению принудительных лечебных мер.

4. Порядок взаимодействия ОВД и психиатрических служб по профилактике преступлений психически больных.

#### **Темы рефератов:**

1. Роль общества в профилактике ООД со стороны психоаномальных лиц.

2. Принудительное лечение в местах лишения свободы.

#### **Контрольные вопросы:**

1. Какие причины способствуют совершению ООД психически больными лицами?

2. В чем заключается «коморбидность» психических расстройств?

3. Укажите условия совершения ООД психически больными лицами.

4. Какие элементы выделяются в криминалистической характеристике психически больных лиц, склонных к совершению ООД?

5. Что понимается под внешнеповеденческими признаками психически больных лиц?
6. Какие внешнеповеденческие признаки характерны для психически больных лиц?
7. Как особенности личности влияют на вероятность совершения ООД психически больными лицами?
8. Раскройте содержание термина «пуэрилизм».
9. Чем зачастую выделяются лица с психическими расстройствами, способные к совершению ООД?
10. Какие выделяются характерные признаки ООД? совершенных психически больными лицами?
11. Что относится к медицинским мерам безопасности и лечения по предупреждению ООД психически больных лиц?
12. В чем заключается принудительная (неотложная) госпитализация?
13. Какие обязательные условия выступают основанием для неотложной госпитализации?
14. Что включают в себя принудительные меры безопасности и лечения?
15. Какой орган принимает решения о назначении принудительного лечения?
16. Какие существуют виды принудительного лечения?
17. Устанавливает ли суд конкретные сроки осуществления принудительных мер безопасности и лечения?
18. На основании какого акта прекращаются принудительные меры безопасности и лечения?
19. Может ли не принять суд во внимание медицинское заключение судебных психиатров-экспертов?
20. В чем заключается взаимодействие между правоохранительными органами и медицинскими учреждениями при профилактике совершения ООД психически больными лицами?

**Задача:**

Больной Симонов, уже несколько лет страдающий биполярным расстройством, в последнее время перестал посещать работу. Стал замкнутым, молчаливым. Старается избежать общения с семьей, закрывается в комнате и подолгу сидит в тишине. При осмотре комнаты родными было обнаружено написанное им собственноручно завещание и запасы снотворного.

*Есть ли основания для недобровольной госпитализации? Каков порядок госпитализации лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами?*

# КОМПЛЕКС СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

## По судебной медицине

### *Задача № 1:*

Гражданин Н., участвуя в групповой драке, получил ножевое ранение в область внутренней поверхности правого плеча. Возникло обильное кровотечение алой кровью, вытекающей пульсирующей струей. Наложение жгута прекратило кровотечение. Впоследствии в отделении сосудистой хирургии городской больницы установлен диагноз: Резаная рана правого плеча с повреждением правой плечевой артерии и обильным артериальным кровотечением. Произведена микрохирургическая операция. Срок стационарного лечения до выхода на работу – 14 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 16,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

### *Задача № 2:*

Гражданин Б., участвуя в пьяной драке, получил повреждение правого глаза, который до этого ничего не видел. Был экстренно госпитализирован в глазное отделение, где произведено удаление травмированного глазного яблока и вставлен глазной протез. Левый глаз Б. до драки видел 1,0 и при происшествии не пострадал. Срок стационарного лечения до выхода на работу – 22 дня. Степень утраты общей трудоспособности – 9,0% (как и до драки).

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

### *Задача №3:*

Гражданин С. пострадал от хулиганских действий группы подростков. Вследствие нападения ему был нанесен удар металлическим

предметом в область правого бедра. По данным рентгенодиагностики определен закрытый перелом правой бедренной кости со смещением отломков. Срок стационарного лечения и нахождения на больничном листе в общей сложности составил 131 день. Степень утраты общей трудоспособности – 35,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 4:**

Гражданин Ж. во время сбора яблок упал с яблони, ударившись тазом о трагуарную плитку. Доставлен в травматологическое отделение, где диагностирован множественный перелом костей таза с травматическим шоком 2 степени. При этом костными отломками был поврежден мочевой пузырь, что потребовало операции по экстренным показаниям.

По квалифицирующим признакам ТП относится к ТТП. Срок стационарного лечения составил 125 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 38,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача №5:**

Гражданка Р. пострадала в ходе ссоры с соседкой, которая высказывала претензии по вопросу проникновения соседских курей в ее огород на засеянные грядки, вследствие чего уничтожались посевы. В ходе возникшего конфликта соседка нанесла удар Р. по голове граблями. Р. обратилась за медицинской помощью в травмопункт. После всестороннего обследования установлено, что Р. в госпитализации не нуждается. Заключение: Ссадина теменной области без повреждения костей и признаков болевого шока. Сотрясение мозга легкой степени? Больничный лист не открывался, в стационарном лечении Р. не нуждалась. Степень утраты общей трудоспособности – 0,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача №6:**

Гражданка Т., обнаружив в спальне с мужем его любовницу, плеснула ей в лицо концентрированной серной кислотой. Ввиду возникшего отека и расплавления части мягких тканей лица возникли изменения части левого крыла носа, нарушения двигательной функции левого нижнего века. Госпитализирована в реанимацию, где была оказана экстренная помощь. Заключение: Обезображивание лица вследствие действия серной кислоты. Позже, в течение 2-х месяцев, лечилась стационарно с применением массажей, физиолечения, инъекций лекарственных средств. Грубые рубцы на коже лица рассосались, улучшился внешний вид, почти восстановилась форма крыла носа. Через 2 месяца стало ясно, что без хирургической коррекции нижнего века левого глаза невозможно полное восстановление его двигательной функции. Произведена косметическая операция. Исход лечения – полное восстановление черт лица и функций мимической мускулатуры. Срок стационарного лечения – 78 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 0,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача №7:**

Гражданка О. во время ссоры с женихом получила удар ногой в живот. За неделю до этого обращалась в женскую консультацию в связи с задержкой месячного цикла. Заключение акушер-гинеколога по данным УЗИ – беременность 7–8 недель. После удара О. почувствовала себя плохо, появились боли и кровянистые выделения из влагалища. Машинной скорой помощи госпитализирована в неотложную гинекологию, где произведен аборт по жизненным показаниям. Срок нахождения в больнице – 8 дней.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 8:**

Гражданин Г. был избит пьяным соседом, который предъявил претензии из-за якобы имевших место приставаний Г. к его жене. Г. получил ЧМТ с потерей сознания. В течение 3-х недель он лечился в неврологическом отделении городской больницы и шел на поправку. Ближе к выписке Г. стал странно себя вести (забирался под кровать, накрывался с головой одеялом, выкрикивал странные слова, пытался убежать из отделения без верхней одежды, высказывал бредовые идеи преследования). Консультирован психиатром-наркологом. Диагноз: Шизофрения. Параноидная форма. Нуждается в юридической оценке произошедшего, направлении на СПЭ. Переведен в стационар психиатрической больницы, где прошел амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Диагноз: Шизофрения. Параноидная форма. В заключении не исключается связь с ранее перенесенной ЧМТ. Срок стационарного лечения – 48 дней. Степень утраты общей трудоспособности не определялась.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 9:**

Гражданин Д. был избит женой при попытке объяснить, куда девалась его зарплата за последний месяц. Жена нанесла ему удар по лицу скалкой. В области правой скуловой кости появилась боль, отек, характерный хруст. При обращении в травмопункт Д. произведена рентгенография головы. Диагноз: Закрытый перелом правой скуловой кости без смещения отломков. Срок стационарного лечения – 15 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 5,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.

3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 10:**

Ученик школы №10 Т. г. М. ... стал жаловаться родителям на плохой слух. Ухудшение слуха связывает с конфликтом в школе, который произошел с учителем географии и вылился в удар в виде пощечины, который учитель нанес ученику. Пытаясь уклониться от удара, Т. подсел, вследствие чего удар ладонью пришелся по левой ушной раковине и привел к мгновенному снижению слуха на левое ухо. Заключение ЛОР-врача местной поликлиники в отношении Т.: Травматический разрыв барабанной перепонки слева. Снижение слуха на левое ухо: Т. воспринимает разговорную речь на расстоянии не более 3,0 см от левой ушной раковины. Срок стационарного лечения на момент осмотра – 16 дней (продолжает болеть). Степень утраты общей трудоспособности – менее 33,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 11:**

Гражданин О. пытался взять в пивном баре кружку пива без очереди. На вежливые замечания стоящих в очереди не реагировал, утверждал лишь, что он «воин-афганец и имеет право....». Пробравшись к стойке О. попытался взять два бокала в руки, но при этом получил удар пустой бутылкой по голове... В сознание О. пришел через 7 часов в нейрохирургическом отделении горбольницы СМП. По данным рентгенографии черепа объемных процессов внутри черепной коробки не выявлено. Во время оказания медпомощи дважды регистрировался пульс меньше 50 ударов в 1 минуту, существенно замедлялось дыхание (до 10-11 дыхательных движений в 1 минуту). Заключение совместного осмотра невролога и нейрохирурга: Закрытая ЧМТ: ушиб головного мозга средней степени тяжести с признаками поражения стволового отдела ГМ. Срок нахождения в больнице – 22 дня. Степень утраты общей трудоспособности – 25,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 12:**

Гражданин В. занимаясь мытьем пола в собственной квартире, внезапно выпрямившись, ударился головой о створку открытой форточки. Потерял сознание. По вызову жены машиной скорой помощи доставлен в нейрохирургию горбольницы СМП. Во время транспортировки дважды останавливалось дыхание и один раз – сердечная деятельность. Проводились реанимационные мероприятия. Произведена рентгенография черепа, компьютерная томография ГМ. Диагноз: Закрытая ЧМТ: обширная эпидуральная гематома с нарушением витальных (жизненных) функций. Срок нахождения в больнице – 31 день. Степень утраты общей трудоспособности – 30,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 13:**

Гражданин Ж., участвуя в групповой драке, получил удар ножом в спину в область нижнегрудного отдела позвоночника. Сразу не ощутив боли, продолжал наносить удары, позже – потерял сознание от потери крови. Доставлен в реанимационное отделение горбольницы. Обследован в необходимом объеме, осмотрен врачами: хирургом, нейрохирургом, неврологом, травматологом, произведена КТ позвоночника. Диагноз: Ножевое ранение грудной клетки, проникающее ранение нижнегрудного отдела позвоночника без повреждения спинного мозга. Венозное и капиллярное кровотечение. Срок нахождения в больнице – 14 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 14,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.

3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 14:**

Гражданин З., участвуя в проводах сына в армию, повздорил с соседом, который в свое время проходил действующую службу в ВДВ. В ходе «выяснения отношений» сосед нанес З. удар ребром ладони по шее справа. З. потерял сознание. Был госпитализирован по жизненным показаниям в травматологическое отделение ЦРБ. Обследован в необходимом объеме, осмотрен врачами-специалистами. Диагноз: Закрытый перелом тела 3-го шейного позвонка без нарушения функции спинного мозга. Срок нахождения в больнице – 10 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 11,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 15:**

Гражданин К., возвращаясь домой с работы, не дал закурить группе подвыпивших мужчин. Не удовлетворившись ответом: «Не курю...», один из мужчин ударил К. куском толстой арматуры в область поясницы. Почувствовав сильную боль, К. потерял сознание. Артериальное давление упало до 70/30 мм. рт. ст. Очнувшись в больнице, он узнал, что у него закрытый перелом 2–3 поясничных позвонков со смещением отломков. У К. «отнялись» ноги, он не мог самостоятельно помочиться и оправиться. К. проведена сложная нейрохирургическая операция, которая дала положительные результаты. Восстановилась функция тазовых органов, стал передвигаться самостоятельно. Диагноз: Закрытый перелом тела 2–3 поясничных позвонков со смещением отломков, спинальный шок, нарушение функции тазовых органов, ходьбы. Операция: металлоостеосинтез костных отломков. Срок нахождения в больнице – 35 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 31,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.

3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 16:**

Осужденный М., работая на стройке с другими осужденными своего отряда, повздорил с З. по причине исчезновения его пачки чая из бытовки. В ходе ссоры М. устно высказался в адрес З. в уничижающей форме, отражающей место З. в криминальной иерархии рангов. После конфликта З. уединился от остальных, а позже снова появился в группе и неожиданно нанес М. удар заточенным сварочным электродом в область задней поверхности шеи. М. потерял сознание. Машиной скорой помощи доставлен в хирургическое отделение больницы СМН. Осмотрен хирургом, травматологом, реаниматологом, произведены необходимые инструментально-лабораторные исследования. Диагноз: Проникающее колотое ранение гортани, пищевода с признаками внутреннего кровотечения. Пролечен консервативно (без операции). Состояние улучшилось, выписан под наблюдение медперсонала исправительной колонии. Срок нахождения в больнице – 20 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 15,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 17:**

Гражданин Н. при переносе части забора, ограничивающего площадь его огорода, повздорил с соседом Б. из-за якобы уменьшения площади соседского земельного участка. В ходе конфликта Н. получил удар лопатой в область живота. Ощутил сильную боль и помутнение сознания. Стал бледным и потерял сознание. В процессе обследования в приемном покое осмотрен врачами-специалистами, произведены диагностические исследования. С подозрением на разрыв селезенки был экстренно прооперирован, диагноз подтвердился. Селезенка удалена, кровотечение остановлено. Послеоперационный период – без осложнений. Диагноз: Разрыв селезенки. Внутреннее кровотечение. Геморрагический шок 2 степени. Срок нахождения в больнице – 25 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 12,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 18:**

Во время просмотра хоккейного матча мощно брошенная шайба угодила в ногу одного из зрителей. Почувствовав сильную боль и ощутив невозможность самостоятельно передвигаться В. обратился за медицинской помощью, был доставлен в травмпункт, где его обследовал травматолог, произведены рентгенологические исследования. Диагноз: Неполный закрытый перелом правой большеберцовой кости. Наложена гипс, открыт больничный лист. Срок нахождения на больничном – 45 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 15,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 19:**

Гражданка Г. в ходе пользования общей кухней в коммунальной квартире не поделила очередность пользования газовой плитой с соседкой Ш. В ходе возникших неприязненных отношений Ш. нелюбезно высказалась в адрес мужа Г., что вызвало ее истерику и агрессивные действия. Г. плеснула в Ш. водой из только что закипевшего чайника. Кожа лица и шеи Ш. покраснела и покрылась пузырями. По экстренной помощи госпитализирована в ожоговое отделение. Диагноз: Термический ожог лица, шеи, передней поверхности туловища 2 степени. Ожоговый шок 1 степени. Площадь ожога – 28,0%. Пролечена, исход ТП – выздоровление. Срок нахождения в стационаре – 20 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 11,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

### **Задача № 20:**

Гражданин С., возвращаясь с работы и проходя мимо пятиэтажного дома № 10 по улице Сиреновой, ощутил боль в левом глазу, возникновению которой предшествовал легкий хлопок, раздавшийся с балкона 3-го этажа этого дома. Сразу ухудшилось зрение на левый глаз, что послужило поводом для вызова скорой помощи и госпитализации в глазное отделение, также милиции – с учетом характера произошедшего. При рентгенографии черепа в стекловидном теле левого глаза обнаружено инородное тело – пуля от пневматической винтовки. Диагноз: Проникающее ранение левого глаза. Прооперирован, пуля извлечена. Исход повреждения – снижение зрения на левый глаз до видения счета пальцев на расстоянии 3,0 метров. Срок нахождения в стационаре – 25 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 22,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

### **Задача № 21:**

Гражданин Ф. в конце вечера в ресторане повздорил с А., сидящим за соседним столиком. Причиной конфликта стало желание Ф. пригласить на танец подругу А., которая отказалась от сделанного ей предложения. Ф. стал оскорблять женщину, после чего получил от А. несколько ударов кулаком по лицу. Приехавшие по вызову сотрудники милиции успокоили мужчину, Ф. был доставлен в травмопункт для оказания медицинской помощи. После обследования Ф. выставлен диагноз: Ушибы мягких тканей лица. Больничный лист не открывался, утраты общей трудоспособности не зарегистрировано.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

### **Задача № 22:**

В спецГПТУ произошел конфликт между учащимися В. и К. Причиной спора стал прогноз на результат предстоящего хоккейного матча.

После короткой словесной перепалки В. нанес удар в пах К. Возникшая острая боль и полубморочное состояние К. явилось причиной для его неотложной госпитализации в урологическое отделение горбольницы. Был диагностирован разрыв левого яичка, болевой шок. Проведена срочная хирургическая операция в ходе которой поврежденное яичко было удалено. Срок нахождения в стационаре – 28 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 11,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 23:**

Подвыпившая женщина Л. отказалась платить кондуктору автобуса за проезд. В ходе конфликта с ним она выражалась нецензурной бранью, стучала кулаком в дверь автобуса, угрожала физической расправой. Одна из пассажирок Н. сделала ей замечание, после чего получила удар тяжелой сумкой по голове. У Н. сильно разболелась голова, появилась тошнота и головокружение. С учетом сложившейся ситуации была вызвана милиция и скорая медицинская помощь. Н. осмотрена неврологом в приемном отделении городской больницы, ей произведены необходимые исследования. Диагноз: Закрытая ЧМТ: сотрясение головного мозга легкой степени. Направлена к неврологу по месту жительства. Срок нахождения на больничном листе – 7 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 5,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 24:**

В ходе массовой драки, возникшей на танцплощадке города Ш. нанес три удара по лицу П., который представлял противоборствующую группу. С появлением милиции драка прекратилась, но П. был вынужден обратиться в травмопункт, где ему на рассечение кожи провой над-

бровной области были наложены два шелковых шва. Диагноз: Ушибы мягких тканей лица. Рассечение правой надбровной области. Первичная хирургическая обработка раны. П. был открыт больничным лист, на котором он находился 3 дня. Утраты общей трудоспособности у П. зарегистрировано не было.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

**Задача № 25:**

Г., двигаясь на красный сигнал светофора на мотоцикле, совершил наезд на М., находящегося на пешеходном переходе. От удара на скорости М. отлетел в сторону, почувствовал острую боль внизу живота и сильную слабость. Машиной скорой помощи доставлен в больницу, где определили закрытые переломы костей таза (седалищной, лонной и подвздошной) с шоком тяжелой степени и массивной кровопотерей. Прооперирован. Срок нахождения в стационаре и больничном листе в общей сложности составил 125 дней. Степень утраты общей трудоспособности – 38,0%.

Задание:

1. Определить характер телесных повреждений.
2. Назвать степень тяжести телесных повреждений.
3. Указать квалифицирующие признаки установленной Вами степени тяжести телесных повреждений.

Задания	Ответы к ситуационным задачам
1	1. Резаная рана правого плеча с повреждением правой плечевой артерии и обильным артериальным кровотечением. 2. ТТП. 3. По характеру повреждения – опасное для жизни, по времени расстройства здоровья – МТПП, по степени утраты общей трудоспособности – МТПП.
2	1. Потеря правого глаза. 2. МТПП. 3. По характеру повреждения – не опасное для жизни, по времени расстройства здоровья – МТПП, по степени утраты общей трудоспособности – трудоспособность не изменилась.

Задания	Ответы к ситуационным задачам
3	1. Закрытый перелом правой бедренной кости со смещением отломков. 2. ТТП. 3. По характеру повреждения – опасное для жизни, по времени расстройства здоровья – ТТП, по степени утраты общей трудоспособности – ТТП.
4	1. Множественный перелом костей таза с травматическим шоком 2 степени. Повреждение мочевого пузыря. 2. СМЭ не проводилось ввиду того, что ТП получены вследствие собственной неосторожности, а не в связи с ООД (не было оснований для вынесения постановления на СМЭ). 3. По квалифицирующим признакам ТП (при наличии ООД) относилась бы к ТТП: срок стационарного лечения – более 4-х месяцев, степень утраты общей трудоспособности – более 33,0%.
5	1. Ссадина теменной области без повреждения костей и признаков болевого шока. Сотрясение мозга легкой степени? 2. ЛТП, не повлекшее кратковременного расстройства здоровья и снижения степени общей трудоспособности. Оснований для возбуждения уголовного дела нет. 3. По характеру повреждения – неопасное для жизни, по времени расстройства здоровья – не зарегистрированы, по степени утраты общей трудоспособности – трудоспособность не изменилась.
6	1. Химический ожог лица. Обезображивание лица вследствие действия серной кислоты. 2. ТТП. 3. По характеру повреждения – ТТП, по времени расстройства здоровья – МТТП, по степени утраты общей трудоспособности – трудоспособность не изменилась. Полное восстановление здоровья возникло только после применения хирургического лечения.
7	1. Прерывание беременности. 2. ТТП по возникшим за ним последствиям. 3. Прерывание беременности на любом сроке вследствие совершения ООД.
8	1. Психическое расстройство в виде шизофрении. 2. ТТП. 3. ТТП по повлекшим ООД последствиям, по сроку стационарного лечения – МТТП.
9	1. Закрытый перелом правой скуловой кости без смещения отломков. 2. ЛТП, не повлекшее длительного расстройства здоровья и значительной стойкой утраты трудоспособности. 3. ТП не относится к опасным для жизни, срок стационарного лечения – менее 22 дней, степень утраты общей трудоспособности – менее 10,0%.
10	1. Травматический разрыв барабанной перепонки слева. Снижение слуха на левое ухо.

Задания	Ответы к ситуационным задачам
	<p>дефекта левой барабанной перепонки и восстановления слуха до нормы (обратимая потеря слуха) – ориентироваться на общий срок временной нетрудоспособности, что будет определять степень тяжести ТП. В случае сохранения дефекта перепонки с таким же снижением слуха ТП будет трактоваться как МТПП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам <u>на момент осмотра</u> ТП относится к МТПП по признаку снижения остроты слуха на левое ухо (восприятие речи на расстоянии не более 3,0 см от левого уха).</p>
11	<p>1. Закрытая ЧМТ: ушиб головного мозга средней степени тяжести с признаками поражения стволового отдела ГМ.</p> <p>2. ТТП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к тяжкому телесному повреждению по признаку опасного для жизни. По сроку стационарного лечения и % утраты общей трудоспособности – к МТПП.</p>
12	<p>1. Закрытая ЧМТ: обширная эпидуральная гематома с нарушением витальных (жизненных) функций.</p> <p>2. ТТП (при наличии ООД).</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ТТП по признаку опасного для жизни, по сроку стационарного лечения и % утраты общей трудоспособности – к МТПП. Травма получена самостоятельно, следствие несчастного случая, пациент не подлежит направлению на амбулаторную СМЭ. При наличии признаков стойкой утраты трудоспособности после завершения лечения В. будет направлен на МРЭК для установления группы инвалидности.</p>
13	<p>1. Ножевое ранение грудной клетки, проникающее ранение нижнегрудного отдела позвоночника без повреждения спинного мозга. Венозное и капиллярное кровотечение.</p> <p>2. ТТП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ТТП по признаку опасного для жизни, по сроку стационарного лечения и % утраты общей трудоспособности – к МТПП.</p>
14	<p>1. Закрытый перелом тела 3-го шейного позвонка без нарушения функции спинного мозга.</p> <p>2. ТТП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ТТП по признаку опасного для жизни, по сроку стационарного лечения – к ЛТП, по % утраты общей трудоспособности – к МТПП.</p>
15	<p>1. Закрытый перелом тела 2-3 поясничных позвонков со смещением отломков, спинальный шок, нарушение функции тазовых органов, ходьбы. Операция: металлоостеосинтез костных отломков.</p> <p>2. ТТП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ТТП по признаку опасного для жизни, по сроку стационарного лечения – к МТПП, по % утраты общей трудоспособности – к МТПП.</p>

Задания	Ответы к ситуационным задачам
16	<p>1. Проникающее колотое ранение гортани, пищевода с признаками внутреннего кровотечения.</p> <p>2. ТТП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ГТП по признаку опасного для жизни, по сроку стационарного лечения – к ЛТП, по % утраты общей трудоспособности – к МТП.</p>
17	<p>1. Разрыв селезенки. Внутреннее кровотечение. Геморрагический шок 2 степени.</p> <p>2. ТТП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ГТП по признаку опасного для жизни (закрытые повреждения в виде разрывов органов брюшной полости), по сроку стационарного лечения – к МТП, по % утраты общей трудоспособности – к МТП.</p>
18	<p>1. Неполный закрытый перелом правой большеберцовой кости.</p> <p>2. МТП (при наличии ООД).</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к МТП по признаку отсутствия полного закрытого перелома большеберцовой кости, по сроку стационарного лечения – к МТП, по % утраты общей трудоспособности – к МТП. С учетом того, что ТП получено вследствие несчастного случая больной на СМЭ не представлялся.</p>
19	<p>1. Термический ожог лица, шеи, передней поверхности туловища 2 степени. Ожоговый шок 1 степени. Площадь ожога – 28,0%.</p> <p>2. МТП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к МТП по признаку площади обожженной поверхности тела (менее 30,0%), по сроку стационарного лечения – к ЛТП, по % утраты общей трудоспособности – к МТП.</p>
20	<p>1. Проникающее ранение левого глаза.</p> <p>2. МТП.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к МТП по признаку остроты зрения на левый глаз (счет пальцев на расстоянии более 2-х метров), по сроку стационарного лечения – к МТП, по % утраты общей трудоспособности – к МТП.</p>
21	<p>1. Ушибы мягких тканей лица.</p> <p>2. ЛТП не повлекшие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.</p> <p>3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ЛТП по признаку отсутствия кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности (временной нетрудоспособности и утраты общей трудоспособности не зарегистрировано).</p>
22	<p>1. Ушиб мошонки, разрыв левого яичка, болевой шок.</p> <p>2. ТТП.</p>

Задания	Ответы к ситуационным задачам
	3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ТТП – по признаку наступивших последствий, по сроку стационарного лечения и % утраты общей трудоспособности – к МТП.
23	1. Закрытая ЧМТ: сотрясение головного мозга легкой степени. 2. ЛТП, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья и незначительную стойкую утрату трудоспособности. 3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ЛТП по признаку наличия кратковременного расстройства здоровья (7 дней нетрудоспособности) и незначительной (5,0%) стойкой утраты трудоспособности.
24	1. Ушибы мягких тканей лица. Рассечение правой надбровной области. 2. ЛТП. 3. По квалифицирующим признакам ТП относится к ЛТП, не повлекшим за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты трудоспособности.
25	1. Закрытые переломы костей таза с шоком тяжелой степени и массивной кровопотерей. 2. ТТП. 3. По характеру ТП – опасное для жизни, по длительности расстройства здоровья и степени утраты общей трудоспособности также относится к ТТП.

## По судебной психиатрии

### Вопросы к задачам, на которые следует ответить:

1. *Каким психическим расстройством может страдать этот человек по заключению СПЭ?*
2. *Является ли он вменяемым в отношении инкриминируемого ему правонарушения?*
3. *Как следует квалифицировать его действия и ответственность за содеянное деяние?*

### Задача № 1

Обследуемая Н., 20 лет, обвиняется в убийстве отца. Мать обследуемой неоднократно госпитализировалась в психиатрическую больницу по поводу психического расстройства. Н. росла и развивалась правильно, с 7 лет пошла в школу. С 1 по 3 класс училась хорошо, была подвижной, живой, энергичной. В 4 классе успеваемость значительно снизилась, все стало неинтересным и противным, перестала учиться. Начала конфликтовать, драться со своими одноклассниками. Могла неожиданно схватить камень и бросить в ученицу, не обнаруживая затем сожаления.

За недисциплинированность была исключена из школы. Поступила в швейное ателье, где 2 месяца была ученицей. Постоянно нарушала дисциплину, однажды бросила горячий утюг на пол – «хотела посмотреть, будет ли гореть пол...». Дразнила работниц ателье, не реагировала на их замечания. Окружающие считали Н. «чудачкой» и «хулиганкой».

Когда Н. было 17 лет, умерла ее мать. К этому событию оставалась равнодушной, во время похорон внезапно рассмеялась, хотя сама не могла понять что же было смешного. После смерти матери проживала с отцом. Часто ссорилась с ним, не следила за порядком в доме, отказывалась выполнять домашние поручения отца. Ссоры с отцом быстро забывала, оставалась безучастной ко всему. Большую часть времени валялась в постели, никого не хотела видеть, с кем-то общаться.

12.03.2002 в день совершения Н. правонарушения отец поздно возвратился домой и лег спать. У Н. внезапно появилось желание убить отца. Она схватила топор, вошла в его комнату и ударила отца топором по голове: «жалости не было, как будто так и надо...». Н. внезапно показалось, что на лице отца появилась улыбка. Решила, что «голова что-то думает» и смеется над ней. Она схватила кухонный нож и отрезала голову: «хотела, чтобы голова ни о чем не думала». Голову завернула в платок и начала ходить с ней по комнате, затем устала, села в кресло и уснула. Проснувшись утром, увидела у себя на коленях голову отца, подошла к постели, на которой вечером спал отец, «приложила голову к туловищу» и пошла в отделение милиции, где рассказала о случившемся.

При СПЭ болезней внутренних органов и нервной системы не выявлено. Н. не обнаруживала интереса к обследованию, при беседе с врачом оставалась безучастной. О совершении убийства рассказывала без всякого волнения и беспокойства. Считала себя здоровой, жалоб не высказывала, но иногда, при настойчивых расспросах, неохотно говорила, что слышит «как в мозгах проскакивают какие-то слова, может быть, это какие-то духи». Говоря об этом, улыбалась. В отделении была вялая, бездеятельная, отказывалась от работы, не следила за своей внешностью, много времени проводила в постели. Раскаяния по поводу совершенного деяния не обнаруживала, толкового объяснения своему поступку дать не могла.

*Правильные ответы:*

*1. Шизофрения.*

*2. Невменяема.*

*3. Нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа.*

## Задача № 2

Обследуемый Ш., 35 лет, разнорабочий, обвиняется в убийстве тещи и тестя и нанесении телесных повреждений жене.

Из анамнеза: С 11 лет Ш. страдает большими судорожными припадками, возникающими ежемесячно, иногда по нескольку раз в день. За 4 года до совершения правонарушения Ш. помещали в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением после припадков: бесцельно бегал, пытался совершить половой акт с коровой, говорил, что пища отравлена, что правление колхоза собралось, чтобы его отравить, залезал на крышу и кричал: «Спасайте!». Указанные состояния врачи оценивали как психозы. Последние 2 года Ш. злоупотреблял алкоголем; стал более раздражительным, возбудимым. В состоянии опьянения бывал особенно придиричивым и назойливым, в связи с чем родственники его часто связывали. Впоследствии о своем поведении не помнил.

В день правонарушения в 9.00 утра выпил 200,0 г. вина, работал по хозяйству. В 14.00 за обедом выпил еще 100,0 г. вина, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придираться к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17.00 Ш. самостоятельно развязал опутывавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню вошла жена. Неожиданно Ш. молча нанес ее 2 удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала. На подбежавшего к нему соседа Ш. тоже замахнулся ножом.

На обращение к нему и попытку успокоить Ш. не реагировал; «вид у него был страшный». Соседу удалось отобрать у него нож. Тогда Ш. побежал домой, схватил в летней кухне другой нож и быстрыми шагами направился в соседний дом. Здесь спросил, где его жена, и опять побежал на улицу. Там подбежал к лежавшей на земле раненой теще и, несмотря на ее мольбы не убивать ее, нанес еще несколько ударов ножом. Оказавшегося рядом тестя тоже ударил несколько раз ножом в грудь и живот, а когда тот упал, перевернул его вверх лицом и перерезал ему шею. Затем, сидя на трупе, продолжал наносить ему удары. Ш. едва оторвали от убитого и отобрали нож. Ш. вернулся к себе во двор, лег вниз лицом на кучу мусора и уснул. Через 50 минут после приезда участкового инспектора Ш. разбудили и назвали по имени. Он вскочил и бросился на инспектора. Взгляд у Ш. был блуждающий, его связали. По пути в отделение милиции Ш. молчал. В отделении милиции «как-то

дико и удивленно смотрел», не понимал, где находится. На расспросы отвечал: «Я ничего не знаю». О случившемся не помнил.

*Правильные ответы:*

1. Эпилепсия. Противоправные действия им были совершены в состоянии сумеречного помрачения сознания.

2. Невменяем.

3. Нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа.

### **Задача № 3**

Обследуемый И., 30 лет, шофер такси, обвиняется в совершении наезда на двух пешеходов. Из анамнеза: За 2 года до этого во время ночного сна эпизодически начали возникать большие судорожные припадки, по поводу которых не лечился. В ночь перед правонарушением был развернутый припадок, сопровождавшийся прикусом языка. Утром И. приступил к работе. Через 15 минут после выезда на знакомую трассу в неосложненной обстановке без помех на дороге заехал на середину улицы и, следуя по осевой линии с неизменной скоростью 50-60 км/час, не тормозя, сбил гражданку, которую, по показаниям свидетелей, легко можно было объехать. Проехав также по прямой еще 400 метров и продолжая движение при красном свете светофора, И. совершил на пешеходном переходе наезд на вторую женщину, после чего продолжал двигаться с прежней скоростью вблизи осевой линии И. чуть не столкнулся на перекрестке с троллейбусом, водитель которого был вынужден резко затормозить.

Вскоре И. остановил машину по знаку инспектора ГАИ. Выйдя из машины, он, по показаниям свидетелей, был каким-то странным и растерянным, не мог объяснить причину повреждений на своей машине, был бледен. Спустя 2 часа при медицинском совидетельствовании у И. на языке были обнаружены следы недавнего прикуса. И. был заторможен, вял, жаловался на головную боль, говорил тихо, замедленно, без модуляций. Проба на алкоголь отрицательная. При осмотре врачом и на последующих повторных допросах в тот же день не помнил о содеянном.

При обследовании не помнил не только о совершенных наездах, но и о последующих событиях в день правонарушения: осмотре врачом, повторном допросе следователем. О состоянии измененного сознания в моменты наездов свидетельствовала и оглушенность, наблюдавшаяся в течение нескольких часов после правонарушения. Это подтверждается

фрагментарностью воспоминаний о событиях, последовавших за правонарушением.

*Правильные ответы:*

1. Эпилепсия. Противоправные действия им были совершены в состоянии амбулаторного автоматизма с нарушением сознания (отсутствие реакции на дорожную обстановку) при сохранности автоматизированных действий (удерживал руль в одном положении).

2. Невменяем.

3. Вопрос о применении мер принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа решается индивидуально.

#### **Задача № 4**

Обследуемый Б., 38 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий.

Из анамнеза: С ранних лет у Б. по несколько раз в год наблюдались состояния измененного сознания: во время беседы иногда «начинал произносить не те слова», несколько раз оказывался в неожиданном для себя месте. Большие судорожные припадки появились в возрасте 32 лет, возникали обычно по ночам, 1 раз в несколько месяцев. Амбулаторно лечился противосудорожными средствами. Из-за болезни не женился, проживал вдвоем с матерью. Работал преподавателем математики в вечерней школе. За последние 6 лет сменил несколько мест работы, так как всюду замечал недружелюбное, по его мнению, отношение к себе.

По показаниям свидетелей, отличался замкнутостью, редко разговаривал с сослуживцами, праздничных вечеров не посещал, постоянно чего-то боялся. В класс Б. входил нерешительно; если получал зарплату в вечернее время, то оставлял ее у завхоза. Несколько раз на работе вел себя странно: начинал невнятно бормотать, смеяться без причины, пританцовывал, размахивал руками, взгляд был блуждающим.

Последний раз подобное состояние наблюдалось за 3 дня до правонарушения. В день правонарушения после незначительного проступка ученика внезапно сильно разволновался, начал кричать, браниться, обвинять учеников и администрацию в предвзятом к себе отношении, допустил бестактные, оскорбительные высказывания, в связи с чем был привлечен к уголовной ответственности. Дома рассказал матери, что на работе против него «опять организовали козни», хотят избавиться, специально придираются, восстанавливают против него учеников. Был направлен на стационарную СПЭ.

*Правильные ответы:*

- 1. Эпилепсия с редкими судорожными припадками, эпизодами нарушенного сознания и нерезко выраженными изменениями личности.*
- 2. Противоправные действия совершены во вменяемом состоянии.*
- 3. По состоянию психического здоровья на момент ООД мог осознавать свои действия и руководить ими.*

### **Задача № 5**

Больной К., 44 года, по профессии водитель. Наследственность отягощена: отец склонен к колебаниям настроения, страдает алкоголизмом. Мать и старший брат здоровы. К. родился в срок. Рос и развивался в соответствии с возрастом, болел редко. Был подвижным, шумным ребенком, хорошо адаптировался в среде сверстников. В школе учился средне, был неусидчив, ленился. Увлекался спортом, посещал спортивную секцию. Был общительным веселым. Окончил 10 классов, школу водителей. В 18 лет был призван в армию, служил водителем. После демобилизации поступил в МАИ, но через 2 года институт бросил. До 1991 года работал водителем.

В 28 лет женился, от брака имеет сына. Позже развелся с женой, отношения с женой сложные, нестабильные. Все втроем проживают в двухкомнатной квартире. По характеру добрый, мягкий, но легко поддающийся чужому влиянию. Был склонен к колебаниям настроения, чаще в сторону его повышения. В феврале 1991 года во время поездки по скользкой дороге, будучи за рулем, потерял управление и машина столкнулась с деревом. Автомобиль «смялся в гармонь», а сам больной «чудом остался жив», получив лишь ушиб колена. После этого возникла тревога, боялся сесть за руль. В течение полугода находился в подавленном настроении, не работал, дома ничем не занимался. При мысли о машине вспоминал аварийную ситуацию, испытывал страх, чувство сдавления в груди. Появились переживания безысходности, пугало будущее, не представлял, чем сможет зарабатывать на жизнь.

В октябре 1991 года госпитализирован в психиатрическое отделение. Назначено лечение антидепрессантами, которые улучшили состояние больного. При снижении дозы препаратов появились признаки гипомании: повышенная инициатива, приподнятость настроения, многоречивость. После выписки лечение, назначенное психиатром, не принимал. Настроение оставалось приподнятым. Планировал открытие предприятия по переработке сельхозпродукции. Хотел организовать за городом ферму, одновременно готовился к поездке за рубеж. Покупал и

продавал вещи, но чаще дарил их случайным людям. Много зарабатывал, но еще больше нелепо тратил. Среди сельских жителей занимался антиалкогольной пропагандой. Стал ярко одеваться, пытался заводить любовные романы. Целые дни проводил вне дома, а вечером и ночью мешал всем спать, включая громкую музыку. Стал занимать крупные суммы денег. Наотрез отказался от общения с врачами, проявлял гнев. В связи с поведением в мае 1992 года по заявлению родственников с участием милиции был принудительно госпитализирован в психиатрическое отделение, где находился до конца июня.

Выписан в интермиссии (вне обострения). После выписки лечение не продолжил, занялся поисками работы. В августе состояние вновь ухудшилось: появилась тоска, снизилась активность, интерес к окружающему, избегал общения, стал заторможенным, говорил о бесперспективности жизни. Пропал аппетит, за месяц «сбросил» 6 кг. Вновь госпитализирован в психиатрическое отделение. Эффективно пролечен. После выписки соблюдал врачебные рекомендации, устроился в коммерческую фирму, свои обязанности выполнял. Тем не менее, впоследствии у больного весной или осенью продолжали отмечаться либо фазы с пониженным, либо повышенным настроением, аналогичные вышеописанным. Периодически госпитализировался, в периоды, свободные от болезни, продолжал работать, восстанавливая свой социальный и семейный статус. Недобровольная госпитализация больного осуществлялась с учетом возможности неблагоприятных социальных последствий его поведения.

*Правильные ответы:*

- 1. Маниакально-депрессивный психоз (биполярное расстройство, циклофрения).*
- 2. Невменяем в состоянии мании или депрессии.*
- 3. Нуждается в недобровольной госпитализации с учетом возможности неблагоприятных социальных последствий его поведения.*

### **Задача № 6**

Больной Ш., 20 лет. Наследственностьотягощена по линии отца алкоголизмом. Мать здорова. Беременность матери протекала с токсикозом 1-й половины. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к двум годам, первые слова произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. До восьмилетнего возраста отмечался ночной энурез (недержание мочи). Больного

пытались научить читать и писать, но бесполезно. Он не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом I группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С началом периода полового созревания стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери, к соседке. В связи с неправильным поведением неоднократно стационарировался в психиатрические больницы, получал лечение успокаивающими препаратами. Однако после выписки из больницы дома долго не задерживался. В очередной раз госпитализирован милицией в связи с попыткой изнасилования соседки и нанесением ей побоев.

Во время беседы с психиатром-наркологом стоит в своеобразной позе, выпятив живот, руки согнуты, постоянно совершают однообразные движения руками и пальцами рук. Простейшие инструкции выполняет с трудом. Госпитализацией не тяготится. Спокоен, несколько благодушен. Может ответить только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Речь скудная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах 10, но с ошибками. Не знает текущей даты, не ориентирован во времени. Не может запомнить числа и месяцы. Интересы крайне ограничены. Поведение однообразно, беспомощен, пассивно подчиняется режиму отделения. Неправильно держит ложку, кормится с помощью медперсонала. Неряшлив, держится уединенно, в отделении ни с кем не общается. Интересы ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет свое имя и фамилию, но не знает, сколько ему лет. Безразличен к посещению родных. Радуетя лишь их передачам, которые тут же съедает.

*Правильные ответы:*

- 1. Имбецильность.*
- 2. Невменяем.*
- 3. Нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа.*

### **Задача № 7**

Подэкспертная О., обвиняется в убийстве мужа. Преступлению предшествовала длительная тяжелая семейная ситуация, связанная с

тем, что муж последнее время ухаживал за соседкой по квартире, не стесняясь жены. Он приносил ей дорогие подарки, демонстративно передавал ей некоторые ценные вещи, приобретенные за период долготной совместной жизни.

Попытки О. урегулировать взаимоотношения с мужем обычно заканчивались нанесением ей оскорблений и угроз («пустить нищей по миру...»). Последнее время такая жизнь для О. становилась особенно невыносимой. Здоровье обвиняемой резко ухудшилось, появилась бессонница, забывчивость, рассеянность, тоска. О. почти все время плакала, не находила себе места. Однажды, вернувшись домой, увидела мужа, складывающего снятый со стены ковер. На вопрос, зачем он это делает, муж стал грубо оскорблять и выталкивать ее из комнаты. Впоследствии она смутно припоминала, как, не чувствуя себя от обиды, увидела лежащую рядом с ковром скалку и начала избивать ею мужа. «Дальше все помутилось в голове». Помнила, что била, «кажется долго и бессознательно...», что было дальше, не знает. Очнулась примерно часов в 5 утра, лежащей на диване. Рядом с диваном на полу находилась окровавленная скалка. Увидев мертвого мужа, О. поняла, что убила его. По материалам дела ряд обстоятельств, на которые ссылалась обвиняемая, объективно подтвердился. При обследовании у О. обнаружены незначительные явления атеросклероза сосудов ГМ. Эксперты-психиатры дали заключение, что убийство обвиняемой совершено в состоянии аффективного «взрыва», чему предшествовала длительная депрессия психогенного характера.

*Правильные ответы:*

- 1. Патологический аффект.*
- 2. Невменяема.*
- 3. Вопрос о применении мер принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа решается индивидуально.*

### **Задача № 8**

Обследуемый на СПЭ Ч., 36 лет, обвиняется в убийстве гражданина З. В детстве рос и развивался нормально. Окончил 9 классов. Работал слесарем-ремонтником локомотивного депо. Спиртные напитки употреблял с 23 лет, редко и то после службы в Вооруженных Силах. Но в состоянии опьянения всегда бывал придиричивым, беспокойным, часто сам начинал скандалы, ссоры и драки. Ч. о совершенном преступлении сообщил следующее: 09.08.2002 в 18.00 после рабочей смены по прось-

бе администрации подменил заболевшего сторожа и вышел на ночное дежурство по охране железнодорожного склада без предварительного отдыха. Через час по настоянию своего товарища выпил 200,0 самогона. Что было дальше, не помнит. Очнулся уже связанным в машине по пути в отделение милиции.

Из материалов уголовного дела стало известно, что спустя 20 минут после приема самогона Ч. неожиданно схватил ружье и стал бегать по охраняемой им территории склада. На его лице была гримаса ужаса и в то же время оно было разъяренным, злобным и диким. Но Ч. бежал ровно, не шатался. Он неоднократно стрелял внутрь охраняемого здания склада. На крики окружающих, рабочих депо из ночной смены, внимания не обращал. В дальнейшем Ч. забежал в одно из зданий депо и открыл бесцельную стрельбу, во время которой и убил слесаря депо З. В этом эпизоде Ч. прятался, выкрикивал: «Где они? Где враги? Всех перебью...». После удара одного из рабочих депо палкой по голове Ч. упал на землю, «как бы потерял сознание», не сопротивлялся связыванию, но что-то бормотал. Его тут же доставили в отделение милиции.

После обследования на стационарной СПЭ отклонений от психической и соматической нормы не выявлено. Ч. доступен контакту, обеспокоен исходом судебно-следственного процесса, критичен. Об ООД ничего не помнит. Во время ООД было характерно: полное отсутствие речевой продукции во время деяния, погруженность в этот период в узкий круг болезненных переживаний, резко выраженный защитно-оборонительный характер агрессивных действий, полная амнезия произошедшего. Сон не наступил вследствие удара палкой по голове.

*Правильные ответы:*

- 1. Патологическое опьянение.*
- 2. Невменяем.*
- 3. Вопрос о применении мер принудительного лечения в психиатрическом стационаре решается индивидуально.*

### **Задача № 9**

Обследуемый П., 35 лет, обвиняется в убийстве жены. Рос и развивался нормально. Окончил 4 класса СШ, работал в колхозе. Участвовал в войне в Афганистане. В возрасте 20 лет перенес контузию с кратковременной потерей сознания. Работал лесорубом. По характеру всегда был веселым, жизнерадостным, общительным. В 22 года перенес

операцию по поводу язвы желудка. После операции стал замкнутым и раздражительным. Работал ночным сторожем в пекарне. Алкоголь переносил плохо, пьянел от небольших доз, в состоянии опьянения быстро засыпал. Всегда спал очень крепко, испытывал повышенную потребность в сне. При недосыпании чувствовал разбитость, неодолимую сонливость.

В день правонарушения ужинал вместе с женой, выпил около 300,0 водки. В тот вечер был расстроен, так как жена отказалась поехать вместе с ним к родителям. Около 22.00 ушел на ночное дежурство. Во время дежурства «замерз», продрог, несколько раз приходил домой, но согреться не мог. Чувствовал себя усталым и разбитым. Не дождавшись сменщика, раньше времени ушел домой, сразу лег в постель и тут же уснул. Помнит, что ему приснился страшный сон. Снилось, что разрушили пекарню, разбили там все окна. В проеме разбитого окна увидел фигуру в белом, которая приближалась к нему, вытянув вперед руку, слышал плач ребенка, крики о помощи. Спасаясь, пытался бежать, но этот человек все время оказывался рядом, в страхе ударил его топором. О последующих событиях ничего не помнит. Проснулся «от какого-то толчка», услышал стук в дверь, по привычке зажег свет, открыл входную дверь. Увидев людей около дома, «почувствовал что-то неладное», только после этого заметил в углу комнаты труп жены, кровь на полу, очень испугался, не мог понять, что произошло.

Из материалов дела известно, что П. пришел с дежурства в 4.00, лег спать на кровать, где спал грудной ребенок. В этой же комнате спали жена обследуемого, пятилетняя дочь и родственница. Около 6.00 П. внезапно вскочил с кровати, стал метаться по комнате, что-то бормотал. Как показывает родственница, вид его при этом был растерянный, он был бледен, дрожал, повторял одно и то же: «Окна бьют, ломают пекарню». Родственница разбудила жену, которая тут же поднялась, а сама, схватив грудного ребенка, выбежала из дома, чтобы позвать на помощь.

Свидетелем событий является только пятилетняя дочь П., которая показала, что, когда мама подбежала к отцу, он молча схватил топор, стоявший у печки, и «стал рубить маму». Девочка звала на помощь, но рядом никого не было. Она закрыла голову подушкой и больше ничего не слышала. Пришедшие через 15 минут соседи увидели на полу труп жены П., а на ее кровати поперек, на спине, лицом вверх, с полусогнутыми ногами лежал П. Между колен у него была зажата отрубленная рука жены. На оклики окружающих он не отзывался. Со-

седи вынесли девочку и закрыли дом. Свидетели, стоявшие у окна, показали, что через 20 минут сосед снова постучал в дверь. П. поднялся с кровати, зажег свет, открыл дверь; при этом он с недоумением озирался по сторонам. Увидев на полу труп жены, П. бросился к ней, плакал. При судебно-медицинской экспертизе трупа женщины установлено, что голова держится на узкой полоске кожи, на ней имеется глубокая рубленая рана. Позвоночник в области шест разрублен на три части. Передняя поверхность грудной клетки представляет собой одну зияющую рану, левая рука изрублена на мелкие куски, правая – отрублена от туловища в области плечевого сустава. При обследовании П. отклонений от нормы со стороны внутренних органов не выявлено. В первое время П. был тосклив, подавлен, почти не отвечал на вопросы. В дальнейшем стал доступным, подробно сообщил свои данные. Рассказ прерывал слезами, подробно поведал о своем сновидении. О реальных событиях, относящихся к этому периоду, не помнит. Очнулся лишь тогда, когда постучали в дверь.

У П. в момент совершения убийства после спонтанного, но неполного пробуждения от глубокого сна возникло состояние психоза с болезненно искаженным восприятием окружающего. Яркие устрашающие сновидения продолжались после того, как двигательные функции освободились от сонного торможения. Отдельные отрывочные высказывания указывали на связь болезненных переживаний со сновидениями и раскрывали их содержание. Реальные события – фигура проснувшейся жены, плач ребенка, крики о помощи – вплетались в созданную сновидением ситуацию. Продолжавшееся сновидение сопровождалось тревогой, страхом. Действия обследуемого были связаны с патологическими переживаниями, носили характер автоматизмов с бессмысленной агрессией, о чем свидетельствует множество ударов, нанесенных в одно место. Возбуждение сменилось глубоким сном с последующей полной амнезией реальных событий при сохранности воспоминаний, касающихся сновидения.

*Правильные ответы:*

- 1. Патологическое просоночное состояние.*
- 2. Невменяем.*
- 3. Вопрос о применении мер принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа решается индивидуально.*

## Задачи для самоконтроля

### Задача № 1:

Больная, страдающая маниакально-депрессивным психозом, стала проявлять признаки агрессии и неадекватного поведения. В связи с очередным приступом соседи больной женщины обратились за скорой медицинской помощью с просьбой ее госпитализировать. Сама пациентка и ее родственники были против госпитализации. Тем не менее, женщина была помещена в психиатрическую лечебницу.

**Вопрос:** *Каков порядок госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами? Какими правовыми актами он определен?*

Комментарий: В данном случае имеет место поведение больной, опасное для окружающих, что является показанием для недобровольной госпитализации в состоянии психоза (в данном случае, мании). Действия медработников следует признать правильными. Вместе с тем, когда отсутствуют показания для недобровольной госпитализации, пациент должен помещаться в психбольницу только добровольно или с его письменного согласия (ст. 184 УК Республики Беларусь). За незаконное помещение в психиатрическую больницу правонарушитель может быть привлечен к мерам ответственности в соответствии с законодательными актами.

### Задача № 2

Больной А., 46 лет, поступил в приемное отделение психиатрической больницы. Болен в течение 8 часов, когда стал тревожен, возбудим, не помнил, где находился, громко выкрикивал угрозы, с кем-то переговаривался, требовал выдать ему оружие. Имел место запах алкоголя изо рта. Был помещен в изолятор, вводился галоперидол 10 мг, внутримышечно, однократно. Спустя 4 часа у больного произошло резкое падение артериального давления. Реанимационные мероприятия оказались безрезультатны и через 40 минут была констатирована биологическая смерть. Данное состояние расценили как явления аллергического шока в ответ на введение галоперидола, что было подтверждено на вскрытии. Сын А. по факту смерти отца написал заявление в прокуратуру с обвинением в адрес врачей.

**Вопрос:** *Имеется ли в действиях врачей состав преступления?*

Комментарий: Нет. Действия врачей были правильными. В данном случае налицо острое психотическое состояние больного, возможно связанное с предшествующим приемом алкоголя. Имели место агрес-

сивные элементы в поведении, создававшие опасность для окружающих, что является прямым показанием для недобровольной госпитализации. Лечение галоперидолом было обоснованным ввиду необходимости купирования галлюцинаторно-бредовой симптоматики у пациента. Предварительных данных об аллергической настроенности организма пациента на лекарства не имелось, в частности на галоперидол, что заставляло врачей действовать с учетом медицинских показаний для назначения и введения медпрепаратов. В данном примере имел место несчастный случай, что определяет неподсудность врачей, стремившихся оказать медицинскую помощь максимально эффективно.

### **Задача № 3:**

Больной шизофренией в коммунальной квартире устраивал скандалы, ругался и кидался посудой, поэтому соседи обратились в психиатрическую больницу, где он состоял на учете, с просьбой его госпитализировать. Сам больной и его мать (законный представитель) были против госпитализации, но медицинские работники с этим не посчитались.

***Вопросы: Каков порядок госпитализации лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами? В каком нормативном документе он изложен? Какими учреждениями оказывается психиатрическая помощь гражданам, безнадежно больным психическим расстройством?***

Комментарий: Порядок такой принудительной госпитализации определяется Законом «Об оказании психиатрической помощи» от 07.01.2012 (№ 349-З). Она предусматривает сохранение должного правового статуса психически больного (ст. 37 Закона). Пациент, госпитализированный в психиатрический стационар недобровольно (опасность для себя и окружающих, беспомощность, неоказание психиатрической помощи может нанести существенный вред здоровью), подлежит психиатрическому освидетельствованию ВКК в течение суток со дня госпитализации. Ее заключение о необходимости принудительной госпитализации и лечения является основанием для нахождения пациента в психиатрическом стационаре до рассмотрения судом заявления о его принудительной госпитализации и лечении. Больной должен быть немедленно выписан, если врачебно-консультативная комиссия (ВКК) признает принудительную госпитализацию пациента в психиатрический стационар необоснованной. Если ВКК считает госпитализацию обоснованной, то в течение двух суток со дня госпитализации пациента в суд государственной организацией

здравоохранения подается заявление о его принудительной госпитализации и лечении, к которому прилагается заключение ВКК о необходимости принудительной госпитализации и лечения, который рассматривает его в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом Республики Беларусь (в течение 5 дней с момента поступления). При обострении психических расстройств, которые не сопровождаются ООД, пациенты лечатся в обычных психиатрических стационарах или амбулаторно – в психоневрологических диспансерах. При совершении ООД и признании их на СПЭ невменяемыми, больные направляются в психиатрические больницы обычного (с обычным режимом наблюдения) или специального типа (с усиленным или строгим режимом наблюдения).

#### **Задача № 4:**

Гражданка М., 27 лет, желая получить квартиру мужа в личную собственность, обратилась к своим знакомым психиатрам С. и В. с просьбой составить медицинское заключение о наличии у ее мужа шизофрении, что послужило бы основанием для признания его недееспособным и потребовало бы его дальнейшей госпитализации. Они с радостью откликнулись на ее просьбу и вместе с замом главного врача психиатрической больницы Б. составили требуемое поверхностное заключение. На этом основании, муж М. был помещен в психиатрическую больницу с содержанием в специализированном реабилитационном отделении. При этом, главный врач психиатрической больницы в суд с заявлением о госпитализации мужа М. в недобровольном порядке не обращался.

#### ***Вопрос: За что должны нести ответственность С., В. и Б.?***

Комментарий: В настоящее время правовое обеспечение и организация психиатрической помощи в Республике Беларусь регламентируется Законом «Об оказании психиатрической помощи» от 07.01.2012 (№ 349-З). В частности, ст. 6 определяет презумпцию отсутствия психического расстройства, которая выражается в том, что лицо считается не имеющим психического расстройства, пока его наличие не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным этим Законом. В данном случае врачами-психиатрами было сфальсифицировано медицинское заключение, которое должно было основываться на реальных данных состояния здоровья мужа М., а не определяться частными корыстными интересами всех участников событий. С., В. и Б. должны нести ответственность за вынесение ложного медицинского заключения, за незаконное помещение мужа М. в психиатрический стационар,

за неуведомление суда (главный врач) о госпитализации мужа М. в недобровольном порядке.

### **Задача № 5**

При доставлении гражданки Ф. (ранее не состоявшей на диспансерном наблюдении по поводу психического расстройства) в областную психиатрическую больницу, врач приемного отделения не затребовал от работников милиции письменного объяснения о причинах ее направления к психиатру. При поступлении ее состояние было ошибочно расценено как непосредственная опасность для себя и окружающих. При заполнении истории болезни не было указано, от кого получены сведения об агрессивном поведении гражданки Ф., не отмечены телесные повреждения, которые в дальнейшем описал врач стационара. В последующем гражданка Ф. была выписана из стационара на 2-й день после госпитализации и отказалась от продления листка временной нетрудоспособности и направления на МРЭК. В результате вопрос о допуске ее к работе не решался в течение 6 месяцев.

***Вопросы: Нарушены ли в данном случае гарантии соблюдения прав при оказании психиатрической помощи? Каким законом они регулируются? В чем состоит принцип добровольного получения психиатрической помощи? Какие организационные мероприятия необходимо осуществить в целях предотвращения возникновения подобных ситуаций и обеспечения гарантии по соблюдению прав пациента при оказании психиатрической помощи?***

Комментарий: Гарантии соблюдения прав больного при оказании психиатрической помощи в данном случае были нарушены, что вытекает из Закона «Об оказании психиатрической помощи» от 07.01.2012. Ф. была госпитализирована без ее письменного согласия (принцип добровольного получения психиатрической помощи) и отсутствии явных показаний для недобровольной госпитализации. Дефектом в оказании ей медицинской помощи является некачественный первичный осмотр врача, не отразившего наличие телесных повреждений. Данный факт также не исключает правонарушения по отношению к Ф. других лиц, что требует отдельного разбирательства. Необходимость госпитализации в ПБ должна определяться наличием психического расстройства, характером его протекания и поведением больного, качественным первичным осмотром врача-психиатра и последующим осмотром ВКК психиатрической больницы (в случаях недобровольной госпитализации) с последующим решением суда о правомерности помещения в психиатрический стационар без желания пациента.

### **Задача № 6:**

Через 4 месяца после операции по поводу удаления аппендицита несовершеннолетней К. ей было произведено УЗИ почек. Врач УЗИ «не обнаружил правой почки». Отец К. «связал» отсутствие почки с ранее проведенной операцией и пришел к выводу, что почку «изъяли при оперативном лечении по поводу аппендицита». На другой день, дождав-шись врача-хирурга сделавшего операцию, отец К. нанес ему несколько ножевых ранений, от которых врач скончался.

### **Вопрос: Дайте квалификацию действиям отца?**

Комментарий: Отец К. совершил уголовно наказуемое преступление, лишив человека жизни. Судя по ситуации, у него отсутствовали острые психотические нарушения в момент криминального события, а имело место ложное (не подтвержденное ничем, кроме домыслов) умозаключение об изъятии почки у дочери в ходе аппендэктомии. Кстати, даже малоопытный хирург, удаляя аппендикс, технически не может перепутать его с почкой. Причиной подобного поведения отца К. могли быть зависимость от алкоголя с деградацией личности, элементы психопатизации характера, садистские характерологические черты с ригидностью мышления, когда на веру принимается только одна версия произошедшего из которой следует только один вариант последующего поведения, что часто связано с ранее перенесенными ЧМТ. Объективных данных за физиологический или патологический аффект в данном случае нет.

### **Задача № 7:**

Психически больной Ж., находясь вне обострения шизофрении, из хулиганских побуждений избил свою жену, нанеся ее здоровью существенный вред. С учетом имевшегося ранее диагноза специалисты СПЭ признали Ж. невменяемым, что послужило поводом для его принудительной госпитализации в психиатрическую больницу с обычным режимом наблюдения. Как во время проведения СПЭ, так и во время стационарного лечения Ж. вел себя обычно, осознавал характер своих действий и мог руководить ими. Такое же психическое состояние имело место при совершении ООД в отношении жены в день криминального события.

**Вопрос: Совершил ли Ж. правонарушение, за которое он может быть подвергнут уголовной ответственности? Правильное ли решение приняли специалисты СПЭ, признав его невменяемым? Какого наказания на ваш взгляд заслуживает Ж. при признании его вменяемым?**

Комментарий: Ж. совершил правонарушение, за которое он должен нести, при наличии состояния вменяемости в момент совершения ООД, уголовную ответственность. В данном случае причинен существенный вред здоровью пострадавшей. Исходя из приведенных данных, Ж. на СПЭ должен быть признан вменяемым по причине наличия медицинского критерия невменяемости (шизофрения – хроническое психическое расстройство), но отсутствия юридического критерия невменяемости (интеллектуального и волевого), когда при отсутствии обострения шизофрении он мог осознавать свои действия и руководить своим произвольным поведением. Ж. заслуживает наказания в виде применения к нему мер уголовной ответственности.

### **Задача № 8:**

Психически больной Ш., имеющий диагноз олигофрении в степени глубокой дебильности, находясь дома стал выбрасывать с балкона 3-го этажа стулья. Один из них попал в голову соседа. Бригадой скорой помощи был принудительно госпитализирован в психиатрическую больницу. С учетом совершения ООД Ш. был освидетельствован на СПЭ. Заключение психиатров-экспертов подтвердило наличие признаков вменяемости, что позволило направить материалы дела в суд в связи с хулиганскими проявлениями со стороны Ш. Во время госпитализации в психиатрическую больницу дежурный врач назвал Ш. «придурком».

***Вопросы: Правильным ли является решение СПЭ в отношении Ш.? Какие принципы медицинской помощи в отношении Ш. были нарушены дежурным врачом психиатрической больницы? Какого наказания на ваш взгляд заслуживает Ш. при признании его вменяемым?***

Комментарий: При наличии диагноза олигофрении в степени глубокой дебильности Ш. на СПЭ должен был быть признан больным, который не может осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими (признаки медицинского и юридического критерия невменяемости). Оскорбление больного дежурным врачом психиатрической больницы недопустимо, ибо связано с оскорблением его личного достоинства как равноправного члена общества. В данном случае имело место нарушение принципов медицинской деонтологии. Ст. 21 Закона «Об организации психиатрической помощи» указывает, что при организации психиатрической помощи пациент имеет право на уважительное и гуманное к себе отношение... Объективно Ш. заслуживает применения к нему принудительных мер безопасности и лечения в виде направления в психиатрическую больницу с обычным режимом наблюдения.

### **Задача № 9:**

Признанный невменяемым на суде Б. в связи с эпилепсией был выписан из психиатрической больницы специального типа через 1,5 года пребывания в ней. Б. находился в ПБ уже 4-й раз. Ранее совершил одно убийство, два разбоя и кражу. Непосредственно перед выпиской высказывал бредовые идеи преследования. Установки на законопослушный образ жизни сформировано не было. Ближайшие родственники от Б. отказались в связи с агрессивностью его предшествующего поведения.

**Вопросы:** *Правильным ли является решение врачебной комиссии психиатрической больницы специального типа о выписке Б.? Что не было учтено при решении вопроса о выписке? К чему может привести противоправное поведение Б. в будущем?*

Комментарий: Выписка Б. из психиатрической больницы специального типа была преждевременной. В основу принятия решения не было положено тщательное изучение его психического статуса накануне выписки, его установок, степени социальной поддержки, характера ранее совершенных правонарушений. Нахождение Б. в свободном социуме в том состоянии, которое предшествовало выписке из ПБ, может привести к рецидиву преступлений с его стороны.

### **Задача № 10:**

Прочитав объявление в газете о новом лекарственном средстве, мгновенно излечивающим зависимость от алкоголя, родители 14-летнего школьника обратились в частную фирму и заплатили соответствующую денежную сумму, предварительно дав свое устное согласие на его применение.

**Вопрос:** *Какие нарушения законодательства усматриваются в действиях родителей школьника?*

Комментарий: В данном случае школьник не имел возможности дать свое информированное согласие на применение нового лекарственного средства. Из примера не следует, что ребенок вообще страдает какой-либо зависимостью, ибо данные о его осмотре психиатром-наркологом отсутствуют. Далее, отношения с частной медицинской фирмой по оказанию медицинских услуг обычно строятся на договорной основе, которая должна отражать обязательства сторон договора, в том числе, планируемый результат лечения, соотношения величины оплаты

с накладными расходами фирмы и др. Все это должно иметь соответствующее документальное оформление, которое позже может позволить привлечь нерадивых «целителей» к юридической ответственности при нанесении существенного вреда здоровью или наступлении смерти. Из примера также видно, что планируемое применение нового лекарства могло быть произведено без опроса и осмотра школьника (например, на повышенную чувствительность к лекарствам), изучения его медицинской документации.

### **Задача № 11:**

Сотрудниками милиции была задержана медсестра психоневрологического диспансера Г. При проведении обыска в ее квартире были обнаружены и изъяты 2194 таблетки: реланиума, элениума, тазепама, циклодола. В ходе оперативно-следственных действий установлено, что она, по сговору с заведующим отделением, похищала эти психотропные вещества из диспансера, где она работала и раздавала их бесплатно своим соседям.

**Вопрос:** *Подлежит ли медсестра и заведующий отделением уголовной ответственности?*

Комментарий: Медсестра и заведующий отделением подлежат уголовной ответственности. В соответствии со статьей 330 УК Республики Беларусь в данном случае имело место неоднократное групповое хищение психотропных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету. Оборот психотропных веществ подразумевает определенную процедуру приобретения, хранения, выдачи и использования этих лекарств (при назначении врачами в связи с медпоказаниями для применения), что всегда должно документально оформляться в соответствии с нормативными требованиями.

### **Задача № 12:**

Врач-онколог ЦРБ Н. выписывал наркоманам рецепты на трамадол, получая за это вознаграждение. При этом для того, чтобы скрыть имена своих клиентов, рецепты оформлялись на умерших онкологических больных. Другие врачи этой больницы, по просьбе своих друзей, на их имя также выписывали рецепты на кодеинсодержащие препараты; при этом медицинская документация на указанных граждан не велась, медицинские показания к применению указанных средств не определялись.

***Вопрос: За что должны нести ответственность врачи ЦРБ?***

Комментарий: Врачи ЦРБ должны нести ответственность за правонарушения, связанные с мошенничеством при выписывании наркотических средств на подставных лиц, за использование профессионального положения с целью личной корыстной выгоды, за выписывание препаратов без учета медицинских показаний, за отсутствие должного оформления нормативной медицинской документации, за осквернение памяти умерших, что также требует соответствующей нравственно-моральной оценки.

**Задача № 13:**

Психиатр-нарколог Г., дежуривший в психиатрической больнице, не придавал существенного значения факту, что больной Л., находившийся на принудительном стационарном психиатрическом лечении, самовольно ночью покинул стационар. Позже, через 2 дня, стало известно, что Л. убил свою жену, нанеся ей множественные резаные раны в связи с подозрением на супружескую измену без должных на то оснований.

***Вопрос: Правильно ли поступил дежурный врач Г.? Что он должен был предпринять после обнаружения пропажи пациента?***

Комментарий: Врач поступил непрофессионально, что спровоцировало впоследствии совершение тяжкого преступления, за что он должен нести юридическую ответственность. Врач должен был немедленно (как минимум – не позднее суток) после обнаружения пропажи сообщить о совершении побега из стационара психиатрической больницы пациента, склонного к ООД (паспортные данные, приметы, элементы одежды, адреса родственников, особенности его поведения, характер ООД и др.) в территориальный ОВД, а также во внебольничное психиатрическое ЛПУ по месту расположение этого стационара. При обнаружении больного ОВД и психиатрическая больница обеспечивают взаимную информацию о прекращении розыскных мероприятий.

**Задача № 14:**

Больная Н., 76 лет, страдающая органическим поражением головного мозга после ЧМТ и вследствие длительно протекающей артериальной гипертензии, обратилась к участковому с заявлением о случае служебной халатности в отношении ее со стороны психиатра-нарколога территориального ПНД, посетившего ее на дому по просьбе близких родственников в связи со странностями поведения. По ее мнению, служебная халатность выразилась в том, что врач не измерил ей температу-

ру, а только опросил, осмотрел, сделал запись в медкарту и порекомендовал лечение. Она требовала привлечь его к уголовной ответственности за отсутствие должного исполнения профессиональных обязанностей.

**Вопросы:** *К какому виду правонарушений можно отнести действия врача-психиатра? Имел ли место случай служебной халатности с его стороны? Каковы правовые последствия данного случая для врача?*

Комментарий: Психиатр-нарколог действовал в соответствии со своими профессиональными обязанностями. Заявление больной можно отнести к разряду юридически незначимых дел. Право врача самостоятельно планировать и реализовывать лечебно-диагностические мероприятия с учетом конкретной ситуации, состояния больного, имеющегося запаса времени и ресурсного обеспечения. Его нельзя в данном случае обвинить в служебной халатности и, соответственно, привлечь к какому-либо виду юридической ответственности. Заявление больной могло быть следствием интеллектуально-мнестического снижения вследствие возрастных инволюционных изменений головного мозга.

#### **Задача № 15:**

Больная X., 95 лет, находясь у себя дома в деревне по причине слуховых галлюцинаций, запрещающих ей принимать пищу, не ела 10 дней. Ее состояние прогрессивно ухудшалось, она истощилась, перестала двигаться и следить за собой. Местный доктор периодически навещал ее, предлагая госпитализацию в больницу, но X. отказывала ему в категорической форме. Предлагаемое лечение она также отвергала. Нарушения психики прогрессировали и состояние X. постепенно стало беспомощным.

**Вопросы:** *Имеет ли место случай, требующий недобровольной госпитализации? Правомерны ли действия врача?*

Комментарий: Данный случай является показанием для недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу. Врач в данной ситуации должен был действовать более активно: вызвать психиатрическую бригаду, организовать отправку больной в психиатрическую больницу, дать необходимые разъяснения врачам-специалистам. Нелишним было бы и сообщение о ситуации и в местный орган внутренних дел ввиду возможности X. стать жертвой криминального события вследствие ее беспомощности и состояния возрастного психоза.

## ТЕСТЫ

### По судебной медицине

1. Как сокращенно называется главная организационная структура Республики Беларусь, осуществляющая судебно-психиатрические экспертизы?

- а) ГКСЭ;
- б) УСПЭ;
- в) ДОСЭ;
- г) ДИН.

2. Когда был образован Государственный Комитет судебных экспертиз Республики Беларусь?

- а) 10.08.2012;
- б) 01.07.2013;
- в) 05.04.1990;
- г) 01.01.2014.

3. Кого можно привлекать в качестве эксперта при его отсутствии при необходимости?

- а) любое лицо, обладающее необходимым познанием для дачи заключения или иного специалиста, назначенного лицом, производящим дознание, следователем, прокурором и судом;
- б) средний медицинский персонал;
- в) технических работников морга;
- г) работников суда и прокуратуры.

4. В каких случаях проведение судебно-медицинской экспертизы обязательно?

- а) в случаях установления группы инвалидности;
- б) для установления причинно-следственной связи между характером преступления и степенью уголовной ответственности;
- в) для установления причины смерти и характера телесных повреждений, определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях сомнений в их способности правильно воспринимать обстоятельства, установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего;
- г) в случаях ненасильственной смерти в учреждениях здравоохранения при условии наблюдения и лечения медработником в связи с установленным диагнозом.

**5. Что не имеет права делать судебно-медицинский эксперт?**

- а) отказаться от проведения экспертизы при отсутствии причин для самоотвода;
- б) получать компенсацию командировочных расходов в связи с проведением СМЭ;
- в) пользоваться услугами переводчика;
- г) присутствовать при производстве допросов, касающихся предмета экспертизы.

**6. Что входит в основные обязанности эксперта?**

- а) определить категорию смерти на месте обнаружения трупа;
- б) организовать доставку трупа в судебно-медицинский морг;
- в) явиться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда, дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам, представить заключение в письменном виде, сохранять в тайне данные следствия или дознания;
- г) консультировать родственников покойного по вопросам виновности предполагаемого подозреваемого.

**7. Назовите основные виды судебно-медицинских экспертиз, предусмотренные УПК.**

- а) первичная, дополнительная, повторная, комиссиянная и комплексная;
- б) первичная, комбинированная, экспертиза сложных случаев;
- в) первичная, сложная, техническая, лабораторная;
- г) основная, второстепенная, смешанная.

**8. В каких случаях представители правоохранительных органов могут дать отвод эксперту?**

- а) при отсутствии опыта работы более 5-ти лет;
- б) при личной неприязни;
- в) при наличии личной заинтересованности в исходе экспертизы, служебной или иной зависимости от обвиняемого, потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика, если он до этого производил по делу ревизию;
- г) им не нравится его внешность и манера одеваться.

**9. Назовите, в каких следственных действиях может участвовать судебно-медицинский эксперт в качестве специалиста?**

- а) в обысковой работе, проводимой в учреждениях уголовно-исполнительной системы ДИН МВД Республики Беларусь;

б) в осмотре предметов и документов, места происшествия (местности, помещения), трупа на месте происшествия (обнаружения), при извлечении трупа из места захоронения, при освидетельствовании, в следственном эксперименте, допросах, обыске и выемке и при получении образцов для сравнительного исследования;

в) допросах подозреваемого, не касающихся предмета судебно-медицинской экспертизы;

г) очных ставках, проводимых по делам, не требующим проведения судебно-медицинской экспертизы.

**10. Назовите обязанности специалиста в области судебной медицины, вызванного для участия в следственных действиях.**

а) дать заключение;

б) явиться по вызову и участвовать в производстве следственного действия, содействовать следователю в обнаружении, закреплении изъятых доказательств, давать пояснения по поводу выполняемых им действий, занести в протокол данные, связанные с обнаружением, закреплением и изъятием доказательств;

в) обеспечить охрану жилища и личного имущества потерпевшего;

г) провести опрос соседей по поводу выяснения обстоятельств произошедшего.

**11. В присутствии кого следователь обязан производить осмотр трупа на месте его обнаружения?**

а) свидетелей;

б) врача-специалиста в области судебной медицины, понятых, других специалистов;

в) подозреваемого;

г) специалистов бригады скорой медицинской помощи.

**12. Кто может быть подвергнут судебно-медицинскому освидетельствованию в связи с криминальными событиями?**

а) обвиняемый, подозреваемый, свидетель, потерпевший;

б) инвалиды 1 и 2 групп;

в) лица, находящиеся на больничном листе более 4-х месяцев;

г) лица, вернувшиеся из туристической поездки по странам с высоким уровнем преступности.

**13. Кто имеет право получить (изъять) образцы биологического характера для сравнительного исследования?**

- а) судебно-медицинский эксперт;
- б) средний медицинский работник;
- в) врач любой специальности;
- г) следователь.

**14. У каких лиц органы предварительного следствия имеют право получить образцы для сравнительного исследования?**

- а) только у подозреваемого;
- б) подозреваемого, обвиняемого, свидетеля, потерпевшего;
- в) только у подозреваемого и обвиняемого;
- г) только у свидетеля.

**15. Меры какого характера могут быть применены к судебно-медицинскому эксперту за заведомо ложное заключение и разглашение данных предварительного следствия?**

- а) административного или дисциплинарного характера;
- б) штраф;
- в) общественное порицание;
- г) уголовного характера.

**16. Укажите, обязан ли судебно-медицинский эксперт в суде давать письменное заключение?**

- а) да;
- б) нет;
- в) и да, и нет;
- г) в зависимости от наличия у него письменных принадлежностей.

**17. Назовите ранние трупные изменения.**

- а) трупное гниение и разрушение тканей трупа животными;
- б) трупные охлаждения, высыхание, пятна и окоченение, аутолиз;
- в) отморожения, ожоги, окоченения, изменения цвета кожи;
- г) мумификация и торфяное дубление.

**18. Укажите как классифицируется смерть в судебной медицине?**

- а) по времени наступления смерти;
- б) по факту «смерти головного мозга»;
- в) по категориям, родам и видам;
- г) медицинская и юридическая.

**19. Какие процессуальные документы оформляет судебно-медицинский эксперт при проведении судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств?**

- а) протокол судебно-медицинского исследования;
- б) свидетельство об изъятии вещественных доказательств;
- в) акт судебно-медицинского исследования;
- г) заключение эксперта по судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств.

**20. Какой документ является основанием для проведения судебно-медицинской экспертизы?**

- а) приказ начальника ГКСЭ;
- б) постановление правоохранительных органов (определение суда) о назначении судебно-медицинской экспертизы;
- в) письменное отношение правоохранительных органов;
- г) письменное отношение органа здравоохранения.

**21. Какие три основных части включает заключение судебно-медицинского эксперта?**

- а) вводная, исследовательская и выводы;
- б) вводная, описательная и заключение;
- в) введение, экспертная и эпилог;
- г) начало, продолжение и заключение.

**22. Укажите, может ли судебно-медицинский эксперт проводить повторную судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств, если он производил первичную экспертизу?**

- а) может;
- б) не может;
- в) может в исключительных случаях;
- г) может по приказу руководства.

**23. Кто может определять персональный состав судебно-медицинских экспертов для производства экспертизы?**

- а) начальник городского управления здравоохранения;
- б) лицо, производящее дознание, следователь, суд, начальник управления судебно-медицинской экспертизы;
- в) председатель конституционного суда;
- г) начальник отдела кадров экспертного учреждения.

24. **Укажите, разрешено ли подменять «Заключение эксперта» или «Акт судебно-медицинской экспертизы» другими документами (свидетельствами, справками, выписками и др.)?**

- а) разрешено;
- б) не разрешено;
- в) разрешено в исключительных случаях;
- г) на усмотрение следователя или судьи.

25. **Является ли заключение судебно-медицинской экспертизы элементом доказательной базы по уголовному делу?**

- а) не является;
- б) не всегда;
- в) является;
- г) является, когда речь идет о тяжких и особо тяжких преступлениях.

26. **Как классифицируются профессиональные нарушения медицинских работников?**

- а) вредительство легкой, средней и тяжелой степени;
- б) врачебные ошибки и врачебные просчеты;
- в) врачебные ошибки, несчастные случаи в медицинской практике, неосторожные действия медицинских работников, действия врача, являющиеся основанием для привлечения их к ответственности, умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью;
- г) уголовно наказуемые и уголовно не наказуемые элементы медицинской деятельности.

27. **Приведите классификацию врачебных ошибок.**

- а) организационные, диагностические, тактические, технические и лечебные;
- б) легкие, средние и тяжелые;
- в) ошибки врачебного, среднего медицинского и технического персонала;
- г) экспертные и патологоанатомические.

28. **Назовите самое травмоопасное место в легковом автомобиле?**

- а) место водителя;
- б) сзади и справа от водителя;
- в) сзади водителя;
- г) справа от водителя.

**29. Как отличить дистанцию от выстрела с близкого и дальнего расстояния?**

- а) по величине дефекта ткани на входном пулевом отверстии;
- б) по наличию дополнительных факторов выстрела;
- в) по свидетельству, якобы, очевидцев;
- г) по громкости выстрела.

**30. К каким противоправным действиям среди профессиональных правонарушений медицинских работников относятся изготовление или сбыт наркотических веществ?**

- а) разглашение врачебной тайны;
- б) врачебная ошибка;
- в) умышленное преступление в связи с медицинской деятельностью;
- г) неосторожные действия медицинских работников.

**Ключ к тестовым вопросам по курсу «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»:**

1. а; 2. б; 3. а; 4. в; 5. а; 6. в; 7. а; 8. в; 9. б; 10. б; 11. б; 12. а; 13. з; 14. б; 15. з; 16. а; 17. б; 18. в; 19. з; 20. б; 21. а; 22. б; 23. б; 24. б; 25. в; 26. в; 27. а; 28. з; 29. б; 30. в.

## **По судебной психиатрии**

**1. В недрах какой науки зародилась судебная психиатрия?**

- а) анатомии;
- б) социологии;
- в) психиатрии;
- г) астрономии.

**2. Что означает термин «вменяемость»?**

- а) давать в долг;
- б) говорить неправду;
- в) менять банкноты;
- г) вменять в вину.

**3. В чем заключается основное предназначение судебной психиатрии?**

- а) лечить психически больных;
- б) выносить вердикт «вменяем»;
- в) определить психическое состояние во время совершения противоправного действия и соотнести его с требованиями законодательства;
- г) заниматься психопрофилактикой.

**4. Как сокращенно называется главная организационная структура Республики Беларусь, осуществляющая судебно-психиатрические экспертизы?**

- а) МССПЭ;
- б) УСПЭ;
- в) ДОСЭ;
- г) ГКСЭ.

**5. Когда был образован Государственный Комитет судебных экспертиз Республики Беларусь?**

- а) 01.07.2013;
- б) 10.08.2012;
- в) 05.04.1990;
- г) 01.01.2014.

**6. Сколько видов судебных экспертиз проводит ГКСЭ сегодня?**

- а) 50;
- б) более 120;
- в) 12;
- г) 115.

**7. Какой метод обследования психических больных является основным при экспертном исследовании?**

- а) социологический;
- б) физический;
- в) гистологический;
- г) клинический.

**8. Когда была проведена первая судебно-психиатрическая экспертиза?**

- а) в 1770 году;
- б) в 1690 году;
- в) в 1890 году;
- г) в 1917 году.

**9. В каких случаях милиция обязана оказывать содействие медицинским работникам в неотложной госпитализации социально опасных психически больных?**

- а) при использовании ими нецензурной лексики;
- б) при их попытке закурить в неположенном месте;
- в) при симуляции психических расстройств;
- г) при оказании ими или их родственниками сопротивления, проявления агрессии и других действий, угрожающих жизни и здоровью граждан.

**10. Кто принимает окончательное решение о недобровольной (принудительной) госпитализации психически больного?**

- а) прокурор;
- б) судья;
- в) начальник ОВД;
- г) следователь.

**11. В течение какого времени с момента госпитализации освидетельствуются психически больные, подвергнутые недобровольной госпитализации?**

- а) в течение месяца;
- б) в течение суток;
- в) в течение недели;
- г) в течение года.

**12. В чем заключается основная функция нервной системы человека?**

- а) в адаптации организма к изменяющимся факторам внешней и внутренней среды;
- б) в получении ощущений из внешнего мира;
- в) в поддержании иммунитета;
- г) в регуляции сна.

**13. Как называется клетка, составляющая морфологическую основу нервной системы?**

- а) протон;
- б) лейкоцит;
- в) электрон;
- г) нейрон.

**14. Какую природу имеет наша психика?**

- а) электрическую;
- б) химическую;
- в) рефлекторную;
- г) физическую.

**15. Назовите две основные части нервной системы?**

- а) центральная и периферическая;
- б) правая и левая;
- в) верхняя и нижняя;
- г) головная и спинная.

**16. Что такое психика?**

- а) мышление;
- б) свойство высокоорганизованной живой материи;
- в) речь;
- г) движение мысли.

**17. Какие виды рефлексов Вы знаете?**

- а) условные и безусловные;
- б) центральные и периферические;
- в) сильные и слабые;
- г) физические и химические.

**18. Какие рефлексы угасают по времени без подкрепления?**

- а) безусловные;
- б) сильные;
- в) слабые;
- г) условные.

**19. Назовите первую сигнальную систему?**

- а) глаза;
- б) уши;
- в) ощущения и восприятие;
- г) звонок.

**20. Назовите вторую сигнальную систему?**

- а) световор;
- б) гром;
- в) речь;
- г) мысль.

**21. Что такое восприятие?**

- а) это отражение отдельных свойств предмета;
- б) это отражение в сознании образа объекта;
- в) это фиксация предмета на сетчатке глаз;
- г) это самосознание.

**22. Что такое пиромания?**

- а) боязнь высоты;
- б) боязнь стоматолога;
- в) страсть к поджогам;
- г) страсть ругаться матом.

**23. Что такое клептомания?**

- а) страсть к воровству ненужных предметов;
- б) боязнь собак;
- в) страсть к счету;
- г) сексуальная тяга к пожилым лицам.

**24. Что такое дромопатия?**

- а) боязнь покраснеть на людях;
- б) боязнь змей;
- в) страсть к воровству;
- г) страсть к путешествиям.

**25. Что такое педофилия?**

- а) сексуальная страсть к пожилым людям;
- б) боязнь публичных выступлений;
- в) сексуальное влечение к детям;
- г) влечение к животным.

**26. Расшифруйте термин «шизофрения»?**

- а) склонность к припадкам;
- в) малоумие;
- б) апатия;
- г) ращепление рассудка.

**27. Расшифруйте термин «олигофрения»?**

- а) мало ума;
- в) нет ума;
- б) много ума;
- г) высокий интеллект.

**28. Что такое неологизмы?**

- а) новые мысли;
- б) новые слова;
- в) волевые действия;
- г) старые слова;

**29. Расшифруйте термин «эпилепсия»?**

- а) схватывать;
- в) толкать;
- б) бросать;
- г) двигать.

**30. Как называется злобно-гневливое настроение?**

- а) эйфория;
- в) абулия;
- б) дисфория;
- г) апатия.

**31. Чем опасна мания?**

- а) хулиганскими проявлениями, агрессией;
- б) суицидами;
- в) расстройствами сна;
- г) безразличием.

**32. Чем опасна депрессия?**

- а) безразличием;
- б) повышенной двигательной активностью;
- в) тоской;
- г) суицидами.

**33. МДП – это расстройство каких психических процессов?**

- а) памяти;
- б) сознания;
- в) эмоций;
- г) мышления.

**34. Какие СПЭ не требуют присутствия «живого лица»?**

- а) амбулаторные;
- б) в зале суда;
- в) заочные;
- г) стационарные.

**35. Что является основанием для назначения дополнительной СПЭ?**

- а) ложность заключения;
- б) ошибочность заключения;
- в) неполнота заключения;
- г) отсутствие заключения.

**36. Что является основанием для назначения повторной СПЭ?**

- а) сомнения в объективности заключения;
- б) краткость заключения;
- в) грамматические ошибки в заключении;
- г) самоотвод психиатра-эксперта.

**37. Максимальный срок проведения СПЭ?**

- а) 30 дней;
- б) 10 дней;
- в) 25 дней;
- г) 14 дней.

**38. Что такое ЧМТ?**

- а) повреждение головы;
- б) механическое повреждение мозга и костей черепа;
- в) повреждение спины;
- г) электротравма шеи.

**39. Что отличает ушиб головного мозга средней степени тяжести?**

- а) потеря сознания более 12 часов;
- б) потеря сознания более 6 часов;
- в) отсутствие потери сознания;
- г) потеря сознания более 3 часов.

**40. Наличие каких критериев подразумевает «невменяемость» подэкспертного?**

- а) правовой и социальный;
- б) правовой и медицинский;
- в) психологический и волевой;
- г) медицинский и юридический.

**41. Каких два компонента составляют юридический критерий невменяемости?**

- а) медицинский и психологический;
- б) интеллектуальный и волевой;
- в) судебный и следственный;
- г) личный и коллективный.

**42. Исключительные состояния – это психозы или нет?**

- а) да;
- б) нет;
- в) и да, и нет;
- г) это непсихотические расстройства.

**43. Что из вышеперечисленного относится к исключительным состояниям?**

- а) неврозы;
- б) психопатии;
- в) патологический аффект;
- г) ЧМТ.

**44. Какие исключительные состояния могут повторяться?**

- а) патологическое опьянение и патологический аффект;
- б) патологический аффект и патологическое просоночное состояние;
- в) патологический аффект и сумеречное состояние сознания;
- г) патологическое опьянение и сумеречное расстройство сознания.

**45. Что отличает среднюю степень алкогольного опьянения?**

- а) эйфория;
- б) дискоординация движений и нарушения речи;
- в) отсутствие сознания;
- г) нарушения памяти.

**46. С чего начинается зависимость от алкоголя?**

- а) с утраты рвотного рефлекса;
- б) с плохого настроения;
- в) со снижения интеллекта;
- г) с рассеянности внимания.

**47. Кто принимает решение о направлении больного в спецпсихбольницу в связи с совершением ООД?**

- а) СПЭ;
- б) прокурор;
- в) суд;
- г) врач-психиатр.

**48. Кто принимает окончательное решение о выписке больного, признанного невменяемым, из спецпсихбольницы?**

- а) комиссия врачей-психиатров спецпсихбольницы;
- б) адвокат;
- в) СПЭ;
- г) суд.

**49. Что лежит в основе принятия решения о выписке из спецпсихбольницы?**

- а) желание больного;
- б) выздоровление или улучшение состояния;
- в) формирование антикриминальных тенденций;
- г) выздоровление или улучшение состояния, формирование антикриминальных тенденций, социальное благополучие.

**50. Показания для недобровольной госпитализации?**

- а) частое употребление нецензурной лексики;
- б) опасность для себя и окружающих, беспомощность, серьезная угроза жизни и здоровью при неоказании психиатрической помощи.
- в) судимости в прошлом;
- г) неустроенность быта.

**Ключ к тестовым вопросам (правильные ответы)**

**ПО КУРСУ «СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ»**

1. в; 2. г; 3. в; 4. г; 5. а; 6. б; 7. г; 8. б; 9. г; 10. б; 11. б; 12. а; 13. г;  
14. в; 15. а; 16. б; 17. а; 18. г; 19. в; 20. в; 21. б; 22. в; 23. а; 24. г; 25. в;  
26. г; 27. а; 28. б; 29. а; 30. б; 31. а; 32. г; 33. в; 34. в; 35. в; 36. а; 37. а;  
38. б; 39. б; 40. г; 41. б; 42. а; 43. в; 44. г; 45. б; 46. а; 47. в; 48. г; 49. г;  
50. б.

## ПЕРЕЧЕНЬ ЭССЕ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К НИМ

### *1. Почему до сих пор существуют предрассудки в отношении умерших и их влияния на живых лиц и насколько они обоснованы?*

Отношение к усопшим в разные исторические эпохи существенно отличалось. В частности, живуч миф о том, что после смерти покойник может навещать своих близких, как-то влиять на их судьбу, а также о существовании особого «трупного яда», могущего нанести ущерб живым лицам.

В дохристианскую эпоху у многих языческих народов существовал культовый обычай вскрытия могил, густо замешанный на мистическом мироощущении. Так, у аланов – предков современных асетин, в V–VIII вв. н.э. этот ритуал этнографы обозначили как обряд «обезвреживания» погребенных, который заключается в том, что через некоторое время после захоронения могилы раскапывались, а находящиеся в них скелеты разрушались. Цель этого действия – не дать возможности мертвецу превратиться в злого духа, вредящего живым. Могилы со следами «обезвреживания погребенных» обнаруживали также в Югославии, Болгарии, Венгрии, Приуралье, бассейнах Дона и Волги. Мотивом таких поступков была борьба против «вампиризации» умерших, которые лишались возможности «оживать» и выходить из могил. Подобные ритуалы существовали и у древних славян даже после принятия христианства. Вот что пишет по этому поводу исследователь данного вопроса Л.Н. Виноградова: «К категориям опасных покойников, которые приходят к живым после смерти, относятся «умершие до срока», насильственной, преждевременной смертью, самоубийцы, некрещенные дети, колдуны и ведьмы, а также те, кто не разорвал окончательную связь с живыми (умершие роженицы...). «... люди, не изжившие полного века на земле, остаются и после смерти активной вредоносной силой, вторгаются в мир живых. Чтобы предотвратить «хождение» таких покойников, их хоронили со связанными ногами или босиком; подрезали сухожилия под коленями...». Чтобы избавиться от вредоносных «визитов» покойника (способных вызвать несчастья, эпидемии, мор скота, стихийные бедствия) древние славяне, как об этом свидетельствуют исторические источники, выкапывали «подозреваемого» умершего, калечили труп, отсекая конечности или голову, отсеченную голову помещали между ног; ... переворачивали тело лицом вниз».

В XVII и начале XVIII в. отношение к эксгумациям (извлечению трупов из земли) врачей было более чем осторожным в силу ложной

гипотезы, что при разложении трупов животных и людей образуются губительные для здоровья и жизни испарения и соединения, которые опасны при вдыхании. Этот миф о некоем особом «трупном яде» до сих пор живуч в сознании обывателей.

С современных позиций, смерть – это конечный итог жизни, когда материальный субстрат (тело) подвергается полному разрушению вследствие различных причин: гниения, разрушения от действия собственных ферментов, составных частей окружающей среды, живых существ и др. Возможность какого-либо перемещения в пространстве тела умершего («кадавра») полностью исключается.

При наступлении биологической смерти действительно вследствие гниения выделяются газы: метан, аммиак, сероводород и др. Они определяют наличие характерного трупного запаха, но не являются фактором (с учетом концентрации, вредоносного влияния), могущим нанести ущерб здоровью окружающих, либо вызвать их смерть.

## ***2. Почему люди во все времена сомневались в действительном наступлении смерти их близких и что они предпринимали для исключения ошибочного захоронения живых?***

Существуют ориентировочные и достоверные признаки смерти. К первым относятся – неподвижная поза, отсутствие сознания, синюшность или резкая бледность лица и др. Ко вторым – отсутствие гемодинамики (пульса, артериального давления), дыхания, снижение температуры тела до 25,0 грудусов и ниже, расширение зрачка и отсутствие его реакции на свет, помутнение роговицы, ранние трупные изменения. В ряде случаев (мнимая смерть при «электротравме», летаргический сон, глубокая степень медитации) внешние признаки наличия жизни минимальны и требуют внимания специалистов для достоверной констатации смерти. Недаром в случаях смерти в больничных условиях тело умершего еще 2 часа находится в том месте, где наступила смерть, а судебно-медицинская экспертиза производится не ранее, чем спустя 12 часов после смерти.

Еще в 1890 году один озабоченный доктор написал статью, посвященную описанию смерти реальной и мнимой, перечислив 418 отличий. История знает немало курьезных примеров на этот счет:

В середине 16 века, когда А. Везалий в расцвете своей славы вскрывал тело испанского дворянина, «труп» неожиданно вернулся к жизни. Потерпевший дон полностью оправился от причиненных ему повреждений, зато Везалий был предан суду инквизиции и за свою ошибку приговорен к смерти.

Преподобный Шварц, один из первых миссионеров, появившихся на Востоке, очнулся от мнимой смерти в Дели при звуках любимого гимна. Пришедшие отдать ему последние почести прихожане узнали об ошибке, когда голос из гроба присоединился к хору.

Н. Гликас, епископ греческой православной церкви на Лесбосе, тоже до смерти перепугал своих прихожан. Прележав два дня в гробу в епископском облачении в церкви Метимнии, он вдруг уселся на метрополичий трон, взглянул на вереницу людей, пришедших попрощаться с телом, и повелел узнать, зачем они здесь собрались.

В Англии имело широкий общественный резонанс дело «гробокопателей», которые похищали свежие трупы и продавали их цирюльникам и хирургам. Торговля получила огласку в 1824 году, когда Д. Макинтайр, похороненный на местном кладбище, очнулся на секционном столе, едва нож лаборанта вонзился ему в грудь.

Итальянский поэт Ф. Петрарка двадцать часов пролежал в Ферране как мертвый и по истечении установленного законом времени, т.е. еще через четыре часа, был бы похоронен, если бы внезапное похолодание не подняло его с постели. Он пожаловался на сквозняк, распек слуг и прожил еще тридцать лет, написав за это время некоторые из лучших сонетов.

Люди предпринимали «профилактические» попытки для недопущения ошибочного захоронения. Английский писатель У. Коллинз каждую ночь оставлял около кровати записку с перечнем предосторожностей, которые следует предпринять для того, чтобы вынести заключение о его смерти. Гофмейстер русского царя Александра III Карнице-Карницкий изобрел трубу, ведущую из гроба в ящик на поверхности кладбища. Его нельзя было открыть снаружи, но он мгновенно распахивался при первых признаках жизни погребенного изнутри, открывая доступ воздуху, выкидывая шест с флажком, ударяя в колокол и подавая световой сигнал.

Но и сегодня применение даже сложного оборудования (ЭКГ, ЭЭГ) не исключает ошибки и не позволяет сразу и однозначно провести грань между жизнью и смертью.

***3. Почему медработники часто становятся субъектами расследования уголовных дел в сфере медицинской практики, а соответственно – комиссионной судебно-медицинской экспертизы, и нет ли в них одностороннего подхода по принципу: «Больной всегда прав, а медработник – виновен!».***

Согласно статьи 2 Конституции Республики Беларусь человек, его права, в том числе право на жизнь, охрану здоровья и медицинскую по-

мощь, свободы и гарантии их реализации являются высшей ценностью и целью общества и государства. С древности обращалось внимание на ответственность медработника за ошибки во врачевании. В частности, законы Хаммурапи предписывали отсекал врачу пальцы в случае смерти свободного человека по его вине. Законы Шумерского царства обязывали взимать деньги за нанесение телесного ущерба одним человеком другому с помощью какого-либо инструмента. Зачатки правового регулирования медицинской практики отражены в клятве Гиппократова, которая актуальна по сей день.

Медработники часто становятся субъектами расследования уголовных дел в связи с особенностями работы, ибо имеют контакт с высшими ценностями – здоровьем и жизнью человека, а сама же трактовка различных болезненных состояний, индивидуальных особенностей организма, полученных данных лабораторно-инструментальных исследований (полнота, степень точности) не всегда бывает однозначна. Здесь играет роль и качество полученного медицинского образования, личные особенности медработника, уровень его материального обеспечения, степень правовой защищенности и др. Важна роль и близких больного (часто не имеющих медобразования), по-своему трактующих произошедшее.

Все противоправные действия пациентов объясняются негативным влиянием болезни на его психику, а все действия медработника постулатами: должен..., обязан..., виновен в исходе при любом раскладе событий...! В Англии, например, зафиксировано 65 тысяч случаев прямой агрессии пациентов.

Вместе с тем, события последних лет настораживают. Так, в Могилеве психически больной в условиях амбулаторного приема психоневрологического диспансера неоднократно стрелял в психиатра-нарколога (кстати, женщину), которой чудом удалось избежать серьезных повреждений. Другой пациент местной больницы, в прошлом десантник с внушительными физическими формами, впавший в алкогольный психоз, нанес тяжелейшую черепно-мозговую травму врачу, оказывающему ему медицинскую помощь. Или другие примеры из жизни наших ближайших соседей: в Симферополе в сентябре 2015 года пациент убил двоих медиков «скорой» и еще двоих ранил; в Москве родственники потребовали врача «оживить» труп, хотя исход реанимации был ясен, после чего добивали доктора ногами в подъезде; в Солнцево врач получил удар ножом в сердце от пациентки во время оказания помощи пьяной женщине; во Владивостоке врач и фельдшер были взяты в заложники

родственниками больного; в одном случае врач, отказавший в выписке больничного, был заперт на балконе в холодное время года.

94,0% медиков указывают, что сталкивались с агрессией больных. А не пора ли встать на защиту прав людей этой благородной профессии, с реальным риском для здоровья, а нередко и жизни? Больной больному рознь, степень волевой регуляции произвольного поведения их различна. Часть из них пора давно призвать к ответу в случаях, когда инцидент связан не с влиянием болезни на психику, а отражает безнаказанность, немотивированную агрессию, желание унижить другого.

#### ***4. В чем состоит актуальность организационных и этико-правовых преобразований судебной медицины Республики Беларусь сегодня?***

Моральные и правовые нормы являются основными социальными нормами, регулирующими сложные отношения в области организации судебно-медицинской экспертизы. На национальном уровне принят ряд документов по этико-правовым проблемам судебной медицины. Этические вопросы судебной медицины в определенной мере регулируются правовыми нормами, содержащимися в УК, УПК, Законом Республики Беларусь от 18.06.1993 «О здравоохранении», инструкцией о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном Комитете судебных экспертиз, утвержденной приказом председателя ГКСЭ №104 от 11.04.2014 и др.

Этико-правовые и организационные проблемы современной судебной медицины связаны с особенностями самой медицины. Это совершенствование самой организационной структуры учреждений ГКСЭ, унификация, повышение качества и расширение диапазона судебно-медицинских исследований (в частности, на генно-хромосомном уровне), сокращение сроков экспертизы, широкое использование экспертов-психологов, внедрение в работу полиграфа, подготовка кадрового резерва, совершенствование взаимодействия со смежными службами и др. Из этико-правовых проблем следует выделить необходимость соблюдения деонтологических принципов в работе (этические вопросы осмотра исследуемых, сообщение родственникам о причинах смерти, своевременное оформление нормативной документации, сохранение врачебной тайны, неразглашение конфиденциальной информации, имеющей значение в дальнейшем рассмотрении дела и др.).

Обстановка в мире диктует необходимость повышения качества экспертных исследований в области исследования огнестрельных поврежде-

ний, последствий взрывов, авиационных катастроф, отравлений психоактивными веществами, в частности «спайсами», в вопросах установления родства (отцовства), идентификации неопознанных и расчлененных трупов и травмирующих орудий, подлинности документов, имеющих отношение к экономическим и коррупционным преступлениям и многих других.

Как составляющая доказательной базы, выводы заключения судебно-медицинской экспертизы по-прежнему остаются важным элементом в изобличении преступника, в осуществлении принципов справедливости и гуманизма в связи с криминальными событиями.

### ***5. В связи с чем заключение судебно-психиатрической экспертизы может быть ошибочным?***

В связи с наличием симулятивных проявлений психического расстройства с целью избегания наказания. Только тщательный анализ всего комплекса данных может помочь изобличить симулянта. Судебно-психиатрическую экспертизу при подозрении на симуляцию желательно производить в стационаре. Проявления симуляции возможны задолго до криминального события (как предварительная подготовка) вплоть до госпитализации в психиатрический стационар, во время совершения общественно-опасного деяния, после совершения преступления. Обращает на себя внимание, что чаще симулируется не все психическое расстройство в целом, а только один его признак, стереотипность поведения «больного», отсутствие динамики болезни вообще и на фоне лечения в частности, навязчивость больного в демонстрации признаков болезни, разноплановость поведения с медперсоналом и больными и др. Важно помнить, что на фоне симуляции может возникнуть и реальное психическое расстройство, а также, что человек, ранее уличенный в симуляции, также может спустя годы иметь серьезные нарушения психики.

### ***6. В связи с общественно-опасное деяние психически больного в соответствии с существующей нормативной базой Республики Беларусь не считается преступлением, а он сам не является преступником?***

Общественно-опасные деяния душевнобольных осуществляются не умышленно, а по болезненным мотивам, которые при разных психических расстройствах могут отличаться. Так, гетероагрессию у больных шизофренией могут вызывать устрашающие галлюцинации, у больных в состоянии сумеречного сознания – бредовые идеи преследования, у воз-

будимых психопатов – аффективные реакции в ответ на противодействие реализации их планов и др. Психически больной «как бы выключен» из реальной жизни, ему недоступны правильная оценка ситуации, создание рациональной программы действий и предвидение их конкретных результатов, которые нередко вступают в противоречие с законом. Изменение ощущений и восприятия окружающего мира, невозможность использования полезного опыта из «кладовой памяти», нарушения мышления, адекватного эмоционального реагирования на происходящие события, потеря или неполноценность волевого регулирования произвольного поведения, помутнение или выключение сознания на высоте болезненных проявлений создают условия, когда психика человека уже не выполняет две свои важнейшие функции – правильно отражать действительность и регулировать индивидуальное поведение в связи с изменением текущей ситуации. Возможность отличить противоправный характер поступка от законопослушного у человека просто исключается.

### ***7. В чем проблема организации должной адаптации психически больных лиц к современным условиям жизни?***

Наличие психического расстройства ухудшает индивидуальный, профессиональный и социальный прогноз жизнедеятельности человека. Психические заболевания, как правило, имеют инвалидизирующие последствия. Общим для пациентов с психическими расстройствами являются измененное представление пациента об отношении людей к нему и наличие в обществе особенного отношения к лицам с психическими заболеваниями, что обуславливает низкую конкурентность психически больных на рынке труда. Вместо того, чтобы активно трудиться, большинство из них в связи с этим (до 85,0%) становятся инвалидами 2-й группы (не работают), что хоть как-то позволяет им существовать. Сегодня в действующем законодательстве отсутствует механизм, определяющий гарантированную возможность трудоустройства пациентов психиатрического профиля (нормативные документы утратили силу в 2012 году). Профподготовка детей с особенностями психофизиологического развития осуществляется без гарантированного прикрепления выпускников к определенному предприятию, что не позволяет им трудоустроиться из-за неспособности конкурировать на равных условиях на рынке труда. Проблема в том, что определение групп инвалидности по психическому расстройству связано с ограничением жизнедеятельности в связи с внешними проявлениями психических расстройств, а не основаны на

определении остаточной трудоспособности (т.е. телесно здоровые пациенты лишены возможности трудиться). Кроме того, сокращение стационарного коечного фонда психбольниц, происходящее в последнее время, лишает часть больных психиатрического профиля возможности своевременной госпитализации для планового лечения, решения их текущих социально-бытовых вопросов, своевременной диагностики обострения психических нарушений. Налицо также нежелание руководителей ряда предприятий зачислять в свой штат психоаномальных лиц в связи с опасением за безопасность остальных работников.

### ***8. Почему лица с психическими расстройствами могут представлять опасность для общества?***

Психические нарушения, особенно психотического плана, при их выраженности делают пациентов несотрудничающими, неуправляемыми, опасными и требующими мер стеснения в условиях психиатрического стационара. Проблема заключается в том, что нарушается адекватное восприятие окружающего мира, текущие события не подвергаются должной критике, нарушается мышление, например, становится бессвязным, что приводит к дезорганизации поведения. Его характер может отражать содержание галлюцинаторно-бредовых переживаний и реализовываться в виде ауто- и гетероагрессии, странном и непредсказуемом поведении. Нарушается функция памяти и человек уже не может использовать полезный прошлый опыт и, соответственно, выстраивать индивидуальную линию поведения в определенных жизненных ситуациях. Его интеллект при отдельных психических расстройствах может существенно снижаться, что приводит к невозможности предвидеть последствия своих, в том числе и криминальных, действий. Степень нарушения сознания может быть различной (от частичной потери до полного исключения из события), что чревато импульсивностью действий больных, их автоматизированностью, особенно в случаях предшествующих нервно-физического истощения, усталости, болезни, потребления алкоголя.

### ***9. Стигматизация психически больных – это фактор ухудшающий их коммуникацию с социальным окружением и течение психического расстройства или нет?***

Каждый человек старается следить за своим социальным окружением. Он с неохотой находится рядом в лицом, находящимся в со-

стоянии опьянения, имеющим криминальные татуировки на открытых участках кожи, сторонится (если знает о них) больных туберкулезом и ВИЧ-инфицированных. Такая же участь ожидает и психически больных. Под стигматизацией мы понимаем порицание каких-либо групп людей ввиду наличия у них каких-либо отличительных особенностей, не свойственных в большинстве общей популяции населения.

По данным ВОЗ число людей в мире, имеющих проблемы психического здоровья, составляет более 650,0 млн. человек и неуклонно увеличивается с каждым годом. Человек с психическими расстройствами подвержен дискриминации и стигматизации, он не может в полной мере реализовывать свои гражданские права. Несомненно, стигматизация психически больных – это фактор ухудшающий их коммуникацию с социальным окружением и течение психического расстройства, а также создающий напряженность в отношениях, часто приводящий к возникновению криминального события. Белорусское общество гуманно, оно всячески пытается поддержать психоаномальных лиц. Так, при поддержке Исландского Красного Креста в Минске в октябре 2013 года был открыт центр дневного пребывания для людей с психическими расстройствами – «открытый дом».

***10. Не являются ли меры безопасности и лечения в отношении психически больных ущемлением из законных прав как полноправных членов социума?***

Нет, ибо общество должно думать не только о благе больного, но и о самозащите. Тем не менее, в последние годы в законодательных актах особое внимание уделяется защите гражданских прав психически больных. Закон Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи», № 349-3 от 07.01.2012 своей главной целью ставит правовое регулирование в области оказания психиатрической помощи населению и обеспечение прав граждан при ее оказании. Специфика протекания психических болезней делает необходимым в ряде случаев применение мер помощи вопреки желанию больных, не осознающих болезненного характера своего состояния и поступков, иногда представляющих серьезную угрозу для них самих или окружающих. Тем не менее до сих пор в законодательстве существуют пробелы. Так, постановление МЗ Республики Беларусь № 75 от 15.06.2012 не включает психические расстройства в перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения.

## ***11. В чем состоит актуальность этико-правовых проблем психиатрии сегодня?***

Моральные и правовые нормы являются основными социальными нормами, регулируемыми сложными отношениями в области оказания психиатрической помощи. На международном и национальном уровнях принят ряд документов по этико-правовым проблемам психиатрии. Этические вопросы психиатрии в определенной мере регулируются новым Законом Республики Беларусь «О психиатрической помощи» от 07.01.2012. Отличительной его особенностью является установление «презумпции» отсутствия психического расстройства (лицо считается не имеющим психического расстройства, пока наличие психического расстройства не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным законом). Ст. 20 Закона предписывает предоставлять информацию о состоянии психического здоровья пациента в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии, а ст. 27 устанавливает независимость врача-специалиста при оказании психиатрической помощи, который при принятии решений должен руководствоваться медицинскими показаниями, врачебным долгом, требованиями медицинской этики и деонтологии и актами законодательства.

Этико-правовые проблемы современной психиатрии, связанные с особенностями самой психиатрии: круг лиц и явлений психической жизни значительно расширился; диагноз «психическое расстройство» сегодня несет негативную социально-этическую нагрузку; вынужденное применение к некоторым категориям больных недобровольных мер; наличие разнообразия больных, некоторые из которых по своему психическому развитию не уступают медперсоналу; существование двуединой функции защиты интересов больного и общества в психиатрии (противоречие следует из-за несовпадения личных и общественных интересов, что, не означает их полной противоположности).

# **ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ»**

## **Раздел «Судебная медицина»**

1. Краткий исторический очерк развития судебной медицины в Республике Беларусь и странах ближнего и дальнего зарубежья.
2. Предмет, содержание и система судебной медицины.
3. Объекты судебно-медицинской экспертизы. Основания для назначения судебно-медицинских экспертиз, освидетельствований и исследований.
4. Задачи судебной медицины.
5. Организация судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь. Структура судебно-медицинских экспертных учреждений.
6. Выполнение судебно-медицинских экспертиз, освидетельствований и исследований в структурных подразделениях экспертных учреждений.
7. Инструктивные указания о производстве судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь. Проведение первичной, дополнительной и повторной экспертиз в соответствии с УПК и ГПК РБ.
8. Права и обязанности судебно-медицинского эксперта. Оформление документации при назначении экспертизы, освидетельствования и исследования. Сроки выполнения судебно-медицинских экспертиз.
9. Требования, предъявляемые к заключениям эксперта и его выводам. Оценка заключения эксперта.
10. Общие положения по осмотру трупа на месте происшествия. Примерный перечень вопросов, решаемых судебно-медицинским экспертом при осмотре трупа на месте происшествия.
11. Особенности наружного осмотра трупа при различных видах смерти.
12. Оценка выявленных на трупе повреждений.
13. Изъятие вещественных доказательств биологического происхождения и их направление в судебно-медицинскую лабораторию для проведения экспертных исследований.
14. Описание результатов осмотра трупа в протоколе осмотра места происшествия.
15. Поводы, цели, методика и особенности судебно-медицинского исследования трупа. Внутреннее исследование трупа. Особенности исследования трупов неизвестных лиц, расчлененных и скелетированных трупов.

16. Значение судебно-медицинских исследований трупов при насильственной смерти. Установление прижизненности и давности повреждений.

17. Общие понятия о травматизме. Судебно-медицинская классификация повреждений.

18. Повреждения от действия тупых предметов, их характеристика и механизм образования. Повреждения, причиненные частями тела человека и их характеристика.

19. Повреждения при падении на плоскости и с высоты. Особенности осмотра места происшествия при падении с высоты.

20. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы.

21. Особенности причиняемых повреждений в зависимости от определенной разновидности транспортного происшествия, оценка механизма их возникновения.

22. Использование возможностей судебно-медицинской экспертизы при расследовании транспортных происшествий и авиационных катастроф.

23. Особенности осмотра мест транспортных происшествий. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы.

24. Судебно-медицинская классификация повреждений, причиненных острыми орудиями, их характерные признаки и механизм образования.

25. Установление индивидуальных особенностей орудия по повреждениям на теле потерпевшего.

26. Характерные особенности повреждений при самоубийстве.

27. Возможности судебно-медицинской экспертизы при решении вопроса насильственной смерти и установлении обстоятельств причинения повреждений.

28. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы.

29. Разновидности повреждений в зависимости от применяемого огнестрельного оружия. Особенности входного и выходных отверстий пулевых огнестрельных ранений.

30. Повреждения при выстреле из охотничьего ружья. Повреждения, причиняемые при выстрелах из автоматического оружия.

31. Особенности повреждений при взрывах боеприпасов и взрывчатых веществ.

32. Установление дистанции выстрела. Определение последовательности выстрелов по особенностям огнестрельных пулевых ранений.

33. Возможности судебно-медицинской экспертизы при решении вопроса о роде насильственной смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай). Использование данных осмотра места происшествия и одежды потерпевшего при экспертизе огнестрельных ранений.

34. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы.

35. Механическая асфиксия и ее разновидности. Общая характеристика процесса наступления асфиксии. Общие признаки при наружном и внутреннем исследовании трупа.

36. Характерные повреждения при повешении, удушении петлей и руками человека, при сдавлении грудной клетки и закрытии дыхательных путей инородными предметами.

37. Утопление и его характерные признаки. Смерть в воде. Определение давности нахождения трупа в воде. Значение лабораторных исследований для установления или исключения утопления.

38. Возможности судебно-медицинской экспертизы при решении вопроса о роде насильственной смерти.

39. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы.

40. Действие высокой температуры и характерные термические повреждения. Признаки прижизненного воздействия пламени. Судебно-медицинское исследование обгоревших трупов.

41. Действие низкой температуры и характерные изменения на теле пострадавшего. Судебно-медицинская экспертиза в случаях смерти от переохлаждения организма.

42. Действие технического и атмосферного электричества и характерные признаки на теле потерпевшего.

43. Расстройство здоровья и смерть от действия лучистой энергии. Повреждения и характерные изменения от действия ионизирующих излучений.

44. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы.

45. Основания и методы проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Установление возраста.

46. Экспертные критерии определения степени тяжести телесных повреждений и утраты трудоспособности.

47. Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья, симуляции, искусственных болезней и членовредительства.

48. Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях. Особенности судебно-медицинского освидетельствования потерпевшей и подозреваемого в случаях изнасилования.

49. Экспертиза заражения венерическими болезнями и СПИДом. Судебно-медицинская экспертиза по делам о спорном отцовстве (материнстве) и замене детей.

50. Примерный перечень решаемых вопросов при назначении судебно-медицинской экспертизы, освидетельствований и исследований.

51. Судебно-медицинская классификация вещественных доказательств.

52. Выявление, изъятие и направление на судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств. Взятие образцов для сравнительного исследования.

53. Объекты биологического происхождения и порядок их исследования. особенности изъятия объектов при осмотре места происшествия, освидетельствовании жертвы преступления и подозреваемого, исследовании трупа.

54. Примерный перечень решаемых вопросов при исследовании пятен крови, смермы, слюны, мочи, пота и других выделений организма.

55. Назначение судебно-медицинских экспертиз при исследовании доказательств с учетом возможностей научных исследований по данному разделу.

56. Судебно-медицинская экспертиза по материалам следственных и судебных дел.

57. Регламентация прав и обязанностей медицинских работников за умышленные преступления (неоказание помощи больному, незаконное производство аборта, нарушение правил, установленных в целях борьбы с эпидемиями, за должностной подлог, изготовление или сбыт наркотических и других сильнодействующих средств, стерилизация женщин и мужчин и др.).

58. Ответственность за халатность – неосторожные профессиональные преступления медицинских работников. Различие между следующими понятиями: врачебная ошибка, небрежное и халатное отношение к своим обязанностям.

59. Понятие о врачебной тайне и в каких случаях врач должен сообщить известные ему сведения или определенные обстоятельства.

60. Судебно-медицинская экспертиза при расследовании дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников: особенности назначения комиссионной экспертизы, примерный перечень решаемых вопросов и представление в экспертное учреждение необходимых материалов.

## **Раздел «Судебная психиатрия»**

1. История развития судебной психиатрии как науки.
2. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические заболевания в связи с общественно-опасными действиями.
3. Организационная структура судебно-психиатрической экспертной службы Республики Беларусь.
4. Задачи судебной психиатрии.
5. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.
6. Особенности поведения психически больных применительно к правоохранительной практике.
7. Причины и условия, способствующие совершению общественно-опасных действий психически больными лицами.
8. Задачи ОВД по предупреждению общественно-опасных действий со стороны психически больных.
9. Меры медицинского характера по предупреждению общественно-опасных действий со стороны психоаномальных лиц.
10. Судебно-психиатрическая экспертиза как основная часть судебной психиатрии.
11. Основания для предоставления лиц, участвующих в уголовном процессе на СПЭ.
12. Состав дела для предоставления материалов на СПЭ в связи с общественно-опасными действиями.
13. Формулировка вопросов для СПЭ.
14. Типичные ошибки следователя при оформлении дела на СПЭ.
15. Юридический критерий невменяемости.
16. Медицинский критерий невменяемости.
17. Виды судебно-психиатрической экспертизы.
18. Медицинские меры безопасности и лечения.
19. Заключение судебно-психиатрической экспертизы.
20. Симптомы и синдромы психических заболеваний.
21. Методика исследования психически больных лиц.

22. Понятие о безусловных и условных рефлексах.
23. Первая и вторая сигнальные системы человека.
24. Понятие о психической деятельности человека.
25. Познавательные психические процессы.
26. Ощущение и восприятие в норме и патологии.
27. Внимание в норме и патологии.
28. Память в норме и патологии.
29. Мышление в норме и патологии.
30. Эмоциональная сфера в норме и патологии.
31. Двигательно-волевая сфера в норме и патологии.
32. Сознание в норме и патологии.
33. Психические расстройства при шизофрении.
34. Психические расстройства при эпилепсии.
35. Психические расстройства при МДП (биполярном расстройстве).
36. Психические расстройства при олигофрении.
37. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.
38. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.
39. Судебно-психиатрическая оценка МДП.
40. Судебно-психиатрическая оценка олигофрении.
41. Понятие о черепно-мозговых травмах (ЧМТ).
42. Психические расстройства при неврозах.
43. Психические расстройства при реактивных состояниях.
44. Временные психические расстройства.
45. Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших ЧМТ.
46. Судебно-психиатрическая оценка больных с неврозами.
47. Судебно-психиатрическая оценка больных с реактивными состояниями.
48. Исключительные состояния. Особенности течения и социальная опасность.
49. Судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний.
50. Психопатии как патология характера. Виды и особенности протекания.
51. Судебно-психиатрическая оценка психопатий.
52. Сосудистые заболевания головного мозга. Психические расстройства при церебральном атеросклерозе.
53. Особенности лиц пожилого возраста. Психозы позднего возраста.
54. Судебно-психиатрическая оценка сосудистых поражений головного мозга.

55. Судебно-психиатрическая оценка психозов позднего возраста.
56. Психические расстройства у несовершеннолетних.
57. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.
58. Понятие о симуляции.
59. Понятие об аггравации.
60. Понятие о диссимуляции.
61. Методы распознавания притворного поведения.
62. Профилактика симулятивных проявлений у подэкспертных лиц.
63. Зависимость от алкоголя. Алкогольное опьянение и его проявления.
64. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического алкогольного опьянения, алкогольных психозов. Вменяемость при простом алкогольном опьянении.
65. Патологическое опьянение и его особенности.
66. Патологический аффект. Проявления и социальная опасность.
67. Сумеречное состояние сознания. Судебно-психиатрическая оценка.
68. Алкогольные психозы, их виды, течение, особенности психических нарушений.
69. Принудительные меры медицинского характера в отношении зависимых от психоактивных веществ лиц.
70. Наркомания. Клинические проявления. Динамика социальной и личностной деградации у наркоманов.
71. Токсикомания. Судебно-психиатрическая оценка.
72. Судебно-психиатрическая оценка зависимости от алкоголя.
73. Основные виды расстройств волевой деятельности.
74. Понятие временных психических расстройств.
75. Судебно-психиатрическая оценка временных психических расстройств.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ДИПЛОМНЫХ РАБОТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И ПСИХИАТРИЯ»**

### **По судебной психиатрии**

1. Правовые аспекты оказания психиатрической помощи больным в связи с криминальными событиями.
2. Судебно-психиатрическая оценка олигофрении.
3. Судебно-психиатрическая экспертиза сексуальных перверсий.
4. Самоубийства в практике государственного судебного психиатра-эксперта.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза как основной раздел судебной медицины.
6. Временные психические расстройства в практике судебно-психиатрической экспертизы.
7. Характерологические особенности личности как фактор риска противоправных деяний в судебно-психиатрической практике.
8. Судебно-психиатрическая оценка зависимости от психоактивных веществ.
9. Особенности судебно-психиатрической экспертизы исключительных состояний.
10. Профилактика общественно-опасных деяний: медицинские и правовые аспекты.
11. История развития судебной психиатрии: от древности до наших дней.

### **По судебной медицине**

1. Исторические аспекты формирования судебной медицины как науки.
2. Автомобильная травма: судебно-медицинские аспекты.
3. Действие крайних температур в практике судебно-медицинской экспертизы.
4. Правонарушения в сфере медицинской деятельности и их правовая оценка.
5. Механическая асфиксия в аспекте судебно-медицинской экспертизы.
6. Членовредительство и искусственные болезни в судебно-медицинской практике.

7. Судебно-медицинская травматология: оценка характера и степени тяжести телесных повреждений.

8. Танатологии как прикладная наука на современном этапе развития судебной медицины.

9. Утопление в аспекте судебно-медицинской экспертизы.

10. Электротравма в судебно-медицинской практике.

11. Телесные повреждения от острых орудий: возможности судебно-медицинской экспертизы по установлению истины в криминальных событиях.

## **УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ ДИПЛОМНЫХ РАБОТ ПО КУРСУ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ»**

Дипломная работа является одной из важнейших форм самостоятельного изучения студентами вопросов курса «Судебная медицина и судебная психиатрия», образно говоря, «венцом» всей предыдущей работы. Основными ее целями являются:

- обучение самостоятельному применению теоретических и практических знаний, полученных в процессе изучения курса «Судебная медицина и судебная психиатрия»;
- привитие практических навыков научного исследования;
- формирование этико-правовой культуры в вопросах корректного и нормативно закрепленного изложения материала по правовым вопросам;
- выработка умения обосновывать свои выводы с учетом реалий современной правовой науки и перспектив ее развития;
- закладка основ дальнейших научных изысканий с учетом профессиональных интересов будущих правоведа.

Тематика и методические рекомендации по выполнению курсовых работ разрабатываются кафедрой в соответствии с требованиями государственного стандарта высшего профессионального образования (специальность 1-24 01 02 – «Правоведение»). Окончательная оценка дипломной работы определяется по итогам ее защиты.

Выполнение дипломной работы способствует:

- формированию «хорошего вкуса» в выборе актуальных тем дипломных работ, имеющих дальнейшую научную и практическую перспективу;
- более глубокому и критическому усвоению теоретических положений и прикладных аспектов курса «Судебная медицина и судебная психиатрия»;
- развитию умения самостоятельно обрабатывать полученные результаты, анализировать их с учетом действующего законодательства и имеющихся научных данных;
- выработке навыка выбирать необходимые методы исследования из группы имеющихся, а также модифицировать их, разрабатывать новые, исходя из задач конкретного исследования;
- закреплению навыка вести библиографическую работу с привлечением современных информационных технологий, оформлять ссылки на источники с учетом требований к студенческим и научным работам.

Дипломная работа должна:

а) быть практически значимой и затрагивать одну из актуальных тем правоохранительной деятельности;

б) основываться на действующих нормативно-правовых актах Республики Беларусь, сведениях из специальной научной, учебной и справочной литературы, на достоверном фактическом материале из практической деятельности правоохранительной деятельности правоохранительных органов;

в) носить творческий, самостоятельный, логичный в изложении данных характер;

г) иметь авторские сравнения, обобщения и выводы, касающиеся исследуемых вопросов.

Выполнение дипломной работы включает в себя следующие этапы:

1. Выбор и утверждение темы.
2. Разработка, составление и согласование плана дипломной работы.
3. Составление графика подготовки дипломной работы.
4. Подбор и изучение нормативно-правовых актов, учебной, научной и справочной литературы.
5. Подготовка к написанию дипломной работы.
6. Написание текста дипломной работы.
7. Текущие консультации с научным руководителем, промежуточные отчеты о выполненной работе.
8. Оформление дипломной работы.
9. Завершение дипломной работы.
10. Предоставление работы научному руководителю для изучения, выявления недостатков с целью их устранения, написания отзыва.
11. Предзащита дипломных работ, подготовка выступления и презентации на защите.
12. Предоставление дипломной работы на кафедру ее научным руководителем работы с отзывом.
13. Предоставление (сдача) работы на кафедру для регистрации и рецензирования.
14. Предоставление дипломной работы на кафедру рецензентом.
15. Ознакомление с рецензией и устранение указанных в ней замечаний.
16. Защита дипломной работы.

#### *1. Выбор и утверждение темы.*

Тематика дипломных работ разрабатывается и утверждается кафедрой. Персональная тема определяется индивидуально. Замена темы курсовой

работы допускается только в случае предварительного согласования с научным руководителем. Регистрация тем дипломной работы производится методистом кафедры в журнале учета тематики дипломных работ.

### *2. Разработка, составление и согласование плана дипломной работы.*

План – это важная составляющая любой дипломной работы. Он определяет целостность, структуру, логику и направленность исследования. Наличие плана дипломной работы обеспечивает четкость и последовательность в изложении материала. План дипломной работы должен включать следующие разделы: введение; описательную часть; заключение; список литературы. Составленный план должен быть согласован с научным руководителем.

### *3. Составление графика подготовки дипломной работы.*

Графика подготовки дипломной работы – это временные рамки, которые позволяют студентам работать размеренно, без лишней суеты и нервозности. В определенном времени следует представлять «куски» материала, которые в итоге составят требуемый объем работы. Временные отметки графика позволят завершить работу в срок, представить ее для изучения заинтересованным лицам.

### *4. Подбор и изучение нормативно-правовых актов, учебной, научной и справочной литературы.*

В конце данного учебно-методического комплекса приложен рекомендуемый для изучения курса «Судебная медицина и судебная психиатрия» и написания дипломной работы список нормативно-правовых актов, учебной и научной литературы. Студент должен самостоятельно расширить его посредством использования монографий, статей в научных журналах, сборниках научных трудов и тезисов выступлений на научных конференциях, авторефератов и рукописей диссертаций и др.

Для поиска научной и специальной литературы по судебной медицине целесообразно обратиться к предметным и систематическим каталогам библиотек, библиографическим бюллетеням и указателям, реферативным журналам, указателям статей, опубликованных в данном журнале за год (как правило, помещаются в последнем номере журнала за истекший год).

Кроме того, следует использовать литературу, указанную авторами научных работ в подстрочных сносках на страницах книг (журналов) или в помещенных в конце книги (статьи) примечаниях, списках литературы. Практически значимы в этой работе автоматизированные компьютерные базы данных:

«Консультант», «Гарант», «Кодекс» и др., которые содержат информацию о действующих нормативно-правовых актах, что также следует использовать с целью поиска необходимых правовых актов по исследуемому вопросу.

Украшают дипломную работу исторические ссылки по ее теме, анализ ситуации по изучаемой проблеме в динамике, статистические выкладки, использование современных классификаций, терминов, словосочетаний, ссылки на последние нормативно-правовые акты, яркие высказывания руководителей государства и ведомств по рассматриваемому вопросу, широкое освещение проблемы (ситуация не только в Республике Беларусь, но и за ее пределами) и др.

##### *5. Подготовка к написанию дипломной работы.*

Подготовка к написанию дипломной работы должна начинаться с определения собственной позиции по данному вопросу и изучения действующих нормативно-правовых актов. Только после этого следует приступить к изучению соответствующих глав учебника и научной литературы. Занимаясь этим, студент должен усвоить современную точку зрения на проблему, а также зафиксировать разнообразные суждения юристов и медиков, высказанные ранее. Важно учитывать изменения правовой базы, которые возникли после издания изучаемой литературы, ориентироваться на научные положения только в рамках действующего законодательства.

Отбор материала для дипломной работы – это творческий процесс, который производится для достижения конечной цели исследования. Не следует копировать имеющийся материал дословно, необходимо его критически осмысливать, прибегать к анализу и синтезу, сравнению и обобщению, при необходимости абстрагироваться от конкретных понятий для конструирования логичных умозаключений. Весь материал следует «преломлять» через действующие нормативно-правовые документы. Собственные мысли по изучаемой проблеме составят основу для самостоятельной дипломной работы.

В ходе изучения нормативно-правовых актов, учебной и научной литературы используется не вся полученная информация, а только та, которая имеет непосредственное отношение к теме и является наиболее ценной и полезной.

Выписки из нормативно-правовых актов, учебной и научной литературы – заключительный этап работы с ними. Выписывая какой-либо фрагмент, следует зафиксировать источник информации, чтобы в дальнейшем можно было бы легче им воспользоваться, соблюдая при этом установленные правила. В тексте выписок обязательно указываются источник и страницы, откуда произведены записи.

### *6. Написание текста дипломной работы.*

При написании текста дипломной работы студент должен соблюдать следующие требования:

- написание работы должно быть самостоятельным, носить творческий характер, исключать дословное переписывание текста;
- в ней должна прослеживаться логическая связь между названием, целью и задачами, выводами глав и заключением, причем, последняя глава должна показывать пути решения существующей проблемы;
- работа должна быть изложена литературным языком, без каких-либо письменных «изысков» типа: «зона», «жмур», «откинулся» и т.п.;
- работа должна носить исследовательско-аналитический характер;
- при решении поставленных задач необходимо полно, логично и грамотно раскрыть содержание темы, дать определение основных понятий, сделать аргументированные выводы в главах. Работа должна восприниматься как цельный труд, а не как набор отдельных событий, цитат, фактов и т.д.
- освещая проблемные вопросы, следует изложить свою точку зрения с аргументацией на имеющиеся научные источники.

Дипломная работа начинается с введения, где должна быть отражена актуальность темы исследования, определена цель и задачи. Объем введения составляет до 5,0% от общего объема работы (2–3 страницы).

В описательной части дипломной работы последовательно и логически в главах освещаются вопросы, определенные планом. Главы состоят из разделов (подразделов), каждый из которых должен содержать вводную, описательную, заключительную части и выводы частного характера. Важно показать связь теоретических положений с реальной деятельностью правоохранительных органов, отметить точки соприкосновения тематики работы с актуальными проблемами существующего «правового поля». Положения работы дискуссионного характера следует четко аргументировать ссылками на мнения авторитетных ученых. Утверждения автора должны подтверждаться яркими примерами из реальной жизни.

Заканчивается дипломная работа заключением, в котором студент обобщает результаты своего научного исследования и делает обобщающие выводы. Эти выводы вытекают из выводов глав, но выглядят более концентрированными, лаконичными, без мелочей, мешающих восприятию главных мыслей автора. Здесь обязательным условием является собственное авторское видение исследуемого вопроса. Объем заключения должен соответствовать до 5,0% от общего объема работы (2-3 страницы).

В целом дипломная работа должна быть написана своими словами, грамотным литературным языком, иметь понятные личные обобщения и выводы. Примерный общий объем дипломной работы составляет 55-60 страниц рукописного текста.

*7. Текущие консультации с научным руководителем, промежуточные отчеты о выполненной работе.*

Текущие консультации с научным руководителем позволяют студенту правильно организовать использование рабочего времени, более четко определить структуру работы, уточнить ее цель и задачи, расставить правильные акценты в изложении материала. Полезными могут быть и рекомендации об источниках литературы, информация о возможностях информационных источников, имеющихся в учебном заведении.

Промежуточные отчеты о выполненной работе дисциплинируют студента, указывают на его активность, целеустремленность при движении к конечной цели. Научный руководитель анализирует объемы и качество выполненной работы, может давать советы о формах наглядного представления полученных данных. Акцентирует внимание студента на необходимости проведения собственных научных исследований по изучаемой тематике.

*8. Оформление дипломной работы.*

Дипломная работа, как правило, оформляется в компьютерном варианте. Сокращений слов в работе не допускается, за исключением установленных аббревиатур (например, МВД, МЗ, СМЭ, СПЭ и др.). Правильно оформленная дипломная работа должна соответствовать требованиям к оформлению этих работ, которые периодически пересматриваются. Студент обязан знать эти требования применительно ко времени написания и завершения дипломной работы. Получить информацию обычно можно на сайте учебного заведения.

*9. Завершение дипломной работы.*

В конце дипломной работы студент ставит дату завершения работы и свою подпись

*10. Предоставление работы научному руководителю для изучения, выявления недостатков с целью их устранения, написания отзыва.*

Научный руководитель должен изучить дипломную работу студента, выявить недостатки, а в итоге – написать на нее отзыв. Отзыв включает общие данные (название работы, сведения о студенте, общий объем

работы, количество источников, приложений), обоснованность актуальности темы, четкость формулировок цели и задач, степень выполнения поставленной задачи по каждой из глав (разделов), отражает степень самостоятельного участия студента в подготовке дипломной работы, теоретическую и практическую значимость ее результатов, полноту использования литературных и нормативных источников, умение студента пользоваться специальной литературой, новейшими публикациями периодических изданий и местными материалами, качество оформления, положительные стороны и недостатки дипломной работы.

При несоответствии дипломной работы существующим требованиям, указывается, что она подлежит доработке по ряду вопросам. В итоге делается вывод о соответствии (несоответствии) данной дипломной работы требованиям МО Республики Беларусь и что она может (не может) быть допущена к защите.

*11. Предзащита дипломных работ, подготовка выступления и презентации на защите.*

Предзащита дипломной работы, подготовка выступления и презентации на защите позволяет оценить степень ее завершенности и готовности к защите. Обычно эти мероприятия приходятся на конец апреля и предшествуют сдаче дипломных работ на кафедру.

*12. Предоставление дипломной работы на кафедру ее научным руководителем работы с отзывом.*

Предоставление дипломной работы на кафедру ее научным руководителем работы с отзывом является необходимым этапом выполнения графика подготовки дипломных работ перед ее регистрацией и рецензированием.

*13. Предоставление (сдача) работы на кафедру для регистрации и рецензирования.*

Подготовленная студентом дипломная работа сдается методисту на кафедру, который регистрирует ее в соответствующем журнале и передает на рецензию назначенному рецензенту. В целом рецензент обращает внимание на те же вопросы, которые отражает научный руководитель при оформлении отзыва на работу студента. Но делается это с большей глубиной, учетом сведений из отзыва, своего личного опыта и видения раскрытия изучаемой проблемы, полноты, убедительности доказательств и качества изложенного материала.

#### *14. Предоставление дипломной работы на кафедру рецензентом.*

Рецензент предоставляет работу на кафедру с рекомендацией о допуске (не допуске) к защите. Основные грубые просчеты и недостатки при подготовке дипломной работы, дающие основания не допускать ее к защите:

- тема не соответствует тематике дипломных работ;
- не отражена ее цель и задачи;
- работа написана неаккуратно, с множеством ошибок;
- имеется явное несоответствие названия работы и изложенного материала;
  - не раскрыты задачи темы;
  - при написании использовано недостаточное количество источников, не все из них соответствуют тематике работы;
  - работа выполнена несамостоятельно;
  - присутствует явный плагиат (сканирование учебника, простое переписывание и пр.);
  - отсутствуют элементы самостоятельно участия в исследуемых вопросах;
  - использованы нормативно-правовые акты утратившие силу;
  - отсутствует перечень использованной литературы, нормативно-правовых актов.

#### *15. Ознакомление с рецензией и устранение указанных в ней замечаний.*

Получив рецензию, студент внимательно ее изучает. В случае неудовлетворительного отзыва рецензента он обязан переработать работу в соответствии с полученными указаниями или выполнить ее заново. При повторном выполнении дипломной работы одновременно представляется ее первоначальный текст с рецензией на предыдущую работу. Отдельные замечания, указанные в рецензии и не нуждающиеся в письменном изложении, устраняются студентом устно в ходе защиты дипломной работы.

#### *16. Защита дипломной работы.*

Время и место защиты дипломной работы определяется кафедрой. Студент должен подготовить доклад на 5–7 минут, в котором в соответствии с планом работы кратко излагает ее содержание, обобщает основные выводы, дает полные и аргументированные ответы на замечания рецензента и членов комиссии. Окончательная оценка за дипломную работу выставляется с учетом качества выполненной работы и результатов ее защиты.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судебная медицина и судебная психиатрия возникли в связи с потребностью государства решать правовые вопросы с использованием медицинских и биологических знаний. Эту функцию они сохраняют и по сей день. Основываясь на мультидисциплинарном подходе, судебная медицина и судебная психиатрия сегодня имеют собственную организационно-правовую регламентацию, методы установления причин возникновения, обнаружения, исследования и оценки медико-биологических фактов, связанных с преступными деяниями, располагают знаниями о причинах возникновения, проявления, степени социальной опасности психических расстройств, возможности человека осознавать общественную угрозу своих действий (бездействия) и руководить ими. Эти разделы медицины тесно связаны со смежными техническими и естественными науками, что обеспечивает научное понимание выявленных объектов, обстоятельств и явлений, создает условия для использования их в качестве элементов доказательной базы, распознавания противоправной активности по умышленным или болезненным мотивам, связанным с нарушением психических процессов.

Судебная медицина и судебная психиатрия современности – это полезные «инструменты» восстановления справедливости в связи с криминальными событиями. Актуальные задачи в деятельности вновь образованных структур (ГКСЭ, Управлений комитета по областям) в борьбе с противоправными явлениями делают эти дисциплины, и их основной раздел – судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизы, востребованными для практической правоохранительной практики как никогда ранее.

Качественное обучение будущих правоведа, овладение ими теоретической базой судебной медицины и судебной психиатрии, практическими навыками судебно-медицинских и судебно-психиатрических исследований невозможно без использования инновационных технологий, применения новых образовательных подходов (в частности, использования учебно-методических комплексов), мультимедийных средств представления информации, привлечения к ознакомлению с новыми нормативно-правовыми актами возможностей Интернета и автоматизированных компьютерных баз данных.

Настоящий учебно-методический комплекс с учетом принципа соблюдения адресного характера учебной литературы поможет будущим юристам сформировать профессиональную компетентность, отвечающую требованиям времени и современной судебно-медицинской науки. Применение учебно-методического комплекса в обучении позволит добиться лучшей подготовки учащихся в вопросах, требующих специальных медико-биологических, в том числе психиатрических, знаний в современном правовом поле в связи с рассмотрением криминальных и других противоправных эпизодов.

Гарантом правовой справедливости в Республике Беларусь выступает наш Президент А. Г. Лукашенко, который еще в сентябре 2015 года в ходе своей предвыборной компании «За будущее независимой Беларуси» говорил: *«Мы живем в мирной, спокойной, красивой, ухоженной стране. Мы создали социальную модель, которая защищает простого гражданина. Уберегли общество от олигархов и бандитов. Поэтому, прежде всего, мы должны защитить то, что уже создано. Мир и порядок в стране».*

## СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.....	3
СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.....	7
ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ «СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ» для дневной формы получения образования.....	13
ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ «СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ» для заочной формы получения образования 4 года обучения.....	15
ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ «СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ» для заочной формы получения образования 5 лет обучения.....	16
КРАТКИЙ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ.....	17
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА И НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ.....	91
ГЛОССАРИЙ.....	98
ПЛАНЫ СЕМИНАРСКИХ (ПРАКТИЧЕСКИХ) ЗАНЯТИЙ.....	102
КОМПЛЕКС СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ.....	131
ТЕСТЫ.....	168
ПЕРЕЧЕНЬ ЭССЕ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К НИМ.....	182
ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ».....	192
ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ДИПЛОМНЫХ РАБОТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И ПСИХИАТРИЯ».....	199
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ ДИПЛОМНЫХ РАБОТ ПО КУРСУ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ».....	201
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	209